



MINISTERIO  
DE  
ECONOMÍA Y FINANZAS

E / 2267

**MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS  
MINISTERIO DEL INTERIOR  
MINISTERIO DE TRANSPORTE Y OBRAS PÚBLICAS**

Montevideo, 18 AGO. 2009

09/05/001/60/271

**VISTO:** la Ley N° 18.412, de 17 de noviembre de 2008, de "Responsabilidad civil por daños corporales causados a terceros por determinados vehículos de circulación terrestre y maquinarias. Establecimiento de un Seguro Obligatorio", por la que se aprobó el seguro obligatorio que cubre los daños que sufran terceras personas como consecuencia de accidentes causados por vehículos automotores y acoplados remolcados.-

**RESULTANDO:** I) que el artículo 44 de la Ley N° 18.191, de 14 de noviembre de 2007, del "Tránsito y Seguridad Vial en el Territorio Nacional" establece "Todo vehículo automotor y los acoplados remolcados por el mismo que circulen por las vías de tránsito, deberán ser objeto de un contrato de seguro de responsabilidad civil por daños a terceros con la cobertura que determine la ley, que lo declarara obligatorio".-

II) que la Ley N° 18.412 comete al Poder Ejecutivo su reglamentación dentro del plazo de 150 días a partir de su promulgación.-

III) que la Ley N° 18.491, de 22 de mayo de 2009, prorrogó la entrada en vigencia de la Ley N° 18.412, hasta el 19 de agosto de 2009.-

**CONSIDERANDO:** I) que resulta indispensable establecer los mecanismos adecuados para el cumplimiento de la Ley N° 18.412, requiriendo para ello que se reglamenten claramente los procedimientos de contralor y fiscalización previstos en la misma, en procura de un eficaz funcionamiento de dicha Ley.-

II) que a los efectos de la aplicación gradual de la obligación legal, contemplando la composición del parque automotor, especialmente en el interior de la República, las empresas aseguradoras han manifestado a las autoridades competentes su disposición a asegurar a costo cero, por un lapso de tres años, a las motos de menos de 70 centímetros cúbicos, que hubieran sido empadronadas con anterioridad al inicio de la vigencia de la Ley que se reglamenta, considerándolas como vehículos asegurados en caso de siniestro de tránsito, no estando alcanzados por lo tanto por lo dispuesto en el artículo 19 de la Ley que se reglamenta.

MV/adg

**ATENCIÓN:** a lo expuesto y a lo dispuesto por el artículo 168º ordinal 4º de la Constitución de la República.-

**EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA  
DECRETA:**

**ARTÍCULO 1º - (Definiciones).**- A los efectos de la Ley N° 18.412, de 17 de noviembre de 2008, se entiende por vehículo automotor todo artefacto autopropulsado de libre operación y que circule por la vía pública, con el alcance del artículo 4º de la Ley N° 18.191, de 14 de noviembre de 2007.-

Asimismo, a dichos efectos, se entiende por acoplado remolcado todo artefacto que no cuente con propulsión propia que circule por una vía pública remolcado por un vehículo automotor.-

Será exigible un seguro obligatorio para el vehículo automotor y otro para el acoplado remolcado.-

**ARTÍCULO 2º. - (Concepto de tercero).**- El concepto de tercero que sufre el daño, abarca únicamente a quien resulte directamente lesionado o fallecido como resultado del accidente definido en el artículo 2º de la Ley que se reglamenta, exceptuando las personas enumeradas en el artículo 6º de la referida Ley.-

**ARTÍCULO 3º. - (Vehículos excluidos).**- Los automotores excluidos de la obligación de contratar el seguro obligatorio en virtud del artículo 3º, literal B), de la Ley, quedarán incluidos en la obligación de contratar el seguro en caso que circulen en la vía pública o sean remolcados en ella.-

**ARTÍCULO 4º. - (Efectos del seguro).**- Los acoplados remolcados definidos en el inciso segundo del artículo 1º del presente Decreto no están comprendidos en la previsión del artículo 5º de la Ley que se reglamenta, debiendo contar con cobertura independiente propia.-

**ARTÍCULO 5º. - (Otros Seguros obligatorios).**- En caso de que en virtud de la legislación vigente resulte obligatoria la contratación de otro seguro, éste prevalecerá sobre el seguro obligatorio estatuido por la Ley que se reglamenta. Se entiende por cobertura de otro seguro obligatorio, aquella otorgada por un seguro obligatorio establecido por leyes vigentes.-

**ARTÍCULO 6º. - (Cesión del contrato de seguro).**- El cambio de titular del seguro importará la cesión del contrato. Cuando se trate de un seguro de



MINISTERIO  
DE  
ECONOMÍA Y FINANZAS

mayor cuantía lo que será objeto de la cesión será solamente la cobertura que corresponda al seguro obligatorio.-

**ARTÍCULO 7º.- (Determinación de las lesiones e incapacidades).**- A efectos de la determinación de las lesiones e incapacidades a indemnizar en virtud del seguro obligatorio de responsabilidad civil de automotores, se recurrirá al Baremo de Clasificación y Valoración de Secuelas Psicofísicas que luce agregado en Anexo I.-

09/05/001/60/271

**ARTÍCULO 8º.- (Condiciones de asegurabilidad).**- Las condiciones de asegurabilidad a que refiere el artículo 11 de la Ley que se reglamenta serán las que establezca la Superintendencia de Servicios Financieros.-

**ARTÍCULO 9º.- (Certificado y Distintivo).**- El certificado a que refiere el artículo 11º de la Ley que se reglamenta contendrá, como mínimo, la siguiente información:

- el título Certificado de Seguro Obligatorio Automotores.
- la referencia a la Ley N° 18.412.
- Número de Póliza de Seguro Obligatorio Automotores.
- Nombre de la Entidad Aseguradora.
- Nombre del titular.
- R.U.T. o Cédula de Identidad del titular.
- Vigencia del Seguro Obligatorio.
- Matrícula del vehículo asegurado.
- Tipo de vehículo.
- Marca del vehículo.
- Modelo del vehículo.
- Número de Chasis.
- Una breve descripción de la Cobertura del Seguro Obligatorio Automotor, especificando que es el vehículo el que está asegurado, con los límites y condiciones establecidos por la Ley N° 18.412 y la correspondiente Póliza de Seguro Obligatorio Automotores.
- Firma del responsable.

A los efectos identificatorios, los vehículos asegurados deberán lucir un distintivo en el ángulo superior derecho del parabrisas o, si no poseen este elemento, en lugar visible de la carrocería, el cual será uniforme para todas las compañías aseguradoras, y en el cual figurará la cobertura y el nombre de la compañía.-

La existencia del distintivo no eximirá de la obligación de portar el certificado en el vehículo y exhibirlo ante requerimiento de la autoridad competente.-

**ARTÍCULO 10°.- (Documentación a adjuntar al reclamo).**- A efectos de la recepción del reclamo del siniestro, el damnificado o sus causahabientes deberán adjuntar al mismo la siguiente documentación mínima:

- parte policial;
- certificado emitido por el médico que atendió al siniestrado en el lugar del accidente, con descripción de las consecuencias lesivas del accidente, y certificado emitido por el médico tratante del centro de atención al cual se derivó al accidentado. En este último caso el certificado deberá describir en detalle el daño causado al paciente a consecuencia del accidente;
- en caso de corresponder, certificado de resultancias de los autos sucesorios o certificado notarial que acredite que los reclamantes son los únicos causahabientes de la víctima;
- declaración jurada de que el damnificado no es un sujeto excluido según lo establecido en el artículo 6° de la Ley que se reglamenta;
- en caso de corresponder, documentación que acredite la representación legal o convencional del damnificado o sus causahabientes.

Sin perjuicio de toda otra documentación que la compañía aseguradora estime necesaria, el plazo de 30 días establecido en el inciso segundo del artículo 12° de la Ley que se reglamenta, comenzará a computarse a partir del día de la recepción del reclamo con los documentos mínimos antes detallados.-

**ARTÍCULO 11°.- (Acción de repetición).**- Las entidades aseguradoras podrán repetir contra el propietario del vehículo o contra el tomador del seguro, las cantidades pagadas a los reclamantes cuando:

- A) Los contratantes hubieran incumplido sus obligaciones establecidas en la póliza.
- B) El vehículo no tuviera seguro en vigencia, ya sea porque nunca fue contratado, o porque habiéndose contratado luego no fue renovado. En este caso, a los efectos del artículo 19° de la Ley, se le considerará vehículo carente de seguro obligatorio.
- C) El daño se produjera mediando dolo del propietario, usuario, conductor, o por culpa grave en el mantenimiento del vehículo.
- D) Se haya modificado el destino de uso del vehículo de modo que constituya un agravamiento de riesgo.



MINISTERIO  
DE  
ECONOMÍA Y FINANZAS

09/05/001/60/271

**ARTÍCULO 12° - (Coberturas especiales).**- Los damnificados o sus causahabientes serán indemnizados por el procedimiento de los artículos siguientes, cuando los daños sean producidos por:

- A) Un vehículo no identificado.
- B) Un vehículo carente de seguro obligatorio al momento de ocurrencia del accidente.
- C) Un vehículo hurtado u obtenido con violencia.

Serán aplicables a estas coberturas especiales los límites de cobertura previstos en el artículo 8° de la Ley que se reglamenta y el plazo de prescripción estipulado en el artículo 14° de la misma Ley.

**ARTÍCULO 13°.- (Acción de repetición en casos de coberturas especiales).**- En los casos previstos como coberturas especiales (artículo 19 de la Ley), la entidad aseguradora que fuera designada para procesar el reclamo de los damnificados, estará legitimada para repetir la totalidad de las indemnizaciones abonadas, contra el propietario del vehículo que protagonizó el accidente. La entidad aseguradora deberá restituir al Fondo de Indemnización de Coberturas Especiales la cuota parte de las sumas cobradas por este concepto, en la proporción indemnizada por el referido Fondo.-

**ARTÍCULO 14°.- (Coberturas especiales).**- Los casos de coberturas especiales previstos en el artículo 19 de la Ley que se reglamenta serán cubiertos a partir del sexto mes de entrada en vigencia de la Ley, en consonancia con lo estipulado en el párrafo final del artículo 22 de la Ley que se reglamenta.-

A los efectos de la recepción del reclamo por parte de la Superintendencia de Servicios Financieros, el damnificado o sus causahabientes deberán adjuntar la documentación detallada en el artículo 10 del presente Decreto.-

Para la adjudicación del reclamo entre las entidades aseguradoras, éstas informarán al 31 de diciembre de cada año a la Superintendencia de Servicios Financieros, la cantidad de contratos de seguro obligatorio por categoría de vehículos, celebrados con posterioridad a la vigencia de la Ley que se reglamenta.-

La información sobre reclamos pagados con su correspondiente cuantía a que refiere el párrafo segundo del artículo 22 de la Ley corresponde a los montos brutos indemnizados sin considerar los recuperos a que refiere el artículo 13.-

**ARTÍCULO 15°.- (Guinchado, traslado y depósito del vehículo).-** El Ministerio del Interior, a los efectos de cumplir con el mandato que le confiere la Ley que se reglamenta, podrá realizar los convenios que estime pertinentes y necesarios con instituciones o empresas, públicas o privadas, que se dediquen al guinchado, traslado y depósito de vehículos automotores, o que se conformen a esos efectos.-

Dentro de los 180 días de vigencia de la presente reglamentación, el Ministerio del Interior deberá determinar cuales serán los lugares de depósito de los vehículos secuestrados conforme al párrafo primero del artículo 25° de la Ley que se reglamenta.-

Vencido dicho plazo, de no haberse resuelto cuales serán los lugares de depósito, el Ministerio del Interior podrá utilizar las Seccionales Policiales a tales efectos, hasta nueva disposición al respecto.-

**ARTÍCULO 16° - (Secuestro del vehículo).-** El Ministerio del Interior, de conformidad con el párrafo primero y segundo del artículo 25 de la Ley que se reglamenta, al proceder al secuestro del vehículo automotor que circule sin seguro obligatorio podrá nombrar al titular de dicho vehículo, al conductor o quien detente su guarda material o jurídica, como depositario del mismo, quien tendrá todas las obligaciones previstas en el Código Civil para éste.-

El nombrado depositario deberá indicar en el acta que se labrará al momento del secuestro, la ubicación precisa del lugar donde dejará en depósito el vehículo automotor y el medio por el cual se trasladará el vehículo hasta el lugar de depósito. Dicha ubicación no podrá ser modificada por el nombrado depositario, salvo comunicación expresa y previa a la Autoridad que procedió al Secuestro, con una antelación mínima de 3 días hábiles, indicando el medio por el que se trasladará el vehículo.-

El Ministerio del Interior queda facultado para la realización de inspecciones cuando lo estime pertinente, a los efectos de corroborar la efectiva permanencia del vehículo automotor en el lugar designado como depósito.-

En caso de hurto del vehículo depositado, el depositario deberá dar inmediata noticia a la Seccional Policial correspondiente, mientras no se produzca la misma seguirá recayendo sobre éste la responsabilidad que le corresponde por la calidad atribuida en el presente artículo.-

El titular del vehículo en infracción deberá contratar el seguro obligatorio previsto en la Ley que se reglamente dentro del plazo de 60 días. Finalizado



dicho plazo, el Ministerio del Interior procederá al desapoderamiento efectivo del vehículo, el que será depositado en lugar que éste determine.-

**ARTÍCULO 17°.- (Desplazamiento del vehículo por única vez).**- A efectos del párrafo segundo del artículo 25° de la Ley que se reglamenta, el desplazamiento del vehículo por una única vez solamente podrá autorizarse en situaciones en las que peligre la vida humana o la integridad física de las personas.-

09/05/001/60/271

**ARTÍCULO 18°.- (Importe promedio del seguro).**- A efectos de la determinación de la multa a que refiere el párrafo tercero del artículo 25 de la Ley que se reglamenta, el importe promedio del costo del seguro será informado por la Superintendencia de Servicios Financieros con validez anual. Se entenderá por costo del seguro, la prima comercial del seguro obligatorio de cada categoría de vehículos.-

**ARTÍCULO 19° - (Denuncia)** La denuncia de las Intendencias Municipales al Ministerio del Interior a que refiere el párrafo quinto del artículo 25° de la Ley que se reglamenta, deberá ser inmediata, sin mayores formalidades que la comunicación por parte del funcionario que compruebe la infracción al Ministerio del Interior.-

**ARTÍCULO 20°.- (Contralor y multa).**- El contralor de vigencia del seguro obligatorio por parte de las oficinas competentes establecidas en el artículo 28 de la Ley que se reglamenta, resulta exigible a los organismos previstos en el artículo 27 de la Ley.-

La multa a cobrar de acuerdo a los párrafos tercero del artículo 25° y segundo del artículo 28 de la Ley que se reglamenta, será el importe promedio del costo de seguro obligatorio correspondiente a cada año en que se constate la carencia de seguro, con un máximo de tres años, actualizados de acuerdo a la variación del Índice de Precios al Consumo (IPC) relevado por el Instituto Nacional de Estadística (INE).-

**ARTÍCULO 21° - (Contralor).**- En concordancia con lo establecido por el artículo 27 de la Ley que se reglamenta, la Dirección Nacional de Policía Caminera y el Cuerpo de Policía de Transito, en los lugares donde los hubiera, no podrán expedir certificados de libre de multas de aquellos vehículos que no acrediten en forma precisa poseer vigente el seguro obligatorio previsto en la Ley, siendo de aplicación lo dispuesto en el artículo precedente.-

**ARTÍCULO 22°.- (Información estadística a cargo de la Superintendencia de Servicios Financieros).**- La Superintendencia de Servicios Financieros llevará la información estadística necesaria para el cumplimiento de los cometidos que le asigna la Ley que se reglamenta, para lo cual podrá solicitar la información que estime pertinente.-

**ARTÍCULO 23° - (Recursos del Fondo de Coberturas Especiales).**- De conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo del artículo 21 de la Ley que se reglamenta, a partir del tercer año de vigencia de la Ley los recursos del Fondo de Indemnización de Coberturas Especiales que no se hayan utilizado en el cumplimiento de las obligaciones previstas en el artículo 20 de la citada Ley, y una vez reintegrados los aportes recibidos para atender eventuales desfinanciamientos iniciales del Fondo, se constituirán en recursos con afectación especial de la Unidad Nacional de Seguridad Vial (literal K del artículo 6° de la Ley N° 18.113, de 18 de abril de 2007). Los referidos recursos estarán exceptuados de la limitación prevista en el artículo 594 de la Ley N° 15.903, de 10 de noviembre de 1987.-

**ARTÍCULO 24° - (Vehículos matriculados en el extranjero).**- A los efectos de lo previsto en el artículo 4° de la Ley que se reglamenta, se entenderá cumplido el requisito de contratación del seguro obligatorio que se reglamenta a todos aquellos vehículos extranjeros que ingresen al país con la cobertura del seguro de responsabilidad civil establecido según resolución del Grupo Mercado Común del Mercosur N° 120/94 (Carta Verde). En caso de existir damnificados que resulten excluidos en virtud de dicha cobertura, la indemnización se realizará de acuerdo al procedimiento previsto en los artículos 19 a 22 de la Ley que se reglamenta.-

**ARTÍCULO 25°.- (Disposición Transitoria).**- Las motos de menos de 70 (setenta) centímetros cúbicos, y que acrediten haber sido empadronadas con anterioridad al inicio de la vigencia de la Ley que se reglamenta, gozarán por el término máximo e improrrogable de tres años de los beneficios del seguro obligatorio, sin necesidad de su contratación, por lo que estos casos no estarán alcanzados por lo dispuesto en el artículo 19° de la Ley que se reglamenta. En ocasión de accidentes en que intervengan estos vehículos, la Superintendencia de Servicios Financieros indicará en cada caso quién procesará el reclamo de acuerdo al procedimiento previsto en el artículo 22 de la Ley que se reglamenta. A estos efectos, las Intendencias Municipales informarán a la referida Superintendencia antes de la entrada en vigencia del procedimiento previsto en el mencionado artículo, la nómina de las motos que gocen de este beneficio. Al término del plazo de tres años, contados a partir de la vigencia de la Ley, indefectiblemente deberá contratarse el seguro obligatorio por estos vehículos, bajo apercibimiento de las sanciones previstas en aquélla.-



**ARTÍCULO 26°.**- Comuníquese, publíquese y archívese.-

09/05/001/60/271

*[Handwritten signatures]*

*[Handwritten signature]*  
Dr. TABARE VAZQUEZ  
Presidente de la República

1911



ANEXO - CLASIFICACION Y VALORACION DE SECUELAS  
PSICOFISICAS

09/05/001/60/271

**ÍNDICE**

**Capítulo 1.**

Cabeza:  
Cráneo y encéfalo.  
Cara:  
Sistema osteoarticular.  
Boca.  
Nariz.  
Sistema olfatorio y gustativo.  
Sistema ocular.  
Sistema auditivo.

**Capítulo 2.**

Tronco.  
Columna vertebral y pelvis.  
Cuello (órganos).  
Tórax.  
Abdomen y pelvis (órganos y vísceras).

**Capítulo 3.**

Aparato cardiovascular.  
Corazón.  
Vascular periférico.

**Capítulo 4.**

Extremidad superior y cintura escapular.  
Hombro.  
Clavícula.  
Brazo.  
Codo.  
Antebrazo y muñeca.  
Mano.

**Capítulo 5.**

Extremidad inferior y cadera.  
Dismetrías.  
Cadera.

Muslo.  
Rodilla.  
Pierna.  
Tobillo.  
Pie.

**Capítulo 6.**

Médula espinal y pares craneales.  
Médula espinal.  
Nervios craneales.

**Capítulo 7.**

Sistema nervioso periférico.  
Miembros superiores.  
Miembros inferiores.

**Capítulo 8.**

Sistema endocrino.

**Capítulo especial.**

Perjuicio estético.



## CAPÍTULO 1: CABEZA

**Cráneo y encéfalo: en caso de que existan otras lesiones se deben agregar los porcentajes de incapacidad coexistentes**

09/05/001/60/271

### **Pérdida de sustancia ósea:**

Que no requiere craneoplastia	5 %
Que requiere craneoplastia	5-10 %

### **Síndromes neurológicos de origen central:**

#### **Síndromes no motores:**

##### **Afasia**

Motora (Broca) de expresión	30 %
Sensitiva (Wernicke) de comprensión	50 %
Mixta	70 %

##### **Epilepsias**

Parciales o focales

Simple sin antecedentes, en tratamiento y con evidencia electroencefalográfica.	10 %
Complejas	10-20 %

Generalizadas:

Ausencias sin antecedentes y controlada médicamente	5 %
Tónico-clónicas	
Bien controlada médicamente	15 %
No controlada o refractarias al tratamiento	30-40 %
Impidiendo las actividades de la vida diaria	80 %

### **Desorden mental orgánico postraumático:**

#### **Grado 1**

Antecedentes de trauma de cráneo que incluyan al menos dos de los siguientes puntos

(Conceptos de Tucker):

1. Pérdida de conciencia de por lo menos 5 minutos.
2. Amnesia postraumática de al menos 12 horas.
3. Inicio de la sintomatología dentro de los 6 meses.

Dificultad en la concentración y en el aprendizaje o memoria y al menos 3 de los siguientes ítems:

1. Fatiga fácil. /
2. Insomnio o disturbios del sueño. /
3. Cefalea. /

- |  |   |               |
|--|---|---------------|
| 4. Vértigos.                               | / | <b>5-10 %</b> |
| 5. Irritabilidad ante situaciones menores. | / |               |
| 6. Labilidad afectiva                      | / |               |
| 7. Cambios en la personalidad.             | / |               |

**Grado 2**

El traumatismo provoca una pérdida de conciencia desde una a varias horas. El paciente puede despertar súbitamente o pasar por un período de obnubilación de la conciencia y confusión.

Hay amnesia post-traumática. La recuperación funcional de los síntomas es completa, se acompaña con frecuencia de un trastorno de la personalidad moderado, que se denomina SÍNDROME POST CONMOCIONAL.

El cuadro clínico se caracteriza por angustia, cefalea y vértigo, hipersensibilidad a los estímulos, apatía y desgano. Las exploraciones neurológicas, tomográficas y electroencefalográficas no son significativas. Las pruebas psicométricas arrojan elementos moderados de organicidad.

Deberá descartarse la influencia de trastornos graves de la personalidad

**10-20 %**

**Grado 3**

La cefalea es intensa y palpitante, se agrava con la posición horizontal y se exacerba con el esfuerzo físico, mental y la excitación, y mejora con el reposo y la quietud.

Hay mareos por los cambios de posición, a veces nebulosidad momentánea de la visión de carácter sincopal, intolerancia al calor, tabaco y alcohol. Aparecen trastornos disfásicos en el lenguaje, pérdida de jerarquía del pensamiento, perseveración.

Defectos en la concentración, percepción, comprensión y memoria. Hay intolerancia a los ruidos. Personalidad litigante, temerosa, aprensiva, hipocondríaca.

Las exploraciones neurológica tomográficas, electroencefalográficas y psicométricas presentan en todos los casos alteraciones orgánicas francas

**20-40 %**

**Grado 4**

Cambios Afectivos, trastornos de la memoria, trastornos de otras funciones intelectuales, alteración de la conducta. Permanentes y no regresivas. Las exploraciones neurológicas, tomográficas, electroencefalográficas y psicométricas, presentan en todos los casos alteraciones orgánicas francas a severas.

Otros defectos orgánicos son: la Epilepsia postraumática y el hematoma crónico subdural, evaluados por Neurología

**40-60 %**

Fístulas osteodurales

**5 %**



Derivación ventrículo-peritoneal, ventrículo-vascular (por hidrocefalia postraumática)	25 %
Estado vegetativo persistente	100 %

#### Síndromes motores centrales

09/05/001/60/271

Disartria	20 %
Ataxia	40 %
Apraxia	30 %
Hemiplejía	80 %
<b>Hemiparesia:</b>	
Leve	20 %
Moderada	40 %
Grave	60 %

Otros déficit motores de extremidades de origen central: asimilar y valorar conforme a los supuestos indicados en las mismas lesiones de origen medular.

#### Síndromes psiquiátricos

**Estos síndromes no pueden ser valorados durante los 6 (seis) meses siguientes al traumatismo. Deben ser valorados una vez transcurrido este tiempo e instalada la eventual secuela.**

Los trastornos psiquiátricos secundarios a accidentes por traumatismo de cráneo - encefálicos y/o epilepsia post - traumática, (como las personalidades anormales adquiridas y las demencias post-traumáticas, delirios crónicos orgánicos, etc.) serán evaluados únicamente según el rubro **DESORDEN MENTAL ORGÁNICO**

**POST TRAUMÁTICO** (grado I, II, III o IV)

Solamente serán reconocidas las **REACCIONES O DESORDEN POR ESTRÉS POST TRAUMÁTICO**, las **REACCIONES VIVENCIALES ANORMALES NEURÓTICAS**, los **ESTADOS PARANOIDES** y la **DEPRESIÓN PSICÓTICA** que tengan un nexo causal específico post-traumático. Debiéndose descartar primeramente todas las causas ajenas a esta etiología, como la personalidad predisponente, los factores socioeconómicos, familiares, etc.

**Las incapacidades psiquiátricas parciales, si existiera más de un diagnóstico, no serán sumatorias, sino que se reconocerá únicamente la de mayor incapacidad.**

#### **1. Reacciones o desórdenes por estrés postraumático.**

Serán reconocidas cuando tengan directa relación con eventos traumáticos relevantes, ya sea como accidentes,

o como testigo presencial del mismo. Constituyen una enfermedad, reconocida oficialmente por el DSM IV, y la CIE 10 (OMS), que tiene una etiología, una presentación y un curso, así como un pronóstico y resolución. En general tienden a adaptarse a su nueva realidad, y la gran mayoría de los pacientes mejoran al cabo de tres a seis meses, sin secuelas.

**Concepto:**

“La característica esencial del trastorno por estrés postraumático es la aparición de síntomas característicos que sigue a la exposición a un acontecimiento estresante y extremadamente traumático, y donde el individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física; el individuo es testimonio de un acontecimiento donde se producen muertes, heridos, o existe una amenaza para la vida de otras personas. O bien se encuentra acontecimientos que implican muertes inesperadas o violentas, daño serio o peligro de muerte o heridas graves. “

**Los acontecimientos traumáticos que pueden originar un trastorno de estrés postraumático se incluyen, como por ejemplo:**

- combates en el frente de guerra,
- ataques personales violentos (sexual, físicos, robos, atracos),
- ser secuestrado,
- ser tomado como rehén,
- torturas,
- encarcelamientos como prisioneros de guerra,
- internamientos en campos de concentración,
- desastres naturales o provocados por el hombre,
- accidentes automovilísticos graves,
- diagnósticos de enfermedades potencialmente mortales.

**Síntomas principales:**

- la persona siente temor, desesperanza y horrores intensos.
- Sensación de experimentación persistente del acontecimiento traumático.
- Evitación persistente de los estímulos asociados a él.
- Embotamiento de la capacidad de respuesta del individuo.
- Malestar importante, significativo o deterioro social.
- Malestar del punto de vista laboral y otras actividades.
- Experimenta recuerdos recurrentes e intrusos.
- Pesadillas en las que el acontecimiento vuelve a suceder.
- Malestar psicológico intenso.
- Elude actividades, situaciones o personas que le recuerden el acontecimiento.



09/05/001/60/271

- Amnesia total de un aspecto puntual del acontecimiento.
- Disminución del interés en general.
- Sensación de alejamiento o enajenación de los demás.
- Disminución en la capacidad para sentir las emociones, especialmente la intimidad, la ternura y sexualidad.
- Sensación de futuro desolador.
- Padece síntomas constantemente de ansiedad.
- Dificultad para conciliar o mantener el sueño.
- Hipervigilancia y respuestas exageradas de sobresalto.
- Ataques de ira, irritabilidad.
- Dificultades para concentrarse o ejecutar tareas.
- Pueden existir otros trastornos asociados.

**Curso:**

- Puede iniciarse a cualquier edad, incluso durante la infancia.
- Los síntomas suelen aparecer en los primeros 3 meses posteriores.
- Puede haber un lapso temporal de meses o años incluso, antes que se ponga de manifiesto.
- Los síntomas pueden variar al transcurrir el tiempo.
- La duración de los síntomas son variables los 3 primeros meses, aunque la mayoría persiste en el año posterior dependiendo del grado. Cuando evaluemos y valoremos el deterioro que una enfermedad mental que se produzca luego de un siniestro de tránsito será luego que se hayan realizado las correspondientes medidas terapéuticas donde se tengan en cuenta los siguientes aspectos:
  - Debemos informarnos sobre el trastorno y las características del mismo.
  - Sugerimos pedir informes de los médicos tratantes como también el informe de la policía técnica.
  - Siempre hacer un paralelismo entre los síntomas y los estudios específicos realizados. Especialmente la batería de test psicológicos aplicada. Solicitar los informes correspondientes.
  - Debemos evaluar el estado anterior de la persona para comparar y establecer nuestros propios parámetros.
  - Evaluar los diversos efectos.
  - Medir las consecuencias en las diversas áreas. (teniendo en cuenta lo invalidante que puede llegar a ser la secuela vinculándolo a su rol).

- Siempre tenemos que tener en cuenta que el grado de consecuencias y secuelas lo debemos vincular con la persona específica y de su relación con el entorno.

- Cuando evaluemos tenemos que realizarlo desde lo general hacia lo particular y viceversa, discriminando cuales son los aspectos anteriores y cuales son provocados por el siniestro.

- Evaluar cada 6 meses el primer año, para evaluar su evolución.

- Evaluar nuevamente a los 2 años luego que la secuela haya quedado convalidada, ya que se supone que la persona hizo un proceso terapéutico y ya se pueden evaluar las secuelas.

De acuerdo al Prof. Dr. Guido Berro los baremos que ha presentado en este tema de estrés postraumático refieren que:

- ◆ "Aumentar el límite máximo en los baremos.
- ◆ Relacionar la discapacidad con el eje funcional y el nivel situacional. Diferenciando genérica de específica, planteos de reubicación laboral.
- ◆ Aplicar criterios de normatización que alejen subjetividad, como: a través del Eje V (evaluación global del sujeto) del DSM-IV-TR con las escalas de evaluación de la actividad global (EEAG) o de la actividad relacional (EEAG-R) o las tablas de la AMA.

Limitación leve de la relación interpersonal y social	<b>0-10 %</b>
Limitación moderada de la relación interpersonal y social, con pérdida de algunos niveles de relación	<b>11- 25%</b>
Limitación mediana de la relación interpersonal y social, con pérdidas de actividad útil	<b>26-40%</b>
Limitación grave de la relación interpersonal y social, que impide actividad útil	<b>41-70%</b>
Necesita ayuda a nivel de dependencia de otras personas	<b>71-95%</b>

Un grupo menor de casos evolucionan a una NEUROSIS POST TRAUMÁTICA, la que sí determina algún grado de incapacidad. Serán consideradas para su evaluación como REACCIONES VIVENCIALES ANORMALES comentadas a continuación:

## **2. Reacciones vivenciales anormales neuróticas (Neurosis)**

En las reacciones vivenciales anormales neuróticas, como consecuencia de accidentes, hay que evaluar cuidadosamente la personalidad previa. Se considerarán rasgos importantes para la evaluación: la personalidad básica del sujeto, la biografía, los episodios de duelo, la repuesta afectiva,



las expectativas laborales frustradas y sus relaciones personales con el medio.

**Grado I**

Definición: Están relacionadas a situaciones cotidianas, la magnitud es leve, no interfiere en las actividades de la vida diaria, ni a la adaptación de su medio. No requieren tratamiento en forma permanente.

INCAPACIDAD 0 %

09/05/001/60/271

**Grado II**

Definición: Se acentúan los rasgos de la personalidad de base, no presentan alteraciones en el pensamiento, concentración o memoria. Necesitan a veces algún tipo de tratamiento medicamentoso o psicoterapéutico.

INCAPACIDAD 1-10%

**Grado III**

Definición: Requieren un tratamiento mas intensivo. Hay remisión de los síntomas más agudos antes de tres meses.

Se verifican trastornos de memoria y concentración durante el examen psiquiátrico y psicodiagnóstico.

Las formas de presentación son desde la depresión, las crisis conversivas, las crisis de pánico, fobias y obsesiones. Son reversibles con el tratamiento psicofarmacológico y psicoterapéutico adecuado. Al año continúan los controles.

INCAPACIDAD 11-20%

**Grado IV**

Definición: Requieren de una asistencia permanente por parte de terceros.

Las neurosis fóbicas, las conversiones histéricas, son las expresiones clínicas más invalidantes en este tipo de reacciones. Las depresiones neuróticas también pueden ser muy invalidantes.

INCAPACIDAD 21-30%

**RESUMEN DE INCAPACIDAD REACCIÓN VIVENCIAL ANORMAL NEURÓTICA.**

**R.V.A.N. CON MANIFESTACIÓN DEPRESIVA:**

R.V.A.N. Depresiva Grado I 0 %

R.V.A.N. Depresiva Grado II 1-10 %

R.V.A.N. Depresiva Grado III 11-20 %

R.V.A.N. Depresiva Grado IV 21-30 %

**RESUMEN DE INCAPACIDAD REACCIÓN VIVENCIAL ANORMAL NEURÓTICA.**

**R.V.A.N. CON MANIFESTACIÓN FÓBICA:**

R.V.A.N. Fóbica Grado I	0 %
R.V.A.N. Fóbica Grado II	1-10 %
R.V.A.N. Fóbica Grado III	11-20 %
R.V.A.N. Fóbica Grado IV	21-30 %

**RESUMEN DE INCAPACIDAD REACCIÓN VIVENCIAL ANORMAL NEURÓTICA.**

**R.V.A.N. CON MANIFESTACIÓN OBSESIVA COMPULSIVA:**

R.V.A.N. Obsesivo-compulsiva Grado I	0 %
R.V.A.N. Obsesivo-compulsiva Grado II	1-10%
R.V.A.N. Obsesivo-compulsiva Grado III	11-20 %
R.V.A.N. Obsesivo-compulsiva Grado IV (con deterioro de la personalidad)	21-40%
R.V.A.N. Obsesivo-compulsiva Grado V (con evolución psicótica)	41-70%

**RESUMEN DE INCAPACIDAD REACCIÓN VIVENCIAL ANORMAL NEURÓTICA.**

**R.V.A.N. CON MANIFESTACIÓN PSICOSOMÁTICA:**

R.V.A.N. Psicossomática Grado I	0 %
R.V.A.N. Psicossomática Grado II	1-10 %
R.V.A.N. Psicossomática Grado III	11-20 %
R.V.A.N. Psicossomática Grado IV	21-30 %

**RESUMEN DE INCAPACIDAD REACCIÓN VIVENCIAL ANORMAL NEURÓTICA.**

**R.V.A.N. CON MANIFESTACIÓN HISTÉRICA:**

R.V.A.N. Histérica de Conversión Grado I	0 %
R.V.A.N. Histérica de Conversión Grado II	1-10 %
R.V.A.N. Histérica de Conversión Grado III	11-20 %
R.V.A.N. Histérica de Conversión Grado IV	21-30 %

**RESUMEN DE INCAPACIDAD REACCIÓN VIVENCIAL ANORMAL NEURÓTICA.**

**R.V.A.N. CON MANIFESTACIÓN HIPOCONDRIACA:**

R.V.A.N. Hipocondríacas Grado I	0 %
R.V.A.N. Hipocondríacas Grado II	1-10 %
R.V.A.N. Hipocondríacas Grado III	11-20 %



R.V.A.N. Hipocondríacas Grado IV

21-30 %

### 3. Estados paranoides

Reacción Paranoide: Reacción Vivencial Anormal de origen psicológico, secundario a experiencia intensamente vivida. Hay una personalidad vulnerable predisponente, como las litigantes y las sensitivas de K. Schneider. La duración es de semanas a meses, sin dejar secuelas 0 %

09/05/001/60/271

Desarrollo Paranoico o Paranoia. Delirio Sistematizado interpretativo crónico, irreductible, incapacitante, irreversible. (Sólo se considerarán aquellas que tengan origen en accidentes de circulación) 5-50 %

### 4. Depresión psicótica

Cuando un cuadro depresivo reactivo tiene una evolución de características psicóticas melancólicas que se desvía del motivo que la originó, evolucionando a una psicosis afectiva, son incapacitantes mientras dure la fase, que remite con restitución ad-integrum en la mayoría de los casos (Sólo se considerarán aquellas que tengan origen en accidentes laborales). 0 %

En los casos que se prolonguen por más de un año, o se agreguen por la edad elementos de involución con organicidad cerebral, componentes deliroides paranoides y sensoperceptivos de tipo orgánico, son incapacitantes por ser irreversibles 50 %

**NOTA:** Por las características de estos exámenes de evaluación de la incapacidad, deberá estudiarse para descartar las posibles: simulaciones, metasimulaciones o perseveración y sobresimulación

**SIMULACIÓN:** Producción voluntaria de síntomas psíquicos o físicos falsos o exagerados, motivados por la consecución de algún objetivo, como la obtención de compensaciones económicas

**METASIMULACIÓN O PERSEVERACIÓN:** Caracterizada por descripción de síntomas desaparecidos o patología ya curada.

**SOBRESIMULACIÓN:** Exageración de síntomas subjetivos que pudieran subsistir.

Lo antes expuesto lleva en más de una ocasión a los peritos médicos a incurrir en error o engaño, dificultando la evaluación correcta de incapacidad.

### Cara

Sistema osteoarticular

Alteración traumática de la oclusión dental por lesión inoperable (consolidación viciosa, pérdida de sustancias, etc.).

Con contacto dental:

Unilateral	5-15 %
Bilateral	1-5 %
Sin contacto dental	30 %
Deterioro estructural de maxilar superior y/o inferior (sin posibilidad de reparación). Valorar según repercusión funcional sobre la masticación	
<b>20-30 %</b>	
Pérdida de sustancia (paladar duro y blando):	
Con comunicación con cavidad nasal (operable)	15 %
Con comunicación con cavidad nasal (inoperable)	30 %
Limitación de la apertura bucal (entre incisivos)	
entre los 20-45 mm de apertura	5-10 %
Limitación de la apertura bucal (entre incisivos)	
entre los 0-20 mm de apertura	10-25 %
Fractura de mandíbula s/ alteración funcional	5 %
Fractura de mandíbula c/ alteración funcional (evaluar por alteración)	

## Boca

### Dientes (pérdida completa traumática):

De un incisivo	2 %
De un canino	2 %
De un premolar	1 %
De un molar	1 %

## Lengua

Trastornos cicatrizales (cicatrices retráctiles de la lengua que originan alteraciones funcionales (tras reparación quirúrgica) 1-5 %

Amputación:

Parcial:

Menos del 50 por ciento (s/ alteración de fonación y deglución) 5-5%

Más del 50 por ciento (c/ alteración de fonación y deglución) 13-30%

Total	40 %
Alteración del gusto	1-5 %

## Nariz

En todo lo referido a los trastornos nasales no hay sumatorias de incapacidades.

Se considerará la incapacidad más alta de las correspondientes al caso

Pérdida de la nariz:

Parcial	5-25 %
Total	25 %



09/05/001/60/271

Alteración de la respiración nasal por marcada deformidad ósea o cartilaginosa (según estudio funcional):	
Unilateral	0-8 %
Bilateral	9-15 %
Fractura de huesos propios y / o tabique	3-6 %

#### **Sistema olfatorio y gustativo**

Hiposmia	5 %
Anosmia	10 %

#### **Sistema ocular**

##### **Globo ocular**

Ablación de un globo ocular	45 %
Ablación de ambos globos oculares	100 %
Leucoma (valorar según pérdida de campo y agudeza visual).	
Iris:	
Alteración postraumática de iris unilateral con trastorno de la acomodación (más agudeza visual)	5 %
Alteración postraumática de iris bilateral con trastorno de la acomodación (más agudeza visual)	10 %
Cristalino:	
Catarata postraumática inoperable (valores según agudeza visual corregida).	
Afaquia unilateral tras fracaso quirúrgico: valorar según agudeza visual corregida (ver Tablas de Sená) y añadir 5 puntos.	
Colocación de lente intraocular	5 %

##### **Anexos oculares:**

Músculos: parálisis de uno o varios músculos (ver pares craneales).	
Entóprion, tripiasis, ectóprion, cicatrices viciosas	
Unilateral	5-10 %
Bilateral	10-20 %
Maloclusión palpebral.	
Unilateral	5-10 %
Bilateral	10-20 %
Ptosis palpebral:	
Unilateral (añadir pérdida del campo visual)	3 %
Bilateral (añadir pérdida del campo visual)	6 %
Epífora	
Unilateral	5 %
Bilateral	10 %

##### **Campo visual**

##### **Visión periférica:**

Hemianopsias:	
Homónimas	50 %
Heterónimas	
Bi nasal	30 %
Bi temporal	80 %
Cuadrantanopsias:	
Nasal inferior	30 %
Nasal superior	15 %
Temporal inferior	20 %
Temporal superior	10 %
Escotomas yuxtacentrales	5-20 %

**Visión central:**

Escotoma central (según agudeza visual)

**Función óculo-motriz:**

Diplopía:

En posiciones altas de la mirada

-menos de 10° de desviación 5-10%

En el campo lateral –menos de 10° de desviación- 5-15 %

En la parte inferior del campo visual

- menos de 10° de desviación- 10-20 %

En todas las direcciones, obligando a ocluir un ojo

–desviación de más de 10°- 20-25 %

**Agudeza visual:**

Déficit de la agudeza visual (según tablas de Sená).

Pérdida de visión de un ojo

Nota: si el ojo afectado por el traumatismo tenía anteriormente algún déficit visual, la tasa de agravación

será la diferencia entre el déficit actual y el existente.

Ceguera 100 %

**TABLA DE SENÁ**

(daño visual en uno o ambos ojos)

**AV**

restante 1 9/10 8/10 7/10 6/10 5/10 4/10 3/10 2/10 1/10 < a 1/10 Ceguera

**total**

1	0%	1%	2%	4%	6%	9%	13%	18%	24%	32%	42%	45%
9/10	1%	2%	3%	5%	8%	11%	15%	20%	26%	34%	43%	47%
8/10	2%	3%	5%	7%	10%	13%	18%	23%	29%	37%	45%	50%
7/10	4%	5%	7%	9%	13%	16%	21%	26%	32%	40%	50%	55%
6/10	6%	8%	10%	13%	16%	20%	25%	30%	36%	44%	55%	60%
5/10	9%	11%	13%	16%	20%	24%	29%	34%	41%	49%	60%	65%
4/10	13%	15%	18%	21%	25%	29%	33%	39%	47%	56%	70%	70%
3/10	18%	20%	23%	26%	30%	34%	39%	45%	54%	65%	80%	80%
2/10	24%	26%	29%	32%	36%	41%	47%	54%	64%	75%	90%	90%



1/10 32% 34% 37% 40% 44% 49% 56% 65% 75% 85% 100% 100%  
< a 1/10 42% 43% 45% 50% 55% 60% 70% 80% 90% 100% 100% 100%

**Ceguera total** 45% 47% 50% 55% 60% 65% 70% 80% 90% 100% 100%  
100%

09/05/001/60/271

### Sistema auditivo

Pérdida del lóbulo auricular unilateral	4 %
Pérdida del pabellón auricular unilateral	12 %
Acúfenos	2 %

### Alteración del equilibrio por lesión de la rama vestibular

La determinación del deterioro se sustentará en signos objetivos, atribuidos al daño orgánico, en el examen laberíntico.

La evaluación del deterioro se establecerá en base al grado de trastorno del equilibrio constatado (por electronistagmograma, examen neurológico, etc.) y no en relación con la sintomatología vertiginosa.

Las determinaciones se realizarán después de 6 meses del accidente supuestamente causal.

**Grado I.- Deterioro mínimo.** Se produce desequilibrio con los cambios bruscos de posición de la cabeza o en determinadas posiciones de la misma. Leves desviaciones y/o lateropulsiones en la marcha con ojos cerrados. Signos objetivos de daño orgánico en examen laberíntico y/o neurológico **10 %**

**Grado II.- Deterioro leve.** Hay trastornos en la marcha y giros rápidos los que se acentúan al hacerlo con los ojos cerrados. Logra mantenerse en pie con los ojos cerrados. Hay signos objetivos en exámenes laberínticos y/o neurológicos **20 %**

**Grado III.- Deterioro moderado** La marcha sólo es posible con apoyo de bastón. Gran dificultad para mantener el equilibrio con ojos cerrados e imposibilidad de marcha en esas condiciones **40 %**

**Grado IV.- Deterioro avanzado.** Hay gran dificultad para realizar cambios de posición. Imposibilidad de mantener una posición para desempeñar una tarea **70 %**

**Grado V.- Deterioro grave.** Imposibilidad de marcha con ojos abiertos. Requiere asistencia de terceros para su traslado **100 %**

### Déficit de la agudeza auditiva

Las personas que hayan sufrido daño auditivo por contusión encefálica, se someterán a estudio auditivo consistente en evaluación otológica y 3 audiometrías, así como a otros estudios para verificar el daño coclear.

Estos exámenes deberán hacerse después de un mínimo de 24 hs. de reposo auditivo y entre ellos deberá existir un intervalo no inferior a 7 días. Los promedios de los decibeles, medidos en los umbrales de las frecuencias consideradas, en los tres exámenes, no podrán diferir en más de 10 dB. Si este requisito no se cumple en las 3 audiometrías, deberán tomarse otras hasta lograrlo.

Pérdida total de audición de un oído (contralateral normal)      15 %  
 Pérdida total de audición (bilateral)                                      42 %

**Cálculo de la pérdida auditiva monoaural**

Se suma la pérdida en decibeles de la vía aérea de los tonos 500, 1.000, 2.000 y 4.000. La suma obtenida se traslada a la tabla siguiente donde se convierte en porcentaje de pérdida auditiva.

**PÉRDIDA AUDITIVA MONOAURAL**

SD	%	SD	%
100	0,0	240	52,5
105	1,9	245	54,4
110	3,8	250	56,2
115	5,6	255	58,1
120	7,5	260	60,0
125	9,4	265	61,9
130	11,2	270	63,8
135	13,1	275	65,6
140	15,0	280	67,5
145	16,9	285	69,3
150	18,8	290	71,2
155	20,6	295	73,1
160	22,5	300	75,0
165	24,4	305	76,9
170	26,2	310	78,8
175	28,1	315	80,6
180	30,0	320	82,5
185	31,9	325	84,4
190	33,8	330	86,2
195	35,6	335	88,1
200	37,5	340	90,0
205	39,4	345	90,9
210	41,2	350	93,8
215	43,1	355	95,6
220	45,0	360	97,5
225	46,9	365	99,4
230	48,9	370	> 100,0
235	50,6		

**Cálculo de la pérdida auditiva bilateral**

REPÚBLICA ORIENTAL  
DEL URUGUAY



MINISTERIO  
DE  
ECONOMÍA Y FINANZAS

Se suma la pérdida en decibeles de la vía aérea de los tonos 500, 1.000, 2.000 y 4.000 de cada oído y se lo traslada a la Tabla de la A.M.A./84 - A.A.O. MAY./79.

En esta Tabla se debe buscar en su eje horizontal el mejor oído y en su eje vertical el peor; de la intersección de ambos ejes surge la pérdida auditiva bilateral en porcentajes. Dicho valor multiplicado por 0,42 da como resultado el % de incapacidad.

**Nota:** si el oído afectado por el traumatismo tenía anteriormente algún déficit de la audición, la tasa de agravación será la diferencia entre el déficit actual y el existente.

09/05/001/60/271

## CAPÍTULO 2: TRONCO

### Columna vertebral y pelvis

Agravación artrosis previa al traumatismo	1-5 %
Fractura acúñamiento anterior/aplastamiento (sin repercusión neurológica)	
Agregar repercusión si corresponde:	
Menos de 50 por ciento de la altura de la vértebra	10 %
Más del 50 por ciento de la altura de la vértebra	15 %
Hernia discal no operada (x RMN):	
Sin compresión radicular	10-15 %
Con compresión radicular (sumar compromiso radicular)	
Hernia discal operada (sin secuelas)	5 %
Con secuelas clínicas y electromiográficas leves	10-15 %
Con secuelas clínicas y electromiográficas moderadas	15-20 %
Con secuelas clínicas y electromiográficas severas	20-40 %

### Columna cervical y dorsolumbar:

Cervicalgia sin irradiación braquial	1-5 %
Cervicalgia con irradiación braquial	6-10 %
Síndrome postraumático cervical, (cervicalgia, mareos, vértigos, cefaleas)	1-8 %
Lumbalgia sin irradiación a MM II (incluye fracturas de espinosas y transversas)	3-5 %
Lumbalgia con irradiación a MM II	6-10 %

### Sacro y pelvis:

Fractura de una rama pubiana	5 %
Fractura de dos ramas	5-10 %
Diastasis pubiana hasta 3 cm, sin compromiso	5 %
Diastasis pubiana con subluxación sacroilíaca	20-40 %
Doble vertical de pelvis con según dolor, desplazamiento, dificultad en la marcha y acortamiento	15-30 %
Estrechez pélvica con imposibilidad de parto por vía natural	10 %

### Cuello (órganos)

#### Esófago:

Fístula esófago-traqueal	10-20 %
Fístula externa	10-20 %

#### Laringe:

##### Estenosis:

Estenosis cicatrizales que determinen disfonía	5-12 %
Estenosis cicatrizales que determinen disnea de esfuerzo: según funcional respiratorio	



Parálisis de una cuerda vocal (disfonía) 5 %  
Parálisis de dos cuerdas vocales (afonía) 15-20 %

**Tráquea:**

Estenosis traqueal (valorar por insuficiencia respiratoria)

09/05/001/60/271

**Tórax**

**Sistema óseo:**

Fractura de costilla 1 %  
Fractura de costilla con neuralgia intercostal esporádica y/o persistente 2 %  
Fractura de esternón 5 %

**Parénquima pulmonar:**

Drenaje pleural 3 %  
Resección:  
Resección parcial de un pulmón (añadir valoración de insuficiencia respiratoria) 5 %  
Resección total de un pulmón (neumonectomía) (añadir valoración de insuficiencia respiratoria) 12 %  
Parálisis del nervio frénico (se valorará la insuficiencia respiratoria)

**Función respiratoria:**

**Estadío I:** Ausencia de disnea. Rx normal o secuela uni o bilateral menor al equivalente de un tercio de la playa pulmonar derecha. Volúmenes espirométricos mayores de 80%. Gases en sangre normales  
0-10 %

**Estadío II:** Disnea a grandes esfuerzos y/o Rx lesiones uni o bilateral que no excedan el equivalente al tercio de la playa pulmonar derecha. Volúmenes espirométricos entre 65% y 80%. Gases en sangre con saturación de O<sub>2</sub> mayor del 85%  
10-30 %

**Estadío III:** Disnea a medianos esfuerzos y/o Rx con lesiones uni o bilateral que no exceden el equivalente a toda la playa pulmonar derecha. Volúmenes espirométricos entre 50% y 65%.  
Gases en sangre con saturación de O<sub>2</sub> mayor del 85%  
30-50 %

**Estadío IV:** Disnea a mínimos esfuerzos y/o en reposo y/o Rx lesiones uni o bilateral que exceden la superficie de la playa pulmonar derecha. Volúmenes espirométricos menores al 50%  
Gases en sangre con saturación menor del 85%  
50-70 %

**Estadío V:** Insuficiencia respiratoria terminal,  
con Cor-pulmonare  
70-90 %

**Mamas: (incluye daño estético)**

Herida o traumatismo con destrucción parcial unilateral 0-10 %

Herida o traumatismo con destrucción total unilateral	<b>10-20 %</b>
Herida o traumatismo con destrucción parcial bilateral	<b>5-15 %</b>
Herida o traumatismo con destrucción total bilateral	<b>30 %</b>

### **Abdomen y pelvis**

#### **Resecciones viscerales** (estómago, intestino delgado y grueso, páncreas)

**Grado I:** a) Presenta pérdida anatómica.

b) No es necesario tratamiento continuo. **0-5 %**

c) El peso es mantenido.

**Grado II:** a) Presenta pérdida anatómica.

b) Son necesarios medicamentos y restricción alimentaria para el control de signos y/o síntomas. **10-20 %**

c) La pérdida de peso no debe exceder el 10% del peso habitual.

**Grado III:**a) Presenta pérdida anatómica.

b) Los medicamentos y restricción alimentaria no controlan completamente los signos y/o síntomas. **20-40 %**

c) Hay pérdida de peso de entre el 10% y el 20% del peso habitual.

**Grado IV:** a) Presenta pérdida anatómica.

b) Los signos y/o síntomas no son controlados mediante tratamiento médico. **40-70 %**

c) Hay pérdida de peso superior al 20% del peso habitual.

#### **Fístulas:**

Sin trastorno nutritivo **3-15 %**

Con trastorno nutritivo **15-30 %**

#### **Recto y ano:**

Perforación de recto, extraperitoneal, con colostomía transitoria, reconstruido el tránsito al momento de la evaluación **10-15 %**

Perforación de recto, intraperitoneal, con Operación de Hartmann **25-30 %**

#### **Hígado:**

Alteraciones hepáticas:

**Leve:** Child A **10 %**

**Moderada:** Child B **20 %**

**Grave:** Child C **30 %**

**Indice de Child**



09/05/001/60/271

**A B C**

**Bilirrubinemia** < 20 mg/l 20-30 mg/l > 30 mg/l

**Albuminemia** >35 g/l 30-35 g/l < 30 g/l

**Protrombinemia** > 70% 70-40% < 40%

**Ascitis** No Moderada Abundante

**Encefalopatía** No Fácil control Importante

**Nutrición** Excelente Correcta Mala

Sutura hepática 0-5 %

Segmentectomía hepática sin alteración funcional 10 %

Segmentectomía hepática con alteración funcional **Sumar alteración**

Fístulas biliares 15-30 %

**Bazo:**

Sutura esplénica 0-5 %

Esplenectomía: 25 %

**Eventraciones (según diámetro):**

Menor de 6 cm 5 %

Mayor de 6 cm 12 %

Mayor de 20 cm 30 %

**Riñón:**

**Nefrectomía:**

Nefrectomía unilateral (con riñón remanente sano) 20 %

Nefrectomía bilateral 90 %

**Insuficiencia renal (valorar según aclaramiento de creatinina):**

Grado I: 70-50 ml/min 10 %

Grado II: 40-30 ml/min 20 %

Grado III: 20-5 ml/min 70 %

Grado IV: < 5 ml/min 90 %

**Vejiga:**

Retención crónica de orina: Sondajes obligados 15 %

Cistostomía transitoria 3 %

Cistostomía definitiva 70 %

Cistectomía total 70 %

**Incontinencia urinaria:**

De esfuerzo 7 %

Permanente 50 %

Vejiga neurogénica 55 %

**Uretra:**

(Las lesiones uretrales por accidentes se evaluarán posteriormente a la reparación quirúrgica.)

Estrechez sin infección ni insuficiencia renal 6 %  
Fístula uretral postraumática definitiva 70 %

**Aparato genital masculino:**

Amputación de pene (total) 40 %  
Amputación parcial de pene con función eréctil 25 %  
Amputación parcial de pene sin función eréctil 30 %  
Pérdida traumática:  
De un testículo 10 %  
De dos testículos 40 %  
Atrofia testicular unilateral post trauma (hematocele organizado) 10 %  
Atrofia testicular bilateral post trauma (hematocele organizado)  
Hasta 40 años 40 %  
Entre 40 y 65 años 30 %  
Más de 65 años 20 %  
Disfunción sexual en erección y eyaculación (post trauma y permanente - orgánica-) 30 %

**Aparato genital femenino:**

Lesiones vulvares y vaginales que dificulten o imposibiliten el coito (según repercusión funcional) 20-30 %  
Pérdida del útero:  
Antes de la menopausia 40 %  
Después la menopausia 10 %  
Ovarios:  
Pérdida de un ovario 20-25 %  
Pérdida de dos ovarios (en edad fértil) 40 %  
Pérdida de dos ovarios (post menopausia) 20 %  
Desgarro de periné post trauma (sin compromiso esfinteriano ni sexual)  
0  
Desgarro de periné post trauma (con compromiso esfinteriano) Según incontinencia



### CAPÍTULO 3: APARATO CARDIOVASCULAR

#### Corazón

##### Insuficiencia cardiaca:

09/05/001/60/271

<b>Grado I:</b> disnea de grandes esfuerzos (fracción de eyección: 60% - 50%)	5-10 %
<b>Grado II:</b> disnea de moderados esfuerzos (fracción de eyección: 50% - 40%)	10-30 %
<b>Grado III:</b> disnea de pequeños esfuerzos (fracción de eyección: 40% - 30%)	30-60 %
<b>Grado IV:</b> disnea de reposo (fracción de eyección: menor de 30%)	60-90 %
Secuelas tras traumatismo cardíaco (sin insuficiencia cardiaca)	1-5 %

#### Vascular periférico

Deberá tomarse en cuenta la existencia de patología vascular previa.  
Aneurismas de origen traumático operado (valorar según el grado de incapacidad que ocasione en el apartado correspondiente):

##### Trastornos venosos de origen postraumático:

Flebitis o traumatismos venosos en pacientes sin patología venosa previa:	
Leve (aparición de varices, pigmentación, edema vespertino)	1-8 %
Moderada (aparición de edema, eccema, dolor y celulitis indurada)	9-15 %
Grave (aparición de úlceras y trastornos tróficos graves)	20-30 %
Flebitis o traumatismos venosos en pacientes con patología venosa previa: (tomar como referencia el MI contralateral)	
Leve (aparición de varices, pigmentación, edema vespertino)	1-4 %
Moderado (aparición de edema, eccema, dolor y celulitis indurada)	4-8 %
Grave (aparición de úlceras y trastornos tróficos graves)	10-15 %

##### Trastornos arteriales de origen postraumático:

Malestar de esfuerzo	1-5 %
Claudicación intermitente y frialdad (según repercusión funcional)	5-20 %
Claudicación intermitente, frialdad y trastornos tróficos	

(según repercusión funcional)	<b>20-40 %</b>
Fístulas arteriovenosas de origen postraumático:	
Sin repercusión regional o general	<b>1-5 %</b>
Con repercusión regional (edemas, varices) (valorar como trauma venoso)	
Con repercusión general (valorar según insuficiencia cardiaca)	



#### **CAPÍTULO 4: EXTREMIDAD SUPERIOR Y CINTURA ESCAPULAR**

09/05/001/60/271

1. La puntuación de una o varias secuelas correspondientes a una articulación, miembro, aparato o sistema (en el caso de que sean varias secuelas tras utilizar la fórmula de incapacidades concurrentes), nunca podrá superar a la que corresponda por la pérdida total, anatómica y/o funcional de esta articulación, miembro, aparato o sistema.
2. Mano hábil: en los casos de lesión anatómica y/o funcional del miembro más hábil se adicionará un 5% del porcentaje de incapacidad calculado.
3. Mediciones: para designar los movimientos, consignar los grados de movilidad de las articulaciones y demás mediciones necesarias en la semiología del aparato locomotor se utilizarán métodos reconocidos por la Asociación Argentina de Ortopedia y Traumatología (con el 0° en la posición anatómica de la articulación, con excepción de la pronosupinación, cuyo 0° corresponde al punto intermedio entre supinación y pronación).
4. Rangos de incapacidad: cuando para una secuela exista un rango de porcentajes de incapacidad posibles, el criterio a seguir será en función del recupero de la funcionalidad y de la prótesis colocada.
5. Criterios de "normalidad": para evaluar la funcionalidad se tomarán como valores de movilidad normales para el individuo bajo examen, los rangos propuestos en las tablas de movilidad articular que se publican en el presente Baremo.  
En todos los casos se efectuará una completa semiología y medición comparativa en el miembro contralateral.
6. Tablas de movilidad articular: para hallar la cifra de incapacidad causada por las limitaciones de movilidad de una articulación, se sumarán las cifras de incapacidad propuestas en la tabla para la limitación de cada uno de los movimientos de esa articulación. En ningún caso podrá superar a la cifra de anquilosis del segmento correspondiente.
7. Tablas de anquilosis: en el caso anquilosis o artrodesis, se buscará en la columna de cada movimiento la cifra que corresponda a la posición hallada en la articulación bajo examen. La incapacidad corresponderá a la cifra mayor, los resultados parciales no se suman.
8. Cuando en la tabla se indique adicionar puntos de incapacidad por limitación funcional u otras causas, se utilizará en todos los casos el método de sumatoria por capacidad restante, sean incapacidades por secuelas del mismo miembro o de distinto miembro o segmento. En ningún caso la suma de incapacidades podrá superar a la cifra de amputación del segmento correspondiente.
9. El porcentaje de incapacidad otorgado por osteosíntesis incluye el daño estético producido (en la cirugía), para su colocación.

