

**INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL**

SUBDIRECCIÓN DE SALUD

DEPARTAMENTO DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA EN SALUD

SECCIÓN REGULACIÓN TÉCNICA EN SALUD



NORMAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA EVALUACIÓN  
TÉCNICO-FUNCIONAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD  
ISSS.

JUNIO 2017

## Presentación



**E**l Instituto Salvadoreño del Seguro Social en su política de modernización y desarrollo institucional ha promovido reformas técnicas y administrativas orientadas al cumplimiento de su misión de proveer servicios de calidad a los derechohabientes.

Con la finalidad de regular la atención en salud, el Consejo Directivo aprobó la creación de la Sección Regulación Técnica en Salud, Acuerdo #0458 Abril 2015, como dependencia responsable de la elaboración y actualización de los documentos técnico-normativos.

En este sentido, ha sido creada la **“Normas y Procedimientos para la Evaluación Técnico-Funcional de Personas con Discapacidad del ISSS”**, la cual será el documento normativo que tendrá como objetivo guiar a los miembros de la comisión técnica quienes tendrán a su cargo los procedimientos para la evaluación, calificación y certificación de la discapacidad, así como la confirmación e identificación de las deficiencias y condiciones de discapacidad de los hijos de cotizantes activos del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, la que servirá para acreditar su derecho al régimen del ISSS; además extenderá la certificación a trabajadores cotizantes activos y pensionados con algún grado de discapacidad para fines de inclusión laboral. La Administración de los centros de atención, los miembros de la comisión y los profesionales de los servicios clínicos, de rehabilitación, así como los programas responsables de la formación y educación continua de profesionales<sup>1</sup> serán los responsables de su divulgación, implantación, seguimiento y cumplimiento obligatorio.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'R. Cea Rouané', is positioned above the official name and title.



**Dr. Ricardo Cea Rouané**  
Director General ISSS

Equipo Facilitador normativo.

Nombre	Procedencia
<b>Dr. Jonathan David Hernández</b>	Jefe Departamento. Planificación Estratégica en salud.
<b>Dra. Ana Guadalupe Argueta Barahona.</b>	Jefa Sección. Sección Regulación Técnica en Salud.
<b>Ing. Luis Asdrúbal Ovando Medrano.</b>	Colaborador Técnico de Salud I Sección Regulación Técnica en Salud
<b>Dr. William Adonay Sosa Díaz.</b>	Colaborador Técnico de Salud II Sección Regulación Técnica en Salud


Profesionales que participaron en la elaboración de la Norma de Organización y Funcionamiento.

Nombre	Procedencia
<b>Dra. Karla María Ramírez Martínez.</b>	Médico Fisiatra. Unidad Medicina Física y Rehabilitación.
<b>Dr. Samuel Edgardo Sánchez Rodríguez.</b>	Médico del Trabajo. Unidad Médica Atlacatl.
<b>Licda. Sonia Isabel Roque Candel.</b>	Colaborador Jurídico. Jurídico de Gestión Administrativa
<b>Licda. Ana Zoila Delgado Salazar.</b>	Trabajo Social. Unidad Medicina Física y Rehabilitación
<b>Licda. Brenda Lissette Leiva de Solano.</b>	Fisioterapista Unidad Medicina Física y Rehabilitación



INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL  
SECCIÓN REGULACIÓN TÉCNICA EN SALUD

Profesionales que participaron en la revisión y validación final de la Norma de Organización y Funcionamiento

Nombre	Procedencia
<b>Dra. Katya Carolina Portillo</b>	Directora Unidad de Medicina Física y Rehabilitación
<b>Dra. Patricia M. Domínguez de Navarro</b>	Jefatura de Fisioterapia UMFR
<b>Dra. Rina I. Araujo.</b>	Jefe Depto. Salud del Trabajo y Medio Ambiente.
<b>Dra .Karla María Ramírez Martínez</b>	Médico Fisiatra. Unidad de Medicina Física y Rehabilitación.
<b>Dr. Samuel Edgardo Sanchez</b>	Medico del Trabajo.
<b>Dra. Roxana Ingles Guillen</b>	Directora Consultorio de Especialidades.
<b>Dra. Claudia Beatriz Barahona Navarrete</b>	Directora Hospital Policlínico Arce
<b>Dr. Jorge A. Lechuga</b>	Colaborador Técnico en Salud II- Depto. Salud del Trabajo y Medio Ambiente
<b>Dr. William Adonay Sosa Diaz.</b>	Colaborador Técnico en Salud I. Sección de Regulación Técnica.
<b>Ing. Luis Asdrubal Ovando.</b>	Colaborador Técnico en Salud II. Sección de Regulación Técnica.
<b>Licda. Juana F. Rivas de Vargas -</b>	Jefe Trabajo Soc. Hospital San Miguel
<b>Licda. Sonia Isabel Roque Candel.</b>	Colaborador Jurídico. Jurídico de Gestión Administrativa
<b>Licda. Brenda Lissette Leiva de Solano</b>	Fisioterapista. Unidad de Medicina Física y Rehabilitación.
<b>Lic. Joaquin E. Estrada Ramos.</b>	Supervisor de Sección Aseguramiento.
<b>Licda. Nury Padilla de Amaya.</b>	Trabajo Social. Unidad Médica Zacamil.
<b>Licda. Patricia Caballeros</b>	Jefa Trabajo Social UM 15 de Septiembre
<b>Licda Carmen Yanira Garay</b>	Coordinadora de Trabajo Social Policlínico Arce.
<b>Licda. Silvana Saca de Cabrera</b>	Jefe Trabajo Social Consultorio de Especialidades



## Tabla de contenido

MARCO LEGAL.....	1
LEX ARTIS.....	8
A. ANTECEDENTES.....	10
B. INTRODUCCIÓN.....	12
C. JUSTIFICACIÓN.....	13
D. OBJETIVOS:.....	14
E. ÁMBITO DE APLICACIÓN:.....	14
CAPITULO I.....	15
I. DISPOSICIONES GENERALES.....	15
II. UBICACIÓN, CONFORMACIÓN E INTEGRACIÓN DE LA COMISION.....	16
III. PERFIL DE LOS MIEMBROS DE LA COMISIÓN Y OTROS.....	17
IV. FUNCIONES DE LA COMISIÓN.....	18
V. FACULTADES DE LA COMISIÓN.....	19
VI. RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS DE LA COMISIÓN.....	19
VII. DE LAS SESIONES DE LA COMISIÓN.....	21
VIII. PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS:.....	22
IX. DE LAS CERTIFICACIONES.....	24
X. PORTAFOLIO DE SERVICIOS.....	24
XI. EVALUACIÓN DE RESULTADOS.....	24
XII. PLAN ANUAL DE TRABAJO.....	25
CAPITULO II.....	25
I. PROCEDIMIENTOS DE EVALUACION TÉCNICO-FUNCIONAL.....	25
II. ESCALA GENERICA DE CALIFICADORES CIF-IA.....	29
III. INSTRUMENTO DE EVALUACION Y CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD (ANEXO 6: INSTRUCTIVO).....	30
IV. LINEAMIENTOS PARA LA EVALUACION Y CERTIFICACION DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD.....	32
1. DISCAPACIDAD FISICA. (VER ANEXO 7).....	32
2. DISCAPACIDAD VISCERAL. (VER ANEXO 8: LINEAMIENTOS).....	34
3. DISCAPACIDAD VISUAL. (VER ANEXO 9: LINEAMIENTOS).....	35
4. DISCAPACIDAD AUDITIVA. (VER ANEXO 10: LINEAMIENTOS).....	37
5. DISCAPACIDAD MENTAL O PSICOSOCIAL E INTELECTUAL. (VER ANEXO 11: LINEAMIENTOS).....	39
OBSERVANCIA.....	44

INFRACCIONES Y SANCIONES..... 44

DISPOSICIONES GENERALES..... 45

VIGENCIA DE LA NORMA..... 45

OFICIALIZACIÓN: ..... 46

BIBLIOGRAFÍA..... 47

GLOSARIO..... 52

ANEXO 1..... 55

ANEXO 2..... 56

ANEXO 5..... 60

ANEXO 6..... 61

ANEXO 7..... 72

ANEXO 8..... 81

ANEXO 9..... 94

ANEXO 10..... 101

ANEXO 11..... 111



INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL  
SECCIÓN REGULACIÓN TÉCNICA EN SALUD

**NORMAS CONTROL INTERNO ESPECIFICOS DEL ISSS.**

Capítulo 3. NORMAS RELATIVAS A LAS ACTIVIDADES DE CONTROL

Responsables de Implementar los Sistemas Administrativos.

**Documentación, actualización y divulgación de Políticas y Procedimientos.**

Art. 42. El Departamento responsable de la Administración de la Normativa Institucional deberá revisar de forma periódica, la vigencia de dichos documentos o a solicitud del usuario responsable de su aplicación, a fin de verificar si existen cambios no reportados y efectuar de manera conjunta la actualización correspondiente.

Art.43. Los centros de Atención, Subdirecciones, Unidades, Divisiones, Departamentos y demás dependencias del Instituto, deberán desarrollar sus actividades con base en las funciones y procedimientos establecidos en los manuales de Organización, Manuales de Normas y Procedimientos y otras normas o regulaciones aplicables a cada Dependencia.

Art.44. Será responsabilidad de cada Jefatura, solicitar al Área correspondiente, cada vez que sea necesaria, la mejora de los procesos; así como también, la actualización de sus documentos normativos relacionados vigentes.

Art.45. El personal que ejecute los procedimientos, será responsable de informar a la Jefatura inmediata, las inconsistencias en los procesos y/o en los sistemas de información, a fin de que se apliquen las medidas correctivas o preventivas necesarias.

**Definición de Políticas y Procedimientos de Autorización y Aprobación**

Art. 46. Será responsabilidad de las jefaturas superiores del Instituto, autorizar oportunamente los documentos normativos que sean generados por las dependencias encargadas de su elaboración.

**CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DE EL SALVADOR.** Conforme a la base legal vigente, para el funcionamiento del ISSS, en el artículo 50 de la **CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DE EL SALVADOR** (1983) se establece: "La seguridad social constituye un servicio público de carácter obligatorio".



## **LEY DEL SEGURO SOCIAL Y REGLAMENTOS DEL RÉGIMEN GENERAL DE SALUD Y RIESGOS PROFESIONALES.**

La ley establece el Seguro Social obligatorio como una Institución de derecho público, que cubrirá en forma gradual los riesgos a los cuales están expuestos los trabajadores por causa de a) Enfermedad, b) Accidente Común; c) Accidente de Trabajo, d) Enfermedad Profesional, e) Maternidad; f) Invalidez; g) Vejez; h) Muerte y i) Cesantía Involuntaria.

## **CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y SU PROTOCOLO FACULTATIVO.**

Artículo. 1. "Ratificase la Convención de las Naciones Unidas sobre el Derecho de la Personas con Discapacidad, y su Protocolo Facultativo, Instrumentos Internacionales que constan respectivamente, de un Preámbulo y Cincuenta Artículos, suscritos del 30 marzo de 2007 en nombre y representación del Gobierno de la República de El Salvador, por la Primera Dama de la República y Secretaria Nacional de la Familia, Señora Ana Ligia Mixco Sol, aprobados por el Órgano Ejecutivo, en el ramo de Relaciones Exteriores, a través del acuerdo N° 791 del 11 de septiembre del 2007".

### **Artículo 4**

#### **Obligaciones generales.**

1. Los Estados Partes se comprometen a asegurar y promover el pleno ejercicio de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas con discapacidad sin discriminación alguna por motivos de discapacidad. A tal fin, los Estados Partes se comprometen a:

a) Adoptar todas las medidas legislativas, administrativas y de otra índole que sean pertinentes para hacer efectivos los derechos reconocidos en la presente Convención.

### **Artículo 9**

#### **Accesibilidad.**

1. A fin que las personas con discapacidad puedan vivir en forma independiente y participar plenamente en todos los aspectos de la vida, los Estados Partes adoptaran medidas pertinente para asegurar el acceso de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, al entorno físico, el transporte, la información y las comunicaciones, incluidos los sistemas y las tecnologías de la información y las comunicaciones, y a otros servicios e instalaciones abiertos al público o de uso público, tanto en zonas urbanas como rurales. Estas medidas, que incluirán la identificación y eliminación de obstáculos y barreras de acceso, se aplicarán, entre otras cosas, a:

- a) Los edificios, las vías públicas, el transporte y otras instalaciones exteriores e interiores como escuelas, viviendas, instalaciones médicas y lugares de trabajo;
- b) Los servicios de información, comunicaciones y de otro tipo, incluidos los servicios electrónicos y de emergencia.



## **Artículo 20**

### **Movilidad personal.**

Los Estados Partes adoptarán medidas efectivas para asegurar que las personas con discapacidad gocen de movilidad personal con la mayor independencia posible, entre ellas:

- a) Facilitar la movilidad personal de las personas con discapacidad en la forma y en el momento que deseen a un costo asequible;
- b) Facilitar el acceso de las personas con discapacidad a formas de asistencia humana o animal e intermediarios, tecnologías de apoyo, dispositivos técnicos y ayudas para la movilidad de calidad, incluso poniéndolos a su disposición a un costo asequible;
- c) Ofrecer a las personas con discapacidad y al personal especializado que trabaje con estas personas capacitación en habilidades relacionadas con la movilidad;
- d) Alentar a las entidades que fabrican ayudas para la movilidad, dispositivos y tecnologías de apoyo a que tengan en cuenta todos los aspectos de la movilidad de las personas con discapacidad.

## **Artículo 25**

### **Salud.**

Los Estados Partes reconocen que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad. Los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud. En particular, los Estados Partes:

- a) Proporcionarán a las personas con discapacidad programas y atención de la salud gratuitos o a precios asequibles de la misma variedad y calidad que a las demás personas, incluso en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y programas de salud pública dirigidos a la población;
- b) Proporcionarán los servicios de salud que necesiten las personas con discapacidad específicamente como consecuencia de su discapacidad, incluidas la pronta detección e intervención, cuando proceda, y servicios destinados a prevenir y reducir al máximo la aparición de nuevas discapacidades, incluidos los niños y las niñas y las personas mayores;
- c) Proporcionarán esos servicios lo más cerca posible de las comunidades de las personas con discapacidad, incluso en las zonas rurales;
- d) Exigirán a los profesionales de la salud que presten a las personas con discapacidad atención de la misma calidad que a las demás personas sobre la base de un consentimiento libre e informado, entre otras formas mediante la sensibilización respecto de los derechos humanos, la dignidad, la autonomía y las necesidades de las personas con discapacidad a través de la capacitación y la promulgación de normas éticas para la atención de la salud en los ámbitos público y privado;
- e) Prohibirán la discriminación contra las personas con discapacidad en la prestación de seguros de salud y de vida cuando éstos estén permitidos en la legislación nacional, y velarán por que esos seguros se presten de manera justa y razonable;



- f) Impedirán que se nieguen, de manera discriminatoria, servicios de salud o de atención de la salud o alimentos sólidos o líquidos por motivos de discapacidad.

## **Artículo 26**

### **Habilitación y rehabilitación.**

1. Los Estados Partes adoptarán medidas efectivas y pertinentes, incluso mediante el apoyo de personas que se hallen en las mismas circunstancias, para que las personas con discapacidad puedan lograr y mantener la máxima independencia, capacidad física, mental, social y vocacional, y la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida. A tal fin, los Estados Partes organizarán, intensificarán y ampliarán servicios y programas generales de habilitación y rehabilitación, en particular en los ámbitos de la salud, el empleo, la educación y los servicios sociales, de forma que esos servicios y programas:

- a) Comiencen en la etapa más temprana posible y se basen en una evaluación multidisciplinar de las necesidades y capacidades de la persona;
- b) Apoyen la participación e inclusión en la comunidad y en todos los aspectos de la sociedad, sean voluntarios y estén a disposición de las personas con discapacidad lo más cerca posible de su propia comunidad, incluso en las zonas rurales.

## **Artículo 27**

### **Trabajo y empleo.**

1. Los Estados Partes reconocen el derecho de las personas con discapacidad a trabajar, en igualdad de condiciones con las demás; ello incluye el derecho a tener la oportunidad de ganarse la vida mediante un trabajo libremente elegido o aceptado en un mercado y un entorno laborales que sean abiertos, inclusivos y accesibles a las personas con discapacidad. Los Estados Partes salvaguardarán y promoverán el ejercicio del derecho al trabajo, incluso para las personas que adquieran una discapacidad durante el empleo, adoptando medidas pertinentes, incluida la promulgación de legislación, entre ellas:

- a) Prohibir la discriminación por motivos de discapacidad con respecto a todas las cuestiones relativas a cualquier forma de empleo, incluidas las condiciones de selección, contratación y empleo, la continuidad en el empleo, la promoción profesional y unas condiciones de trabajo seguras y saludables.

## **LEY DE PROTECCIÓN INTEGRAL DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA**

### Capítulo II

#### Salud, Seguridad Social y Medio Ambiente

### Artículo 21.- Derecho a la salud

La salud es un bien público y un derecho fundamental de las niñas, niños y adolescentes que debe entenderse de manera integral como la resultante de la interacción dinámica de



distintos factores bio-psico-sociales, económicos, el medio ambiente, el agua en calidad y cantidad suficiente, el estilo de vida y el sistema de atención sanitaria.

El Estado debe garantizar este derecho mediante el desarrollo de las políticas públicas y programas que sean necesarios para asegurar la salud integral de la niñez y adolescencia. En todo caso, la ausencia de políticas o programas de salud no exime de la responsabilidad estatal de atención que sea requerida en forma individualizada para cualquier niña, niño o adolescente.

#### Artículo 34.- Derecho a la seguridad social

Las niñas, niños y adolescentes tienen el derecho de ser inscritos y beneficiarse en forma prioritaria de los servicios de salud provistos por el Instituto Salvadoreño del Seguro Social cuando su madre o padre sea derecho habiente. De igual manera, las otras instituciones públicas que brindan servicios de seguridad social otorgarán la misma cobertura.

La cobertura de los servicios a las niñas, niños y adolescentes, se asumirá y desarrollará de forma progresiva y conforme a las leyes correspondientes, atendiendo a las capacidades y hasta el máximo de los recursos disponibles. Dicha progresividad será supervisada por el Consejo Nacional de la Niñez y de la Adolescencia.

En caso de no ser beneficiarios, deberán ser atendidos cuando en el sistema de salud pública no existan los medios y recursos necesarios para el tratamiento médico-quirúrgico que necesiten y la emergencia así lo amerite.

### **LEY DE EQUIPARACIÓN DE OPORTUNIDADES PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD. DECRETO LEGISLATIVO. Nº: 888.**

#### **CAPITULO V INTEGRACIÓN LABORAL**

**Art. 27.-** Los equipos interdisciplinarios de valoración existente en los centros de rehabilitación que cuente con los programas de rehabilitación profesional, determinaran en cada caso, mediante resolución motivada, las posibilidades de integración real y la capacidad de trabajo de personas con discapacidad.

La evaluación y calificación definitiva será determinada por la institución que atendió el caso previamente calificado por el Consejo y tendrá validez en cualquier institución ya sea pública, privada o autónoma.

**Art. 28.-** Corresponde al Ministerio de Trabajo y Previsión Social, a las instituciones de seguridad social y a todas aquellas, públicas o privadas, que tuvieren programas de formación profesional, \*la puesta en marcha de los beneficios de sus programas a la población de personas con discapacidad, de acuerdo con la oferta y demanda del mercado laboral.



**Art. 30.-** Las Instituciones de **Seguridad Social** deberán buscar por todos los medios posibles, la forma para que la atención de sus derechohabientes incluya a las personas con discapacidades en grado severo, que no sean rehabilitadas y que por lo tanto tengan que depender económicamente de por vida de otra persona, para que sean beneficiarios de pensión de orfandad ya sea del padre, de la madre o de ambos, en cuyo caso tendrán derecho a ambas, siempre que cada uno de ellos hubiere adquirido individualmente el derecho a pensión.

Lo establecido en el inciso anterior, es sin perjuicio de los derechos establecidos por la Constitución y demás leyes, en favor de otras personas.

**Art. 31.-** Cuando un asegurado, tenga beneficiarios con discapacidades ya sean congénitas o adquiridas no rehabilitables, estos tendrán derechos a recibir del **Instituto Salvadoreño del Seguro Social o de la Institución que haga sus veces**, los servicios de salud mientras dure la relación laboral de aquel.

## **REGLAMENTO DE EQUIPARACIÓN DE OPORTUNIDADES PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD.**

### **Servicios de Salud para beneficiarios con discapacidades:**

**Art. 14.-** El **Instituto Salvadoreño del Seguro Social, o quien haga sus veces**, deberá realizar las reformas correspondientes para que pueda otorgar, sin importar su edad, los servicios de salud que necesiten los beneficiarios con discapacidad no rehabilitable de un asegurado, mientras dure su relación laboral, conforme a lo dispuesto por el Art.30 de la Ley de Equiparación de Oportunidades para las Personas con Discapacidad.

## **CAPITULO IV INTEGRACIÓN LABORAL**

### **Goce de los derechos**

**Art. 39.-** Sin perjuicio que cualquier persona con discapacidad pueda recibir beneficios de los programas de inserción laboral, el Ministerio de Trabajo y Previsión Social coordinara gestiones para la capacitación e incorporación laboral de las personas con discapacidad afectadas por una deficiencia permanente, en un grado mayor al 20 por ciento.

Las evaluaciones y calificaciones de personas con discapacidad, para los efectos de la Ley y este Reglamento, las realizará el equipo interdisciplinario de instituciones de rehabilitación, acreditadas por la CONAIPD para estos fines, en las condiciones que establece el artículo 27 de la Ley.

Los pensionados totales o permanentes y pensionados parciales por invalidez que están recibiendo un estipendio económico de cualquier institución en el país, bajo el sistema privado de pensiones o del sistema de pensiones público, podrán ejercer actividad productiva



remunerada, siempre y cuando estén aptos para desempeñar el puesto de que se trate, sin perjuicio de perder sus prestaciones a las cuales tiene derecho

#### **Potenciales beneficiados:**

Art. 41.- Tendrán derecho a la integración laboral, toda persona con discapacidad, inscrita o no a uno de los regímenes de protección social enumerados a continuación:

- a) **Los cotizantes del régimen de invalidez, vejez y muerte del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, que se hubieren afiliado antes del 14 de abril de 1998;**
- b) Los cotizantes de invalidez, vejez y muerte del Instituto Nacional de Pensiones de los Empleados Públicos, que se hubieren afiliado antes del 14 de abril de 1998;
- c) Los afiliados al Fondo de Lisiados y Discapacitados a consecuencia del Conflicto Armado;
- d) Los afiliados del Instituto de Previsión Social de la Fuerza Armada; y
- e) Los afiliados actuales al Sistema Privado de Pensiones.

Los potenciales beneficiarios deberán someterse a la evaluación y calificación realizada por un organismo competente, autorizado para estos fines por el CONAIPD.

También constituirán potenciales beneficiarios, otras personas no contempladas en los regímenes anteriores, quienes serán evaluadas por el Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos, a través de la Unidad Calificadora de Discapacidades.

#### **Organismos calificadoros de discapacidad autorizadas para evaluar, calificar y certificar.**

Art. 42.- Los organismos calificadoros de discapacidad autorizados para evaluar, calificar y certificar a las personas con discapacidad son:

- a) **La Comisión Técnica de Invalidez del Instituto Salvadoreño del Seguro Social;**
- b) La Comisión Técnica de invalidez del Instituto Nacional de Pensiones de los Empleados Públicos;
- c) La Comisión Técnica Evaluadora del Fondo de Lisiados y Discapacitados a consecuencia del Conflicto Armado;
- d) La Comisión Técnica de Invalidez del Instituto de Previsión Social de la Fuerza Armada;
- e) La Comisión Calificadora de Invalideces de la Superintendencia de Pensiones, y
- f) La Unidad Calificadora de Discapacidades del Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos.

La notificación de los dictámenes de evaluación y la calificación correspondiente, se hará mediante una certificación escrita para cada caso, emitida por la dependencia evaluadora que corresponda.



## LEX ARTIS.

El conocimiento humano es un recurso que se encuentra en cambio permanente, crece, se magnifica, se simplifica, se vuelve más o menos complejo, en definitiva, cambia y configura la lex artis escrita, cuya aplicación robustece el juicio técnico y se materializa en el ejercicio de medios que traen implícitos el proceso de prestación de servicios de salud.

Los documentos regulatorios buscan elaborar y presentar un escrito de valor práctico por medio del concurso de los profesionales, directa o indirectamente relacionados con un área determinada del conocimiento y de la prestación de algún servicio, para definir un mínimo vital de atenciones estándar que permita proveer a los derechohabientes una atención de calidad homogénea para los casos generales, quedando su aplicación en la responsabilidad de todos y cada uno de los profesionales y técnicos que laboran en el ISSS.

El proceso de elaboración y revisión (actualización) de los documentos normativos implica revisión bibliográfica exhaustiva en fuentes actualizadas y validadas, nacional e internacionalmente aceptadas, matizadas con la disponibilidad de recursos institucionales, teniendo como prioridad la vida y la salud de los derechohabientes.

Las ciencias de la salud distan mucho de ser exactas y el objeto de trabajo en los centros de atención es otro ser humano, cuya vida y salud, le confieren una identidad propia, no existen dos personas iguales y no tratamos enfermedades, sino personas.

Es por eso que bajo la guía de los preceptos generales establecidos en los documentos regulatorios vigentes, nuestros profesionales tienen el derecho y el deber de obrar cumpliendo con lo contenido en ellos para los casos generales.

Siempre que haya necesidad, según la medida de su criterio profesional individual, aplicará todos los conocimientos, habilidades y destrezas que en su proceso de formación e instrucción han adquirido; a fin de no omitir ningún cuidado que cada caso individual requiera, poniendo a disposición de los Derechohabientes, todos los medios materiales de que dispone la Institución, así como, todos los medios académicos y laborales de que disponen los profesionales de la salud que prestan la atención directa, quienes forman parte de la cadena de actores que abonan al producto final que nos inspira: la vida y la salud de los derechohabientes.

Debemos estar conscientes de que no hay escrito regulatorio que pueda contemplar todas las contingencias que en el contexto de la prestación de los servicios de salud puedan surgir, y un caso particular –como lo son todos y cada uno- siempre nos puede presentar necesidades que exijan de nosotros, actuar de forma coherente con nuestro criterio profesional bien sustentado, con el único propósito de conservar la vida y la salud de los derechohabientes; entendiendo y aceptando siempre la imperiosa necesidad y responsabilidad de justificar y

registrar por todos los medios formales, una conducta que por ser particular, trasciende lo normado para la generalidad, que es, en esencia, el objeto de todo documento regulatorio. El paso del tiempo trae consigo el progreso de la ciencia y la tecnología, la regulación que hoy es aceptada, mañana será complementada con el hallazgo de una nueva pieza de la verdad científica, que conforme sea probada y validada podrá ser incorporada formalmente al portafolio de servicios institucional, de acuerdo a la evidencia; pero mientras eso ocurre, todos los profesionales de la salud están en la obligación y el derecho de aportar de forma justificada y según la necesidad de cada caso, lo que a criterio profesional nos mande como necesario para los cuidados que requieran los derechohabientes y que puedan ser proveídos por la Institución.



## A. ANTECEDENTES.

Los derechos de las personas con discapacidad, han cobrado mayor auge a raíz de la entrada en vigor de la Convención de los derechos de las personas con discapacidad de las Naciones Unidas, la cual ha venido a fortalecer todo el marco legal e instrumentos técnicos y políticas institucionales relacionadas con la atención de dicha población. Este instrumento, es el que rige todo el accionar relacionado con las personas con discapacidad, ya que posee el verdadero enfoque de derechos y al que todos y cada una de las instituciones públicas debe cumplir, según competencias.

Uno de los primeros intentos de codificar los derechos de las personas con discapacidades específicas fue la adopción por la Asamblea General de la Declaración de los Derechos del Retrasado Mental en su resolución 2856 (XVI), de 20 de diciembre de 1971. Cuatro años después le siguió la Declaración de los Derechos de los Impedidos, en la que se definió el término "impedido" y se formuló un conjunto de derechos aplicables (resolución 3447 de la Asamblea General, de 9 de diciembre de 1975). La Asamblea General, mediante la aprobación de la resolución 31/82, de 13 de diciembre de 1976, titulada "Aplicación de la Declaración de los Derechos de los Impedidos", recomendó, entre otras cosas, que todos los Estados Miembros tuvieran en cuenta los derechos y principios enunciados en la Declaración al formular sus políticas, planes y programas. En el mismo período de sesiones, la Asamblea General proclamó el año 1981 "Año Internacional de los Impedidos", con el tema "participación plena" (resolución 31/123 de la Asamblea General, de 16 de diciembre de 1976; posteriormente, en su resolución 34/154, de 17 de diciembre de 1979, la Asamblea General amplió el tema de forma que pasara a ser "participación e igualdad plenas").

Mediante la resolución 32/133, de 16 de diciembre de 1977, la Asamblea General estableció un Comité Asesor para el Año Internacional de los Impedidos. Sobre la base de la labor del Comité Asesor, la Asamblea General adoptó el Programa de Acción Mundial para los Impedidos en virtud de la resolución 37/52, de 3 de diciembre de 1982. El mismo día, la Asamblea General proclamó el período 1983-1992 Decenio de las Naciones Unidas para los Impedidos (resolución 37/53, de 3 de diciembre de 1982). Diez años después, la Asamblea General proclamó el día 3 de diciembre como Día Internacional de los Impedidos (resolución 47/3, de 14 de octubre de 1992).

En tanto en El Salvador, tres años después, en 1995 la Asamblea Legislativa declara el 3 de diciembre de cada año "DÍA NACIONAL DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD" (DECRETO N° 483), bajo los siguientes considerandos:

I.- Que la persona humana es el origen y el fin de la actividad del Estado, que está organizado para la consecución de la justicia, de la seguridad jurídica y del bien común;

II.- Que es obligación del Estado asegurar a los habitantes de la República, el goce de la libertad, la salud, la cultura, el bienestar económico y la justicia social;

III.- Que las personas con discapacidad a pesar de sus limitaciones, hacen grandes esfuerzos para incorporarse a la vida productiva del país y a fin de cumplir con los postulados señalados en los considerandos anteriores y con el propósito de incentivarles a que su tenacidad sea inquebrantable, es conveniente declarar un día para que a nivel nacional realicen sus conmemoraciones, que permita romper con el paternalismo tradicional;

El 17 de noviembre de 1988 en San Salvador (El Salvador) fue suscrito el Protocolo de San Salvador, adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales; dicho protocolo, en su artículo 18, establece normas de protección de los discapacitados, de carácter netamente programático ("...los Estados Partes se comprometen a adoptar las medidas que sean necesarias para ese propósito..."). Los puntos principales de este artículo se pueden resumir en el compromiso de los gobiernos firmantes sobre:

1. Ejecución de programas específicos destinados a la protección de los minusválidos, incluidos programas laborales.
2. Proporcionar formación especial a familiares de minusválidos destinada a concretar la integración y la convivencia.
3. Eliminar las barreras arquitectónicas.
4. Estimular la formación de organizaciones sociales sobre el tema.

Además existen otras regulaciones que complementaron lo expuesto, siendo la Ley de Equiparación de Oportunidades que obliga al Estado y sus dependencias como al sector de empresa privada, a contratar personas con discapacidad, en una proporción no inferior a un 4% de los trabajadores que tenga a su servicio. Así también, establece que cuando un Asegurado, tenga beneficiarios con discapacidad ya sean congénitas o adquiridas no rehabilitables, estos tendrán derecho a recibir del Instituto Salvadoreño de Seguro Social o de la Institución que haga sus veces, los servicios de salud mientras dure la relación laboral de aquel.

Y para finalizar es de traer a colación, el Art. 27 de la Convención sobre los derechos de las Personas con Discapacidad, establece entre sus disposiciones que El Salvador como Estado suscriptor de dicha convención reconoce el derecho de las Personas con Discapacidad a trabajar, en igualdad de condiciones con las demás personas. Así mismo que se compromete a salvaguardar y promover el ejercicio del trabajo, incluso para aquellas personas que adquieren una discapacidad durante el empleo, adoptando medidas pertinentes, incluida la promulgación de legislación.

## B. INTRODUCCIÓN.

Considerando que el Instituto Salvadoreño del Seguro Social como institución que brinda servicios de Rehabilitación a personas con discapacidad, está obligado a dar cumplimiento a la "Ley de Equiparación de Oportunidades para las Personas con Discapacidad", específicamente en sus Art. 27, 28, 30 y 31.; Preámbulo, Art. 7, 20, 25, 26, 27 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad; y Art.21, 34, 36 de ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia.

El Instituto Salvadoreño del Seguro Social, con base a la Ley de Equiparación de Oportunidades para las Personas con Discapacidad y su Reglamento, y en cumplimiento a Acuerdos de Consejo Directivo #2015-1354.OCT. y modificada a través del Acuerdo #2017-0625.ABR., que ordena la conformación de la "Comisión para la Evaluación Técnico-Funcional de Personas con Discapacidad del ISSS", denominada para la presente norma como "Comisión", cuyo objetivo principal será evaluar, calificar y certificar a hijo(a)s beneficiarios de cotizantes activos en condición de discapacidad; es decir, con deficiencias o limitantes permanentes, congénitas o adquiridas, sean estas físicas, mentales (psicosociales), intelectuales o sensoriales a largo plazo, para su correspondiente aseguramiento al régimen de salud de la institución, así como para otorgar la certificación de discapacidad a trabajadores activos y pensionados del ISSS con el objeto de servirles para fines de inclusión laboral y protección social, ya que posee el recurso humano capacitado, y se cuenta con servicios institucionales de educación continua al personal y de formación de profesionales en programas de docencia para promover, capacitar e integrar el nuevo concepto de salud, funcionamiento humano y discapacidad con enfoque biopsicosocial, en cumplimiento con la Ley de Equiparación de Oportunidades y las entidades del sector de salud.

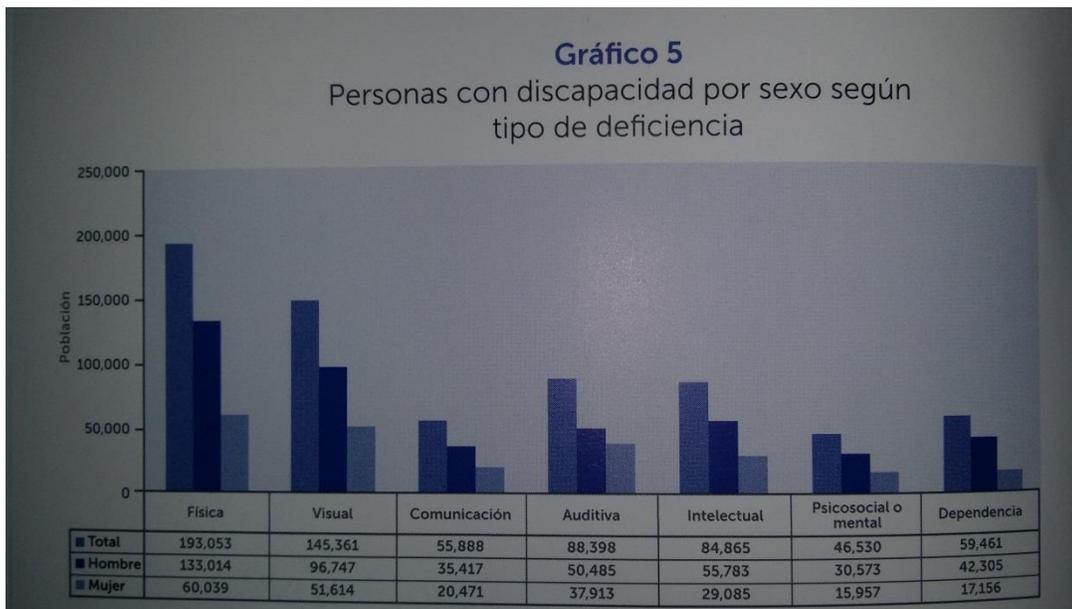
Para los fines expuestos se utilizará la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF) vigente, ya que todo el contenido está en conformidad con las convenciones y declaraciones internacionales en favor de los derechos de los niño(a)s y de las personas en condición de discapacidad, al contar con el personal capacitado para el uso de la herramienta técnica (CIF) que servirá de base para las intervenciones previstas en mención.

## C. JUSTIFICACIÓN.

Desde el 27 de abril del 2000, El Salvador cuenta con LA LEY DE EQUIPARACIÓN DE OPORTUNIDADES PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y SU REGLAMENTO, en que se establece que existe un régimen de equiparación de oportunidades para las personas con discapacidades físicas, mentales, psicológicas y sensoriales, ya sean congénitas o adquiridas.

El reglamento de la LEY DE EQUIPARACIÓN DE OPORTUNIDADES PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, entró en vigencia el 28 de diciembre del 2000, es decir posterior al Reglamento para la Aplicación del Régimen del Seguro Social; por lo tanto, cualquier contradicción entre estos en cuanto a materia de seguridad social para personas con deficiencias y en condición de discapacidad, prevalecerá esa nueva normativa.

Según la Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad de 2015 realizada por el Consejo Nacional de Atención Integral a la Persona con Discapacidad (CONAIPD), en El Salvador existen 410,798 personas con discapacidad (6.4% del total de la población) de los cuales el 45.8% son hombres y el 54.20 % son mujeres. Los tipos de discapacidad de mayor frecuencia son los de la visión y movimiento (aparato locomotor).



### ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD QUE SOLICITAN INCORPORARSE AL REGIMEN DE SALUD DEL ISSS.

En el ISSS, conforme a la LEY DE EQUIPARACIÓN DE OPORTUNIDADES PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, se han recibido solicitudes para la incorporación de hijos de cotizantes que presentan deficiencias múltiples permanentes y en condición de discapacidad, lo cual generó Acuerdo del Consejo Directivo #2009-0731. JUN, que modifica el Acuerdo del Consejo

Directivo #2004-0866-JUL, a efecto de armonizarlo con el ARTÍCULO 31. DE LA LEY DE EQUIPARACIÓN DE OPORTUNIDADES PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD y ARTÍCULO 14. DEL REGLAMENTO DE LA MISMA LEY, ordenando el cumplimiento del ART. 18, LETRA "a" DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL, a manera de agilizar los estudios necesarios para planificar la gradual ampliación de los servicios que el Instituto brindará a la población con discapacidad, y que dicho proceso sea conforme a las necesidades y derechos.

En este contexto legal el Instituto Salvadoreño del Seguro Social, tiene la necesidad y compromiso, con el fin de incluir a los beneficiarios de cotizantes activos\* en condición de discapacidad, de crear la "Comisión Técnica Evaluadora de Personas con Discapacidad del ISSS", la cual estará conformada por Especialistas médicos y personal de apoyo como técnicos, colaboradores operativos y personal jurídico. Esto permitirá "Evaluar al Solicitante" para "Proveer los Servicios de Salud (según portafolios de servicios) para los Beneficiarios de Cotizantes Activos" y la "Certificación de Personas en Situación de Discapacidad" para fines de protección, inclusión laboral y protección social de los mismos, sean estos derechohabientes cotizantes activos o pensionados, en cumplimiento de la ley de equiparación de oportunidades, cuyo diagnóstico implique que presentan deficiencias o limitantes físicas, mentales (psicosociales), intelectuales o sensoriales a largo plazo, ya sean congénitas o adquiridas, permanentes.

#### **D. OBJETIVOS:**

- a) Realizar evaluación técnica-funcional a Beneficiarios con discapacidad de Cotizantes Activos del ISSS, para su Aseguramiento al Régimen de Salud (según portafolios definidos de servicios).
- b) Emitir certificación de Trabajadores Cotizantes Activos en condición de discapacidad para su inclusión laboral y protección social.

#### **E. ÁMBITO DE APLICACIÓN:**

Derechohabientes del Instituto Salvadoreño del Seguro Social:

- a) Beneficiarios de cotizantes activos, sin importar su edad y condición de discapacidad.
- b) Trabajadores cotizantes activos que requieran Certificación de Persona con Discapacidad.

# CAPITULO I

## I. DISPOSICIONES GENERALES.

1. El personal Administrativo de Apoyo de la "Comisión", recibirá la solicitud de Cotizantes Activos y Beneficiarios con discapacidades físicas, mentales o psicosociales, intelectuales y sensoriales, sean estas congénitas o adquiridas, para que sean evaluados según el caso. (Anexo 1 y 2).
2. Los documentos a presentar a recepción o designado(a) de la oficina de la "Comisión" para solicitar EL ASEGURAMIENTO AL RÉGIMEN DE SALUD DEL ISSS para beneficiarios de cotizantes activos, son los siguientes:
  - ✓ Solicitud para Aseguramiento al Régimen de Salud del ISSS, Oficinas de Comisión. (Anexo 1)
  - ✓ Copia del Documento Único de Identidad (DUI) del progenitor que lo va a inscribir y/o del hijo (En caso que lo posea).
  - ✓ Partida de nacimiento (6 meses de vigencia, como máximo) o Carnet de Minoridad (beneficiario de 12–17 años más 364 días) si lo posee.
  - ✓ Número de Afiliación ISSS del cotizante activo, si fuere requerido.
  - ✓ Documentación del apoderado legal o del padre o madre adoptivos.
3. La documentación que se tiene que presentar para solicitar la CERTIFICACIÓN PARA LA INCLUSIÓN LABORAL por cotizantes activos, es la siguiente:
  - ✓ Copia del Documento Único de Identidad (DUI).
  - ✓ Documentación procedente del Ministerio de Trabajo y Previsión Social. La solicitud para la Evaluación de Certificación de Persona con Discapacidad con fines Laborales del ISSS estará disponible en el Departamento Nacional de Empleo de la Oficina Central en San Salvador y las diferentes Regionales y Departamentales del Ministerio de Trabajo y Previsión Social. (Anexo 2.)
4. La "Comisión", podrá hacer las interconsultas pertinentes a especialistas de diversas disciplinas, en formas multi o interdisciplinarias o solicitar los servicios de apoyo necesarios, de acuerdo al tipo de deficiencias permanentes físicas, mentales (psicosociales), intelectuales o sensoriales y condición de discapacidad identificada.
5. Una vez recopilados los insumos necesarios, los cuales han cumplido los criterios de evaluación técnica-funcional se certificará la discapacidad para dictaminará el Aseguramiento al Régimen de Salud o Certificación para Integración Laboral en la sesión correspondiente (), según cada caso.

6. Las evaluaciones para el aseguramiento al Régimen de Salud para solicitantes o Certificación para Inclusión Laboral serán realizadas en el respectivo instrumento de evaluación, basado en CIF.
7. El ISSS brindará prestaciones en salud única y exclusivamente a beneficiarios con discapacidad, hijos de cotizantes activos siempre que sean inscritos al régimen de salud. Dichas prestaciones no incluyen las "prestaciones económicas" que el Régimen de Salud otorga normalmente a sus cotizantes activos.
8. La provisión de los servicios de salud para los BENEFICIARIOS CON DISCAPACIDAD estará en función del PORTAFOLIO DE SALUD Ad hoc. En caso de ser necesarios procedimientos médicos en el extranjero, el proceso se registrará de acuerdo a la normativa Institucional, vigente.
9. Los requisitos para ASEGURAMIENTO (AFILIACIÓN) AL RÉGIMEN DE SALUD del ISSS, de hijas e hijos de beneficiarios de cotizantes activos con discapacidad, son los siguientes:
  - ✓ Certificado de discapacidad emitido por la Comisión Técnica Evaluadora de Discapacidades del ISSS.
  - ✓ Documento de Identidad (DUI) del progenitor que lo va a inscribir y/o del hijo(a).
  - ✓ Partida de nacimiento o Carné de minoridad (Personas de edad entre 12 y 17 años más 364 días).
  - ✓ Así como cualquier otro documento requerido por la sección de aseguramiento.
10. La sección de Aseguramiento extenderá Comprobante de Confirmación de Registro del ISSS

## II. UBICACIÓN, CONFORMACIÓN E INTEGRACIÓN DE LA COMISION.

11. La Comisión estará integrada por Médico Fisiatra, quien será el Coordinador(a) de la Comisión, Médico del Trabajo, Trabajador(a) Social y un(a) Abogado, este último con funciones de Secretario y sus respectivos Suplentes. Los suplentes sustituirán a su propietario en caso de ausencia. Los miembros de la Comisión no podrán delegar sus funciones.

La Comisión, para su funcionamiento contará con Personal de Apoyo Técnico y Colaboradores.

12. La sede de la Comisión estará ubicada en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación. Se buscará posterior a su reactivación la descentralización del servicio, para cumplir con

la accesibilidad de los servicios de salud y rehabilitación que establece la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

13. La Comisión será nombrada por Acuerdo de Consejo Directivo a propuesta de la Subdirección de Salud; respondiendo funcional y técnicamente a la Sub dirección de Salud. El tiempo de contratación de cada uno de los integrantes de la Comisión será establecido por la esta misma Subdirección.
14. La Dirección General concederá permiso o autorización a los miembros de la Comisión para la realización de viajes por misión oficial y nombrará al suplente de este, quien ejercerá las funciones de forma interina, para efectos de continuar la labor administrativa cuando así fuese necesario, notificando por escrito a los Miembros de la Comisión.

### III. PERFIL DE LOS MIEMBROS DE LA COMISIÓN Y OTROS.

15. El perfil general de los miembros de la Comisión, está definido a continuación:
  - Compromiso con la misión y visión institucional.
  - Reconocida capacidad profesional en las especialidades requeridas.
  - Habilidad para actuar en la solución de problemas y recomendar alternativas de solución.
  - Liderazgo.
  - Trabajo en equipo.
  - Comunicación.
  - Ética profesional.
  - Discreción.
  - Responsabilidad.
  - Creatividad y honestidad.
  - Buenas relaciones interpersonales.
  - Buena presentación.
  - Disponibilidad para visitas intra-extra institucionales.
  - Conocimiento en discapacidad con enfoque social y de derechos.
  - Conocimiento y manejo de la CIF-IA e instrumentos de evaluación basados en la CIF.
  - Trato adecuado a persona con discapacidad.
16. Perfil de personal de Apoyo Técnico.
  - Compromiso con la misión y visión institucional.
  - Reconocida capacidad profesional técnica.
  - Trabajo en equipo.
  - Comunicación.
  - Ética profesional.
  - Discreción.
  - Responsabilidad.
  - Creatividad y honestidad.

- Buenas relaciones interpersonales.
- Buena presentación.
- Disponibilidad para visitas intra-extra institucionales.
- Conocimiento en discapacidad con enfoque social y de derechos.
- Trato adecuado a persona con discapacidad, según cada condición.

17. Perfil de Colaborador(es).

- Compromiso con la misión y visión institucional.
- Trabajo en Equipo.
- Comunicación.
- Ética profesional.
- Discreción.
- Responsabilidad.
- Creatividad y honestidad.
- Buenas relaciones interpersonales.
- Buena presentación.
- Conocimiento en discapacidad con enfoque social y de derechos.
- Trato adecuado a persona con discapacidad, según cada condición.

#### IV.FUNCIONES DE LA COMISIÓN.

➤ ACREDITACIÓN DE BENEFICIO DE SALUD.

18. Evaluar, calificar y acreditar la condición de discapacidad severa no rehabilitable de los beneficiarios de cotizantes activos que tengan deficiencias físicas, mentales (psicosociales), intelectuales o sensoriales permanentes.

➤ CERTIFICACIÓN PARA INCLUSIÓN LABORAL.

19. Certificar a cotizantes activos que cumplan con el requisito para ser considerado como persona con discapacidad.

➤ OTRAS FUNCIONES.

20. Mantener actualizada la "BASE DE DATOS" de hijos e hijas de derechohabientes y beneficiarios con\* discapacidad y de los cotizantes a quienes se les ha certificado con fines laborales. Para tal fin, se deberá informar al CONAIPD, según Art. 22 del Reglamento de la Ley de Equiparación de Oportunidades para Personas con Discapacidad.

21. Rendir informes trimestrales y anuales a las autoridades institucionales correspondientes que contribuyan al registro y verificación de los compromisos institucionales. Asimismo, se enviará informe consolidado anual dirigido a Dirección Administrativa de CONAIPD.

## V. FACULTADES DE LA COMISIÓN.

22. Para garantizar un trabajo oportuno, objetivo y de calidad, las facultades deben ser ejercidas responsablemente junto con el personal de apoyo técnico, bajo el principio de confidencialidad y de acuerdo a asignaciones específicas en el cumplimiento de sus funciones:
- Revisar expedientes y documentos impresos o electrónicos relacionados a los procesos técnicos- clínicos y administrativos de atención a los pacientes.
  - Solicitar la asesoría profesional y técnica que se estime conveniente, según el tipo de discapacidad o problema de salud de la persona.
  - Realizar las entrevistas necesarias a las personas involucradas, según cada caso.
  - Efectuar visitas de campo, cuando el caso lo amerite.
  - Coordinar con otras entidades afines que desarrollen programas de seguimiento en servicios de menor complejidad cercanos al domicilio de los usuarios, o en planes de hogar que complementen su esfuerzo.
  - Podrá solicitar la presencia del médico tratante o autoridad administrativa solicitante para ampliación de razones o detalles clínicos del caso que amparen la petición.
  - Otras diligencias que se consideren pertinentes al caso.
23. La especialización, actualización de conocimientos y adquisición de nuevas competencias sobre temáticas relacionadas con las diferentes discapacidades, evaluación técnico-funcional y procesos de certificación que se consideren necesarios para el cumplimiento de los objetivos de la comisión; así como el Intercambio de experiencias a nivel nacional e internacional.

## VI. RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS DE LA COMISIÓN.

24. Las responsabilidades de Coordinador(a) de la Comisión.
- Coordinar las actividades de la Comisión.
  - Comisionar las diligencias necesarias para la resolución de los casos.
  - Convocar a miembros de Comisión a las sesiones.
  - Presidir las sesiones, orientar los debates y deliberaciones.
  - Someter a votación la resolución de los casos.
  - Proponer actualizaciones de los Instrumentos de Evaluación.
  - Informar a la Dirección General, sobre el cometimiento de faltas de los miembros de la Comisión.
  - Responsable de la generación de datos estadísticos relacionados al otorgamiento de certificaciones.
25. Las responsabilidades del Secretario de la Comisión.
- Corroborar quórum de los miembros asistentes.
  - Elaboración y resguardo de las actas.
  - Programar la agenda de las sesiones.

- l. Asistir a las sesiones que se realicen.
  - m. Tener bajo su responsabilidad y cuidado personal los libros de actas, acuerdos y resoluciones, y los expedientes que sean responsabilidad de la Comisión; así como aquellos otros que estos determinen.
  - n. Evacuar las consultas e informes que le solicite la Comisión, en razón de sus funciones.
  - o. Redactar las actas de las sesiones de la Comisión y autorizarlas con su firma una vez aprobadas.
  - p. Dar cuenta regularmente a la Comisión de las diligencias que se encuentran en estado de resolución y de los demás asuntos que deban ser de su inmediato conocimiento.
  - q. Extender las constancias, certificaciones u otros documentos relacionados con la Comisión.
  - r. Llevar los registros que estime necesarios relativos a los casos atendidos.
  - s. Atender las solicitudes y directrices que emane de la coordinación de la Comisión, así como de la Dirección General.
  - t. Resolver las peticiones y los escritos que vayan dirigidos a la Comisión, debiendo registrarlos oportunamente.
26. Las responsabilidades de los otros miembros de la Comisión.
- a. Asistir a las convocatorias y analizar los casos que se le planteen.
  - b. Registrar las atenciones proporcionadas a personas con discapacidad
  - c. Verificar que se elabore la ficha de evaluación técnica-funcional de los solicitantes. Dejar constancia de evaluaciones realizadas y una copia del Informe de la Evaluación Ocupacional, si esta fue requerida.
  - d. Realizar resumen del estudio técnico-científico que se le practique a cada solicitante, debiendo dejar constancia del mismo en el expediente administrativo.
  - e. Emitir los dictámenes correspondientes, junto con las recomendaciones que se consideren necesarias, tomando como base el Informe de Evaluación Ocupacional, de haber sido requerido.
27. Personal de Apoyo Técnico.
- a. Orientar, informar, asesorar a los solicitantes o visitantes, con enfoque social y de derecho.
  - b. Atender directrices emanadas por la Comisión.
  - c. Ser el enlace con personas solicitantes, a través de los medios de contacto señalados por el mismo.
  - d. Notificar la decisión de resoluciones de cada caso ventilados por la comisión.
  - e. Ejecutar las comisiones delegadas por la Coordinación de la Comisión.
  - f. Rendir informes de las comisiones encomendadas.
28. Colaboradores de la Comisión.
- a. Recibir solicitudes, correspondencia, entre otros.

- b. Atender solicitantes o visitantes, con enfoque social y de derecho.
- c. Registrar a diario en un sistema de preferencia mecanizado o libro a los beneficiarios y cotizantes atendidos.
- d. Corroborar que las actas contengan el código de registro o caso clínico a tratar, lugar donde se celebre la sesión, la fecha, los nombres y apellidos de los miembros de la comisión que asistan y las resoluciones que se adopten, solicitando las firmas de cada uno de los participantes.
- e. Registrar las actividades realizadas cada día.
- f. Elaboración de informes.

## VII. DE LAS SESIONES DE LA COMISIÓN.

29. La Comisión para efectos de reuniones ordinarias y extraordinarias, sesiones técnicas y toma de acuerdos, entre otros, procederá de acuerdo a la siguiente metodología:

- La convocatoria la realizará la coordinación de la Comisión, será de forma escrita y al menos con 48 horas hábiles de anticipación a la fecha de la sesión ordinaria. Cuando uno de los miembros que siendo convocado a una sesión, no puedan asistir a la misma deberán informar de ello, a efecto de convocar a su respectivo suplente. Lo anterior deberá consignarse en el acta respectiva.
- La convocatoria deberá definir fecha, hora y lugar de la sesión.
- El quórum para poder llevar a cabo una reunión tendrá que ser por lo menos con tres de los miembros y mayoría de votos para adoptar decisiones.
- Las sesiones que celebre la Comisión darán inicio y se desarrollarán de la siguiente manera:
  - ❖ Establecimiento del quórum.
  - ❖ Declaratoria de estar integrada e iniciada la sesión.
  - ❖ Lectura y aprobación de la agenda donde se detallarán todos los casos que serán sometidos a estudio de la Comisión.
  - ❖ Lectura, aprobación y firma del acta anterior.
  - ❖ Desarrollo de la agenda. La agenda de la sesión será elaborada por el Coordinador de la sesión, pero cada miembro de esta tendrá derecho a pedir que se incluyan puntos que creyere convenientes sobre los casos a evaluar siempre que sean propuestos a la Coordinación, previo a la aprobación de la agenda respectiva.
- Las actas de las sesiones de la Comisión expresarán el número de orden, fecha y lugar donde se celebró la sesión, los nombres de los miembros que asistan a cada sesión y las resoluciones que se adopten. Estas se llevarán en hojas sueltas, debidamente selladas y foliadas con las que al final de cada ejercicio fiscal, deberán formarse los libros correspondientes.
- Las actas se firmarán por todos los asistentes a cada sesión y si alguno se negare a cumplir este requisito por no estar conforme a lo resuelto, se hará constar en el acta dicha circunstancia, puntualizando las razones en que fundamentan sus divergencias.
- El contenido de las actas:

- ❖ Número de orden.
- ❖ Lugar y fecha de la celebración.
- ❖ Nombres de los miembros de la Comisión que integran la sesión.
- ❖ Agenda a discutirse.
- ❖ Incorporación extractada de las deliberaciones.
- ❖ Resoluciones y acuerdos adoptados; debidamente enumeradas correlativamente.
- ❖ Firma de los miembros de la Comisión que estuvieron presentes y del Secretario de la Comisión.

## VIII. PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS:

30. Las consultas a dependencias institucionales (Subdirección de Salud, Subdirección Administrativa, Unidad Jurídica, Departamento de Afiliación e Inspección, División de Aseguramiento, Recaudación y Beneficios (DARBE), entre otros) serán resueltas en un máximo de 15 días.

En los casos que las consultas sean realizadas a institucionales gubernamentales, No gubernamentales o privadas, nacionales o extranjeras; el plazo de resolución estará sujeto a sus procedimientos internos, teniendo en cuenta la prioridad e importancia de proporcionar la información solicitada.

31. Los procedimientos realizados por la Comisión, serán los siguientes:

### 1. TRÁMITE DE LAS SOLICITUDES PARA ASEGURAMIENTO DE BENEFICIARIOS HIJAS E HIJOS DE COTIZANTES.

- a) Para iniciar el trámite de la solicitud de aseguramiento al régimen de salud de hijos de trabajadores cotizantes, el usuario tendrá que suscribir el formulario denominado "SOLICITUD DE EVALUACIÓN PARA ASEGURAMIENTO AL REGIMEN DE SALUD DEL ISSS" donde se hace una descripción de las generales del beneficiario. Dicha solicitud estará disponible en la oficina de la Comisión. (Anexo 1).
- b) Si el solicitante se encuentre imposibilitado de realizar personalmente el trámite, podrá hacerse representar por un familiar dentro del primero o segundo grado de consanguinidad o personas autorizadas por los medios legales correspondientes.

### 2. TRÁMITE DE LAS SOLICITUDES PARA CERTIFICACIÓN CON FINES PARA LA INCLUSIÓN LABORAL.

- a) La empresa o el usuario requiere el servicio en el Ministerio de Trabajo y Previsión Social, mediante la ficha establecida. (Anexo 2).

- b) El Ministerio de Trabajo y Previsión Social remite las solicitudes para la evaluación a la Comisión Técnica Evaluadora de Personas con Discapacidad del ISSS.
- c) La Comisión analizará si las solicitudes cumplen con requisitos para iniciar el trámite.

### **3. PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN DE CASOS.**

---

- a) Al recibir una solicitud esta será revisada y registrada en un libro de ingresos y de ser posible en un sistema informático propio de la Comisión. El registro deberá incluir la fecha de recepción, número de DUI (Nº Afiliación, si posee) y se elaborará un expediente que tendrá asignado un número de control de dicho trámite.
- b) Posteriormente será agendado en la sesión de la Comisión por el funcionario correspondiente, a fin de que sea sometida a valoración su admisibilidad.
- c) Una vez admitida, en la sesión de la Comisión se establecerá el procedimiento técnico a seguir para cada uno de los casos y proceder a una evaluación o cualquier otro procedimiento, se señalará el día y hora para la práctica del mismo.
- d) La Comisión deberá citar a los interesados para que se presenten a su diligencia.

### **4. RESOLUCIÓN DE CASOS.**

---

- a) Una vez se hayan recopilado los insumos técnicos necesarios, la Comisión en sesión, resolverá la solicitud del caso en un máximo de treinta (30) días hábiles, posteriores a la fecha de recepción del trámite. Y en caso de no poder entregar la resolución en dicho periodo deberá justificarlo en una resolución razonada.
- b) La notificación se hará dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al de la sesión en que se acordó la resolución del caso con una certificación del acuerdo a las partes interesadas; las que se considerarán notificadas a partir de la recepción del mismo.

### **5. RECURSO DE REVISIÓN.**

---

- i. En caso de inconformidad con la resolución entregada se concederá al solicitante un plazo de 5 días hábiles siguientes al de la notificación, para presentar un escrito justificando su reclamo.
- ii. El recurso deberá presentarse por escrito, mencionando las causales y sus fundamentos, aportando los nuevos antecedentes que a criterio del reclamante deban tenerse en consideración para la resolución del reclamo.

- iii. La Comisión en sesión resolverá dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la admisión del recurso la inconformidad del reclamante, ya sea accediendo a lo planteado donde tomará las medidas necesarias para consentir lo requerido o en caso contrario rechazando el recurso (Anexo 5), lo cual deberá justificarse debidamente por dicha Comisión.
- iv. Lo anterior deberá ser notificado al reclamante dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al de la sesión en que se acordó el rechazo o la aprobación del mismo.

## **6. FINALIZACIÓN ANTICIPADA DEL PROCESO.**

- a) Por fallecimiento de la persona en condición de discapacidad.
- b) Por la no comparecencia o ausencia de la persona en condición de discapacidad o del solicitante en lugares de notificación que señaló en solicitudes. Entendiéndose lo anterior, después de tres incomparecencias o ausencias injustificadas. Lo anterior no impide que el solicitante reinicie nuevamente el proceso.
- c) Por negativa injustificada y reiterada del solicitante a la práctica de cualquiera de las diligencias encomendadas por la Comisión.

## **IX. DE LAS CERTIFICACIONES.**

- 32. Las certificaciones extendidas a las personas en condición de discapacidad no reflejarán el porcentaje de deficiencia y discapacidad para evitar prácticas de discriminación en el entorno laboral.

## **X. PORTAFOLIO DE SERVICIOS.**

- 33. El portafolio de servicios para la atención de personas con discapacidad será el "Portafolio Institucional".

## **XI. EVALUACIÓN DE RESULTADOS.**

- 34. La Comisión deberá revisar regularmente (trimestral y anualmente) el cumplimiento de sus objetivos.
- 35. La Comisión autoevaluará su desempeño basándose en los informes de las resoluciones emitidas en las sesiones y reuniones del mismo y tomando en cuenta el cumplimiento de los objetivos que rigen a la comisión.

## XII. PLAN ANUAL DE TRABAJO.

36. El Plan Anual de Actividades de la Comisión, será elaborado considerando los objetivos específicos de la presente normativa. Así mismo, formulará sus planes de conformidad a la Política Nacional de Atención Integral que establezca el Consejo Nacional de Atención Integral a la Persona con Discapacidad.

## CAPITULO II

### I. PROCEDIMIENTOS DE EVALUACION TÉCNICO-FUNCIONAL.

Los procedimientos a realizar por la Comisión de Evaluación Técnico-funcional de personas con discapacidad son los siguientes:

#### EVALUACIÓN TÉCNICO-FUNCIONAL A BENEFICIARIOS CON DISCAPACIDAD DE COTIZANTES ACTIVOS.

##### A. CONCEPTO.

---

Evaluación Técnico-Funcional de beneficiarios de cotizantes activos con diagnóstico presuntivo de discapacidad a través de calificadores de discapacidad CIF-IA.

##### B. OBJETIVO.

---

###### ➤ GENERAL.

- Certificación de Beneficiario con Discapacidad para su "Aseguramiento al Régimen de Salud".

###### ➤ ESPECÍFICOS.

1. Cuantificar, a través de calificadores de discapacidad CIF-IA, el tipo y grado de discapacidad que presenta un beneficiario con discapacidad.
2. Establecer el cumplimiento de los "Criterios de Certificación" para su "Aseguramiento al Régimen de Salud del ISSS".

##### C. INDICACIÓN.

---

1. Beneficiarios de cotizantes activos, independientemente de su edad.

#### EVALUACIÓN TÉCNICO-FUNCIONAL DE TRABAJADORES CON DISCAPACIDAD.

##### 1. CONCEPTO.

---

Evaluación Técnico-Funcional del grado de discapacidad que adolecen los trabajadores con discapacidad a través de calificadores de discapacidad de la CIF-IA.

##### 2. OBJETIVO.

---

➤ **GENERAL.**

- Certificación de trabajadores cotizantes con Discapacidad para su "Inclusión Laboral".

➤ **ESPECIFICOS.**

- Cuantificar, a través de calificadores de discapacidad CIF-IA, el tipo y grado de discapacidad que presenta un trabajador con discapacidad.
- Establecer el cumplimiento de los "Criterios de Certificación" para su Inclusión laboral.

**3. INDICACIÓN.**

---

- Trabajadores activos que posean una discapacidad remitidos por el MINTRAB para "Certificación con Fines de Inclusión Laboral".

**4. TIPOS DE DISCAPACIDAD A EVALUAR.**

---

- A. Discapacidad Física.
- B. Discapacidad Visceral.
- C. Discapacidad Visual.
- D. Discapacidad Auditiva.
- E. Discapacidad Mental o Psicosocial.
- F. Discapacidad Intelectual.

**5. RECURSO QUE INTERVIENE.**

---

➤ **HUMANO.**

- La Comisión Técnica Evaluadora de Personas con Discapacidad del ISSS

➤ **HERRAMIENTAS E INSTRUMENTOS.**

- CIF-IA.
- Lineamientos de 6 tipos de discapacidades.
- Instrumentos de calificación.
- Documentos clínicos (Resumen clínico, constancia médica, exámenes de laboratorio y gabinete, entre otros).
- Programas informáticos (Software).
- Resoluciones.

➤ **EQUIPOS.**

- De acuerdo al tipo de evaluación a realizar.

## 6. PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACION TÉCNICO-FUNCIONAL.

- a) Trabajo Social y Médico evaluador revisan documentos (Resumen clínico, constancia médica, estudios, etc.). para conocer la condición de salud.  
En el caso de solicitar exámenes de laboratorio y gabinete, éstos serán de acuerdo al Portafolio de Servicios, salvo en aquellos usuarios que no están inscritos al régimen de salud, se remitirán al Ministerio de Salud (MINSAL), Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM), Hospital Militar (HM), entre otros.
- b) El medico evaluador llenará el Instrumento de Evaluación y Certificación de Discapacidad del usuario de acuerdo a la condición de salud, mediante la información obtenida de la evaluación funcional y la entrevista con el usuario.
- c) El médico evaluador, podrá solicitar las interconsultas que considere pertinente para complementar el perfil
- d) del usuario. En caso de usuarios que no están en el régimen de salud se remitirán al Ministerio de Salud (MINSAL), Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM), Hospital Militar (HM), entre otros.
- e) Trabajo social, completará la información referente al nivel educativo, aspecto habitacional y situación socio-familiar del instrumento. En caso de ser necesario hará la gestión pertinente para asistencia del usuario a la entrevista o realizará visita de campo; sin embargo, en caso de no poder realizar la visita de campo por encontrarse en zona de alto riesgo se buscarán las alternativas necesarias para completar la información.
- f) El médico evaluador durante la entrevista realiza la descripción del perfil de funcionamiento del usuario y lo pondera con base a los calificadores CIF.
- g) La Comisión en Pleno, analizará la información obtenida del usuario y determinará con base en los Criterios establecidos para Certificar Discapacidad el porcentaje de la misma. En los casos que la Comisión determine la necesidad de llamar nuevamente al usuario, podrá hacerlo.
- h) Una vez determinado el porcentaje de Discapacidad, la Comisión otorgará o denegará el Certificado de Discapacidad de acuerdo lo establecido (Anexos 3 y 4) en los Art. 30 de la LEO y 39 del REG.
- i) En caso de denegatoria del Certificado, la Comisión fundamentará su resolución; el usuario podrá presentar un recurso de revisión.
- j) Presentado el Recurso por el usuario, la Comisión conocerá del mismo y reevaluará el caso en el Pleno, para lo cual, de considerar necesario se podrá llamar nuevamente.



- k) Una vez reevaluado el caso, la Comisión confirmará la denegatoria o emitirá el Certificado de Discapacidad.

## **7. TIEMPO DE CADA PROCEDIMIENTO TÉCNICO-FUNCIONAL.**

---

- El tiempo para cada evaluación técnico-funcional, será de aproximadamente 2 horas por usuario.

## **8. RECOMENDACIONES.**

---

### ➤ **MÉDICO INTERCONSULTANTES O MEDICOS TRATANTES.**

1. Importancia de cumplir con los requerimientos solicitados por la comisión en cuanto a las evaluaciones complementarias, para evitar retrasos en el proceso.
2. Dar prioridad en la realización de exámenes y estudios de gabinete, opinión médica, entre otros, necesarios a criterio de la comisión acorde a cada caso evaluado.

### ➤ **AREA ADMINISTRATIVA.**

1. Importancia de cumplir con los requerimientos solicitados por la comisión, en un plazo razonable, en cuanto a los informes complementarios que esta solicite, para evitar retrasos en el proceso.

### ➤ **MTPS, MINSAL, CONAIPD, ISRI, ENTRE OTROS.**

1. Mantener una comunicación ágil y oportuna.
2. Establecer un canal directo con otras instituciones para coordinación con especialidades correspondientes, ejemplo: Comisión Nacional de Salud, Consejo Superior de Salud, CONAIPD.

### ➤ **SOLICITANTES Y/O BENEFICIARIOS.**

1. Todo solicitante que llegue a solicitar a título personal certificación de discapacidad para inclusión laboral, se le informará que el trámite se inicia y realiza a través de la Sección de Grupos Vulnerables del MTPS,
2. Cuando se realiza y entrega solicitud se le debe informar sobre la importancia de entregar y cumplir con los requerimientos.

## II. ESCALA GENERICA DE CALIFICADORES CIF-IA.

### A. TABLA DE CALIFICADORES CIF-IA

Los calificadores genéricos son: Funciones corporales/estructuras corporales /actividades y participación:

0 = No hay problema (ninguno, ausente, insignificante,...)	0-4%
1 = Problema LIGERO (poco, bajo...)	5-24%
2 = Problema MODERADO (medio, regular,...)	25-49%
3 = Problema GRAVE (mucho, extremo,)	50-95%
4 = Problema Completo (total,)	96-100%

Factores ambientales:

0 = No hay barrera	0-4%	+0 = No hay facilitador
1 = Ligera barrera	5-24%	+1 = Ligero facilitador
2 = Moderada barrera	25-49%	+2 = Moderado facilitador
3 = Grave barrera	50-95%	+3 = Grave facilitador
4 = Completa barrera	96-100%	+4 = Completo facilitador



### 8.1. FUNCIONES CORPORALES.

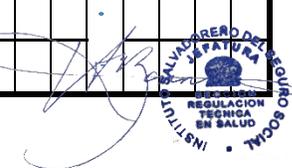
FUNCIONES CORPORALES.	N1	N2	N3	N4	C	N1	N2	N3	N4	C	N1	N2	N3	N4	C
Funciones Mentales (b110 a b199)	b1				•	b1				•	b1				•
Funciones Sensoriales y dolor (b210 a b299)	b2				•	b2				•	b2				•
Funciones de la voz y el habla (b310 a b399)	b3				•	b3				•	b3				•
Funciones de los sistemas cardiov. Hemat. Inmunol y respiratorio (b410 a b499)	b4				-	b4				•	b4				•
Funciones de los sistemas digestivo, metabólico y endocrino (b510 a b599)	b5				-	b5				-	b5				-
Funciones Genitourinarias reproductivas (b610 a b699)	b6				•	b6				•	b6				•
Funciones neuro-musculo-esqueléticas y relacionadas con el movimiento (b710 a b799)	b7				-	b7				•	b7				•
Funciones de la piel y estructuras relacionadas (b810 a b899)	b8				•	b8				•	b8				•

### 8.2. ESTRUCTURAS CORPORALES.

ESTRUCTURAS CORPORALES	N1	N2	N3	N4	C	C	C	N1	N2	N3	N4	C	C	C	N1	N2	N3	N4	C	C	C	
Estructuras del sistema nervioso (s110 a s199)	s1				•			s1				•			s1				•			
El ojo, el oído y estructuras relacionadas (s210 a s299)	s2				-			s2				-			s2				-			
Estructuras involucradas en la voz y el habla (s310 a s399)	s3				•			s3				-			s3				-			
Estructuras de los sistemas cardiov. inmunol y respiratorio (s410 a s499)	s4				•			s4				-			s4				•			
Estructuras relacionadas con los sistemas digestivo, metabólico y endocrino (s510 a s599)	s5				-			s5				-			s5				-			
Estructuras relacionadas con el sistema Genitourinarios y el sistema reproductor (s610 a s699)	s6				-			s6				-			s6				-			
Estructuras relacionadas con el movimiento (s710 a s799)	s7				•			s7				•			s7				•			
Piel y estructuras relacionadas (s810 a s899)	s8				-			s8				•			s8				•			

### 8.3. ACTIVIDAD Y PARTICIPACIÓN.

ACTIVIDAD Y PARTICIPACIÓN.	N1	N2	N3	C	C	C	C	N1	N2	N3	C	C	C	C	N1	N2	N3	C	C	C	C	
Aprendizaje y aplicación del conocimiento (d110 a d199)	d1			-				d1			-				d1			-				
Tareas y demandas generales (d210 a d299)	d2			-				d2			-				d2			-				
Comunicación (d310 a d399)	d3			•				d3			•				d3			•				
Movilidad (d410 a d499)	d4			•				d4			•				d4			•				
Autocuidado (d510 a d599)	d5			•				d5			•				d5			•				
Vida Doméstica (d610 a d699)	d6			•				d6			•				d6			•				
Interacciones y relaciones interpersonales (d710 a d799)	d7			-				d7			-				d7			-				
Áreas principales de la vida (d810 a d899)	d8			-				d8			-				d8			-				
Vida comunitaria, social y cívica (d910 a d999)	d9			-				d9			-				d9			-				



#### 8.4. FACTORES AMBIENTALES.

FACTORES AMBIENTALES	N1	N2	N3	C	N1	N2	N3	C	N1	N2	N3	C
Productos y Tecnología (e110 a e199)	e1				e1				e1			
Entorno natural y cambios en el entorno derivados de la actividad humana (e210 a e299)	e2				e2				e2			
Apoyo y Relaciones (e310 a e399)	e3				e3				e3			
Actitudes (e410 a e499)	e4				e4				e4			
Servicios, sistemas y políticas (e510 a e599)	e5				e5				e5			

### IV. LINEAMIENTOS PARA LA EVALUACION Y CERTIFICACION DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD.

#### 1. DISCAPACIDAD FISICA. (Ver Anexo 7)

##### A. REQUISITOS.

Los requisitos que debe presentar la persona ante la Comisión Evaluadora para acreditar la Discapacidad Física, son.

- Resumen Médico Original, expedido por médico especialista o médico tratante donde conste el diagnóstico completo, estado actual, tratamientos realizados y respuesta a los mismos.
- Estudios complementarios de acuerdo a la patología (Electromiografía, Potenciales Evocados, Radiografías, Ecografías, Tomografía axial computarizada o Resonancia Magnética)
- Presencia de la persona el día de la evaluación.
- Documento Único Identificación (DUI) o Carné de Minoridad o Partida de nacimiento o Pasaporte, entre otro documento de identificación.

##### B. CRITERIOS PARA INCLUSIÓN LABORAL.

Corresponderá otorgar la Certificación de Discapacidad cuando la persona presente el siguiente esquema de alteraciones al describir el perfil de funcionamiento:

- A nivel de FUNCIONES CORPORALES, alteraciones valoradas en grado 2, 3 ó 4.

- A nivel de ESTRUCTURAS CORPORALES, solo tomando en cuenta el calificador que se refiere a la extensión de la deficiencia, alteraciones valoradas en 2, 3 ó 4.

La persona deberá presentar limitaciones en la ACTIVIDAD Y PARTICIPACION, solo tomando en cuenta el calificador que se refiere a la capacidad, en grado de 2, 3 ó 4 en, por lo menos el 20.1 % de los ítems codificados\* (Art. 39 REG. LEO).

- A nivel de FUNCIONES CORPORALES, alteraciones valoradas en grado 3 ó 4, y en ESTRUCTURAS CORPORALES, solo tomando en cuenta el calificador que se refiere a la extensión de la deficiencia, alteraciones valoradas en 3 ó 4.

La persona deberá presentar limitaciones en la ACTIVIDAD Y PARTICIPACIÓN, solo tomando en cuenta el calificador que se refiere a la capacidad, en grado de 2 o 3 en, por lo menos el 20.1 % de los ítems codificados.

- A nivel de ESTRUCTURAS CORPORALES, solo tomando en cuenta el calificador se refiere a la extensión de la deficiencia, y en FUNCIONES CORPORALES, alteraciones valoradas en grado 2.

La persona deberá presentar limitaciones en la ACTIVIDAD Y PARTICIPACION, solo tomando en cuenta el calificador que se refiere a la capacidad en grado de 3 a 4 en, por lo menos el 20.1% de los ítems codificados.

NOTA ACLARATORIA: En el caso que no se pueda especificar la extensión de la deficiencia de la estructura corporal afectada, se considerara la extensión de la deficiencia de la función corporal.

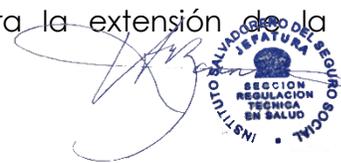
### **C. CRITERIOS DE INCLUSIÓN PARA BENEFICIO DE SALUD.**

---

Corresponderá otorgar la Certificación de Discapacidad cuando la persona presente el siguiente esquema de alteraciones al describir el perfil de funcionamiento:

- A nivel de FUNCIONES CORPORALES, alteraciones valoradas en grado 4.
- A nivel de ESTRUCTURAS CORPORALES, solo tomando en cuenta el calificador que se refiere a la extensión de la deficiencia, alteraciones valoradas en 4.
- La persona deberá presentar limitaciones en la ACTIVIDAD Y PARTICIPACION, solo tomando en cuenta el calificador que se refiere a la capacidad, en grado 4 en, por lo menos el 20.1 % de los ítems codificados. (Art.30 y 31 LEO) / (ART.39 REG. LEO)

NOTA ACLARATORIA: En el caso que no se pueda especificar la extensión de la deficiencia de la estructura corporal afectada, se considerara la extensión de la deficiencia de la función corporal.



## 2. DISCAPACIDAD VISCERAL. (Ver Anexo 8: Lineamientos)

### A. REQUISITOS.

Los requisitos que debe presentar la persona ante la Comisión Técnica Evaluadora para acreditar la discapacidad con deficiencia física de origen visceral.

- a. Constancia médica original expedido por con diagnóstico completo, estado actual, secuelas, tratamiento médico y quirúrgico.
- b. Para personas con condición de salud de origen cardiológico y renal, el médico tratante y/o especialista deberá completar el formulario correspondiente.
- c. Documentar los métodos de evaluación de las funciones y estructuras corporales utilizados según la condición de salud que se requiera objetivar.

Nota. Los requisitos a y b, ambos con fecha, firma y sello del médico tratante y/o especialista, de no más de 6 meses. Todos deben ser originales, no se aceptan fotocopias y serán retenidos, sin devolución.

### B. CRITERIOS PARA INCLUSIÓN LABORAL.

En casos de discapacidad Visceral corresponderá otorgar la Certificación de Discapacidad cuando la persona presente el siguiente esquema de alteraciones al describir el perfil de funcionamiento:

1. A nivel de funciones corporales, alteraciones valoradas en grado 2, 3 o 4, y en estructuras corporales, solo tomando en cuenta el calificador que se refiere a la extensión de la deficiencia, alteraciones valoradas en grados 2, 3 o 4.  
La persona deberá presentar limitaciones en la actividad y participación, solo tomando en cuenta el calificador que se refiere a la capacidad, en grado de 2, 3 o 4, en por lo menos, el 20.1% de los ítems codificados.
2. A nivel de las funciones corporales, alteraciones valoradas en grados 3 o 4, y en estructuras corporales, solo tomando en cuenta el calificador que se refiere a la extensión de la deficiencia, alteraciones valoradas en grados 8 o 9.  
La persona deberá presentar limitaciones en la actividad y participación, solo tomando en cuenta el calificador que se refiere a la capacidad, valoradas en grado de 3 o 4, en por lo menos, el 20.1% de los ítems codificados.

### C. CRITERIOS DE INCLUSIÓN PARA BENEFICIO DE SALUD.

En casos de discapacidad visceral corresponderá otorgar la Certificación de Discapacidad cuando la persona presente el siguiente esquema de alteraciones al describir el perfil de funcionamiento:

1. A nivel de funciones corporales, alteraciones valoradas en grado 4, y en estructuras corporales, solo tomando en cuenta el calificador que se refiere a la extensión de la deficiencia, alteraciones valoradas en grado 4. La persona deberá presentar limitaciones en la actividad y participación, solo tomando en cuenta el calificador que se refiere a la capacidad, en grado 4, en por lo menos, el 20.1% de los ítems codificados.
2. A nivel de las funciones corporales, alteraciones valoradas en grado 4, y en estructuras corporales, solo tomando en cuenta el calificador que se refiere a la extensión de la deficiencia, alteraciones valoradas en grados 8 o 9. La persona deberá presentar limitaciones en la actividad y participación, solo tomando en cuenta el calificador que se refiere a la capacidad, valoradas en grado 4, en por lo menos, el 20.1% de los ítems codificados.

### 3. DISCAPACIDAD VISUAL. (Ver anexo 9: lineamientos)

#### A. REQUISITOS

- a. Resumen Médico Original, expedido por médico especialista o médico tratante donde conste el diagnóstico completo, estado actual, tratamientos realizados y respuesta a los mismos.
- b. Estudios complementarios de acuerdo a la patología ocular
- c. Presencia de la persona el día de la evaluación.
- d. Documento Único Identificación (DUI) o Carné de Minoridad o Partida de nacimiento o Pasaporte, entre otro documento de identificación.

A los efectos de facilitar el proceso de certificación se recomienda que los niños, en lo que se refiere a la condición de salud, sean preferentemente evaluados por un oftalmólogo pediatra que extienda un informe que incluya el resultado del examen físico y estudios complementarios según lo requiera la condición de salud y el estado actual. Se recomienda a modo de guía contar para los siguientes grupos etarios con la siguiente evaluación:

Niños de 0 a 3 años:

- ❖ Evaluación de fijación y seguimiento.
- ❖ Test de mirada preferencial.
- ❖ Examen de la motilidad ocular.
- ❖ Refracción.
- ❖ Fondo de ojo.
- ❖ Potenciales visuales evocados.
- ❖ Estudio neurológico.
- ❖ Ecografía ocular modo A y B.

Niños de 3 a 5 años (previos a la adquisición de lectoescritura):

- ❖ Agudeza visual (carteles de prueba adecuados para niños).
- ❖ Biomicroscopía.
- ❖ Examen de la motilidad ocular.
- ❖ Refracción.
- ❖ Fondo de ojo.
- ❖ Ecografía ocular modo A y B.

➤ **AGUDEZA VISUAL CON Y SIN CORRECCIÓN DE AMBOS OJOS.**

Se adjunta tabla de equivalencias para su mejor interpretación:

ESCALA FRAC. EN PIES	ESCALA DECIMAL
20/20	1
20/25	0.8
20/30	0.66
20/40	0.5
20/50	0.40
20/60	0.33
20/80	0.25
20/100	0.2
20/200	0.1
20/400	0.05

- **CAMPO VISUAL** de los 30° centrales de ambos ojos (con el objeto de determinar existencia de escotomas).

**B. CRITERIOS PARA INCLUSIÓN LABORAL.**

En casos de discapacidad Visual corresponderá otorgar la Certificación de Discapacidad cuando la persona presente el siguiente esquema de alteraciones al describir el perfil de funcionamiento:

1. A nivel de FUNCIONES CORPORALES, alteraciones valoradas en grado 2 a 4, y en ESTRUCTURAS CORPORALES, solo tomando en cuenta el calificador que se refiere a la extensión de la deficiencia, alteraciones valoradas en 2 a 4 .

En este esquema de alteraciones las categorías codificadas en la ACTIVIDAD Y PARTICIPACION podrían estar evaluadas en grado de 0 a 4 en, tomando en cuenta el calificador que refiere al desempeño, en por lo menos el 20.1 % de los ítems codificados.



Este criterio corresponde a aquellas personas que presentan en el mejor ojo visión menor o igual a 0.3 o 20/60, con la mejor corrección óptica, y/o campo visual menor de 20 ° desde el punto de fijación o en casos de hemianopsia bilateral homónimo o heterónimo.

### C. CRITERIOS DE INCLUSIÓN PARA BENEFICIO DE SALUD.

En casos de discapacidad Visual corresponderá otorgar la Certificación de Discapacidad cuando la persona presente el siguiente esquema de alteraciones al describir el perfil de funcionamiento:

1. A nivel de FUNCIONES CORPORALES, alteraciones valoradas en grado 4, y en ESTRUCTURAS CORPORALES, solo tomando en cuenta el calificador que se refiere a la extensión de la deficiencia, alteraciones valoradas en 4 .

En este esquema de alteraciones las categorías codificadas en la ACTIVIDAD Y PARTICIPACION podrían estar evaluadas en grado de 4 en, tomando en cuenta el calificador que se refiere al desempeño, en por lo menos el 20.1 % de los ítems codificados.

Este criterio corresponde a aquellas personas que presentan en el mejor ojo visión menor o igual a 0.3 o 20/60, con la mejor corrección óptica, y/o campo visual menor de 20 ° desde el punto de fijación o en casos de hemianopsia bilateral homónimo o heterónimo.

Excepciones: niños, niñas y adolescentes sometidos en forma unilateral a cirugías radicales de órbita (enucleación o evisceración) que deban utilizar para el desarrollo orbito facial, conformadores esféricos y prótesis externas con función estética y terapéutica: serán considerados estos casos excepcionales cuando acrediten la necesidad transitoria del citado tratamiento mediante certificado del oftalmólogo pediatra responsable. El mismo criterio se aplicará en los casos de niños afáquicos monoculares que no hayan sido, al momento de la evaluación, sometidos a un implante secundario con lente intraocular (LIO) siendo éste programado con posterioridad.

## 4. DISCAPACIDAD AUDITIVA. (Ver anexo 10: lineamientos).

### A. REQUISITOS.

1. Resumen de historia clínica o certificado realizado por médico especialista en los últimos 6 meses, donde conste:
  - Diagnóstico clínico-audiológico (tipo y grado).
  - Estado actual.
  - Evolución.
  - Tratamiento.
  - Complicaciones.
2. Estudios complementarios realizados en los últimos 6 meses:

- Audiometría tonal (tener en cuenta que en los pacientes con equipamiento, el estudio deberá ser realizado con previa desconexión del mismo).
- Logaudiometría (en los casos que sea posible).
- En menores de 3 años se solicitarán estudios electrofisiológicos (PEAT/BERA), OEAs).
- En los niños en período pre y perilocutivo, con hipoacusias asociadas a trastornos del lenguaje, deberán presentar informes complementarios (escolar, fonoaudiológico, psicopedagógico, neurolingüístico, etc.).

## **B. CRITERIOS PARA INCLUSIÓN LABORAL.**

En casos de discapacidad Auditiva corresponderá otorgar la Certificación de Discapacidad cuando la persona presente el siguiente esquema de alteraciones al describir el perfil de funcionamiento:

1. En aquellas personas que presenten secuelas en un oído a nivel de ESTRUCTURAS CORPORALES, solo tomando en cuenta el calificador que se refiere a la extensión de la deficiencia, y en FUNCIONES CORPORALES alteraciones valoradas en grado Grave o Completo (calificadores 3 a 4), en el 20.1% de los ítems codificados.

La persona deberá presentar, a nivel de ACTIVIDAD Y PARTICIPACION, limitaciones en la capacidad valoradas en grado de 2 a 4 en, por lo menos el 20.1 % de las categorías evaluadas, debiendo consignarse no menos de 8 categorías en éste último componente.

2. En aquellas personas que presenten secuelas en ambos oídos a nivel de ESTRUCTURAS CORPORALES, solo tomando en cuenta el calificador que se refiere a la extensión de la deficiencia, y en FUNCIONES CORPORALES alteraciones valoradas en grado moderado (a partir de 40dB), Grave o Completo (calificadores 2 a 4), en el 20.1% de los ítems codificados.

La persona deberá presentar, a nivel de ACTIVIDAD Y PARTICIPACION, limitaciones en la capacidad valoradas en grado de 2 a 4 en, por lo menos el 20.1 % de las categorías evaluadas, debiendo consignarse no menos de 8 categorías en éste último componente

## **C. CRITERIOS DE INCLUSIÓN PARA BENEFICIO DE SALUD.**

En casos de discapacidad Auditiva corresponderá otorgar la Certificación de Discapacidad cuando la persona presente el siguiente esquema de alteraciones al describir el perfil de funcionamiento:

1. En aquellas personas que presenten secuelas en ambos oídos a nivel de FUNCIONES CORPORALES, alteraciones valoradas en grado 4, y en ESTRUCTURAS CORPORALES, solo tomando en cuenta el calificador que se refiere a la extensión de la deficiencia, alteraciones valoradas en 4 .

La persona deberá presentar limitaciones en la ACTIVIDAD Y PARTICIPACION, solo tomando en cuenta el calificador que se refiere a la capacidad, en grado 4 en



menos el 20.1 % de los ítems codificados, debiendo consignarse no menos de 8 categorías en este último componente.

2. Aquellos/as niños/as en etapa pre y perilocutiva que presenten secuelas en ambos oídos con alteraciones de grado Completo (4, a partir de 90dB) en el 20.1%% de las categorías de Funciones corporales, en combinación con limitaciones en la capacidad de grado Completo (4) en por lo menos en el 20.1% de las categorías de Actividad y Participación. Debiendo consignarse no menos de 8 categorías en este último componente.
3. Aquellos/as niños/as en etapa pre y perilocutiva que presenten deficiencia auditiva profunda de un oído (a partir de 90dB), asociada a deficiencia auditiva leve en el oído contralateral (entre 20 y 30dB) irreversibles con tratamiento, en combinación con trastornos del lenguaje y limitaciones en la capacidad de grado Moderado, Grave o Completo (2 a 4) en por lo menos en el 20.1% de las categorías de Actividad y Participación. Debiendo consignarse no menos de 8 categorías en este último componente.

## 5. DISCAPACIDAD MENTAL O PSICOSOCIAL E INTELECTUAL. (Ver anexo 11: Lineamientos).

### ➤ REQUISITOS.

Para acreditar discapacidad con deficiencia intelectual y mental. Deben presentar ante la comisión evaluadora:

1. Solicitud de evaluación de trastornos mentales y del comportamiento y/ o planilla de epilepsia (en el caso que la condición de salud sea una epilepsia), completa en su totalidad. Cabe aclarar que las mismas deberán ser firmadas por el médico y/o equipo tratante, con no más de 6 meses de vigencia y tendrán carácter de certificado médico.

Certificado o resumen de historia clínica originales, expedidos por médico y equipo interdisciplinario tratante que contemple diagnóstico según CIE 10, especificando las secuelas y el estado actual, aclarando los antecedentes de la enfermedad, tiempo de y/ evolución, internaciones y los tratamientos clínicos y farmacológicos recibidos.

2. Exámenes o informes complementarios acordes a la condición de salud (evaluación neurocognitiva, determinación del coeficiente intelectual, informe psicológico, informe escolar o de la psicopedagoga, imágenes de sistema nervioso central, dosaje de medicamentos, etc.).

3. Dosaje en sangre de drogas antiepilépticas, sólo si ha recibido dos drogas en monoterapia sin control de las crisis (no más de 6 meses).

➤ **CRITERIOS PARA INCLUSIÓN LABORAL.**

---

**A. Criterios para otorgar el Certificado de Discapacidad con deficiencia INTELECTUAL, para Inclusión Laboral.**

En casos de discapacidad Intelectual corresponderá otorgar la Certificación de Discapacidad cuando la persona presente el siguiente esquema de alteraciones al describir el perfil de funcionamiento:

- a) A nivel de FUNCIONES CORPORALES, alteraciones valoradas en grados de 1 a 4, y en ESTRUCTURAS CORPORALES, solo tomando en cuenta el calificador que se refiere a la extensión de la deficiencia, alteraciones valoradas de 1 a 4.

La persona deberá presentar limitaciones en la ACTIVIDAD Y PARTICIPACION, solo tomando en cuenta el calificador que se refiere a la capacidad, en grado de 2, 3 ó 4 en, por lo menos el 20.1 % de los ítems codificados\* (Art. 39 REGLEO).

NOTA ACLARATORIA: En el caso que no se pueda especificar la extensión de la deficiencia de la estructura corporal afectada, se considerara la extensión de la deficiencia de la función corporal.

**B. Criterios para otorgar el Certificado de Discapacidad con deficiencia MENTAL, para Inclusión Laboral.**

En casos de discapacidad MENTAL corresponderá otorgar la Certificación de Discapacidad cuando la persona presente el siguiente esquema de alteraciones al describir el perfil de funcionamiento:

1. En adultos que presenten trastornos psicóticos, del ánimo, de la personalidad o cognitivos:  
A nivel de FUNCIONES CORPORALES, alteraciones valoradas en grados de 1 a 4, y en ESTRUCTURAS CORPORALES, solo tomando en cuenta el calificador que se refiere a la extensión de la deficiencia, alteraciones valoradas de 1 a 4.  
La persona deberá presentar limitaciones en la ACTIVIDAD Y PARTICIPACION, solo tomando en cuenta el calificador que se refiere a la capacidad, en grado de 2, 3 ó 4 en, por lo menos el 20.1 % de los ítems codificados\* (Art. 39 REGLEO).

NOTA ACLARATORIA: En el caso que no se pueda especificar la extensión de la deficiencia de la estructura corporal afectada, se considerara la extensión de la deficiencia de la función corporal.

2. En adultos que presenten epilepsia refractaria al tratamiento:

A nivel de FUNCIONES CORPORALES, alteraciones valoradas en grados de 1 a 4, y en ESTRUCTURAS CORPORALES, solo tomando en cuenta el calificador que se refiere a la extensión de la deficiencia, alteraciones valoradas de 1 a 4.

La persona deberá presentar limitaciones en la ACTIVIDAD Y PARTICIPACION, solo tomando en cuenta el calificador que se refiere a la capacidad, en grado de 2, 3 ó 4 en, por lo menos el 20.1 % de los ítems codificados\* (Art. 39 REGLEO).

NOTA ACLARATORIA: En el caso que no se pueda especificar la extensión de la deficiencia de la estructura corporal afectada, se considerara la extensión de la deficiencia de la función corporal.

➤ **CRITERIOS DE INCLUSIÓN PARA BENEFICIO DE SALUD.**

**A. Criterios para otorgar el Certificado de Discapacidad con deficiencia INTELECTUAL, para Beneficio de Salud.**

- a) A nivel de FUNCIONES CORPORALES, alteraciones valoradas en grado 4, y en ESTRUCTURAS CORPORALES, solo tomando en cuenta el calificador que se refiere a la extensión de la deficiencia, alteraciones valoradas 4 .

La persona deberá presentar limitaciones en la ACTIVIDAD Y PARTICIPACION, solo tomando en cuenta el calificador que se refiere a la capacidad, en grado 4 en, por lo menos el 20.1 % de los ítems codificados\* (Art. 39 REGLEO).

NOTA ACLARATORIA: En el caso que no se pueda especificar la extensión de la deficiencia de la estructura corporal afectada, se considerara la extensión de la deficiencia de la función corporal.

**B. Criterios para otorgar el Certificado de Discapacidad con deficiencia MENTAL O PSICOSOCIAL, para Beneficio de Salud.**

- I. En niños que presenten trastornos del aprendizaje, de la comunicación o de conducta:  
A nivel de FUNCIONES CORPORALES, alteraciones valoradas en grado 4, y en ESTRUCTURAS CORPORALES, solo tomando en cuenta el calificador que se refiere a la extensión de la deficiencia, alteraciones valoradas 4 .

La persona deberá presentar limitaciones en la ACTIVIDAD Y PARTICIPACION, solo tomando en cuenta el calificador que se refiere a la capacidad en grado 4 en, por lo menos el 20.1 % de los ítems codificados\* (Art. 39 REGLEO).



NOTA ACLARATORIA: En el caso que no se pueda especificar la extensión de la deficiencia de la estructura corporal afectada, se considerara la extensión de la deficiencia de la función corporal.

- II. En niños que presenten trastorno generalizado del desarrollo (TEA= TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA):

A nivel de FUNCIONES CORPORALES, alteraciones valoradas en grado 4, y en ESTRUCTURAS CORPORALES, solo tomando en cuenta el calificador que se refiere a la extensión de la deficiencia, alteraciones valoradas 4 .

La persona deberá presentar limitaciones en la ACTIVIDAD Y PARTICIPACION, solo tomando en cuenta el calificador que se refiere a la capacidad, en grado 4 en, por lo menos el 20.1 % de los ítems codificados\* (Art. 39 REGLEO).

NOTA ACLARATORIA: En el caso que no se pueda especificar la extensión de la deficiencia de la estructura corporal afectada, se considerara la extensión de la deficiencia de la función corporal.

- III. En niños que presenten epilepsia refractaria al tratamiento:

A nivel de FUNCIONES CORPORALES, alteraciones valoradas en grado 4, y en ESTRUCTURAS CORPORALES, solo tomando en cuenta el calificador que se refiere a la extensión de la deficiencia, alteraciones valoradas 4 .

La persona deberá presentar limitaciones en la ACTIVIDAD Y PARTICIPACION, solo tomando en cuenta el calificador que se refiere a la capacidad, en grado 4 en, por lo menos el 20.1 % de los ítems codificados\* (Art. 39 REGLEO).

NOTA ACLARATORIA: En el caso que no se pueda especificar la extensión de la deficiencia de la estructura corporal afectada, se considerara la extensión de la deficiencia de la función corporal.

- IV. En adultos que presenten trastornos psicóticos, del ánimo, de la personalidad o cognitivos:

A nivel de FUNCIONES CORPORALES, alteraciones valoradas en grado 4, y en ESTRUCTURAS CORPORALES, solo tomando en cuenta el calificador que se refiere a la extensión de la deficiencia, alteraciones valoradas 4 .

La persona deberá presentar limitaciones en la ACTIVIDAD Y PARTICIPACION, solo tomando en cuenta el calificador que se refiere a la capacidad, en grado 4 en, por lo menos el 20.1 % de los ítems codificados\* (Art. 39 REGLEO).

NOTA ACLARATORIA: En el caso que no se pueda especificar la extensión de la deficiencia de la estructura corporal afectada, se considerara la extensión de la deficiencia de la función corporal.

V. En adultos que presenten epilepsia refractaria al tratamiento:

A nivel de FUNCIONES CORPORALES, alteraciones valoradas en grado 4, y en ESTRUCTURAS CORPORALES, solo tomando en cuenta el calificador que se refiere a la extensión de la deficiencia, alteraciones valoradas 4 .

La persona deberá presentar limitaciones en la ACTIVIDAD Y PARTICIPACION, solo tomando en cuenta el calificador que se refiere a la capacidad, en grado 4 en, por lo menos el 20.1 % de los ítems codificados\* (Art. 39 REGLEO).

NOTA ACLARATORIA: En el caso que no se pueda especificar la extensión de la deficiencia de la estructura corporal afectada, se considerara la extensión de la deficiencia de la función corporal.

A modo de síntesis:

<b>DISCAPACIDAD CON DEFICIENCIA INTELECTUAL</b>			
Diagnostico CIE-10	<b>Inclusión Laboral</b>		
	Funciones	Estructuras	Actividad y Participación (calificador capacidad)
	bxxx.1 al 4	sxxx 1 a 4	dxxx.2 a 4 en 20.1%
	<b>Beneficio de salud</b>		
	Funciones	Estructuras	Actividad y Participación (calificador capacidad)
	bxxx. 4	Sxxx. 4	dxxx. 4 en 20.1%

<b>DISCAPACIDAD CON DEFICIENCIA MENTAL</b>	<b>NIÑOS</b>		
	<b>Beneficio de salud</b>		
	Funciones	Estructuras	Actividades y Participación



Trastornos del aprendizaje, comunicación, conducta	xxx.4	xxx.4	xxx.4 en 20.1 %
TEA			
Epilepsia refractaria			

DISCAPACIDAD CON DEFICIENCIA MENTAL	ADULTOS		
	<b>Beneficio de salud</b>		
	Funciones	Estructuras	Actividad y participación
Trastorno psicótico, del ánimo y de la personalidad	bxxx.4	sxxx.4	dxxx.4 en 20.1 %
Trastornos cognitivos			
TEA			
Epilepsia refractaria			

DISCAPACIDAD CON DEFICIENCIA MENTAL	ADULTOS		
	<b>Inclusión laboral</b>		
	Funciones	Estructuras	Actividad y participación
Trastorno psicótico, del ánimo y de la personalidad	bxxx.1 a 4	sxxx.1 a 4	dxxx.4 en 20.1 %
Trastornos cognitivos.			
TEA			
Epilepsia refractaria			

## OBSERVANCIA

La vigilancia del cumplimiento de los contenidos de la presente “Normas y Procedimientos para la Evaluación Técnico-Funcional de Personas con Discapacidad ISSS”, corresponde a la Dirección General, Subdirección de salud a través de dependencias afines.

## INFRACCIONES Y SANCIONES.

El incumplimiento del presente documento normativo, en ámbito de su competencia, será sancionado según la normativa legal correspondiente.

## DISPOSICIONES GENERALES.

Las disposiciones no contempladas en la presente normativa, serán consideradas por Subdirección de Salud a través de Sección Regulación Técnica en Salud.

La revisión de la norma, de oficio se realizará cada 5 años, y a solicitud de la Comisión las veces que se considere necesario.

## VIGENCIA DE LA NORMA.

“Normas y Procedimientos para la Evaluación Técnico-Funcional de Personas con Discapacidad ISSS” entrarán en vigencia a partir de la fecha de autorización por Autoridades Institucionales y sustituye a todas las circulares, lineamientos e instructivos que hayan sido elaborados previamente.

San Salvador, enero del 2017.

**OFICIALIZACIÓN:**



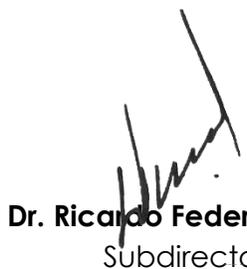
**Ana Guadalupe Argueta Barahona**  
Jefa Sección Regulación Técnica en salud.



**David Jonathan Hernández**  
Jefe Planificación-Estratégica en Salud.



**Dra. Danneth Quijano de Flores.**  
Jefa División Políticas y Estrategias de salud.



**Dr. Ricardo Federico Flores Salazar.**  
Subdirector de Salud.

## BIBLIOGRAFÍA.

### ➤ DISCAPACIDAD FÍSICA.

1. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, décima revisión OPS-OMS.
2. OMS. Organización Mundial de la Salud, mayo 2001. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales. Madrid 2001.
3. A. I. Kapandji. Fisiología Articular, Miembro Superior. 5ª Edición. Editorial Panamericana. 1998 La oposición del pulgar, Pág. 256-287.
4. M. Mumenthaler y H. Schliack. Patología de los nervios periféricos. Diagnóstico y tratamiento. Ed. Toray, Barcelona 1976. Pág. 258-298.
5. J. A. DeLisa and B. M. Gans. Rehabilitation Medicine. Principles and Practice. 3ª edición. Lippincott- Raven Publisher. 1998. Capítulo 68 Hand Rehabilitation Pág. 17171732
6. R. H Jewbsen, N. Taylor, R. B. Trieschman, M. J. Trotter y L. A. Howard. An objective and standarized test of hand function. Arch. Phys. Med Rehab. Jun 1969. pág 311-319.
7. Kelley´s. Tratado de Reumatología. Edward D. Harris, Ralph C. Budd
8. Editorial: Elsevier España Edición: 7ª. 2005.
9. Actualización de las guías de práctica clínica en el tratamiento de la Artritis Reumatoidea. Sociedad Argentina de Reumatología, año 2008.
10. Lejarraga H, Kelmansky D, Pascucci MC, Salamanco G. Prueba Nacional de Pesquisa. PRUNAPE. Fundación Hospital Garrahan. Buenos Aires, 2005.

### ➤ DISCAPACIDAD VISCERAL

1. Harrison´s: Principios de Medicina Interna. Fauci A. Braunwald E y otros. 17ª Ed. (2008) Ed. Mc Graw Hill-Interamericana
2. Best y Taylor. Bases Fisiológicas de la Práctica Médica. 12ª Ed. (1993) Ed. Panamericana
3. Cecil: Tratado de Medicina Interna. Goldman L.; Bennet J.C. 21ª Ed. (2002). Ed. Mc Graw Hill-Interamericana

4. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión (CIE10), OMS (1992)
5. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), OMS (2001)
6. Cardiología: El libro de Medicina Cardiovascular. Braunwald E, Zipes D, Libby P. 6ª Ed. (2004) Ed. Marbán
7. Consenso de diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca crónica. Rev Argent Cardiol Vol 78 N° 2 Marzo – Abril 2010
8. Consenso argentino de prueba ergométrica graduada. Rev Argent Cardiol Vol 78 N°1 Enero – Febrero 2010
9. Consenso de insuficiencia cardíaca con función sistólica preservada. Rev Argent Cardiol Vol 78 N°4 Pág. 367-374
10. Child, CG, Turcotte, JG. Surgery and portal hypertension. In: The Liver and Portal Hypertension, Child, CG (Ed), Saunders, Philadelphia 1964. p.50.
11. Gene, R, Giugno, E, Abbate, E, Figueroa-Casas, J, Mazzei, J, Schiavi, E, y Grupo de Consenso de EPOC. Nuevo Consenso Argentino de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. MEDICINA (BUENOS AIRES) 2003; 63: 419-446
12. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: Executive summary 2006. Global Initiative for Chronic Obstructive
13. Qaseem, A, Snow, V, Shekelle, P, et al. Diagnosis and management of stable chronic obstructive pulmonary disease: a clinical practice guideline from the American College of
  - a. Physicians. Ann Intern Med 2007; 147:633
14. Standards for the diagnosis and care of patients with chronic obstructive pulmonary disease.
  - a. American Thoracic Society. Am J Respir Crit Care Med 1995; 152:S77-S120
15. Lung Disease (GOLD). Available from <http://www.goldcopd.org>. (Accessed August 31, 2007)
16. GINA report, global strategy for asthma management and prevention 2006. Global Initiative for Asthma (GINA). Available from <http://www.ginasthma.com>. (Accessed August 31, 2007)
17. Lung function testing: selection of reference values and interpretative strategies. American Thoracic Society. Am Rev Respir Dis 1991; 144:1202

18. American Thoracic Society Comisión de Estándares de Competencia para Laboratorios de Función Pulmonar: Normalización de la espirometría-1987 de actualización." Soy Rev Respir Dis 1987; 136:1285-1298
19. Pugh RN, Murray-Lyon IM, Dawson JL, et al. Transection of the oesophagus for bleeding oesophageal varices. Br J Surg 1973; 60:646
20. Child, CG, Turcotte, JG. Surgery and portal hypertension. In: The Liver and Portal Hypertension, Child, CG (Ed), Saunders, Philadelphia 1964. p.50
21. Shackelford RT, Zuidema GD, Yeo ChJ. Cirugía del Aparato Digestivo. 5ª Ed. Buenos Aires: Panamericana; 2005.

➤ **DISCAPACIDAD VISUAL.**

1. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. OMS, 2001.
2. Clasificación Internacional de Enfermedades. Décima Revisión. OMS, 2001.
3. Consejo Argentino de Oftalmología, Universidad Católica de Salta.
4. Maestría de Oftalmología a Distancia. Buenos Aires, CAO, 2002. v. 1, 2 y 3.
5. Gurovich, Lydia. Baja Visión. Buenos Aires, Lydia Gurovich, 2001. 265 p.
6. Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad. INDEC 2002-2003.
7. Disposición del Servicio Nacional de Rehabilitación N° 213/2002.
8. American Academy of Ophthalmology. Vision Rehabilitation. Committee Preferred Practice Patter... Guidelines. Vision Rehabilitation. San Francisco, C. A.: American Academy of Ophthalmology, 2013. Available at: [www.aaopt.org/ppp](http://www.aaopt.org/ppp).

➤ **DISCAPACIDAD AUDITIVA.**

1. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión (CIE-10). OMS, 1992.
2. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), Organización Mundial de la Salud, (OMS) 2001.
3. Waisburg H, "Discapacidad Sensorial". PRONAP 2010 Sociedad Argentina de Pediatría, Módulo 1 capítulo 2.
4. A Villalba Pérez A "Las necesidades educativas de los alumnos sordos: Aspectos a considerar". Consellería de Cultura, Educación y Ciencia. Generalitat Valenciana, 1996.
5. de Sebastián, G. Audiología práctica. 3º edición. Editorial Panamericana 1979.
6. Narbona J, "El lenguaje del niño y sus trastornos", en: Fejerman, N. "Neurología pediátrica", 3ra edición Ed Panamericana 2006.
7. Encyclopedie Medico-Chirurgicale.

8. Silver D, Silver L. Guide to Learning Disabilities for Primary care, American Academy of Pediatrics, 2011.
9. La población con discapacidad en la Argentina. Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad (ENDI). Año 2005.
10. Camarasa A, "Trastornos de la comunicación y el lenguaje: detección temprana".
11. PRONAP 2010 Sociedad Argentina de Pediatría, Módulo 3 capítulo 3.
12. Diamante V, "Otorrinolaringología y afecciones conexas". 2º edición. 1992.
13. Programa Nacional de Detección Temprana y Atención de la Hipoacusia (Resolución Ministerial N°1209/2010).
14. The Joint Comitee on Infant Hearing (JCIH). Indicadores de riesgo asociados a hipoacusia.
15. [www.mah.org.ar/grados-de-hipoacusia](http://www.mah.org.ar/grados-de-hipoacusia) (MAH). □ [www.faso.org](http://www.faso.org) 2014

➤ **DISCAPACIDAD MENTAL- INTELECTUAL.**

1. Asociación Americana de Psiquiatría, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), 5ª Ed. Arlington, VA,Asociación Americana de Psiquiatría,2014
2. Baron-Cohen, (1992). Escala de Autismo en niños pequeños. C.H.A.T.
3. Bayley, N (1969). Escalas Bayley de Desarrollo Infantil (BSID).Universidad de Berckelely.
4. Beck y cols. (1979). Inventario de Depresión de Beck (BAI).
5. Bender, L, (1955). Test Guestáltico Visomotor. Ed. Paidós. Buenos Aires.
6. Butman J, Allegri R, Harris P, Drake M, (2000). Fluencia Verbal en español.
7. CIE-10 (1992). Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor.
8. Clinical Dementia Rating Scale (CDR); Morris, Neurology, 1993; 43:2412-2414 □  
Convención de la ONU sobre los derechos de las personas con discapacidad.
- a. (Diario de las Naciones Unidas, diciembre de 2006).
9. Doll, E; Escala Conductual Adaptativa Vineland; 1985. American Guidance Service, Minnesota
10. Folstein S, y cols. (1975). Mini-Mental State Examination (MMSE).
11. Golden, C, (1994). Stroop. Test de Colores y Palabras. Madrid. España. TEA.
12. Goodglass, H; Kaplan, E. (1986). Test de Boston. Ed. Panamericana.
13. Hamilton, M. (1960). Escala de Depresión de Hamilton.
14. Hathaway, S y McKinley, J, (1947). Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesotta. MMPI-A y MMPI-2.
15. Heaton, R; Chelune, G; Talley J; Kay, G; Curtiss, G. (1995). Test de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin. Ed. TEA. Madrid.
16. Johns MW. (1991). Escala de Somnolencia Epworth.
17. La Clasificación Internacional del funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud, conocida como CIF de la Organización Mundial de la Salud -OMS- (2001).

18. Ley Nacional de Salud Mental No 26657, Argentina 2011, Ministerio de Salud
19. Lord, C; Rutter, M; DiLavore, P y Risi, S (2008). Escala de Observación para el Diagnostico de Autismo -ADOS. TEA Ediciones.
20. McCarthy, D. (1977, 1996, 2006). Escalas McCARTHY de aptitudes y psicomotricidad para niños (MSCA). TEA Ediciones. Presidencia de la Nación
21. Rey and Osterrieth, (1944, 1987). Figura Compleja de Rey (CFT) □ Rey, A (1958), Lista de Palabras de Rey (RAVLT).
22. Wechsler, D (1981). The Wechsler Adult Intelligence Scale-Revised. New York: The Psychological Corporation.
23. Wechsler, D (2005). Escala de inteligencia de Weschler para niños (WISC-IV)
24. Wing, L (1995). Escala para la Evaluación de Habilidades, Comportamientos, Dificultades (HBS).



## GLOSARIO.

**Actividad:** es la realización de una tarea o acción por una persona. Representa la perspectiva del individuo respecto al funcionamiento.

**Condición de salud:** es un término genérico que incluye enfermedad, trastorno, traumatismo y/o lesión. Las "condiciones de salud" se codifican utilizando la CIE-10.

**Capacidad:** término que describe la aptitud de una persona para realizar una tarea o acción en un contexto o entorno uniforme.

**Deficiencia:** es la anormalidad o pérdida de una estructura corporal o de una función fisiológica. Las funciones fisiológicas incluyen las funciones mentales. Las funciones fisiológicas incluyen las funciones mentales. Con "anormalidad" se hace referencia, estrictamente, a una desviación significativa respecto a la norma estadística establecida (ej. la desviación respecto a la medida de la población obtenida a partir de normas de evaluación estandarizadas) y sólo debe usarse en ese sentido.

**Desempeño:** describe lo que una persona hace en su contexto entorno real, y, de esta forma, se evalúa el aspecto de la participación de la persona en situaciones vitales.

**Discapacidad:** es un término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una condición de salud) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales).

**Epilepsias:** constituyen una enfermedad neurológica heterogénea, caracterizada por la recurrencia de crisis epilépticas, en ausencia de lesión cerebral aguda, que pueden ocasionar consecuencias neurocognitivas, psicológicas y sociales. Para su diagnóstico es necesaria la presencia de por lo menos dos crisis.

Por su parte, las crisis epilépticas son eventos clínicamente transitorios, de inicio brusco, breve, de semiología variada, debidos a descargas neuronales excesivas e hipersincrónicas.

**Epilepsia refractaria:** cuando no se ha conseguido una evolución libre de crisis después de haber recibido como mínimo dos fármacos en monoterapia o asociados, apropiados para el tipo de crisis, administrados en forma adecuada y no habiendo sido retirados por intolerancia.

En aquellos casos en que no se observe control de las crisis donde al menos las dos drogas utilizadas fueron en monoterapia se requiere dosaje en sangre de ambas drogas para determinar el rango terapéutico. Las personas que presentan epilepsia refractaria al tratamiento farmacológico pueden presentar limitaciones para realizar algunas tareas en su contexto actual o restricciones en la participación ocasionando discapacidad. Se debe tener en cuenta que la presencia de crisis puede generar consecuencias neurocognitivas y psicológicas que impactan en mayor o menor medida en la vida cotidiana

**Estructuras corporales:** son las partes anatómicas del cuerpo, tales como los órganos, las extremidades y sus componentes.

**Factores ambientales:** se refieren a todos los aspectos del mundo extrínseco o externo que forma el contexto de la vida de un individuo.

**Funcionamiento:** es un término genérico que incluye funciones corporales, estructuras corporales, actividades y participación. Indica los aspectos positivos de la interacción entre un individuo (con una "condición de salud") y sus factores contextuales (factores ambientales y personales).

**Funciones corporales:** son las funciones fisiológicas de los sistemas corporales, incluyendo las funciones psicológicas.

**Limitación en la actividad:** son las dificultades que un individuo puede tener para realizar actividades.

**Línea de corte:** magnitud mínima del calificador en funciones, estructuras corporales y actividad y participación, necesaria para determinar la inclusión dentro de los criterios para extender el CUD.

**Participación:** es la implicación de la persona en una situación vital. Representa la perspectiva de la sociedad respecto al funcionamiento

**Perfil de funcionamiento:** describe la interacción entre los componentes de funciones corporales, estructuras corporales y actividad y participación teniendo en cuenta los factores ambientales.

**Restricciones en la participación:** Son los problemas que puede experimentar un individuo para implicarse en situaciones vitales.

**Trastornos mentales:** se refiere a una serie de trastornos mentales y conductuales que figuran en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Relacionados con la Salud, décima revisión (CIE-10) en el capítulo V.

**Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD):** término que se está reemplazando en la actualidad por Trastorno del Espectro Autista –TEA-: Hace referencia a las deficiencias persistentes en la comunicación, en la interacción social en diversos contextos y en la presencia de patrones repetitivos de comportamiento, intereses o actividades. El concepto TEA incluye a los mismos trastornos integrados en los TGD, a excepción del Trastorno de Rett. El cuadro clínico no es uniforme, ni demarcado, y su presentación oscila en un espectro de mayor a menor afectación; varía con el tiempo, y se ve influenciado por factores como el grado de capacidad intelectual asociada o el acceso a apoyos especializados.

**Trastorno neurocognitivo:** se entiende como la disminución y/o alteración de las funciones cerebrales relacionadas con la cognición y la conducta debido a factores genéticos, procesos degenerativos o lesiones cerebrales. Concepto amplio que incluye el término demencia.

**Trastornos de la personalidad:** de inicio en adolescencia o al principio de la edad adulta, son estables en el tiempo y de larga duración, caracterizada por presentar inestabilidad afectiva, inflexibilidad cognitiva y conducta desadaptativa, causando un deterioro funcional significativo personal y social. Alta comorbilidad con trastornos adictivos.

**Trastornos mentales relacionados con sustancias y trastornos adictivos:** en todos los casos, la discapacidad que se certifique, habrá de resultar del padecimiento o trastorno mental que

subyace en la persona y/o consecuencias resultantes del trastorno adictivo, dado por deterioro o secuela que puedan verificarse de manera objetiva y/o documentada.

En ningún caso la condición de salud que certifique discapacidad, habrá de recaer en la sola manifestación conductual adictiva, como lo pudiera ser por ejemplo el beber alcohol en exceso, el apostar compulsivamente o el consumir sustancias tipo estupefacientes. Los síntomas que duren más de cuatro semanas después de la interrupción del consumo problemático deben considerarse manifestaciones de un trastorno mental independiente no inducido por sustancias.

Se tomará en cuenta el concepto de comorbilidad, entendido como la concurrencia de procesos de etiopatogenia diferente en un mismo individuo, o la superposición de diagnósticos en situaciones patológicas complejas que no puedan identificarse mediante un solo rótulo. Se tendrán en cuenta para la certificación de discapacidad con deficiencia mental aquellas personas que presenten secuelas originadas por una condición de salud luego de haber transcurrido al menos seis meses tras el diagnóstico e inicio del tratamiento interdisciplinario.

 <b>INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL</b> <b>SUBDIRECCIÓN DE SALUD</b> <b>COMISIÓN TÉCNICA EVALUADORA DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD DEL ISSS</b>	
<b>"SOLICITUD DE EVALUACIÓN FUNCIONAL DE LA DISCAPACIDAD Y SALUD PARA ASEGURAMIENTO AL RÉGIMEN DE SALUD DEL ISSS"</b>	
San Salvador de _____ de 20 _____	N° correlativo de solicitud
Señores : Comisión Técnica Evaluadora de Discapacidades ISSS. Presente.	
Yo _____, DUI/Afil. N° _____	
Cotizante activo(a), residente en _____	
Teléfono residencia: _____	N° Celular _____ Correo el. _____
Trabajo en: _____, Ubicada: _____	
_____	Tele/fax: _____ Correo el. _____
Me dirijo a Ustedes con todo respeto, con el objeto de solicitar evaluación funcional de la discapacidad y salud para el Aseguramiento al Régimen de Salud del ISSS, a mi Beneficiario(a) o representado(a)	
_____ DUI/Carnet de Minoridad: _____ de _____ años de edad.	
Documentos que presenta:	
<input type="checkbox"/> Partida de nacimiento	<input type="checkbox"/> Diagnóstico Clínico
<input type="checkbox"/> Poder Judicial	<input type="checkbox"/> Certificación Clínica
<input type="checkbox"/> DUI	<input type="checkbox"/> Resumen Médico
<input type="checkbox"/> Carnet de Minoridad	<input type="checkbox"/> Tratamiento Farmacológico
<input type="checkbox"/> Certificado de Adopción	<input type="checkbox"/> Referencias
	<input type="checkbox"/> CONAIPD
	<input type="checkbox"/> ISRI
	<input type="checkbox"/> MINSAL
Otros (Mencione): _____	
Quien entrega solicitud:	
Nombre _____	Firma: _____
Quien recibe solicitud:	
Nombre _____	Fecha, Firma y Sello: _____
Quien recibe por la comisión:	
Nombre _____	Fecha, Firma y Sello: _____
Form.	
✂ - - - - - ✂ - - - - - ✂	
	N° correlativo de solicitud
Yo _____, DUI/Afil. N° _____	
Cotizante activo(a), residente en _____	
Teléfono residencia: _____	N° Celular _____ Correo el. _____
Trabajo en: _____, Ubicada: _____	
_____	Tele/fax: _____ Correo el. _____
Form.	



## Anexo 2



INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL  
SUBDIRECCION DE SALUD  
COMISIÓN TÉCNICA EVALUADORA DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD DEL ISSS

SOLICITUD DE EVALUACIÓN FUNCIONAL DE LA DISCAPACIDAD Y LA SALUD PARA LA CERTIFICACIÓN  
CON FINES DE LA INCLUSION LABORAL

\_\_\_\_\_  
Primer Apellido                      Segundo Apellido                      Nombres.

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ : Edad \_\_\_\_\_ años      Sexo: M  F

DUI N°. \_\_\_\_\_ NUP. \_\_\_\_\_ ISSS \_\_\_\_\_

Dirección de residencia:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Estado familiar: \_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_ Ocupación u Oficio: \_\_\_\_\_

Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_

Utiliza ayuda técnica:

1. Prótesis u ortesis: \_\_\_\_\_

2. Para comunicarse: \_\_\_\_\_

3. Necesita otra ayuda técnica: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Causas de la deficiencia:

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad adquirida.  | <input type="checkbox"/> Accidente deportivo.        | <input type="checkbox"/> Problemas de parto.       |
| <input type="checkbox"/> Accidente de tránsito. | <input type="checkbox"/> Accidente doméstico.        | <input type="checkbox"/> Trastornos nutricionales. |
| <input type="checkbox"/> Accidente de trabajo.  | <input type="checkbox"/> Desastres naturales/Guerra. | <input type="checkbox"/> Congénito/Genético.       |
| <input type="checkbox"/> Accidente común.       | <input type="checkbox"/> Violencia.                  | Otras: _____                                       |



Marque las dificultades que presenta desde hace un año.

1. Física (movilidad, parálisis, amputaciones, otros) \_\_\_\_\_
2. Psicosocial (Psiquiátrico, deficiencia) \_\_\_\_\_
3. Intelectual (comprender, captar, recordar) \_\_\_\_\_
4. Visual (ver, ceguera) \_\_\_\_\_
5. Auditiva (escuchar, sordera) \_\_\_\_\_
6. Psiquiátrica (problemas severos de conducta, depresión) \_\_\_\_\_
7. Autismo (dificultades graves de contacto con otros) \_\_\_\_\_
8. Deficiencias múltiples. \_\_\_\_\_
9. Otras (sistemas respiratorios, cardíacos, otros.) \_\_\_\_\_

San Salvador, a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante.

\_\_\_\_\_  
Firma y sello de UCD

Unidad de Medicina Física y Rehabilitación.  
Final Calle Guadalupe y Alameda Juan Pablo II S.S. Conmutador 2593-0038 **Tel-fax. 2593-0041,42**  
***"Con una visión más humana al servicio integral de su salud"***





ANEXO 3

INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL  
COMISIÓN TÉCNICA EVALUADORA DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

**Certificado de Discapacidad con fines de Aplicación del Artículo 31 de la Ley de Equiparación de Oportunidades para las Personas con Discapacidad**

**CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD**

**B-No. 00**

FECHA DE EMISIÓN: \_\_\_\_\_

APELLIDOS: \_\_\_\_\_

NOMBRES: \_\_\_\_\_

TIPO/NRO DOCUMENTO \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

PROFESIONAL	PROFESIONAL	PROFESIONAL
FIRMA Y SELLO	FIRMA Y SELLO	FIRMA Y SELLO





ANEXO 4.

INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL  
COMISION TECNICA EVALUADORA DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

**Certificado de Discapacidad con fines de Aplicación del Artículo 40 del Reglamento de la Ley de Equiparación de Oportunidades para las Personas con Discapacidad**

**CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD**

**INL-No. 00**

FECHA DE EMISIÓN: \_\_\_\_\_

APELLIDOS: \_\_\_\_\_

NOMBRES: \_\_\_\_\_

TIPO/NRO DOCUMENTO

FECHA DE NACIMIENTO

PROFESIONAL	PROFESIONAL	PROFESIONAL
FIRMA Y SELLO	FIRMA Y SELLO	FIRMA Y SELLO





**INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL  
SUBDIRECCIÓN DE SALUD.**

**DENEGATORIA CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD.**

EXPEDIDO POR: COMISION TECNICA EVALUADORA DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD  
ISSS

DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			
T I P O	DUI <input type="checkbox"/>	Partida de nacimiento <input type="checkbox"/>	Número
	Otro <input type="checkbox"/>		

EN CASO DE NO ACREDITAR DISCAPACIDAD CONSIGNAR EL MOTIVO DE RECHAZO

LUGAR Y FECHA DE EMISION:

PROFESIONAL	PROFESIONAL	PROFESIONAL	PROFESIONAL
Firma y sello	Firma y sello	Firma y sello	Firma y sello





## INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL INSTRUMENTO EVALUADOR Y CERTIFICADOR DE DISCAPACIDAD

**DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** Se consigna el tipo y número del documento de la persona evaluada.

- 1. DIAGNÓSTICO - CIE10-:** Se consignan el/ los diagnósticos por orden de importancia, la causa de la discapacidad (Genético, Perinatal, Metabólica, Tumoral, Infecciosa, Traumática, otras) pudiendo haber un máximo de seis (6). Ejemplo: Parálisis Cerebral Infantil (G.80), Retinopatía del prematuro (H.35.1), Eclampsia (O.15).

**FUENTE DE VERIFICACIÓN:** Se deberá marcar con una cruz (X) el casillero "SI" y consignar en el ítem siguiente con una cruz el tipo: Constancia Médica, Resumen Historia Clínica, Historia Clínica, Estudios Complementarios.

- 2. FECHA DE INICIO DE LA LESIÓN:** Se deben llenar el día, mes y año haya o no fuente de verificación o si la lesión es congénita. El relato oral del tiempo de evolución será considerado como válido.
- 3. EQUIPAMIENTO:** en caso de utilizar ayudas técnicas consignar con una cruz (X) según corresponda.
- 4. EDUCACIÓN:** Marcar con una cruz (X) según corresponda:

### NIVEL DE ALFABETIZACIÓN.

- Alfabetizado: persona que desarrolle la lecto-escritura.
- Analfabeto: persona que no lea, ni escriba y sea mayor de 10 años.
- No aplicable: en aquellos casos en que la persona sea menor de 10 años y no sepa leer y escribir.

### NIVELES EDUCACIONALES.

Tipo y Nivel de educación alcanzada:

- Educación formal: consigne con A (educación antes de la lesión), D (educación después de la lesión), AD (educación antes y después de la lesión) en el máximo nivel alcanzado que corresponda.
- Educación no formal o escuela especial: completar con una cruz (X) según corresponda.



## 5. ASPECTO HABITACIONAL:

Consignar con una cruz (X) según corresponda, en el casillero de Vive solo, Vive acompañado o Internado.

- Si Vive solo: consignar los ítems correspondientes a la estructura de la vivienda.
- Si Vive acompañado: consignar ítems de estructura de la vivienda y situación socio-familiar.
- Si está internado: no se consignarán los ítems correspondientes a la estructura de la vivienda ni la situación socio-familiar.

### ➤ Tipo de vivienda.

- **Con Infraestructura Básica:** consignar SI, con una cruz (X), en el caso que la vivienda cuente con los servicios básicos (luz y gas) y con inodoro con descarga de agua. Consignar NO en el caso de no contar con al menos uno de los elementos señalados.
- **Vivienda adaptada a la situación de la persona con discapacidad:** preguntar de acuerdo a cada discapacidad los elementos necesarios para considerar una vivienda adaptada, contemplando el caso de aquellas viviendas que no han sufrido ninguna adaptación por ser funcionales. En caso de tratarse de alguna de las características señaladas, consignar en el casillero de SI, caso contrario en el casillero de NO<sup>1</sup>.
- **Cantidad de cuartos de la vivienda:** colocar en el recuadro la cantidad de cuartos/piezas/habitaciones que posee el hogar. Se entenderá por cuarto/pieza/habitaciones al ambiente o recinto cerrado por paredes (que se elevan desde el suelo hasta el techo) o tabiques (pared que se eleva desde el suelo hasta una altura de dos metros). En este ítem, se contabilizarán el total de habitaciones de estas características que posea el hogar a excepción de los baños y cocina.

### ➤ Accesibilidad:

- Medios de transporte: colocar con una cruz (X), la opción correspondiente. Menos o más de 300mts. de la vivienda.
- Estado de calles: colocar con una cruz (X), la opción correspondiente. **Pavimentado:** en el caso de que la calle en la que se encuentra la vivienda esté asfaltada; **Mejorado** en el caso de que la calle donde se encuentra la vivienda, tenga una capa de ripio sobre la tierra; **Tierra:** en el caso que la calle donde se encuentra la vivienda no posea ningún tipo de tratamiento.<sup>2</sup>

## 6. SITUACIÓN FAMILIAR:

<sup>1</sup> Recordar que la evaluación la está realizando un equipo interdisciplinario quienes a través de la entrevista llegarán al conocimiento suficiente para detectar si la vivienda es adaptada o no.

<sup>2</sup> El aspecto habitacional cruzado con datos del ítems 6, nos arrojará información importante sobre hacinamiento y nos permitirá conocer un poco más de la situación de las personas con discapacidad.



- **Vínculo:** consignar con una cruz (X) el tipo de vínculo de los convivientes en relación al paciente. En el caso de hijos, hermanos, abuelos, otros familiares y otros no familiares, consignar también la cantidad.<sup>3</sup>

A partir del siguiente apartado comenzaremos a elaborar el perfil de funcionamiento de la persona a través de la codificación que nos proporciona la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). Se consignarán especialmente los aspectos negativos de este funcionamiento, ya que discapacidad **es el término genérico que incluye los déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación de una persona en la interacción con su contexto.**

En tal sentido se relevará información sobre cada uno de los componentes de la Clasificación:

Funciones corporales, Estructuras corporales, Actividades y Participación, y Factores Ambientales. Cabe aclarar que no necesariamente se deben utilizar todos los códigos disponibles, sino que, la Comisión evaluadora definirá los más significativos para describir la funcionalidad de la persona.

## 7. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO.

### 7.1 FUNCIONES CORPORALES:

Identificadas por el prefijo “b”. Consta de 8 capítulos claramente diferenciados.

En la Columna “N1” (nivel 1): aparece un código numérico que corresponde al número de los capítulos del componente, lo cual constituye el primer nivel de la clasificación. Ej. b1 Funciones Mentales, la comisión evaluadora solo tiene que elegirlo como código a utilizar, porque se encuentra impreso en el Instrumento.



7.1 FUNCIONES CORPORALES																	
	N1	N2	N3	N4	C		N1	N2	N3	N4	C		N1	N2	N3	N4	C
Funciones Mentales (b110 a b199)	b1				•		b1				•		b1				•
Funciones Sensoriales y dolor (b210 a b299)	b2				•		b2				•		b2				•
Funciones de la voz y el habla (b310 a b399)	b3				•		b3				•		b3				•
Funciones de los sistemas cardiov. Hemat. Inmunol y respiratorio (b410 a b499)	b4				•		b4				•		b4				•
Funciones de los sistemas digestivo, metabólico y endocrino (b510 a b599)	b5				•		b5				•		b5				•
Funciones Genitourinarias reproductivas (b610 a b699)	b6				•		b6				•		b6				•
Funciones neuro-musculo-esqueléticas y relacionadas con el movimiento (b710 a b799)	b7				•		b7				•		b7				•
Funciones de la piel y estructuras relacionadas (b810 a b899)	b8				•		b8				•		b8				•

<sup>3</sup> El sistema tendrá validación de campos, por ejemplo en el caso de Madre/Padre no permitirá marcar más de un (1), en el caso de abuelos no más de cuatro (4) y en el caso de cónyuge uno (1).

En la columna "N2" (nivel 2): se completará el código descriptor del segundo nivel, (dos dígitos).

En la columna "N3" (nivel 3): se completará el código descriptor del tercer nivel, (un dígito).

En la columna "N4" (nivel 4): se completará el código descriptor del cuarto nivel, (un dígito).

Las columnas que se encuentran posicionadas a la derecha con la misma estructura que la primera, permiten la utilización de dos categorías más del mismo capítulo, posibilitando registrar mayor información cuando el caso lo amerite. Lo cual no quiere decir que necesariamente deba utilizarse.

Es recomendable para certificar la discapacidad registrar la información utilizando como mínimo un segundo nivel de la clasificación.

Elegida la función corporal que se quiere describir aparece el punto (.) el cual separa el código del calificador que dará cuenta de la extensión o magnitud de la deficiencia.<sup>4</sup> Es imprescindible la utilización del mismo debido a que sin éste, el código por sí sólo no brinda información.

**Columna c:**

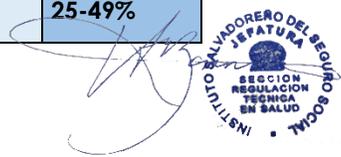


7. FUNCIONES CORPORALES																		
	N1	N2	N3	N4	C		N1	N2	N3	N4	C		N1	N2	N3	N4	C	
Funciones Mentales (b110 a b199)	b1				•		b1				•		b1				•	
Funciones Sensoriales y dolor (b210 a b299)	b2				•		b2				•		b2				•	
Funciones de la voz y el habla (b310 a b399)	b3				•		b3				•		b3				•	
Funciones de los sistemas cardiov. Hemat. Inmunol y respiratorio (b410 a b499)	b4				•		b4				•		b4				•	
Funciones de los sistemas digestivo, metabólico y endocrino (b510 a b599)	b5				•		b5				•		b5				•	
Funciones Genitourinarias reproductivas (b610 a b699)	b6				•		b6				•		b6				•	
Funciones neuro-musculo-esqueléticas y relacionadas con el movimiento (b710 a b799)	b7				•		b7				•		b7				•	
Funciones de la piel y estructuras relacionadas (b810 a b899)	b8				•		b8				•		b8				•	

En el caso de Funciones Corporales se utiliza una escala genérica.

<b>bxxx.o</b>	<b>NO hay problema</b>	<b>(ninguno,</b>	<b>0-4%</b>
<b>bxxx.1</b>	<b>Problema LIGERO</b>	<b>Insignificante,...)</b>	<b>5-24%</b>
<b>bxxx.2</b>	<b>Problema MODERADO</b>	<b>(Poco, escaso,...)</b>	<b>25-49%</b>

<sup>4</sup> Ningún código será considerado como tal sino se acompaña por su correspondiente calificador.



<b>bxxx.3</b>	<b>Problema GRAVE</b>	<b>(Medio, regular,...)</b>	<b>50-95%</b>
<b>xxx.4</b>	<b>Problema COMPLETO</b>	<b>(Mucho, extremo,...)</b>	<b>96-100%</b>
<b>xxx.8</b>	<b>Sin especificar</b>	<b>(Total,...)</b>	
<b>xxx.9</b>	<b>No aplicable</b>		

## 7.2 ESTRUCTURAS CORPORALES:

Identificadas por el prefijo "s". Consta de 8 capítulos claramente diferenciados que son homologables con los capítulos del componente anterior.

Al igual que en el componente de Funciones Corporales, se mantiene el mismo criterio de codificación.

En la Columna "N1": aparece un código numérico que corresponde al número de los capítulos del componente, lo cual constituye el primer nivel de la clasificación. Ej. s1 Estructuras del sistema nervioso, la comisión evaluadora solo tiene que elegirlo como código a utilizar porque se encuentra impreso en el protocolo.



7.2 Estructuras Corporales																						
	N1	N2	N3	N4	C	C	C	N1	N2	N3	N4	C	C	C	N1	N2	N3	N4	C	C	C	
Estructuras del sistema nervioso (s110 a s199)	s1				•			s1				•			s1				•			
El ojo, el oído y estructuras relacionadas (s210 a s299)	s2				•			s2				•			s2				•			
Estructuras involucradas en la voz y el habla (s310 a s399)	s3				•			s3				•			s3				•			
Estructuras de los sistemas de riñón, pulmones y respiratorio (s410 a s499)	s4				•			s4				•			s4				•			
Estructuras relacionadas con los sistemas digestivo, metabólico y endocrino (s510 a s599)	s5				•			s5				•			s5				•			
Estructuras relacionadas con el sistema hematológico y el sistema reproductor (s610 a s699)	s6				•			s6				•			s6				•			
Estructuras relacionadas con el movimiento (s710 a s799)	s7				•			s7				•			s7				•			
Partes y estructuras relacionadas (s810 a s899)	s8				•			s8				•			s8				•			

En la columna "N2": se completará el código descriptor del segundo nivel, (dos dígitos).

En la columna "N3": se completará el código descriptor del tercer nivel, (un dígito).

En la columna "N4": se completará el código descriptor del cuarto nivel, (un dígito). Las columnas que se encuentran posicionadas a la derecha con la misma estructura que la primera, permiten la utilización de dos categorías más del mismo capítulo, posibilitando registrar mayor información cuando el caso lo amerite. Lo cual no quiere decir que necesariamente deba utilizarse.

Es recomendable para certificar la discapacidad registrar la información utilizando como mínimo un segundo nivel de análisis.

Elegida la estructura corporal que se quiere describir aparece el punto (.) El cual separa el código de los diferentes calificadores. En este componente se utilizan tres:

- El primer calificador describe la extensión o magnitud de la deficiencia.
- El segundo, se utiliza para indicar la naturaleza del cambio.
- El tercero, indica la localización de la deficiencia.

Es imprescindible la utilización de los mismos debido a que sin éstos, el código por sí sólo no brinda información. Correspondientes a los calificadores, las estructuras corporales se señalan con tres calificadores<sup>5</sup>:

### Columnas C:



7.2 Estructuras Corporales																								
	N1	N2	N3	N4	C	C	C		N1	N2	N3	N4	C	C	C		N1	N2	N3	N4	C	C	C	
Estructuras del sistema nervioso (s110 a s199)	s1				.				s1				.				s1				.			
El ojo, el oído y estructuras relacionadas (s210 a s299)	s2				.				s2				.				s2				.			
Estructuras involucradas en la voz y el habla (s310 a s399)	s3				.				s3				.				s3				.			
Estructuras de los sistemas cardiovascular, inmunitario y respiratorio (s410 a s499)	s4				.				s4				.				s4				.			
Estructuras relacionadas con los sistemas digestivo, metabólico y endocrino (s510 a s599)	s5				.				s5				.				s5				.			
Estructuras relacionadas con el sistema genitourinario y el sistema reproductor (s610 a s699)	s6				.				s6				.				s6				.			
Estructuras relacionadas con el movimiento (s710 a s799)	s7				.				s7				.				s7				.			
Piel y estructuras relacionadas (s810 a s899)	s8				.				s8				.				s8				.			

Primer Calificador Extensión de la deficiencia	Segundo calificador Naturaleza de la deficiencia	Tercer calificador (sugerido) Localización de la Deficiencia.
<b>0</b> NO existe deficiencia <b>1</b> deficiencia LEVE <b>2</b> deficiencia MODERADA <b>3</b> deficiencia GRAVE <b>4</b> deficiencia COMPLETA <b>8</b> no especificada <b>9</b> no aplicable	<b>0.</b> no hay cambio en la estructura. <b>1.</b> ausencia total. <b>2.</b> ausencia parcial. <b>3.</b> parte adicional. <b>4.</b> dimensiones aberrante. <b>5.</b> discontinuidad. <b>6.</b> posición desviada. <b>7.</b> cambios cualitativos en la estructura, incluyendo acumulación de fluido. <b>8.</b> no especificado. <b>9.</b> no aplicable.	<b>0</b> más de una región. <b>1</b> Derecha. <b>2</b> Izquierda. <b>3</b> ambos lados. <b>4</b> parte delantera. <b>5</b> parte trasera. <b>6</b> Proximal. <b>7</b> Distal. <b>8</b> no especificado. <b>9</b> no aplicable.

<sup>5</sup> Es importante respetar el orden y significado de cada calificador, ya que la CIF es un lenguaje Universal que debe ser utilizado con las reglas para que pueda ser leído por cualquier experto en el mismo.



## 8.1 ACTIVIDAD Y PARTICIPACIÓN.

Identificadas por el prefijo “d”. Consta de 9 capítulos claramente diferenciados.

Todas las categorías pueden interpretarse como funcionamiento individual (actividad) y/o social (participación).

En la Columna “N1”: aparece un código numérico que corresponde al número de los capítulos del componente, lo cual constituye el primer nivel de la clasificación. Ej. d1 Aprendizaje y aplicación del conocimiento, la comisión evaluadora sólo tiene que elegirlo como código a utilizar porque se encuentra impreso en el protocolo.



8. ACTIVIDAD Y PARTICIPACION																										
	N1	N2	N3		C	C	C	C		N1	N2	N3		C	C	C	C		N1	N2	N3		C	C	C	C
Aprendizaje y aplicación del conocimiento (d110 a d199)	d1			.						d1			.						d1			.				
Tareas y demandas generales (d210 a d299)	d2			.						d2			.						d2			.				
Comunicación (d310 a d399)	d3			.						d3			.						d3			.				
Movilidad (d410 a d499)	d4			.						d4			.						d4			.				
Autoaidado (d510 a d599)	d5			.						d5			.						d5			.				
Vida Doméstica (d610 a d699)	d6			.						d6			.						d6			.				
Interacciones y relaciones interpersonales (d710 a d799)	d7			.						d7			.						d7			.				
Áreas principales de la vida (d810 a d899)	d8			.						d8			.						d8			.				
Vida comunitaria, social y cívica (d910 a d999)	d9			.						d9			.						d9			.				

En la columna “N2”: se completará el código descriptor del segundo nivel, (dos dígitos).

En la columna “N3”: se completará el código descriptor del tercer nivel, (un dígito).

Las columnas que se encuentran posicionadas a la derecha con la misma estructura que la primera, permiten la utilización de dos categorías más del mismo capítulo, posibilitando registrar mayor información cuando el caso lo amerite. Lo cual no quiere decir que necesariamente deba utilizarse.

Elegida la Actividad y Participación que se quiere describir aparece el punto (.) el cual separa el código de los diferentes calificadores. En este componente se utilizan dos:

- El primer calificador describe el desempeño/realización (con ayuda), y da cuenta de lo que una persona hace en su contexto/entorno actual.
- El segundo, describe la capacidad (sin ayuda), y da cuenta de la aptitud real de un individuo para realizar una tarea o acción en su entorno normalizado.

Calificadores opcionales: los calificadores tercero y cuarto, proporcionan a los usuarios la posibilidad de codificar la capacidad con ayuda y el desempeño/realización sin ayuda. Es imprescindible la utilización de los mismos debido a que sin éstos, el código por sí sólo no brinda información.

**Las columnas C:**



8. ACTIVIDAD Y PARTICIPACION																											
	N1	N2	N3		C	C	C	C		N1	N2	N3		C	C	C	C		N1	N2	N3		C	C	C	C	
Aprendizaje y aplicación del conocimiento (d110 a d199)	d1									d1									d1								
Tareas y demandas generales (d210 a d299)	d2									d2									d2								
Comunicación (d310 a d399)	d3									d3									d3								
Movilidad (d410 a d499)	d4									d4									d4								
Autoaidado (d510 a d599)	d5									d5									d5								
Vida Doméstica (d610 a d699)	d6									d6									d6								
Interacciones y relaciones interpersonales (d710 a d799)	d7									d7									d7								
Áreas principales de la vida (d810 a d899)	d8									d8									d8								
Vida comunitaria, social y cívica (d910 a d999)	d9									d9									d9								

En el caso de Actividad y Participación se utiliza la escala genérica de la CIF

xxx.0	NO hay problema	(ninguno,	0-4%
xxx.1	Problema LIGERO	Insignificante,...)	5-24%
xxx.2	Problema MODERADO	(Poco, escaso,...)	25-49%
xxx.3	Problema GRAVE	(Medio, regular,...)	50-95%
xxx.4	Problema COMPLETO	(Mucho, extremo,...)	96-100%
xxx.8	Sin especificar	(Total,...)	
xxx.9	No aplicable		

**9. FACTORES AMBIENTALES:**

Identificados con el prefijo "e". Consta de 5 capítulos claramente diferenciados.

Si bien se pueden emplear tres modalidades diferentes de codificación para los Factores Ambientales, de acuerdo a lo que postula la CIF; se utilizará la modalidad uno (1), por medio



de la cual se codifican los factores ambientales, independientemente de los demás componentes.

En la Columna "N1": aparece un código numérico que corresponde al número de los capítulos del componente, lo cual constituye el primer nivel de la clasificación. Ej. e1 Productos y tecnología, la comisión evaluadora sólo tiene que elegirlo como código a utilizar porque se encuentra impreso en el instrumento.



9. FACTORES AMBIENTALES																	
	N1	N2	N3	C			N1	N2	N3	C			N1	N2	N3	C	
Productos y Tecnología (e110 a e199)	e1						e1						e1				
Entorno natural y cambios en el entorno derivados de la actividad humana (e210 a e299)	e2						e2						e2				
Apoyo y Relaciones (e310 a e399)	e3						e3						e3				
Actitudes (e410 a e499)	e4						e4						e4				
Servicios, sistemas y políticas (e510 a e599)	e5						e5						e5				

En la columna "N2": se completará con los códigos descriptores del segundo nivel, (dos dígitos) En la columna "N3": se completará con el código descriptor del tercer nivel, (un dígito).

Las columnas que se encuentran posicionadas a la derecha con la misma estructura que la primera, permiten la utilización de dos categorías más del mismo capítulo, posibilitando registrar mayor información cuando el caso lo amerite. Lo cual no quiere decir que necesariamente deba utilizarse.

Elegido el código que se quiere describir aparece una columna con dos casilleros, el primero da cuenta si el factor elegido opera como barrera (.) o como facilitador (+); y el segundo, indica el grado en que ese barrera o facilitador afecta el funcionamiento.

Es imprescindible completar ambas columnas, debido a que sin éstas, el código por sí sólo no brinda información.



## Las columnas C:



9. FACTORES AMBIENTALES																	
	N1	N2	N3	C			N1	N2	N3	C			N1	N2	N3	C	
Productos y Tecnología (e110 a e199)	e1						e1						e1				
Entorno natural y cambios en el entorno derivados de la actividad humana (e210 a e299)	e2						e2						e2				
Apoyo y Relaciones (e310 a e399)	e3						e3						e3				
Actitudes (e410 a e499)	e4						e4						e4				
Servicios, sistemas y políticas (e510 a e599)	e5						e5						e5				

En el caso de Factores Ambientales se utiliza una escala genérica.

xxx.0	NO hay barrera	(ninguna, insignificante)	0-4%
xxx.1	Barrera LIGERA	(Poca, escasa...)	5-24%
xxx.2	Barrera MODERADA	(Media, regular...)	25-49%
xxx.3	Barrera GRAVE	(Mucha, extrema...)	50-95%
xxx.4	Barrera COMPLETA	(Total,...)	96-10%
xxx +0	NO hay Facilitador	(ninguna, insignificante)	0-4%
xxx +1	Facilitador LIGERO	(Poca, escasa...)	5-24%
xxx +2	Facilitador MODERADO	(Media, regular...)	25-49%
xxx +3	Facilitador GRAVE	(Mucha, extrema...)	50-95%
xxx +4	Facilitador COMPLETO	(Total,...)	96-10%
xxx .8	Barrera sin especificar		
xxx+8	Facilitador sin especificar		
xxx.9	no aplicable		

## 8. TIPO DE DISCAPACIDAD

Consignar con una cruz (X) el o los tipos de discapacidad que presenta la persona.

## 9. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES

Completar este ítem con la información que se considere relevante.



## 10. VALIDEZ DEL CERTIFICADO

➤ **BENEFICIOS DE SALUD.**

Mientras dure la relación laboral del cotizante activo.

➤ **10.2 INCLUSIÓN LABORAL.**

Queda supeditado a los cambios o modificaciones en las legislaciones en la materia vigentes.

## 11. LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN

Completar el lugar y la fecha exacta (día, mes y año) en el que se realizó la reunión de la Comisión evaluadora.

- Firmas de los profesionales que componen el equipo interdisciplinario.

## CONSIDERACIONES ESPECIALES PARA LA EMISIÓN DEL CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

- Cuando la comisión técnica evaluadora determine que no existe situación de discapacidad, deberá detallar los motivos y los datos personales del evaluado.
- Cuando la documentación presentada por el interesado no sea suficiente para la acreditación de la discapacidad, la Comisión evaluadora solicitará lo faltante, quedando el trámite en situación de PENDIENTE. Deberá indicársele la solicitud de un nuevo turno y el cumplimiento de los requisitos. En estos casos, la comisión evaluadora completará el Instrumento CIF de acuerdo a la información disponible. Dicho Instrumento no será firmado por los integrantes de la Comisión evaluadora hasta concluir dicho trámite.



## LINEAMIENTOS PARA LA EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA (NEUROLÓGICO, TRAUMATOLÓGICO Y REUMATOLÓGICO)

### Introducción.

Se considera discapacidad física a un término global que hace referencia a las deficiencias\*<sup>6</sup> en las funciones y estructuras corporales de los sistemas osteoarticular y neuromusculotendinoso (asociadas o no a otras funciones y/o estructuras corporales deficientes), y las limitaciones\*<sup>7</sup> que presente el individuo al realizar una tarea o acción en un contexto/entorno normalizado, tomado como parámetro su capacidad/habilidad real, sin que sea aumentada por la tecnología o dispositivos de ayuda o terceras personas.

Para evaluar a las personas se utilizan dos clasificaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS): la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, décima revisión (CIE-10) y la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF).

Para poder realizar la evaluación y certificación de discapacidad, se tendrá en cuenta la condición de salud de la persona. Esta condición de salud será la puerta de entrada para la evaluación del perfil de funcionamiento de la misma. Una vez realizada dicha evaluación se determinará, DE ACUERDO A LOS CRITERIOS DE INCLUSIÓN, si existe discapacidad o no.

Aquellas personas que se encuentren en períodos agudos, de brotes y reagudizaciones no podrán ser evaluadas, en dicho momento, para la certificación de la discapacidad.

### Condición de Salud con códigos CIE-10.

La sola presencia del diagnóstico NO es condición para certificar la Discapacidad. Es el perfil de funcionamiento que la Persona tiene, a partir de una determinada condición de salud, lo que va a determinar si le corresponde o no el certificado.

### Perfil de Funcionamiento.

Para realizar la descripción del perfil de funcionamiento se emplea la CIF-IA en sus cuatro componentes y acorde a lo requerido en cada caso.

A continuación se detallarán los atributos de funciones corporales, estructuras corporales, actividades y participación y factores ambientales relevantes.

<sup>1</sup> Se considera deficiencia a la anomalía o pérdida de una estructura o de una función fisiológica, CIF-IA- OMS, 2011.

<sup>2</sup> Se considera limitación en la actividad, a la dificultad que un individuo puede tener para realizar actividades comparándola con la manera en que se espera que la realizaría una persona sin esa condición de salud, CIF-IA – OMS, 2011.

## A) FUNCIONES CORPORALES.

Se establecerán como parámetros para evaluar las **Funciones Corporales** los siguientes:

Categorías	Valor normal	Línea de corte	Método de evaluación sugerido
<b>b147</b> Funciones psicomotoras.	Desarrollo psicomotor de Acuerdo a edad.	Retraso en la adquisición de pautas madurativas.	Observación-clínica.
<b>b28016</b> Dolor en las articulaciones.	0	>5	Escala visual análoga del dolor (VAS-DOLOR). Recuento de Articulaciones afectadas.
<b>b320</b> Funciones de la articulación de la palabra.	Articulación de la palabra conservada. 0/4	Disartria Anartria 2/4.	Observación-Clínica. Evaluación por Foniatría Escala funcional de articulación de la palabra <sup>8</sup> .
<b>b4552</b> Fatigabilidad.	0	>5	Escala visual análoga de fatiga <sup>9</sup> (VAS-FATIGA)
<b>b710</b> Funciones relacionadas con la movilidad de las articulaciones.  Exceptuados  <div style="text-align: center;"> <p>CADERA</p> <p>RODILLA</p> </div>	Ver cuadro de Movilidad articular <sup>10</sup> . Excepción: Flex. 0-140° Ext. 0-20°  Flex. 0-140° Ext. 180°(0)	50% del valor normal de movilidad articular. Excepción: <90° -10°  <90° -20°	Escala de movilidad articular-Goniometría.
<b>b7150</b> Estabilidad de una sola articulación.	Estabilidad articular.	Inestabilidad articular.	Observación-Clínica.
<b>b7151</b> Estabilidad de varias articulaciones.	Estabilidad articular.	Inestabilidad articular.	Observación-Clínica.
<b>b730</b> Funciones relacionadas con la fuerza muscular.	5/5	3/5	Escala de Robert Lovett, M.D./ Kendall
<b>b735</b> Funciones relacionadas con el tono muscular.	Tono normal 0/4.	Hipertónico 2/4 Hipotónico.	Escala de Ashworth.
<b>b740</b> Funciones relacionadas con la resistencia muscular.	Resistencia conservada.	Resistencia alterada.	Observación-Clínica.
<b>b750</b> Funciones relacionadas con los reflejos motores.	Reflejos normales.	Hiperreflexia. Hiporreflexia.	Observación-Clínica.
<b>b770</b> Funciones relacionadas con el patrón de la marcha.	Marcha normal 0/4.	Marcha anormal 2/4	Observación-Clínica. Escala de evaluación de la capacidad de la marcha.

Se utilizarán cuadros de calibración de calificadores para determinar el nivel de afección en las funciones corporales con calificadores CIF-IA, según los hallazgos registrados en los estudios complementarios.

Calificador CIF.	Escala Lovett/Kendall.	Escala Ashworth.	Escala Capacidad de Marcha	Escala Funcional de articulación de la palabra.	Escala Funcional de movimientos involuntarios.	Escala de Score de Larsen.
xxx.0 NO hay deficiencia (ninguna, insignificante,) 0 a 4%	<b>5 Normal</b> Alcanza la amplitud total disponible del movimiento contra la gravedad y es capaz de mantener una resistencia máxima.	<b>0</b> No hay cambios en la respuesta del musculo en los movimientos de flexión o extensión	<b>Nivel 0.</b> Sin dificultad	<b>Nivel 0.</b> Sin dificultad	<b>Grado 0</b> Ausente	<b>0</b> Superficies articulares intactas y espacio articular conservado
xxx.1 Deficiencia LIGERA (poco, escasa,...) 5% a 24%	<b>4 Bueno</b> Alcanza la amplitud total disponible del movimiento contra la gravedad y es capaz de mantener una resistencia moderada	<b>1</b> Ligero aumento en la respuesta del músculo al movimiento (flexión o extensión visible con la palpación o relajación, o solo mínima resistencia al final del arco del movimiento <b>1+</b> Ligero aumento en la resistencia del músculo al movimiento en flexión o extensión seguido de una mínima resistencia en todo el resto del arco de movimiento (menos de la mitad).	<b>Nivel 1</b> Marcha entretendida	<b>Nivel 1</b> Perdida discreta de la expresión, dicción y/o volumen	<b>Grado 1</b> Discreto; infrecuentemente presente. No resulta molesto para el paciente.	<b>1</b> Erosiones menores a un milímetro de diámetro o espacio articular reducido.

xxx.2 Deficiencia MODERADA (media, regular,...) 25% a 49%	<b>3 Regular</b> Alcanza la amplitud total disponible del movimiento solo contra la gravedad al eliminar la resistencia.	<b>2</b> Notable incremento en la resistencia del músculo durante la mayor parte del arco del movimiento articular, pero la articulación se mueve fácilmente.	<b>Nivel 2</b> Marcha enlentecida, manifiesta sensación de inestabilidad y/o presenta fallo al inicio.	<b>Nivel 2</b> Monótono; farfullado, pero comprensible; moderadamente alterado.	<b>Grado 2</b> Moderado; molesto para el paciente.	<b>2</b> Una o múltiples erosiones pequeñas, diámetro mayor a un milímetro.
xxx.3 Deficiencia GRAVE (muchas, extrema,...) 50% a 95%	<b>2 Pobre</b> Alcanza la amplitud total del movimiento al eliminar la gravedad.	<b>3</b> Marcado incremento en la resistencia del músculo; el movimiento pasivo es difícil en la flexión o extensión.	<b>Nivel 3</b> Arrastra sus pies tropieza con frecuencia, tiempo no funcional.	<b>Nivel 3</b> Muy alterado, difícil de comprender.	<b>Grado 3</b> Intenso; interfiere en varias actividades.	<b>3</b> Erosiones múltiples, mayores a un milímetro, pérdida del espacio articular.
xxx.4 Deficiencia COMPLETA (total,...) 96% a 100%	<b>1 Vestigios</b> Contracción visible o palpable, sin movimiento muscular significativo. <b>0 Nulo.</b> No se observa ni se siente contracción.	<b>4</b> Las partes afectadas están rígidas en flexión o extensión, cuando se mueven pasivamente.	<b>Nivel 4</b> Ausencia de marcha.	<b>Nivel 4</b> Ininteligible	<b>Grado 4</b> Marcado; interfiere en la mayoría de las actividades.	<b>4</b> Cambios mutilantes, anquilosis articular.

Para establecer las funciones relacionadas con la movilidad de las articulaciones se utilizará el siguiente cuadro de movilidad articular.

ARTICULACIÓN	MOVIMIENTO	VALORES NORMALES
<b>MIEMBRO SUPERIOR</b>		
Cabeza	Flexión	0-15°
	Extensión	0-25°
Cuello	Flexión	0-35°
	Extensión	0-30°
	Flexión	0-180°
	Extensión	45°-50°
	Rotación Interna	100°-110°
	Rotación externa	80°-90°
	Abducción	0-180° cingulo hombro
Codo	Flexión	0-145°
	Extensión	145°-0
Antebrazo	Pronación	0-85°
	Supinación	0-90°
Muñeca	Flexión	0-85°
	Extensión	0-85°
Metacarpo	Flexión	0-90°
	Extensión	0-10°
Falanges	Flexión	0-90°
	Extensión	90°-0
	Abducción de dedos	0-20°
	Abducción de dedos	20°-0°
<b>MIEMBRO INFERIOR</b>		
Cadera	Flexión	0-140°
	Extensión	0-20°
	Abducción	0-45°
	Aducción	add combinada 30°
	Rotación interna	30-40°
	Rotación externa	0-60°
Rodilla	Flexión	0-140°
	Extensión	0
Pie	Flexión dorsal	0°-20°
	Flexión plantar	30°-50°
	Inversión	0-35°
	Eversión	0-25°



## B) ESTRUCTURAS CORPORALES.

Se establecerán como parámetros para evaluar las **Estructuras Corporales**:

Categoría	Método de evaluación sugerido	Línea de corte
<b>s110</b> Cerebro	RMN-TAC-Ecografía	Observación-Clínica
<b>s11050</b> Bulbo	RMN-TAC	Observación-Clínica
<b>s11051</b> Protuberancia	RMN-TAC	Observación-Clínica
<b>s1108</b> Estructura de cerebro, otra especificada (Mesencéfalo)	RMN-TAC	Observación-Clínica
<b>s1104</b> Cerebelo	RMN-TAC	Observación-Clínica
<b>s1200</b> Médula espinal	RMN-TAC	Observación-Clínica
<b>s1201</b> Nervios espinales	RMN-TAC-EMG	Observación-Clínica
<b>s198</b> Estructura del Sistema Nervioso, otras especificada (Placa neuromuscular).	Estimulación repetitiva-Fibra Única- Anticuerpos-Prueba farmacológica.	Observación-Clínica
<b>s720</b> Estructura de la región del hombro	RX – (Score de Larsen)	>/= 2
	RMN	Observación-Clínica
<b>s7302</b> Estructura de la Mano	RX – (Score de Larsen)	>/= 2
	RMN	Observación-Clínica
<b>s7308</b> Estructura de la extremidad superior otra especificada	Rx-RMN	Observación-Clínica
<b>s75001</b> Articulación de la cadera	RMN Clasificación radiológica de Kellgren y Lawrence (4 grados).	Grado 3
	RX – (Score de Larsen)	>/= 2
<b>s75011</b> Articulación de la rodilla	RMN Clasificación radiológica de Kellgren y Lawrence (4 grados).	Grado 3
	RX – (Score de Larsen).	>/= 2
<b>s7502</b> Estructura del Tobillo y del Pie	RMN Clasificación radiológica de Kellgren y Lawrence (4 grados)	Grado 3
	RX – (Score de Larsen)	>/= 2
<b>s7600</b> Estructura de la Columna vertebral	RX –(Score de Larsen)	>/= 2
	RMN	



	Medición del Ángulo de Cobb <sup>11</sup> Medición del índice de Nash y Moe <sup>12</sup>	Artrodesis EII Progresiva: Cobb mayor a 30° EIJ: Cobb mayor a 30° EIA: Cobb mayor a 30° En todos los casos índice de MOE tipo II en adelante.
<b>s7702</b> Músculo	EMG.	Trazado miopático.
	RMN.	Observación-Clínica
	Biopsia.	Observación-Clínica
	Estudios Genéticos.	Específico para cada etiología

### C) ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN.

En lo que respecta a los atributos de actividad y participación se evaluara de acuerdo con las tareas básicas establecidas en el siguiente listado. Si se requiere podrán utilizarse categorías de un capítulo de la CIF-IA no citado en este listado:

Dominios	Categorías
<b>Tareas y demandas generales</b>	d210- Llevar a cabo una única tarea.
	d220- Llevar a cabo múltiples tareas.
	d230- Llevar a cabo rutinas diarias.
<b>Comunicación</b>	d330- Hablar.
<b>Movilidad</b>	d410- Cambiar las posturas corporales básicas.
	d415- Mantener la posición del cuerpo.
	d420- Transferir el propio cuerpo.
	d440- Uso fino de la mano.
	d445- Uso de mano y brazo.
	d4500- Andar distancias cortas.
	d465- Desplazarse utilizando algún tipo de equipamiento.
	d4751- Conducción de vehículos con motor.
<b>Autocuidado</b>	d510- Lavarse.

<sup>1</sup> Ver Anexo II, Clasificación radiológica Kellgren y Lawrence

<sup>2</sup> Ver Anexo II: Método de Cobb.

<sup>3</sup> Ver Anexo II: Método de Nash y Moe: grado de rotación pedicular, relación del pedículo con el centro del cuerpo vertebral.



	d520- Cuidado de las partes del cuerpo.
	d5300- Regulación de la micción.
	d5301- Regulación de la defecación.
	d540- Vestirse.
	d550- Comer.
	d560- Beber.
<b>Vida Doméstica</b>	d6200- Comprar.
	d630- Preparar comidas.
	d640- Realizar los quehaceres de la casa.
	d650- Cuidados de los objetos del hogar.
	d6600- Ayudar a los demás en el autocuidado.
<b>Interacciones y relaciones interpersonales</b>	d7702- Relaciones sexuales .
<b>Áreas principales de la vida</b>	d820-Educación escolar
	d8450-Buscar trabajo
	d8451-Mantener un trabajo
<b>Vida comunitaria, social y cívica</b>	d920-Tiempo libre y ocio

La selección de categorías, de los capítulos citados, se realizará acorde a estados de salud y estados relacionados con la salud de la Persona entrevistada. No obstante, si para la descripción del perfil de funcionamiento de la Persona se necesitara la incorporación de categorías de un capítulo no citado, estas serán incorporadas.

Para evaluar actividad/participación se deben considerar las limitaciones que presente el individuo al realizar una tarea o acción en un contexto/entorno normalizado, tomando como parámetro su capacidad/habilidad real, sin que sea aumentada por la tecnología o dispositivos de ayuda o terceras personas.

Cabe aclarar, que para la evaluación de la condición de salud de origen neurológico, traumatológico, reumatológico y/o retraso madurativo, se tendrá en cuenta el tratamiento farmacológico y los reemplazos articulares que posea la persona al momento del examen.

INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL  
SECCIÓN REGULACIÓN TÉCNICA EN SALUD

La evaluación funcional que hacemos de la persona nos permite acceder a un perfil de funcionamiento de la misma, utilizando todos los elementos que nos brinda la clasificación. Sin embargo, como el objetivo es la certificación de la discapacidad, no se pueden dejar de valorar las deficiencias en estructuras y funciones corporales y las limitaciones en la actividad.

Se utilizara el siguiente cuadro de calibración para determinar los calificadores aplicables a la actividad y participación:

Calificador CIF	Descripción
0	Sin dificultad.
1	En un intento pero mayor tiempo (en relación a como lo realizaba antes de su afección o en el último mes). Logra la actividad.
2	En 2 a 3 intentos / mayor tiempo/ no logra completar parte de la actividad.
3	En 4 intentos o más/ tiempo no razonable/ No completa la mayor parte de la actividad.
4	No logra realizar la actividad.
8	Sin especificar.
9	No aplicable.

#### D) FACTORES AMBIENTALES

Dominios	Categorías
<b>Productos y tecnología.</b>	e1101 Medicamentos.
	e1151 Productos y tecnología de ayuda para uso personal en la vida diaria.
	e1201 Productos y tecnología de ayuda para la movilidad y el transporte personal en espacios cerrados y abiertos.
<b>Apoyo y Relaciones.</b>	e310 Familiares cercanos
	e320 Amigos
	e330 Personas en cargos de autoridad
	e340 Cuidadores y personal de ayuda
	e355 Profesionales de la salud.
<b>Servicios, sistemas y políticas.</b>	e5502 Políticas legales
	e5700 Servicios de seguridad social.
	e5800 Servicios sanitarios.
	e5801 Sistemas sanitarios.





## LINEAMIENTOS PARA LA CERTIFICACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD CON DEFICIENCIA FÍSICA DE ORIGEN VISCERAL.

### A. Funciones y Estructuras corporales.

#### A.1) Funciones y Estructuras corporales con Condición de Salud de origen cardiovascular

La pérdida de la función cardíaca, es decir, la insuficiencia cardíaca se expresa principalmente a través de anomalías de la fuerza de contracción de los músculos ventriculares produciendo restricciones en la tolerancia al ejercicio. De allí que las principales funciones que se evalúan para estas situaciones es la fuerza de contracción de los músculos ventriculares expresada como función ventricular o fracción de eyección y la tolerancia al ejercicio.

Otras funciones relacionadas como frecuencia o ritmo cardíaco y funciones de los vasos arteriales podrán ser tenidas en cuenta en relación a la deficiencia evaluada. Las insuficiencias cardíacas se clasifican según la valoración clínica de la tolerancia al ejercicio o disnea (sensación subjetiva de falta de aire) en 4 clases funcionales I, II, III o IV según Clasificación Funcional de las cardiopatías de la NYHA (New York Heart Association) y Escala de Disnea de MMCR- ATS (Modified Medical Research Council) que se detallan más adelante. Con el fin de objetivar la capacidad aeróbica de una persona se pueden utilizar distintas mediciones, la más utilizadas es a través de los METS alcanzados en una prueba ergométrica o mediante la valoración del consumo máximo de oxígeno (VO<sub>2</sub> máx) registrado en la misma. Otra forma sencilla es la utilizada en el test de marcha que mide los metros alcanzados luego de 6 minutos de caminata.

Los métodos de evaluación requeridos dependerá de la condición que lleva a la deficiencia pudiendo ser una valoración clínica pero será imprescindible la objetivación de la función ventricular mediante un ecocardiograma. En casos de cardiopatías isquémicas son esenciales las pruebas funcionales como prueba ergométrica graduada y pruebas de perfusión miocárdica. En caso que se requiera ampliar la información la junta evaluadora podrá solicitar otros métodos de valoración como estudios de imágenes (ecodoppler, tomografía axial computada, resonancia magnética nuclear, angi resonancia, angiografías), test de marcha, estudios electrofisiológicos, etc.

Funciones Corporales	Categoría de la CIF	Valor normal	Línea de corte
Fuerza de contracción de los músculos ventriculares.	b4102	+50%	Fracción de eyección <35%
Funciones relacionadas con la tolerancia al ejercicio.	b455	Clase Funcional I	Clase Funcional III Capacidad aeróbica menor de 5 METS Test de marcha menor a 300 mts.
Funciones de los vasos sanguíneos.	b415	Flujo arterial conservado  Presión sistólica de la arteria pulmonar PSAP <15 mmHg	Estenosis arterial severa /Oclusión arterial  Presión sistólica de la arteria pulmonar PSAP > 60 mmHg

Significado de las abreviaturas utilizadas en el cuadro:

- METS Unidad Metabólica
- mt: metros.
- mmHg: milímetros de mercurio

La correlación existente entre la clasificación funcional de la cardiopatía, la función ventricular, la tolerancia al ejercicio y el calificador de funciones corporales de la CIF que se utiliza en el proceso de certificación se muestra en el siguiente cuadro.

Calificadores CIF	Clasificación Funcional de cardiopatía	Valoración de la Tolerancia al ejercicio y Función ventricular (Fracción de eyección)
<b>1 LEVE</b>	CF I - Sin limitación. La actividad física habitual no provoca fatiga, disnea ni palpitaciones desmedidas *	Disnea grado 1- Al caminar rápidamente en terreno plano o al subir pendiente pronunciada ** <ul style="list-style-type: none"> <li>• METS &gt; 6.</li> <li>• VO<sub>2</sub> máx &gt; 23.</li> <li>• Test de marcha &gt; 500 mt.</li> <li>• Fracción de Eyección &gt; 50%.</li> </ul>
<b>2 MODERADO</b>	CF II - Limitación ligera de la actividad física: no presentan síntomas en reposo*	Disnea grado 2 - Incapacidad de andar al mismo paso que otras personas de la misma edad, o bien, caminando al paso propio tiene que detenerse ocasionalmente ** <ul style="list-style-type: none"> <li>• METS 6 a 5.</li> <li>• VO<sub>2</sub> máx 22- 21.</li> <li>• Test de marcha 500 – 300 mt.</li> <li>• Fracción de Eyección 36 – 49%.</li> </ul>



<b>3 GRAVE</b>	CF III - Limitación evidente de la actividad física: no presentan síntomas en reposo pero los desencadenan actividades de menor intensidad que la habitual*	Disnea grado 3 – Caminando en llano al paso propio, tiene que pararse a descansar cada 100 mts o cada pocos minutos ** <ul style="list-style-type: none"> <li>• METS 4 a 3.</li> <li>• VO2 máx 20 – 15.</li> <li>• Test de marcha &lt;300 mt.</li> <li>• Fracción de Eyección &lt; 35%.</li> </ul>
<b>4 COMPLETO</b>	CF IV - Imposibilidad de llevar a cabo cualquier actividad física sin presentar síntomas: presentes en reposo y cualquier actividad física los empeora*	Disnea grado 4 - Disnea al realizar mínimos esfuerzos de la actividad diaria como vestirse o le impide salir de casa ** <ul style="list-style-type: none"> <li>• METS &lt; 2.</li> <li>• VO2 máx &lt; 15.</li> <li>• Test de marcha &lt; 100 mt.</li> <li>• Fracción de Eyección &lt;20%.</li> </ul>

\* Clasificación Funcional de las cardiopatías según NYHA (New York Heart Association)

\*\* Escala de Disnea de MMCR- ATS (Modified Medical Research Council)

Significado de las abreviaturas utilizadas en el cuadro:

- CF: Clase Funcional.
- Mt: metros.
- METS: Unidad Metabólica.
- VO2 máx: Consumo Máximo de Oxígeno o Capacidad Aeróbica.

Para las distintas estructuras corporales se utilizarán métodos de evaluación acorde a las mismas, siendo imprescindible la valoración mediante un ecocardiograma en el caso del corazón y de un ecodoppler para las demás estructuras vasculares. En los casos que la junta evaluadora lo considere necesario, se podrán solicitar otros métodos de evaluación como estudios por imágenes (tomografía axial computada, resonancia magnética nuclear, angioresonancia, angiografía, arteriografía, venografía o linfografía), estudios electrofisiológicos, anatomía patológica, etc.

Estructuras Corporales	Categoría CIF
Corazón	s4100
Arterias	s4101
Venas	s4102
Linfáticos	s4200

Para valorar la magnitud, naturaleza y localización de la alteración en las estructuras corporales se utiliza la escala de calificadores propuesta por la CIF detallada en el punto A.6 de la presente normativa.

## **A.2) Funciones y Estructuras corporales con Condición de Salud de origen renal y urológico**

La pérdida de la función renal, es decir, la insuficiencia renal se expresa a través de una reducción en la capacidad de filtrado de orina conocido como Índice de filtrado glomerular Clearance de creatinina.



Los métodos de evaluación de la función renal es mediante estudios de laboratorios, siendo imprescindible la valoración del Índice de filtrado glomerular o estimado mediante el aclaramiento de creatinina cuyo valor normal es mayor a 100 ml/min/1.73m<sup>2</sup>. También puede calcularse mediante la fórmula de Cockcroft-Gault de amplio uso clínico.

Hay condiciones de salud que afectan otras funciones como el vaciado de vejiga o la continencia urinaria. Los métodos de evaluación requeridos dependerán de la condición que lleva a la deficiencia pudiendo ser la valoración clínica o estudios de urodinamia.

<b>FUNCIONES CORPORALES</b>	<b>CATEGORÍA CIF</b>	<b>VALOR NORMAL</b>	<b>LÍNEA DE CORTE</b>
• <b>Filtración de orina.</b>	b6100	Filtrado glomerular mayor a 100 ml/min/1.73m <sup>2</sup>	Filtrado glomerular menor 20 ml/min/1.73m <sup>2</sup>
• <b>Orinar (vaciado de la vejiga).</b>	b6200	Vaciado espontáneo.	Residuo miccional patológico / ostomía
• <b>Continencia urinaria.</b>	b6202	Continencia.	Incontinencia urinaria

La correlación existente entre el deterioro de la función renal, expresado mediante el filtrado glomerular y el calificador de funciones corporales de la CIF que se utiliza en el proceso de certificación se muestra en el siguiente cuadro.

<b>Calificadores de la CIF</b>	<b>Filtrado glomerular</b>
<b>1 LEVE.</b>	50 a 30 ml/min/1.73m <sup>2</sup>
<b>2 MODERADO.</b>	30 a 20 ml/min/1.73m <sup>2</sup>
<b>3 GRAVE.</b>	Menor 20 ml/min/1.73m <sup>2</sup>
<b>4 COMPLETO.</b>	Menor 10 ml/min/1.73m <sup>2</sup>

Para las distintas estructuras corporales se utilizarán métodos de evaluación acorde a las mismas mediante algún estudio por imágenes como una ecografía. En los casos que la junta evaluadora lo considere necesario, se podrán solicitar otros métodos de evaluación como estudios por imágenes (tomografía axial computada, resonancia magnética nuclear, angi resonancia, angiografía, arteriografía), anatomía patológica, etc.

<b>Estructuras Corporales</b>	<b>Categoría CIF</b>
• Riñones	s6100
• Uréteres	s6101
• Vejiga	s6102
• Uretra	s6103
• Próstata	s6306
• Médula Espinal	s1200
• Cerebro	s110



Para valorar la magnitud, naturaleza y localización de la alteración en las estructuras corporales se utiliza la escala de calificadores propuesta por la CIF detallada en el punto A.6 de la presente normativa.

### **A.3) Funciones y Estructuras corporales con Condición de Salud de origen respiratorio**

Las funciones respiratorias son aquellas que involucran el proceso de intercambio gaseoso como la inhalación y expulsión de aire que pueden estar afectadas en distintos niveles implicados en su proceso. Dando origen a distintas formas de insuficiencia respiratoria, expresadas habitualmente como obstructivas o restrictivas y que producen una restricción de la tolerancia al ejercicio o sensación de falta de aire (disnea).

El método de evaluación puede ser una valoración clínica pero será imprescindible su objetivación mediante una prueba funcional respiratoria (Espirometría) con el informe médico, donde se evaluarán los valores del flujo espiratorio forzado durante el primer segundo post broncodilatadores (VEF<sub>1</sub> post BD) o la capacidad vital forzada (CVF) según corresponda. Deben estar los valores teóricos calculados para las características del paciente según el instrumental debidamente calibrado y los valores obtenidos luego de utilización de los broncodilatadores para los casos de EPOC. Si el paciente presenta alguna contraindicación para su realización y/o uso de broncodilatadores deberá ser detallado en el certificado del médico especialista. En personas cuya condición de salud sea Asma bronquial crónica, será indispensable adjuntar más de 2 espirometrías separadas de al menos 2 meses.

En caso que la junta evaluadora lo requiera para completar la información se podrán valorar otros métodos de evaluación como test de difusión de monóxido de carbono (DLCO), gases arteriales, test de marcha, estudios por imágenes (tomografía axial computada, resonancia magnética nuclear), endoscopías, anatomía patológica, electromiograma según corresponda.

Para aquellas condiciones que afecten la función respiratoria relacionada con el sueño será imprescindible la valoración mediante una polisomnografía para obtener el índice apnea/hipoapnea.

<b>Funciones Corporales</b>	<b>Categoría CIF</b>	<b>Valor normal</b>	<b>Línea de corte</b>
Funciones respiratorias: Intercambio gaseoso.	b440	Frecuencia respiratoria=10-20 respiraciones por minuto.	VEF <sub>1</sub> post BD menor del 50% del valor teórico normal. Niños: VEF <sub>1</sub> post BD menor del 75-80% del valor teórico.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Inhalación de aire.</li> <li>Expulsión de aire.</li> <li>Frecuencia, ritmo y profundidad de la respiración.</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>Normal</li> <li>CVF &lt; 50% del valor teórico normal</li> <li>DLCO &lt; 10,5 ml / min / mmHg o &lt; 40% del valor previsto</li> <li>normal</li> <li>Gases arteriales : PaO<sub>2</sub> &lt; 90 pCO<sub>2</sub> &gt;35</li> <li>Saturación de O<sub>2</sub> &lt; 90</li> <li>Índice apnea/hipopnea &lt;</li> </ul>



• Funciones relacionadas con la tolerancia al ejercicio	b455	Disnea a ejercicios intensos.	Disnea grado 3 o mayor - Caminando en llano al paso propio, tiene que pararse a descansar cada 100 mt. O cada pocos minuto * < de 5 METS.
• Sensaciones asociadas con las funciones respiratorias	b460	Disnea a ejercicios intensos.	Disnea grado 3 o mayor- Caminando en llano al paso propio, tiene que pararse a descansar cada 100 mt. o cada pocos minuto *
• Funciones de la voz	b310		Afonía debido a traqueostomía.

\* Escala de Disnea de MMCR- ATS (Modified Medical Research Council)

Significado de las abreviaturas utilizadas en el cuadro:

- VEF1 post BD: Volumen Espiratorio Forzado en 1 segundo post broncodilatador
- CVF: Capacidad Vital Forzada
- DLCO: Capacidad de difusión de monóxido de carbono PaO<sub>2</sub>: Presión parcial de oxígeno en sangre arterial
- pCO<sub>2</sub>: Presión parcial de dióxido de Carbono en sangre arterial
- METS: Unidad Metabólica

La correlación existente entre restricción de la tolerancia al ejercicio valorada clínicamente mediante la sensación de disnea o mediante los datos objetivos extraídos de los distintos métodos de evaluación y el calificador de funciones corporales de la CIF que se utiliza en el proceso de certificación se muestra en el siguiente cuadro.

Calificadores de la CIF	Tolerancia al ejercicio.
1 LEVE.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disnea grado 1: Al caminar rápidamente en terreno plano o al subir pendiente pronunciada.*</li> <li>• VEF1 post BD (% del valor teórico) <math>\geq 70</math></li> <li>• CVF (% del valor teórico) <math>\geq 70</math></li> <li>• DLCO (% del valor teórico) <math>\geq 70</math></li> <li>• Test de marcha &gt; 500 mt.</li> </ul>
2 MODERADO.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disnea grado 2: Incapacidad de andar al mismo paso que otras personas de la misma edad, o bien, caminando al paso propio tiene que detenerse ocasionalmente.*</li> <li>• VEF1 post BD (% del valor teórico) &lt; 70 y &gt; 50</li> <li>• CVF (% del valor teórico) &lt; 70 y &gt; 50</li> <li>• DLCO (% del valor teórico) &lt; 70 y &gt; 50</li> <li>• Test de marcha 500 – 300 mt.</li> </ul>
3 SEVERO.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disnea grado 3: Limitación evidente de la actividad física: no presentan síntomas en reposo pero los desencadenan actividades de menor intensidad que la habitual.*</li> <li>• VEF<sub>1</sub> post BD (% del valor teórico) &lt; 50 y <math>\geq 35</math>.</li> <li>• CVF (% del valor teórico) &lt; 50 y <math>\geq 35</math>.</li> <li>• DLCO (% del valor teórico) &lt; 50 y <math>\geq 35</math>.</li> <li>• Test de marcha &lt; 300 mt.</li> </ul>



4 COMPLETO.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disnea grado 4: Imposibilidad de llevar a cabo cualquier actividad física sin presentar síntomas: presentes en reposo y cualquier actividad física los empeora.*</li> <li>• VEF<sub>1</sub> post BD (% del valor teórico) ≤ 34</li> <li>• CVF (% del valor teórico) ≤ 34</li> <li>• DLCO (% del valor teórico) ≤ 34</li> <li>• Test de marcha &lt; 100 mt.</li> <li>• PaO<sub>2</sub> basal &lt; 60 mmHg en presencia de:</li> <li>• Hipertensión pulmonar, Cor Pulmonale, Incremento de la hipoxemia después del ejercicio, poliglobulia.</li> <li>• PaO<sub>2</sub> &lt; 50 mmHg confirmada en al menos tres determinaciones.</li> </ul>
-------------	---

\* Escala de Disnea de MMCR- ATS (Modified Medical Research Council)

Significado de las abreviaturas utilizadas en el cuadro:

- VEF<sub>1</sub> post BD: Volumen Espiratorio Forzado en 1 segundo post broncodilatador.
- CVF: Capacidad Vital Forzada.
- DLCO Capacidad de difusión de monóxido de carbono.
- Mt: metros
- PaO<sub>2</sub>: Presión parcial de oxígeno en sangre arterial.
- MmHg: Milímetros de Mercurio

Para las distintas estructuras corporales se utilizarán métodos de evaluación acorde a las mismas, como estudios por imágenes (radiografía de tórax, tomografía axial computada) o estudios endoscópicos (laringoscopia, fibrobroncoscopia). En los casos que la junta evaluadora lo considere necesario, se podrán solicitar otros métodos de evaluación como anatomía patológica, etc.

Estructuras Corporales	Categoría CIF
• Laringe.	s340
• Cuerdas vocales.	s3400
• Tráquea.	s4300
• Pulmones.	s4301

Para valorar la magnitud, naturaleza y localización de la alteración en las estructuras corporales se utiliza la escala de calificadores propuesta por la CIF detallada en el punto A.6 de la presente normativa.

#### **A.4) Funciones y Estructuras corporales con Condición de Salud de origen hepático.**

La deficiencia de la función hepática o insuficiencia hepática se define como una incapacidad que tiene el hígado para realizar sus funciones metabólicas que incluyen la producción de proteínas como la de la albúmina y las de la coagulación, eliminación de bilirrubina y de sustancias tóxicas para el organismo que cuando se acumulan generan distintos grados afectación cerebral conocida como encefalopatía hepática así como también aquellas resultantes de la hipertensión portal asociada que causa retención de líquidos en la cavidad abdominal o ascitis, várices esofágicas, entre otras.

El método de evaluación de puede ser una valoración clínica pero será imprescindible su objetivación mediante una pruebas de laboratorio que incluyan los parámetros relacionados



con la función hepática como enzimas hepáticas, bilirrubina sérica, niveles de albúmina plasmática, pruebas de coagulación y otros que se hayan utilizados en la valoración.

Funciones Corporales.	Categoría CIF	Valor normal	Línea de corte
Metabolismo de las proteínas (Nivel de Albúmina sérica)	b5402	>3.5 g/dl	< 2,8 g/dl
Coagulación (tiempo de Protrombina %)	b4303	>70%	< 40%
Funciones de los sistemas digestivo, metabólico y endócrino, otras especificada (Nivel de Bilirrubina sérica)	b598	<2 mg/dl	>3 mg/dl
Retención de agua	b54500	Sin retención	Ascitis
Nivel de conciencia (Grado de encefalopatía)	b1100	Normal	Somnolencia, confusión y coma
Venas (Valor de la presión venosa portal)	b4152	5 -10 mmHg	>12 mmHg

Existe una clasificación utilizada en la valoración clínica de la insuficiencia hepática, que es la Clasificación de Child-Plug de la gravedad de la cirrosis que consiste en la evaluación de 5 parámetros (ascitis, bilirrubina sérica, albúmina sérica, coagulación y encefalopatía) a los que le asigna un puntaje según su alteración y cuyo valor total definirá los estadios de gravedad de Child A (5-6 puntos), B (7-9 puntos) y C (10-15 puntos). **\*Clasificación de Child-Plugh de la gravedad de la Cirrosis.**

	Suma punto	Suma 2 puntos	Suma 3 puntos
• <b>Ascitis</b>	Ausente	Fácil control	Control inadecuado
• <b>Bilirrubina sérica</b>	< 2 mg/dl	2-3 mg/dl	> 3 mg/dl
• <b>Bilirrubina sérica (en cirrosis biliar primaria)</b>	< 4 mg/dl	4-10 mg/dl	> 10 mg/dl
• <b>Albúmina sérica</b>	> 3.5 g/dl	2.8-3.5 g/dl	< 2.8 g/dl
• <b>Tiempo de Protrombina al segundo</b>	< 1.7	1.7 – 2.3	> 2.3
• <b>RIN</b>	1-4	4-6	> 6
• <b>Encefalopatía</b>	Ausente	Grado 1-2	Grado 3-4

La correlación existente entre insuficiencia hepática evaluada clínicamente mediante el puntaje de la clasificación de Child-Plugh de la gravedad de la cirrosis y el calificador de funciones corporales de la CIF que se utiliza en el proceso de certificación se muestra en el siguiente cuadro.



Calificadores de la CIF	Puntaje de la Clasificación de Child-Plugh
1	1 a 4 puntos de Child.
2	5 a 6 puntos de Child A.
3	7 a 9 puntos de Child B.
4	10 a 15 puntos de Child C.

Para las distintas estructuras corporales se utilizarán métodos de evaluación acorde a las mismas, como estudios por imágenes (ecografía, ecodoppler, tomografía axial computada), anatomía patológica o estudios endoscópicos. En los casos que la junta evaluadora lo considere necesario, se podrán solicitar otros métodos de evaluación como resonancia magnética, angioresonancia, arteriografía, etc.

Estructuras Corporales	Categoría CIF
• Hígado	s560
• Vía biliar	s570
• Sistema digestivo, metabólico y endócrino, otra especificada (Sistema vascular).	s598

Para valorar la magnitud, naturaleza y localización de la alteración en las estructuras corporales se utiliza la escala de calificadores propuesta por la CIF detallada en el punto A.6 de la presente normativa.

#### **A.5) Funciones y Estructuras corporales con Condición de Salud de origen digestivo.**

La pérdida de alguna de las funciones digestivas se relaciona con la magnitud, naturaleza y extensión de la anomalía de la estructura afectada. Aquellas condiciones que afectan la cavidad bucal y/o el esófago producirán deficiencias en las funciones corporales relacionadas con la ingestión (succión, masticación, deglución) produciendo disfagia, mientras aquellas que involucren al estómago y/ intestino afectarán las funciones relacionadas con la digestión (transporte de comidas y absorción de nutrientes) y la defecación (eliminación de heces, consistencia fecal, frecuencia de la defecación, continencia fecal). Esta pérdida de funciones es conocida habitualmente como síndrome de malabsorción que puede ser debida a varios tipos diferentes de condiciones de salud y generalmente está asociada a dificultades para absorber nutrientes originando malnutrición, pérdida de peso, anemia, diarreas, pérdida sanguíneas por materia fecal, distensión o dolor abdominal entre otros.

INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL  
SECCIÓN REGULACIÓN TÉCNICA EN SALUD

Funciones Corporales	Categoría CIF	Valor normal	Línea de corte
<ul style="list-style-type: none"> <li>Funciones relacionadas con la ingestión:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Succión.</li> <li>- Masticación.</li> <li>- Tragar (deglución).</li> </ul> </li> </ul>	b510 b5100 b5102 b5105	sin alteración	Disfagia/ alimentación enteral/ ostomía.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Funciones relacionadas con la digestión:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Transporte de comida a través de estómago. e intestinos</li> <li>Absorción de nutrientes.</li> </ul> </li> </ul>	b515 b5150 b5152	sin alteración	Disfagia/ostomía
<ul style="list-style-type: none"> <li>Funciones relacionadas con la defecación:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Eliminación de heces.</li> <li>- Consistencia fecal.</li> <li>- Frecuencia de la defecación.</li> <li>- Continencia Fecal.</li> </ul> </li> </ul>	b525 b5250 b5251 b5252 b5253	sin alteración	Ostomía/ incontinencia fecal

El método de evaluación de puede ser una valoración clínica pero será imprescindible su objetivación mediante una pruebas de laboratorio que incluyan los parámetros relacionados la absorción de nutrientes (nivel de hemoglobina en sangre, niveles de albúmina plasmática, pruebas de coagulación, concentración de electrolitos en sangre), valoración del estado nutricional (Índice de masa corporal) y estudios por imágenes como radiografías, test de deglución, tomografías o endoscopia digestiva según la condición de salud que ocasione la deficiencia de la persona. En caso que se requiera ampliar la información la junta evaluadora podrá solicitar otros métodos de valoración acorde a la misma.

Para las distintas estructuras corporales se utilizarán métodos de evaluación acorde a las mismas, como estudios por imágenes (ecografía, tomografía axial computada), endoscopia digestiva, etc. En los casos que la junta evaluadora lo considere necesario, se podrán solicitar otros métodos de evaluación como anatomía patológica, ecodoppler, angioresonancia, arteriografía, etc.

Estructuras Corporales	Categoría CIF
<ul style="list-style-type: none"> <li>Esófago.</li> </ul>	s520
<ul style="list-style-type: none"> <li>Estómago.</li> </ul>	s530
<ul style="list-style-type: none"> <li>Intestino.</li> </ul>	s540
<ul style="list-style-type: none"> <li>Páncreas.</li> </ul>	s550

Con el fin de unificar la valoración del síndrome de malabsorción se tomarán en cuenta algunos de los parámetros comúnmente afectados y la correlación existente con los calificadores de funciones y estructuras corporales de la CIF que se utiliza en el proceso de certificación se muestra en el siguiente cuadro.



Calificadores de la CIF	2	3	4
Número de Deposiciones diarias	<4	5 – 6	>7
Sangrado en la materia fecal	Intermitente	Frecuente	Continua
Hemoglobina en sangre (gr/dl) - Hombres. - Mujeres.	12- 11 11- 10	10 -8 9 - 8	<8 <8
Estado nutricional : Índice de masa corporal (Kg/m <sup>2</sup> )	18.5 – 17	16.99 - 16.00	< 16
Nivel de albúmina plasmática(mg/dl)	3.5 - 3	3 – 2.1	< 2
Actividad inflamatoria expresada por la Velocidad de eritrosedimentación (mm/h)	<15	15 – 30	>30
Hallazgos en la Endoscopía digestiva.	Eritema.  Disminución del patrón vascular Friabilidad leve  Aftas <10% de superficie ulcerada  <50% superficie afectada  Sin estenosis	Eritema evidente  Ausencia de patrón vascular Friabilidad Erosiones  Úlceras < 2 cm de superficie ulcerada.  50-75% de superficie afectada  Estenosis simple	Úlceras > 2 cm >30% de superficie ulcerada  >75% de superficie afectada  Estenosis infranqueable



INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL  
SECCIÓN REGULACIÓN Y VIGILANCIA EN SALUD

**A.6)** La CIF utiliza tres calificadores para valorar las deficiencias en las estructuras corporales que incluyen su extensión, naturaleza y localización.

<b>Primer calificador Extensión de la deficiencia</b>	<b>Segundo calificador Naturaleza de deficiencia</b>	<b>Tercer calificador Localización de deficiencia</b>
<b>0</b> No existe deficiencia (0-4%). <b>1</b> Deficiencia LEVE (5-24%). <b>2</b> Deficiencia MODERADA (25-49%). <b>3</b> Deficiencia GRAVE (50-95%). <b>4</b> Deficiencia COMPLETA (96-100%). <b>8</b> No especificada. <b>9</b> No aplicable.	<b>0</b> No hay cambio en la estructura. <b>1</b> Ausencia total. <b>2</b> Ausencia parcial. <b>3</b> Parte adicional. <b>4</b> Dimensiones aberrantes. <b>5</b> Discontinuidad. <b>6</b> Posición desviada. <b>7</b> Cambios cualitativos en la estructura, incluyendo acumulación de fluido. <b>8</b> No especificado. <b>9</b> No aplicable.	<b>0</b> Más de una región: <b>1</b> Derecha. <b>2</b> Izquierda. <b>3</b> Ambos Lados. <b>4</b> Parte delantera. <b>5</b> Parte trasera. <b>6</b> Proximal. <b>7</b> Distal. <b>8</b> No especificado. <b>9</b> No aplicable.

## **B. Actividad y Participación.**

La actividad es la realización de una tarea o acción por una persona, la participación el acto de involucrarse en una situación vital, de ahí que esta evaluación tendrá que ver con las dificultades que una persona puede tener en el desempeño/realización de las actividades y los problemas que puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales.

La evaluación, entendiendo la particularidad y especificidad de cada una de las personas permitirá la correcta selección de categorías para la elaboración de un perfil de funcionamiento. El mismo una vez finalizado debería dar cuenta de las modificaciones que una persona tuvo en su funcionamiento habitual a raíz de un evento determinado, siempre teniendo en cuenta, que las categorías seleccionadas para la confección de dicho perfil de funcionamiento deben ser acordes al estado de salud y estados relacionados con la salud de la persona evaluada

Cuando hablamos de categorías y de su selección acorde a la persona que se está evaluando debemos considerar como dato que atraviesa a cada una de ellas, las particularidades tales como sexo, edad, patrones culturales, es decir aquellos que en términos de la CIF son considerados "Factores Personales".

Para evaluar actividad/participación debe considerarse las limitaciones que presente el individuo al realizar una tarea o acción en un contexto/entorno normalizado, tomando como parámetro su capacidad real, sin que sea aumentada por la tecnología o dispositivo de ayuda o terceras personas.



En aquellos casos que presenten dispositivos o prótesis implantables (stent, marcapasos, prótesis valvulares, cardiodesfibrilador implantable, resincronizador cardíaco, oxigenoterapia, cánulas de traqueostomía, colostomías, sondas, etc.) o se encuentren en diálisis, se evaluarán con la presencia de los mismos al igual que con el tratamiento de medicamentos. Se detallan a continuación las categorías más relevantes para describir el perfil de funcionamiento: (se sugiere que para la confección del perfil de funcionamiento se seleccione un promedio de entre 13 y 18 categorías, divididas en los cuatro componentes).

**Cuadro de calibración de calificadores genéricos de la CIF para actividad y participación:**

Calificadores genéricos de la CIF	Descripción del calificador
0	Sin dificultad.
1	En un intento pero mayor tiempo (en relación a como lo realizaba antes de su afección) Logra realizar la actividad.
2	2 o 3 intentos / mayor tiempo/ No logra parte de la actividad.
3	4 o más intentos / tiempo no razonable / No completa la mayor parte de la actividad
4	No realiza la actividad.
8	Sin especificar.
9	No aplicable.





**LINEAMIENTOS PARA LA CERTIFICACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD CON DEFICIENCIA SENSORIAL DE ORIGEN VISUAL.**

La siguiente normativa para la Certificación de Discapacidad tiene como objetivo servir de herramienta, con los elementos técnicos pertinentes, para la evaluación de las personas con discapacidad con deficiencia sensorial de origen visual y unificar criterios para la emisión de la Certificación de Discapacidad.

**A. Funciones y Estructuras corporales.**

**Funciones Corporales:**

En la certificación se consignarán los cambios y/o alteraciones que se presenten en las funciones corporales.

Se tomará como base la definición emanada de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que en 1992 expresa que “una persona con baja visión es aquella que tiene un impedimento en la función visual aun después de tratamiento o de corrección refractiva, con agudeza visual en el mejor ojo, de 3/10, o un campo visual menor de 10° pero que usa o es potencialmente capaz de usar la visión para la ejecución de una tarea”, por lo tanto las variables a tener en cuenta serán las mencionadas funciones visuales básicas (agudeza visual y campo visual) y se desprenderán de esta las líneas de corte que definen y caracterizan el estado de discapacidad con deficiencia sensorial de origen visual.

<b>Baja Visión</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agudeza Visual: menor a 0.3 (3/10)</li> <li>• Campo Visual: menor a 20°.</li> </ul>
<b>Ceguera</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agudeza Visual: menor a 0.1 (1/10) a 0.05 (5/100)</li> <li>• Campo Visual: menor y/o igual a 10°.</li> </ul>

Funciones Corporales	Valor normal	Línea de corte	Método de evaluación
<b>b2100 Funciones de la agudeza visual.</b> Funciones visuales tanto monoculares como binoculares que permiten percibir la forma y el contorno a corta y a larga distancia.	8/10 o mejor con corrección.	3/10 en el mejor ojo con corrección con lentes aéreas o de contacto. Equivale a calificador “grave”.	- Agudeza visual lejana con cartel de prueba. - Valoración de visión cercana con cartillas de prueba.



<b>b2101 Funciones del campo visual</b> Funciones de la vista relacionadas con toda el área que puede ser vista fijando la mirada en un punto central.	90° en lado temporal, 60° en lado nasal y 70° en sentido vertical superior e inferior.	Menor o igual a 20° desde el punto de fijación en el mejor ojo. Equivale a calificador "moderado".	Campimetría computarizada Test de Amsler.
---	--	--	---

### Cuadros de equivalencias de calificadores para funciones corporales

A través de este cuadro se podrá expresar la magnitud de la afección en las funciones corporales con calificadores CIF según los hallazgos obtenidos.

Escala Calificador CIF	b 2100 Agudeza Visual <sup>13</sup>
0 No hay problema.	10/10 a 8/10
1 Problema Ligero.	7/10 a 6/10
2 Problema Moderado.	5/10 a 4/10
3 Problema Grave.	3/10 a 5/100
4 Problema Completo.	Menor a 0.05 a ausencia total

Escala Calificador CIF	b 2101 Campo Visual
0 No hay problema.	Campo visual central conservado.
1 Leve.	Diámetro igual a 20°.
2 Moderado.	Diámetro menor a 20°.
3 Grave.	Diámetro menor o igual a 10°.
4 Completa.	Ausencia de campo visual.

<sup>13</sup> Se considerará la agudeza visual del mejor ojo.

## **Estructuras Corporales:**

En la certificación se consignarán los cambios y/o alteraciones que se presenten en las estructuras corporales.

<b>Estructuras Corporales.</b>	<b>Método de evaluación.</b>
s110 Estructura del cerebro.	Diagnóstico por imágenes (TAC-RM).
s1106 Estructura de los nervios craneales (nervios ópticos).	Diagnóstico por imágenes.
s210 Estructura de la órbita ocular.	Diagnóstico por imágenes (Rx-TAC-Ecografía).
s2200 Conjuntiva, esclerótica, coroides. s2201 Córnea s2202 Iris s2203 Retina s2204 Cristalino s2205 Humor vítreo.	Biomicroscopía, oftalmoscopia. Estudios complementarios según necesidad: angiografía, tomografía de coherencia óptica (OCT), ecografía, topografía corneal, etc.
s2303 Músculos oculares externos.	Diagnóstico por imágenes.

## **B. Actividad y Participación.**

En la certificación se consignarán las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación.

La selección de categorías, se realizará acorde al estado de salud y los estados relacionados con la salud de la persona entrevistada.

Podrán ser considerados para evaluar actividad y participación las siguientes categorías de la CIF; la categoría marcada con asterisco (\*) pertenece a la clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, Versión para la Infancia y Adolescencia, CIF-IA:

Capítulo 1 Aprendizaje y aplicación del conocimiento	d110	Mirar.
	d140	Aprender a leer.
	d145	Aprender a escribir.
	d155 d166 d170	Adquirir habilidades: - Leer. - Escribir.
Capítulo 2 Tareas y demandas generales	d210	Llevar a cabo una única tarea.
	d220	Llevar a cabo múltiples tareas.
	d230	Llevar a cabo rutinas diarias.
Capítulo 3 Comunicación.	d315	Comunicación –recepción de mensajes no verbales.



	d325	Comunicación –recepción de mensajes escritos
	d3600	Utilización de dispositivos de telecomunicación.
	d3601	Utilización de dispositivos para escribir.
Capítulo 4 Movilidad	d4503	Andar sorteando obstáculos.
	d4600	Desplazarse dentro de la casa.
	d4602	Desplazarse fuera del hogar y de otros edificios.
	d4702	Utilización de medios de transporte público con motor.
Capítulo 5 Autocuidado	d510	Lavarse.
	d520	Cuidado de las partes del cuerpo.
	d5404	Elección de vestimenta adecuada.
	d550	Comer.
	d560	Beber.
	d570	Cuidado de la propia salud.
Capítulo 6 Vida doméstica	d6200	Comprar.
	d630	Preparar comidas.
	d640	Realizar los quehaceres de la casa.
	d650	Cuidado de los objetos del hogar.
	d660	Ayudar a los demás.
Capítulo 7 Interacciones y relaciones interpersonales	d730	Relacionarse con extraños.
	d750	Relaciones sociales informales.
Capítulo 8 Áreas principales de la vida	d810	Educación no reglada.
	d815	Educación preescolar.
	d820	Educación escolar.
	d825	Formación profesional.
	d830	Educación superior.
	d839	Educación, otra especificada y no especificada:
	d845 d860 d880*	- Conseguir, mantener y finalizar un trabajo. - Transacciones económicas básicas. - Participación en el juego
Capítulo 9 Vida comunitaria, social y cívica	d920	Tiempo libre y ocio.

### Factores Ambientales.

El ambiente físico, social y actitudinal, entorno en el que las personas se desenvuelven, puede actuar como facilitador o como barrera para el funcionamiento de la persona.

Se enuncian categorías frecuentemente utilizadas en la evaluación.

#### 1. Productos y Tecnologías.

- Productos o sustancias para el consumo personal (e110)
- Medicamentos (e1101)

- Productos y tecnología para la movilidad y el transporte personal en espacios cerrados y abiertos (e120)
- Productos y tecnología de ayuda para la movilidad y el transporte personal en espacios cerrados y abiertos (e1201)
- Productos y tecnología para la comunicación (e125)
- Productos y tecnología de ayuda para la comunicación (e1251)

## **2. Entorno natural y cambios en el entorno derivados de la actividad humana.**

- Luz (e240)
  - Intensidad de la luz (e2400)
  - Calidad de la luz (e2401)
- Cambios relacionados con el paso del tiempo (e245)
  - Ciclos día/noche (e2450)

## **3. Apoyos y Relaciones.**

- Familiares cercanos (e310)
- Otros familiares (e315)
- Amigos (e320)
- Cuidadores y Personal de ayuda (e340)
- Profesionales de la salud (e355)
- Otros profesionales (e360)

## **4. Actitudes.**

- Actitudes individuales de miembros de la familia cercana (e410)
- Actitudes individuales de otros familiares (e415)
- Actitudes individuales de amigos (e420)
- Actitudes individuales de conocidos, compañeros, colegas, vecinos y miembros de la comunidad (e425)

## **5. Servicios, Sistemas y Políticas.**

- Servicios, sistemas y políticas legales (e550)
  - Políticas legales (e5502)
- Servicios, sistemas y políticas de seguridad social (e570)
  - Servicios de seguridad social (e5700)
- Servicios, sistemas y políticas sanitarias (e580)
  - Servicios sanitarios (e5800)
  - Sistemas sanitarios (e5801)



## Escalas de calificadores

Cada categoría seleccionada para **Funciones Corporales** será evaluada utilizando la escala genérica que propone la CIF:

bxxx.0	NO hay problema	(Ninguno, insignificante,...)	0-4%
bxxx.1	Problema LIGERO	(Poco, escaso,...)	5-24%
bxxx.2	Problema MODERADO	(Medio, regular,...)	25-49%
bxxx.3	Problema GRAVE	(Mucho, extremo,...)	50-95%
bxxx.4	Problema COMPLETO	(Total,...)	96-100%
bxxx.8	Sin especificar		
bxxx.9	No aplicable		

Las categorías seleccionadas para **Estructuras Corporales** serán evaluadas con la siguiente escala de la CIF:

Primer Calificador para indicar la extensión de la deficiencia	Segundo calificador para indicar la naturaleza de la deficiencia	Tercer calificador para indicar la localización de la Deficiencia.
<b>0</b> NO existe deficiencia. <b>1</b> deficiencia LEVE. <b>2</b> deficiencia MODERADA. <b>3</b> deficiencia GRAVE. <b>4</b> deficiencia COMPLETA. <b>8</b> no especificada. <b>9</b> no aplicable.	<b>0</b> no hay cambio en la estructura. <b>1</b> ausencia total. <b>2</b> ausencia parcial. <b>3</b> parte adicional <b>4</b> dimensiones aberrantes. <b>5</b> discontinuidad. <b>6</b> posición desviada. <b>7</b> cambios cualitativos en la estructura, incluyendo acumulación de fluido. <b>8</b> no especificado. <b>9</b> no aplicable.	<b>0</b> más de una región: <b>1</b> derecha. <b>2</b> izquierda. <b>3</b> ambos lados. <b>4</b> parte delantera. <b>5</b> parte trasera. <b>6</b> Proximal <b>7</b> Distal. <b>8</b> no especificado. <b>9</b> no aplicable.

Las categorías seleccionadas para **Actividad y Participación** serán evaluadas con la siguiente escala genérica de la CIF tanto para desempeño como para capacidad:

dxxx.o	NO hay dificultad	(Ninguno, insignificante,...)	0-4%
dxxx.1	Dificultad LIGERA	(Poco, escaso,...)	5-24%
dxxx.2	Dificultad MODERADA	(Medio, regular,...)	25-49%
dxxx.3	Dificultad GRAVE	(Mucho, extremo,...)	50-95%
dxxx.4	Dificultad COMPLETA	(Total,...)	96-100%
dxxx.8	Sin especificar		
dxxx.9	No aplicable		



Las categorías seleccionadas para **Factores Ambientales** serán evaluadas con la siguiente escala la escala genérica de la CIF:

xxx.0	NO hay Barrera	(Ninguna insignificante,...)	0-4%
xxx.1	Barrera LIGERA	(Poca escasa...)	5-24%
xxx.2	Barrera MODERADA	(media, regular, ...)	25-49%
xxx.3	Barrera GRAVE	(Mucho, extremo,...)	50-95%
xxx.4	Barrera COMPLETA	(Total,...)	96-100%
Xxx+0	NO hay Facilitador	(Ninguno insignificante,...)	0-4%
Xxx+1	Facilitador LIGERO	(Poco escaso...)	5-24%
Xxx+2	Facilitador MODERADO	(medio, regular, ...)	25-49%
Xxx+3	Facilitador GRAVE	(Mucho, extremo,...)	50-95%
Xxx+4	Facilitador COMPLETO	(Total,...)	96-100%
xxx.8	Barrera sin especificar		
Xxx+8	Facilitador sin especificar		

## Anexo 10.



### LINEAMIENTOS PARA LA EVALUACION Y CERTIFICACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD AUDITIVA.

#### Introducción.

El sistema auditivo capta los sonidos, los convierte en impulsos eléctricos y los transmite a través de fibras nerviosas al cerebro, que los lee e interpreta. Está formado por dos porciones, una periférica y otra central. El oído externo, el oído medio y el oído interno constituyen la porción periférica. El nervio auditivo, los núcleos coclear y vestibular, las vías centrales auditivas y la corteza cerebral temporal forman la porción central.

La función auditiva depende del adecuado funcionamiento de todos los elementos del sistema auditivo. Es determinante para el desarrollo óptimo del lenguaje, la comunicación, la adquisición de habilidades para el aprendizaje y la participación social.

El déficit en la función auditiva se denomina Hipoacusia, el cual puede ser total o parcial, en uno o ambos oídos. Según el momento de aparición, detección y del abordaje terapéutico se determinará la capacidad auditiva remanente.

La deficiencia en la función auditiva no implica necesariamente discapacidad, sino que la misma resulta de la interrelación de un complejo conjunto de elementos biopsicosociales que solo pueden ser captados desde la mirada interdisciplinaria.

Se considera discapacidad auditiva a un término global que hace referencia a las deficiencias<sup>14</sup> en las funciones y estructuras corporales asociadas a las limitaciones<sup>15</sup> que presente el individuo al realizar una tarea o acción en un entorno normalizado, tomando como parámetro su capacidad real, sin que sea aumentada por la tecnología o dispositivos de ayuda o terceras personas.

<sup>14</sup> Se considera deficiencia a la anomalía o pérdida de una estructura o de una función fisiológica. CIF–OMS, 2001.

<sup>15</sup> Se considera limitación en la actividad, a la dificultad que un individuo puede tener para realizar actividades comparándola con la que genera en que se espera que la realice una persona sin esa condición de salud. CIF–OMS, 2001.



Para la evaluación y valoración de la discapacidad se utilizan como herramientas dos clasificaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS): la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, décima revisión (CIE-10) y la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF).

Con el fin de unificar criterios para la emisión del Certificado Único de Discapacidad (CUD) a nivel nacional, se elabora la presente normativa que establece las líneas de corte a aplicar en la certificación de la Discapacidad Auditiva.

### **Marco teórico.**

La indemnidad de la función auditiva es fundamental para el adecuado desarrollo del lenguaje. A continuación se detallan las etapas evolutivas del mismo:

#### **Período de 3 a 5 meses**

- Comienza a quedarse quieto en respuesta al sonido.
- Mira con atención al que le habla.
- Mantiene el contacto visual durante el juego interactivo.
- Gira voluntariamente la cabeza ante los sonidos.
- Impresiona reconocer la voz de los padres.
- Gritos y llantos diferenciados, relacionados con la satisfacción de sus necesidades.
- Vocaliza, responde con vocales, cuando se le habla.
- Sonrisa y risas ante sonidos, voces o estímulos táctiles.

#### **Entre los 6 a 11 meses**

- En esta etapa se observan juegos y rutinas (dar y tomar, ir y venir, saludo).
- Es capaz de seguir la línea imaginaria que realiza la mirada del "otro" cuando se refiere verbalmente a algún objeto o situación (atención conjunta).
- Aparecen elementos consonánticos.
- Las vocalizaciones comienzan a aparecer diferentes ante distintos estados de ánimo.
- Reduplicación silábica (balbuceo canónico).
- Reproduce perfiles de entonación del lenguaje escuchado.
- Responde al no, deteniendo su acción, o mostrando una actitud de retracción.
- Comprende ciertas palabras producidas en el contexto.
- Es capaz de responder con un comportamiento específico para la palabra o frase dicha por el adulto.



- Maneja adecuadamente la comunicación no verbal.
- Es importante en esta edad verificar si las producciones se enriquecen o se van empobreciendo, pues hasta los 6 meses, las producciones de normo yentes y bebés con disminución en su audición no arrojan diferencias notables.

### **A partir de los 12 o 14 meses**

- Aparición de los primeros rótulos verbales (palabras).
- Palabra frase (una palabra implica varios significados).
- Sigue instrucciones simples.

### **A partir de los 18 meses**

- Comienza la combinatoria del lenguaje. Utiliza 2 o 3 palabras.
- Identifica imágenes (pelota, zapato, cuchara).
- Indica partes de su cuerpo.
- Sigue instrucciones simples sin pistas gestuales.
- Lenguaje telegráfico.

### **A partir de los 24 o 30 meses**

- Es capaz de comprender nociones de espacio y pronombres.
- Utiliza el yo y usa inflexiones de preguntas.
- Utiliza 3 o 4 palabras en frases y denomina figuras.
- Posee un vocabulario de aproximadamente 50 palabras.

### **A partir de los 3 años**

- Marcada mejoría en la inteligibilidad del lenguaje.
- Es capaz de participar en conversaciones y ser comprendido por el otro.

### **A partir de los 4 años**

- Es capaz de utilizar variados adverbios de lugar y de tiempo.
- Todavía pueden presentar algunos defectos en la articulación de los fonemas más complejos.
- Puede cantar una canción casi completa.
- A partir de esta edad el lenguaje del niño es completamente comprensible todo el tiempo, para todos los que lo rodean.

### **El niño preescolar (5 años)**

- Maneja adecuadamente todos los aspectos del lenguaje.
- Su lenguaje se asemeja al del adulto, excepto en la complejidad semántica.
- Puede explicar cómo se usa un objeto.
- Es comprendido por las personas fuera de su ambiente familiar.

Las hipoacusias inciden de manera muy variable en las etapas descriptas, dependiendo de la magnitud, momento de aparición, localización, ayudas técnicas, entorno, entre otros.



La posibilidad de arribar a un diagnóstico audiológico del tipo y grado de hipoacusia se encuentra basada en métodos de evaluación objetivos (otoemisiones acústicas, potenciales evocados) y subjetivos (audiometría tonal, logaudiometría) que van a variar según la posibilidad de respuesta de la persona evaluada y el criterio del equipo profesional.

### **Métodos de evaluación de la función auditiva:**

La **audiometría tonal** después de la exploración general (interrogatorio, examen otorrinolaringológico, pruebas con diapasones, otros estudios audiométricos), es esencial para establecer un diagnóstico en la persona con déficit auditivo.

La **Logaudiometría** es un estudio que se utiliza para la medición de la capacidad de captación y discriminación del oído para el lenguaje, estableciendo el porcentaje de palabras entendidas correctamente a determinadas intensidades.

La **Timpanometría** mide las variaciones de impedancia del oído medio en el transcurso de variaciones de presión aplicadas en el conducto auditivo externo. Permite comprobar simultáneamente la mecánica de movilidad del tímpano, de la cadena de los huesecillos y de las cavidades del oído medio.

### **Otros estudios complementarios.**

Los niños mayores de 3 años con desarrollo intelectual normal, pueden ser evaluados a través de audiometrías convencionales, mientras que los menores de dicha edad deberán ser estudiados mediante métodos objetivos electrofisiológicos:

**Potenciales Evocados Auditivos de Tronco por tono específico** (PEAT o BERA Brainstem Evoked Responde Audiometry): se basa en el registro de la actividad eléctrica de la vía nerviosa auditiva hasta niveles medios cerebrales (mesencéfalo) tras estimular el oído (la cóclea) con un estímulo sonoro de características predeterminadas.

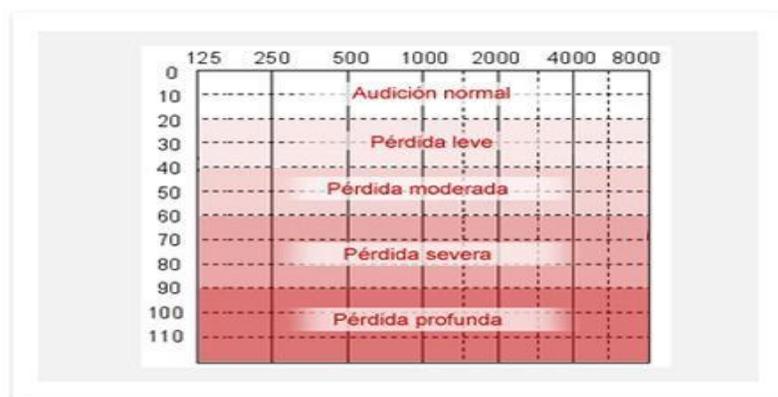
**Otoemisiones acústicas** (OEA's): son sonidos generados en la cóclea normal, ya sea espontáneamente o en respuesta a un estímulo sonoro, reflejando la actividad de los mecanismos biológicos activos dentro de la cóclea. Su ausencia puede deberse a una multiplicidad de factores, con lo que no son suficientes para la determinación de un diagnóstico audiológico.



## Clasificación de las Hipoacusias.

Podemos dividir las hipoacusias de acuerdo a:

- 1) Momento de adquisición, en relación con los hitos del desarrollo del lenguaje:
  - Prelocutiva: pérdida auditiva que se produce antes de la adquisición de la palabra. Desde el nacimiento hasta aproximadamente los 2 años de edad.
  - Perilocutiva: pérdida auditiva que aparece durante el aprendizaje del lenguaje. De los 2 hasta los 5 años de edad aproximadamente.
  - Postlocutiva: pérdida auditiva que aparece después de que se ha desarrollado el lenguaje. A partir de los 5 años de edad aproximadamente.
- 2) Grado de déficit auditivo<sup>16</sup>:
  - Normoacusia: hasta 20 dB<sup>17</sup>.
  - Hipoacusia leve: 20 a 40 dB.
  - Hipoacusia moderada: 40 a 60 dB.
  - Hipoacusia severa: 60 a 90 dB.
  - Hipoacusia profunda: más de 90 dB.



3) Localización:

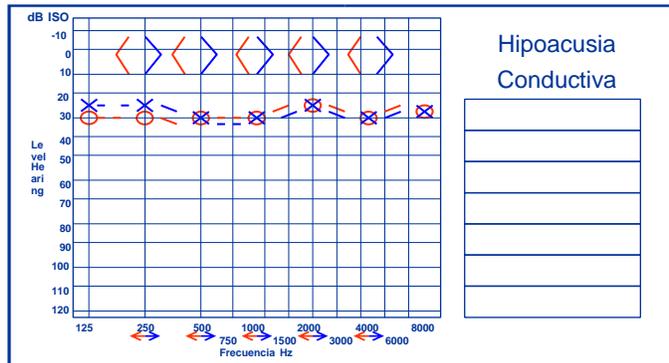
- Hipoacusia conductiva: involucra alguna alteración del aparato de transmisión (pabellón auricular, conducto auditivo externo, membrana timpánica o estructuras del oído medio).

<sup>16</sup> Clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

<sup>17</sup> dB: decibel. Unidad de intensidad empleada en audiometría.

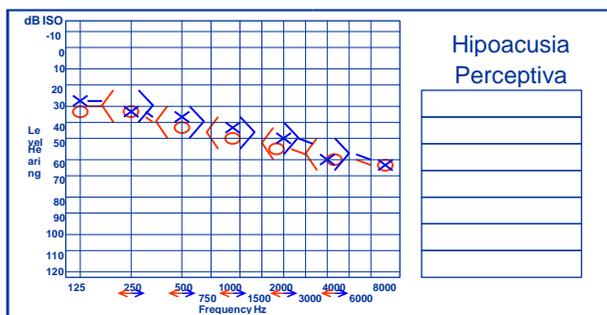


El audiograma traduce una disociación entre ambas vías producida por la distancia entre las mismas (separación osteo-aérea).



VIA OSEA OIDO DERECHO	<
VIA OSEA OIDO IZQUIERDO	>
VIA AEREA OIDO DERECHO	0
VIA AEREA OIDO IZQUIERDO	X

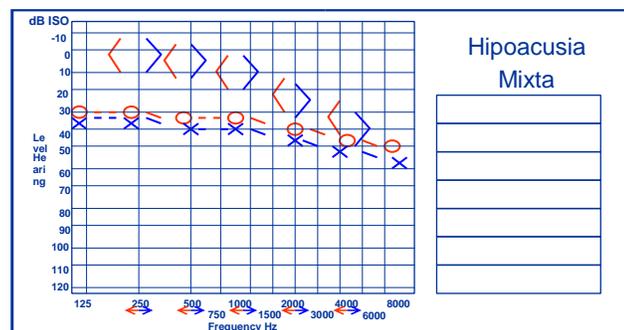
- Hipoacusia perceptiva o neurosensorial: pueden estar lesionados el órgano de Corti, las vías, los centros, o bien el área cortical.



VIA OSEA OIDO DERECHO	<
VIA OSEA OIDO IZQUIERDO	>
VIA AEREA OIDO DERECHO	0
VIA AEREA OIDO IZQUIERDO	X

- Hipoacusia mixta: compromiso de ambos mecanismos (conductor y perceptivo).

El audiograma muestra una mezcla de ambos componentes y comparando las dos vías de percepción, se nota una disociación óseo-aérea, al mismo tiempo que la vía ósea comienza a caer más de los 20 dB.



*[Handwritten signature]*  
 INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL  
 JEFEATURA  
 SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD

VIA OSEA OIDO DERECHO	<
VIA OSEA OIDO IZQUIERDO	>
VIA AEREA OIDO DERECHO	0
VIA AEREA OIDO IZQUIERDO	X

Un aspecto importante de toda disminución auditiva es la magnitud del daño. Los términos más corrientes utilizados para identificar el grado de pérdida han sido definidos en función de la pérdida tonal media en conducción aérea en las frecuencias de 500, 1000, 2000 y 4000 Hz.

### **Evaluación para certificación de discapacidad auditiva.**

La sola presencia del diagnóstico NO es condición para certificar Discapacidad. Es el perfil del funcionamiento que la persona tiene, a partir de una determinada condición de salud, lo que va a determinar si le corresponde o no la emisión del certificado único de discapacidad.

Serán consideradas aquellas personas que presenten condiciones de salud de afectación crónica y permanente (NO en proceso agudo).

### **Condición de Salud con códigos CIE-10.**

La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, décima revisión (CIE-10) se utiliza para la descripción de la/s condición/es de salud que presenta la persona (secuelas y etiologías).

### **Perfil del Funcionamiento.**

Cabe destacar que las deficiencias en las Funciones corporales y las limitaciones en la actividad se valoran sin tener en cuenta las ayudas técnicas (audífono, implante coclear, etc.).

### **A) Funciones y Estructuras corporales.**

Las deficiencias del sistema auditivo, varían en su forma de presentación, en su tipo y grado, según estas características, producirán distintas limitaciones funcionales.

Funciones Corporales.



Funciones Corporales	Valor normal	Línea de corte	Método de evaluación
<b>b230 Funciones auditivas</b> Funciones sensoriales relacionadas con la percepción de los sonidos y la discriminación de su localización, tono, volumen y calidad.	Hasta 20dB.	A partir de una deficiencia EN AMBOS OÍDOS de 40dB en adultos y 30dB en niños (*).	- Audiometría tonal. - Logaudiometría. - Potenciales Evocados. - Timpano-impedanciometría.
<b>b2400 Zumbido en los oídos o tinnitus</b> Sensación relacionada con la presencia de un tono bajo golpeteando, silbando o zumbando en el oído.	Sin dificultad.	A partir de una dificultad moderada <b>en combinación</b> con La deficiencia auditiva citada.	Acufenometría: Evaluación funcional del acufeno.

(\*) En etapa pre y perilocutiva, los niños con hipoacusias profundas (deficiencia mayor a 90dB) de un oído asociadas a hipoacusia leve (deficiencia entre 20 y 30dB) contralateral irreversibles con tratamiento, y que presenten trastornos en el lenguaje, serán considerados dentro de la línea de corte. Deberán descartarse previamente las alteraciones del neurodesarrollo.

### Cuadro de calibración de calificadores para Funciones corporales

A través de este cuadro se determina el nivel de afección en las Funciones corporales con los calificadores de la CIF, según los hallazgos registrados en los estudios complementarios.

Calificadores genéricos de la CIF	Audiometría tonal	Logaudiometría	PEAT/PAEE	OEA
<b>xxx.0</b> NO hay deficiencia (ninguno, insignificante) 0-4 %	<b>Normoacusia</b> Umbral HTL hasta 20dB	Pie hasta 15dB, llega a 100% en 2 pasos a menos de 50dB, sin pérdida de discriminación hasta el final de la curva (100dB)	Umbral electrofisiológico hasta 35ndB / buena configuración y reproductibilidad	Presencia de otoemisiones en todo el rango evaluado (2 a 6khz para DpOea), amplitud mayor a 6dB, con valores aceptables de "señal/ruido"
<b>xxx.1</b> Deficiencia LIGERA (poco, escaso) 5-24 %	<b>Hipoacusia leve</b> Umbral HTL entre 20 y 40dB	Pie hasta 20dB, llega a 100% en 2 pasos a menos de 50dB, sin pérdida de discriminación hasta el final de la curva (100dB)	Umbral electrofisiológico mayores 35ndB / y/o alteraciones en la configuración o reproductibilidad	Ausencia o baja amplitud en alguna de las frecuencias evaluadas
<b>xxx.2</b> Deficiencia MODERADA (medio, regular) 25-49 %	<b>Hipoacusia moderada</b> Umbral HTL entre 40 y 60dB	Pie más allá de 40dB llega a 100% en más de 2 pasos, con o sin pérdida de discriminación hacia el final de la curva (80-100dB)	Umbral electrofisiológico mayores 60 ndB, y/o alteraciones en la configuración o reproductibilidad	Ausencia o baja amplitud en más de 2 frecuencias evaluadas.



<b>xxx.3</b> Deficiencia GRAVE O SEVERA (mucho, extremo) 50-95 %	Hipoacusia <b>severa</b> Umbrales HTL entre 60 y 90dB	Pie más allá de 60dB, llega a 100% en más de 2 pasos, con o sin pérdida de discriminación hacia el final de la curva (80-100dB)	Umbrales electrofisiológicos mayores 80 ndB, y/o alteraciones en la configuración o reproductibilidad	Ausencia o baja amplitud en la mayoría frecuencias evaluadas
<b>xxx.4</b> Deficiencia COMPLETA (total) 96-100 %	Hipoacusia <b>profunda</b> Umbrales HTL superiores a 90dB	Pie más allá de 90dB	Ausencia de umbrales electrofisiológicos	Ausencia de todas las frecuencias evaluadas

### Estructuras Corporales.\*

Estructuras Corporales	Método de evaluación
s240 Estructura del oído externo	Examen Físico RMN TAC
Estructuras Corporales	Método de evaluación
s250 Estructura del oído medio s2500 Membrana timpánica s2501 Trompa de Eustaquio s2502 Huesecillos	Examen Físico RMN TAC
s260 Estructura del oído interno s2600 Cóclea s2601 Laberinto vestibular s2602 Conductos semicirculares s2603 Conducto auditivo interno	Examen Físico RMN TAC

\*Para valorar las Estructuras corporales se utiliza la escala de calificadores propuesta por la CIF.

### B) Actividad y Participación.

La selección de categorías, se realizará acorde al estado de salud y los estados relacionados con la salud de la persona entrevistada.

Al evaluar el componente Actividad y participación, las **líneas de corte** serán **las limitaciones que presente el individuo al realizar una tarea o acción en un entorno normalizado**, tomando como parámetro su capacidad real, sin que sea aumentada por la tecnología o dispositivos de ayuda o terceras personas.



Cuadro de calibración de calificadores para Actividad y participación:

<b>Calificador CIF</b>	<b>Descripción</b>
0	No presenta dificultad, o es mínima e insignificante.
1	Presenta una dificultad ligera, poca o escasa.
2	Presenta una dificultad moderada cuando está presente la mitad del tiempo o requiere de varios intentos.
3	No completa más de la mitad de la actividad o no lo hace en un tiempo razonable y/o no hace la mayor parte.
4	No lo realiza.
8	Sin especificar.
9	No aplicable.





## LINEAMIENTOS PARA EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD CON DEFICIENCIA MENTAL E INTELECTUAL.

Los presentes lineamientos, tiene por finalidad contar con una herramienta objetiva, a través de la aplicación de los criterios técnicos pertinentes, para la evaluación de las personas con discapacidad con deficiencia intelectual y mental.

La discapacidad con Deficiencia Mental (Discapacidad Psicosocial) se define como un término global que hace referencia a las deficiencias en los procesos cognitivos, afectivos y/o del comportamiento en las estructuras del sistema nervioso, y en las limitaciones que presente el individuo al realizar una tarea o acción en un contexto/entorno normalizado, tomando como parámetro su capacidad o habilidad real sin que sea aumentada por la tecnología o dispositivos de ayuda o de terceras personas.

Corresponde distinguir la deficiencia mental de la intelectual, entendiendo por ésta última a un trastorno que comienza durante el período de desarrollo y se caracteriza por limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual como en la conducta adaptativa, expresada en dominios conceptuales, sociales y prácticos. La deficiencia intelectual se origina antes de los 18 años y es un término que reemplaza al de retraso mental y constituye una parte integrante de la diversidad humana.

Es oportuno aclarar que no todas las personas con discapacidad con deficiencia intelectual tienen trastornos del comportamiento, ni todas las personas con trastorno mental, son en sentido estricto, personas con discapacidad.

En forma inicial, de cada una de ella se describirán las funciones relacionadas más relevantes, la estructura comprometida y sus métodos de evaluación. Asimismo, se detallan cuáles son los valores definidos como líneas de corte adjuntando sus equivalencias con los calificadores utilizados en la CIF para incluirlos como criterios de certificación de discapacidad.

Se mencionan como evaluar el impacto de estas deficiencias en las limitaciones de la vida diaria y la participación en la sociedad de las personas, para completar su perfil de funcionamiento.

Se adjunta un listado que contiene los códigos utilizados con mayor frecuencia de las condiciones de salud de mental e intelectual.

## A. Funciones y Estructuras Corporales.

En cada caso particular el perfil de funcionamiento es distinto, dos personas con la misma condición de salud podrían tener diferente nivel de funcionalidad, dependiendo de la interacción con los factores ambientales (ej. apoyos, servicios y actitudes con los que encuentre en su entorno para poder funcionar).

La evaluación del perfil de funcionamiento debe ser realizado con total conocimiento y conformidad de la persona evaluada, si hubiera limitaciones cognitivas se deberá ofrecer los apoyos necesarios para adecuar la información a su capacidad. A continuación se describirán los componentes de la CIF (funciones y estructuras corporales, actividad y participación y factores ambientales) y las categorías más relevantes al momento de confeccionar el perfil de funcionamiento en la evaluación de discapacidad con deficiencia intelectual y mental.

### ➤ Funciones Corporales.

Funciones corporales y métodos de evaluación a modo **ORIENTATIVO**.

FUNCIONES CORPORALES	MÉTODO DE EVALUACIÓN
<b>B 110 Funciones</b> de la Conciencia.	Evaluación clínica. EEG, TC, RM, Spect, Polisomnografía, Video EEG Escala de coma de Glasgow
<b>b114</b> Funciones de la Orientación (Tiempo, lugar y persona).	Evaluación clínica acorde a edad. Minimental Test CDR <sup>18</sup>

FUNCIONES CORPORALES	MÉTODO DE EVALUACIÓN
<b>b 117</b> Funciones Intelectuales	<b>Niños:</b> Escala de inteligencia WISC-IV ( Wechsler) Escala Conductual Adaptativa Vineland II <b>Adultos:</b> Escala de inteligencia WAIS- III de Wechsler
<b>b 122</b> Funciones psicosociales globales	<b>Adultos:</b> Evaluación clínica Criterios del DSM 5 Escala Conductual Adaptativa Vineland II <b>Niños:</b> CHAT, ADOS, ADIR, HBS. Escala Conductual Adaptativa Vineland II
<b>b 126</b> Funciones del temperamento y la personalidad	Evaluación clínica. Test proyectivos. <b>14-18 años:</b> MMPI-A <sup>19</sup> <b>Adultos:</b> MMPI-2-MIPS <sup>20</sup>

<sup>18</sup> Clínica Dementia Rating Scale (CDR); 1993

<sup>19</sup> Inventario Multifásico de la personalidad de Minnesota (MMPI); 1989

<sup>20</sup> Inventario de Estilos de la personalidad de Millon (MIPS); 1986



<b>b 130</b> Funciones relacionadas con la energía y los impulsos.	Evaluación clínica MMPI-A, MIPS
<b>b 134</b> Funciones del sueño.	<b>Niños:</b> Polisomnografía. <b>Adultos:</b> La Escala de Somnolencia Epworth.
<b>b 140</b> Funciones de la atención.	Amplitud de dígitos, Test de cancelación de letras Dígitos-Símbolos, Test de interferencia Color-Palabra de Stroop, Test del Trazo A y B, TCP, Test de Programas Motores Recíprocos. Tablas Conners.
<b>b 144</b> Funciones de la memoria.	Evaluación neurocognitiva. Test de figura compleja de Rey (RAVLT). Lista de palabras. Test de memoria visual.
<b>b 147</b> Funciones psicomotoras.	<b>Niños:</b> Evaluación clínica Bender. Desarrollo psicomotor primera infancia Brunet- Lezine. Escala de Bayley. Desarrollo de Gesell <b>Adultos:</b> Evaluación clínica Bender.

FUNCIONES CORPORALES	MÉTODO DE EVALUACIÓN
<b>b 152</b> Funciones emocionales.	<b>Niños:</b> Evaluación clínica Técnicas proyectivas <b>Adultos:</b> Escala de Depresión de Hamilton <sup>21</sup> Inventario de Depresión de Beck. Escala de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI) <sup>22</sup> Técnicas Proyectivas.
<b>b 156</b> Funciones de la percepción.	Evaluación clínica. Escala PANSS <sup>23</sup>
<b>b 160</b> Funciones del pensamiento.	Evaluación clínica Escala. PANSS.
<b>b 164</b> Funciones cognitivas superiores.	Evaluación Neurocognitiva. Figura Compleja de Rey. Test de Bender. Test de Wisconsin. TMT-B <sup>24</sup> Subescalas de ejecución del WAIS- III.
<b>b 167</b> Funciones mentales del lenguaje	<b>Niños:</b> Test de Boston. Fluidez Verbal. Subescalas de Comprensión Verbal (CV) del WISC-IV, semejanzas, vocabulario, comprensión, información y adivinanzas. PROLEC-R <b>Adultos:</b> Test de Boston para afasias. Evocación categorías (animales, palabras iniciadas con P, test FAS) Subescalas de Comprensión Verbal (CV) del WAIS-III, información, comprensión, aritmética, semejanzas, dígitos y vocabulario.
<b>b 172</b> Funciones relacionadas con el cálculo	Subescala Aritmética (WISC-IV). Subescala Aritmética (WAIS-III). Subpruebas de la escala McCarthy (MSCA).

<sup>21</sup> La Escala de Depresión de Hamilton es utilizada para medir la severidad de la depresión. Mide los cambios a través del tiempo y la respuesta al tratamiento.

<sup>22</sup> La Escala de Ansiedad (STAI) es utilizada para medir la ansiedad de rasgo y ansiedad de estado.

<sup>23</sup> Escala de los síndromes positivo y negativo (PANSS)

<sup>24</sup> Trail Making Test (TMT); 1987



<b>b 176</b> Funciones mentales relacionadas con el encadenamiento de movimientos complejos	Observación clínica Evaluación de las praxias
<b>FUNCIONES CORPORALES</b>	<b>MÉTODO DE EVALUACIÓN</b>
<b>b 180</b> Experiencias relacionadas con uno mismo y con el tiempo	Evaluación clínica Test proyectivos Evaluación de las Gnosias (denominación de objetos, descripción de objetos, copia de dibujo, denominación táctil, orientación lineal)
<b>b 7652</b> Tics y manierismos	Evaluación clínica.
<b>b 7653</b> Estereotipias y perseverancia motora.	Evaluación clínica.

**FUNCIONES CORPORALES: CALIFICADORES GENÉRICOS QUE INDICAN LA MAGNITUD O EXTENSIÓN DE LA DEFICIENCIA**

CALIFICADORES: EXTENSIÓN DE LA DEFICIENCIA	EQUIVALENCIA CUALITATIVA	EQUIVALENCIA CUANTITATIVA
0 No existe deficiencia.	(Ninguno, insignificante...)	0-4%
1 Deficiencia LEVE.	(Poco, escaso...)	5-24%
2 Deficiencia MODERADA.	(Medio, regular...)	25-49%
3 Deficiencia GRAVE.	(Mucho, extremo...)	50-95%
4 Deficiencia COMPLETA.	(Total, etc...)	96-100%
8 no especificada.		
9 no aplicable.		

**FUNCIONES CORPORALES: CUADRO DE CALIBRACIÓN DEL CALIFICADOR CIF**

FUNCIONES	0 SIN DEFICIENCIA	1 DEFICIENCIA LEVE	2 DEFICIENCIA MODERADA	3 DEFICIENCIA GRAVE	4 DEFICIENCIA PROFUNDA
<b>b110</b> <b>Funciones de la conciencia</b>	Estado vigil (plena conciencia).	Estado confusional	Obnubilado	Estuporoso	Alteración persistente (coma, estado vegetativo, muerte cerebral y estado de mínima conciencia)
<b>b1101</b> <b>Continuidad de la conciencia</b>	Ausencia de Crisis.	Crisis esporádicas.	Una o más crisis mensuales.	Una o más crisis semanales.	Una o más crisis diarias.



<b>b114 Funciones de la orientación</b>	Completamente Orientado	Algunas dificultades en relación a la orientación temporal, orientado en lugar y persona. Puede haber desorientación geográfica	Habitualmente con desorientación temporal y a menudo de lugar	Orientación solo respecto a la persona	Sin Orientación global
<b>b 117 Funciones Intelectuales</b>	CI promedio 100	Ci de 70-55 Lenguaje funcional. Eventual supervisión en las AVD. Pobre en habilidades sociales. Escuela común con SAIE Trabajo: lo realiza bajo supervisión.	Ci de 54-35 Vocabulario reducido y reiterativo. Supervisión para las AVD. Dificultad para aceptar normas sociales. Escuela especial. Formación laboral	Ci de 34-20 Lenguaje constituido por palabras y frases cortas, comprensible solo por habituales. Depende de terceros para AVD. Parcial control de esfínteres. Interacción básica. Escuela especial y/o CET.	Menor a 20 Comunicación primaria Dependencia total en AVD. Ausencia de control de esfínteres. CET o Centro de Día.

<b>FUNCIONES</b>	<b>0 SIN DEFICIENCIA</b>	<b>1 DEFICIENCIA LEVE</b>	<b>2 DEFICIENCIA MODERADA</b>	<b>3 DEFICIENCIA GRAVE</b>	<b>4 DEFICIENCIA PROFUNDA</b>
<b>b 122 Funciones Psicosociales globales</b>	Sin alteración	Dificultad en la regulación de la emoción Puede tolerar ámbitos con pares pero no interactúa. Escaso lenguaje pero con intención comunicativa. Interés restringido a objetos y rutinas. No presenta conductas disruptivas Comprensión limitada del riesgo en situaciones sociales, juicio social inmaduro (ingenuidad)	Limitada interacción social y de respuesta a la apertura social de otras personas. Dificultad para interpretar las señales sociales, necesitan ayuda. No tolera ámbitos con pares, a menos que haya un acompañamiento Pobre lenguaje, hay que estimular la intención comunicativa. Conductas disruptivas habituales	Inicio muy limitado de las interacciones sociales y mínima respuesta otras personas. Restringida a ámbitos conocidos Lenguaje muy precario Conductas disruptivas frecuentes auto y heteroagresivas	Interacción social sumamente restringida a ámbitos conocidos. Necesidad de acompañamiento permanente. Ausencia de lenguaje, gestos sencillos. Conductas disruptivas frecuentes auto y heteroagresivas

<b>b1304 Control de los impulsos</b>	Sin alteración	Manifestaciones indirectas o reprimidas de descontrol de energía y o impulsos, como expresiones hostiles, e irritabilidad ocasional.	Actitud abiertamente hostil y muestra una frecuente irritabilidad y manifestaciones directas de ira o resentimiento.	Se manifiestan notablemente, puede comportarse de manera violenta y destructiva, pero no se manifiesta violencia física hacia los demás.	Rechazo de la interacción con los demás, o bien episodio(s) de violencia física hacia los demás.
<b>b134 Funciones del sueño</b>	Sin alteración	Dificultad para conciliar y mantener el sueño menos de 1 vez al mes	Dificultad para conciliar y mantener el sueño 1 a 2 veces a la semana	Dificultad para conciliar y mantener el sueño 3 a 5 veces a la semana	Dificultad para conciliar y mantener el sueño diariamente
<b>b 140 Funciones de la atención</b>	Euprosexia	Dificultades para mantener la atención y organizar sus actividades pero logra completar las mismas.	Le cuesta prestar atención a detalles, comete errores. Logra parcialmente la tarea, sin ayuda.	Le cuesta mantenerse alerta, responder a lo que se le pide y ejecutar consignas. Logra la tarea con ayuda.	Le cuesta seguir instrucciones. No puede completar una tarea.

<b>FUNCIONES</b>	<b>0 SIN DEFICIENCIA</b>	<b>1 DEFICIENCIA LEVE</b>	<b>2 DEFICIENCIA MODERADA</b>	<b>3 DEFICIENCIA GRAVE</b>	<b>4 DEFICIENCIA PROFUNDA</b>
<b>b144 Funciones de la memoria</b>	Sin pérdida de memoria	Olvidos consistentes leves; recuerdo parcial de Eventos.	Pérdida de memoria moderada. Marcada para eventos recientes. El defecto interfiere en las AVD.	Dificultad grave: Pérdida rápida de material nuevo.	Gran pérdida de memoria, solo quedan fragmentos.
<b>b 147 Funciones psicomotoras</b>	Sin alteraciones	Retraso psicomotor leve Juego estereotipado Hipo-Hiperactividad Negativismo.	Retraso psicomotor moderado Juego estereotipado Hipo-Hiperactividad Negativismo.	Retraso psicomotor grave Excitación y agitación Ecopraxia y ecolalia.	Trastorno psicomotor Manierismos, estereotipias, catatonía y Ecopraxias.



<b>b 152 Funciones Emocionales</b>	Sin alteraciones	Expresa algo de tristeza o desánimo solo cuando se le pregunta, pero no hay evidencia de depresión en su actitud o conducta.	Claro humor depresivo que está asociado con marcada tristeza. Pérdida del interés social, inhibición psicomotriz y afectación del apetito y del sueño.	Marcado humor depresivo, continuos sentimientos de sufrimiento, inutilidad y llanto ocasional. Importante alteración del apetito y/o del sueño, de las funciones sociales, posibles signos de auto-abandono.	Llanto frecuente, marcados síntomas somáticos, trastorno de la concentración, inhibición psicomotriz, desinterés social, auto-abandono, presencia de delirios depresivos y/o posibles ideas o conductas suicidas.
------------------------------------	------------------	--	--	--	---

<b>FUNCIONES</b>	<b>0 SIN DEFICIENCIA</b>	<b>1 DEFICIENCIA LEVE</b>	<b>2 DEFICIENCIA MODERADA</b>	<b>3 DEFICIENCIA GRAVE</b>	<b>4 DEFICIENCIA PROFUNDA</b>
<b>b156 Funciones de la percepción</b>	Sin alteraciones	La alteración perceptiva se presenta al menos una vez a la semana, duran unos pocos segundos, son fugaces, ocasionalmente son angustiantes	La alteración perceptiva se presenta al menos una vez al día, duran unos pocos minutos. Angustiantes en un 50%	La alteración perceptiva se produce de manera casi continua, es angustiante, mantiene una convicción de que son de causas externas (del 50 al 95% )	Las alteraciones perceptivas son solamente debidas a causas externas, son siempre angustiantes.
<b>b160 Funciones del pensamiento</b>	Sin alteraciones	Existen algunas dificultades para dirigir el Pensamiento hacia un objetivo, Presencia de uno o dos delirios, sin cristalizar y que no se mantienen tenazmente. Los delirios no interfieren con el pensamiento.	Dificultades para organizar los pensamientos, frecuentes incoherencias que se mantienen tenazmente. Ocasionalmente interfieren con el pensamiento, las relaciones sociales o la conducta. Manifiesta muchos pensamientos extraños y Fantásticos.	El pensamiento está seriamente desviado y es internamente inconsistente, lo que produce severas incoherencias y perturbación de los procesos de pensamiento.	Los pensamientos están perturbados hasta el punto que son incoherentes. Existe una notable debilidad de las asociaciones que llevan a la imposibilidad de comunicación.



<b>*b163 Funciones Cognitivas Básicas</b>	Sin alteraciones	Dificultades en la adquisición del conocimiento sobre objetos, sucesos y experiencias y aplicación de este conocimiento.	Dificultades en la adquisición del conocimiento sobre objetos, sucesos y experiencias y aplicación de este conocimiento pero lo logra parcialmente sin ayuda.	Dificultades en la adquisición del conocimiento sobre objetos, sucesos y experiencias y aplicación de este conocimiento pero lo logra con ayuda.	No logra la adquisición del conocimiento sobre objetos, sucesos y experiencias y la aplicación de este conocimiento.
---	------------------	--	---	--	--

<b>FUNCIONES</b>	<b>0 SIN DEFICIENCIA</b>	<b>1 DEFICIENCIA LEVE</b>	<b>2 DEFICIENCIA MODERADA</b>	<b>3 DEFICIENCIA GRAVE</b>	<b>4 DEFICIENCIA PROFUNDA</b>
<b>b164 Funciones Cognitivas Superiores</b>	Sin alteraciones	Dificultad en la abstracción, toma de decisiones, planificación, flexibilidad cognitiva y juicio, necesarios para la realización de una tarea novedosa.	Dificultad en la abstracción, toma de decisiones, planificación, flexibilidad cognitiva y juicio, necesarios para la realización de una tarea novedosa, la cual realiza parcialmente.	Dificultad en la abstracción, toma de decisiones, planificación, flexibilidad cognitiva y juicio, necesarios para la realización de una tarea novedosa, la cual completa parcialmente pero con ayuda.	No logra responder a situaciones novedosas ni completar la tarea.
<b>b167 Funciones mentales del lenguaje</b>	Sin alteraciones	Dificultades mínimas en la expresión y/o comprensión del lenguaje verbal, escrito o en la utilización de signos y símbolos, pero logra comunicarse.	Dificultades en la expresión y/o comprensión del lenguaje verbal, escrito o en la utilización de signos y símbolos, pero logra comunicarse parcialmente.	Dificultades en la expresión y/o comprensión del lenguaje verbal, escrito o en la utilización de signos y símbolos, logra comunicarse parcialmente pero con ayuda.	No logra comunicarse, déficit completo en la expresión y comunicación.
<b>b172 Funciones relacionadas con el calculo</b>	Sin alteraciones	Realiza cálculos matemáticos simples, aunque presenta dificultades en las operaciones complejas.	Dificultad para realizar cálculos matemáticos simples, sin embargo los logra parcialmente.	Dificultad para realizar cálculos matemáticos simples aunque los logra con ayuda.	No logra realizar cálculos matemáticos




➤ **Estructuras corporales.**

<b>ESTRUCTURAS CORPORALES</b>	<b>MÉTODO EVALUACIÓN</b>
<b>s 110</b> Estructura del cerebro	TAC, RM.
<b>S 198</b> Estructuras del sistema nervioso otra especificada	TAC, RM

**Estructuras corporales: Calificadores genéricos que indican la magnitud de la deficiencia, la naturaleza y la localización**

<b>PRIMER CALIFICADOR EXTENSIÓN DE LA DEFICIENCIA</b>	<b>SEGUNDO CALIFICADOR NATURALEZA DE DEFICIENCIA</b>	<b>TERCER CALIFICADOR LOCALIZACIÓN DE DEFICIENCIA</b>
0 No existe deficiencia (0-4%)	0 No hay cambio en la estructura	0 Más de una región
1 Deficiencia LEVE (5-24%)	1 Ausencia total	1 Derecha
2 Deficiencia MODERADA (25-49%)	2 Ausencia parcial	2 Izquierda
3 Deficiencia GRAVE (50-95%)	3 Parte adicional	3 Ambos Lados
4 Deficiencia COMPLETA (96-100%)	4 Dimensiones aberrantes	4 Parte delantera
8 no especificada	5 Discontinuidad	5 Parte trasera
9 no aplicable	6 Posición desviada	6 Proximal
	7 Cambios cualitativos en la estructura, incluyendo acumulación de fluido.	7 Distal
	8 No especificado	8 No especificado
	9 No aplicable	9 No aplicable



## B. Actividad y Participación

Categorías de la CIF sugeridas por grupo etario.

NIÑOS DE 0 A 5 AÑOS	NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS	ADOLESCENTES DE 13 A 18 AÑOS	ADULTOS
<b>Cap. 1: Aprendizaje y aplicación del conocimiento</b>			
<p>-<u>Experiencias sensoriales intencionadas:</u> d110 Mirar d120 Otras experiencias sensoriales intencionadas: d1200 Chupar d1201 Tocar d1202 Oler d1203 Saborear</p> <p>-<u>Aprendizaje básico:</u> d130 Copiar d131 Aprender mediante acciones con objetos: d1313, d1314 d133 Adquirir el lenguaje d135 Repetir d137 <u>Adquirir conceptos:</u> d1370 Básicos; d1371 Complejos d1550 Adquirir habilidades básicas. -</p> <p><u>Aplicación del conocimiento:</u> d160 Centrar la atención: d1600; d1601 d161 Dirigir la atención d160 Pensar d1630 Imitar</p>	<p>-<u>Aprendizaje básico:</u> d130 Copiar d131 Aprender mediante acciones con objetos d132 Adquirir información d1332 Adquirir la sintaxis d134 Adquirir el lenguaje adicional d135 Repetir d137 Adquirir conceptos d140 Aprender a leer d145 Aprender a escribir d150 Aprender a calcular</p> <p>-<u>Adquirir habilidades:</u> d1550 Básicas d1551 Complejas -</p> <p><u>Aplicación del conocimiento:</u> d160 Centrar la atención: d1600; d1601 d161 Dirigir la atención d163 Pensar: d1631; d1632 d166 Leer: d1661 Comprensión del lenguaje escrito d170 Escribir d172 Calcular d1750 Resolver problemas simples</p>	<p>-<u>Aprendizaje básico:</u> d132 Adquirir información d134 Adquirir el lenguaje adicional d1371 Adquirir conceptos complejos d145 Adquirir habilidades para utilizar utensilios de escritura (Ej. regleta Braille) d1551 Adquirir habilidades Complejas</p> <p>-<u>Aplicación del conocimiento:</u> d160 Centrar la atención d161 Dirigir la atención d163 Pensar: d1631; d1632 d166 Leer d170 Escribir d172 Calcular d175 Resolver problemas: d1750 Simples d1751 Complejos. d177 Tomar decisiones</p>	<p>-<u>Aplicación del conocimiento:</u> d160 Centrar la atención d161 Dirigir la atención d163 Pensar d172 Calcular d175 Resolver problemas d177 Tomar decisiones</p>

NIÑOS DE 0 A 5 AÑOS	NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS	ADOLESCENTES DE 13 A 18 AÑOS	ADULTOS
<b>Cap. 2: Tareas y demandas generales</b>			
-Llevar a cabo una única tarea: d2100 Sencilla d2102 Independientemente	-Llevar a cabo una única tarea: d2100 Sencilla d2101 Compleja d2102 Independiente d2103 en grupo d2104 Completar una tarea sencilla d2105 Completar una tarea compleja d2204 Completar múltiples tareas independientemente d2205 Completar múltiples tareas en grupo d2304 Dirigir cambios en la rutina diaria d2605 Dirigir el propio tiempo d240 Manejo del estrés y otras demandas psicológicas d250 Manejo del comportamiento propio	-Llevar a cabo una única tarea: d2100 Sencilla d2101 Compleja d2103 En grupo d2104 Completar una tarea sencilla d2105 Completar una tarea compleja d220 Llevar a cabo múltiples tareas independientemente d2204 Completar múltiples tareas independientemente d230 Llevar a cabo rutinas diarias d2304; d2305; d2306 d240 Manejo del estrés y otras demandas psicológicas d250 Manejo del comportamiento propio: d2501; d2502; d2503; d2504	
<b>Cap.3: Comunicación</b>			
d310 Comunicación Recepción mensajes hablados d330 Comunicación-Producción: hablar	d310 Comunicación-Recepción: mensajes hablados d330 Comunicación-Producción: hablar d350 Conversación: d3500 Iniciar d3501 Mantener d3502 Finalizar una conversación		
<b>Cap.4: Movilidad</b>			
d440 Uso fino de la mano d4153 Permanecer sentado d4702 Utilización de transporte público con motor			
Niños de 0 a 5 años	Niños de 6 a 12 años	Adolescentes de 13 a 18 años	Adultos
<b>Cap.5: Autocuidado</b>			



d540 Vestirse d550 Comer d560 Beber: d5601 Llevar a cabo el amamantamiento d5602 Llevar a cabo la toma de biberones	d510 Lavarse d520 Cuidado de partes del cuerpo: d5201 d530 Higiene personal relacionada con los procesos de excreción d540 Vestirse d550 Comer	d510 Lavarse d520 Cuidado de partes d530 Higiene personal relacionada con los procesos de excreción d540 Vestirse d550 Comer d570 Cuidado de la propia salud: d5702 Mantenimiento de la salud: d57020; d57021; d57022 d571 Cuidado de la propia seguridad
---	--	---

**Cap. 6: Vida doméstica**

	- <u>Tareas del hogar:</u>  d6300 preparar comidas sencillas.  d6403 Utilización de aparatos domésticos	- <u>Adquisición de lo necesario para vivir:</u> d6200 Comprar - <u>Tareas del hogar:</u> d630 Preparar comidas d640 Realizar los quehaceres de la casa d650 Cuidado de los objetos del hogar.	- <u>Adquisición de lo necesario para vivir:</u> d610 Adquisición de un lugar para vivir d620 Adquisición de bienes y servicios - <u>Tareas del hogar:</u> d630 preparar comidas d640 Realizar los quehaceres de la casa d650 Cuidado de los objetos del hogar. d660 Ayudar a los demás.
--	---	---	---

**Cap.7: Interacciones y relaciones interpersonales**

- <u>Interacciones interpersonales generales:</u> d710 Básicas	- <u>Interacciones interpersonales generales:</u> d710 Básicas d7102 Tolerancia en las relaciones d720 Interacciones interpersonales Complejas d7200 Establecer relaciones - <u>Interacciones interpersonales particulares:</u> d730 Relacionarse con extraños	- <u>Interacciones interpersonales generales:</u> d710 Básicas d7102 Tolerancia en las relaciones d720 Interacciones interpersonales Complejas d7200 Establecer relaciones - <u>Interacciones interpersonales particulares:</u> d730 Relacionarse con extraños d750 Relaciones sociales informales d7504 Relaciones informales con iguales  d760 Relaciones familiares d770 Relaciones íntimas
---	--	---

Niños de 0 a 5 años	Niños de 6 a 12 años	Adolescentes de 13 a 18 años	Adultos
	d750 Relaciones sociales informales d7504 Relaciones informales con iguales		

**Cap. 8: Áreas principales de la vida**



<p><u>-Educación:</u> d810 Educación no reglada d815 Educación Preescolar d816 Vida preescolar y actividades relacionadas d880 Participación en el juego: d8800; d8802</p>	<p><u>-Educación:</u> d810 Educación no reglada d820 Educación escolar <u>-Vida económica:</u> d860 Transacciones económicas básicas d880 Participación en el juego: d8800; d8801; d8802; d8803</p>	<p><u>-Educación:</u> d820 Educación escolar d835 Vida escolar y actividades relacionadas <u>-Trabajo y empleo:</u> d840 Aprendizaje <u>-Vida económica:</u> d860 Transacciones económicas básicas d880 Participación en el juego: d8803</p>	<p><u>-Educación:</u> d825 Formación profesional d830 Educación superior <u>-Trabajo y empleo:</u> d845 Conseguir, mantener y finalizar un trabajo d850 Trabajo remunerado d855 Trabajo no remunerado <u>-Vida económica:</u> d860 Transacciones económicas básicas d870 Autosuficiencia económica</p>
--	---	--	--

**Cap. 9: Vida comunitaria, social y cívica**

<p>d910 Vida comunitaria d920 Tiempo libre y ocio: d9200 Juego d9201 Deportes d9205 Socialización d940 Derechos Humanos</p>	<p>d910 Vida comunitaria d920 Tiempo libre y ocio: d9200 Juego d9201 Deportes d9202 Arte y cultura d9203 Manualidades d9205 Socialización d940 Derechos Humanos</p>	<p>d910 Vida comunitaria d920 Tiempo libre y ocio: d9200 Juego d9201 Deportes d9202 Arte y cultura d9203 Manualidades d9205 Socialización d930 Religión y espiritualidad d940 Derechos Humanos</p>
---	---	--



## ESCALA GENÉRICA DE GRAVEDAD DE LOS CALIFICADORES DE DESEMPEÑO Y CAPACIDAD EN EL COMPONENTE DE ACTIVIDAD Y PARTICIPACIÓN.

En los calificadores de actividad y participación se ve reflejado si el entorno<sup>25</sup> actúa como facilitador o barrera para el funcionamiento de la persona. Se toma en cuenta para evaluar el desempeño la intensidad y frecuencia de los apoyos<sup>26,27</sup>.

	<b><u>EQUIVALENCIA CUALITATIVA</u></b>	<b><u>EQUIVALENCIA CUANTITATIVA</u></b>
0 No hay dificultad	La persona puede iniciar, desarrollar y finalizar la tarea sin errores o los mismos son insignificantes, apropiados para la edad. No necesita apoyos.	0-4%
1 Dificultad ligera	La persona <u>completa</u> la tarea con mínimos errores que no superan el 25% de la misma. Requiere mayor <u>tiempo</u> de lo esperado para finalizar la tarea. Puede necesitar <u>apoyos ya sea terceras personas y/o productos de apoyos</u> <sup>10</sup> <u>intermitentes y eventuales</u> .	5-24%
2 Dificultad moderada	La persona comete <u>errores mayores para iniciar y desarrollar</u> la tarea. Para completarla necesita <u>de terceras personas o productos de apoyo</u> con <u>persistencia temporal</u> y durante un <u>tiempo limitado</u> .	25-49%
3 Dificultad grave	La persona interviene <u>y /o participa mínimamente</u> en el inicio y desarrollo de la tarea. Requiere <u>apoyo regular diario, sin limitación en el tiempo y en varios entornos</u> .	50-95%
4 Dificultad completa	La persona <u>no participa y no interviene en la tarea</u> . Necesita <u>ayuda continua y permanente</u> en distintos entornos.	96-100%
8 Sin especificar	No hay suficiente información	
9 No aplicable	No es apropiado aplicar el código.	

<sup>25</sup> **Entorno:** constituye el ambiente físico, social y actitudinal en el que las personas viven y desarrollan sus vidas. Son externos a las personas y pueden tener influencia positiva o negativa.

<sup>26</sup> **Apoyo:** todo aquello que facilita la ejecución de un propósito o una tarea de una persona, centrada en ella misma, para poder desempeñarse con autonomía. La persona debe ser evaluada para establecer el nivel de intensidad de los apoyos que requiera. La necesidad de apoyos, tiene carácter dinámico en función del tiempo y de los acontecimientos vitales y en su interacción con el entorno que también puede sufrir modificaciones.

<sup>27</sup> **Producto de apoyo:** cualquier producto incluyendo dispositivos, equipo, instrumento y software fabricado especialmente o disponible en el mercado, utilizado por o para personas con discapacidad destinados a: facilitar la participación, proteger, apoyar, entrenar, medir o sustituir funciones/estructuras corporales y actividades, o prevenir deficiencias, limitaciones en la actividad o restricciones en la participación.





FORMULARIOS DE RESUMEN CLÍNICO.

**INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL**

**COMISIÓN TÉCNICA EVALUADORA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD**

POR FAVOR LEA ATENTAMENTE  
Es importante cumplir con todos los requisitos a fines de evitar demoras e impugnaciones. Este documento es de uso exclusivo para el proceso de certificación de discapacidad, deberá ser completado por médico tratante y con letra clara.

PLANILLA DE EVALUACIÓN.

CONDICIÓN DE SALUD: EPILEPSIA

Este certificado deberá ser completado por médico tratante con letra clara y en forma completa. El mismo tiene carácter de declaración jurada. La Junta Evaluadora de Discapacidad podrá pedir información ampliatoria al profesional que evaluó a la persona.

Nombre: \_\_\_\_\_

DUI: \_\_\_\_\_

1-Enfermedad de base (si la hubiera)

2- Especificar tipo de crisis: \_\_\_\_\_

3- Tiempo de evolución de las crisis \_\_\_\_\_

4-Frecuencia de las crisis:

Diaria: \_\_\_\_ Semanales: \_\_\_\_ Mensuales: \_\_\_\_ otras (especificar) \_\_\_\_\_

5- Tratamientos recibidos (especificar drogas, dosis utilizadas y el tiempo de duración de cada uno de los esquemas terapéuticos). \_\_\_\_\_

6- Tratamiento actual (especificar fármacos, dosis y el tiempo de duración del tratamiento actual). \_\_\_\_\_

7-Adjuntar informe de los estudios realizados para abordar al diagnóstico. \_\_\_\_\_

8-Adjuntar diagnóstico según CIE 10 de trastornos mentales y del comportamiento asociadas si los hubiera. \_\_\_\_\_

9-Resumen de Historia Clínica completo. (Antecedentes, estado actual, pronóstico etc.) \_\_\_\_\_

Fecha:...../.../...

.....

Firma y sello del médico tratante.





INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL.

SUBDIRECCIÓN DE SALUD.

COMISIÓN TÉCNICA EVALUADORA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD.

RESUMEN DE HISTORIAL CLÍNICO PARA PERSONAS CON CONDICIÓN DE SALUD DE ORIGEN VISUAL"

Este documento es de uso exclusivo para el proceso de Certificación de Discapacidad, deberá ser completado por médico tratante y con letra clara.

Apellidos y nombre del paciente:	
DUI:	Afiliación:
Edad:	Sexo:

1. Resumen de historia clínica(Incluir tiempo de evolución)

Examen	Ojo derecho	Ojo izquierdo
AGUDEZA VISUAL Sin corrección.		
AGUDEZA VISUAL Con corrección.		
REFRACCIÓN		
TENSION OCULAR		
BIOMICROSCOPIA		
FONDO DE OJO		

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS:

Campo Visual (INFORMADO POR ESPECIALISTA TRATANTE): \_\_\_\_\_




INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL

SUBDIRECCIÓN DE SALUD.

COMISIÓN TÉCNICA EVALUADORA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD.

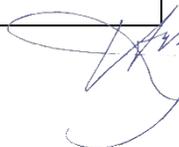
RESUMEN DE HISTORIAL CLÍNICO PARA PERSONAS CON CONDICIÓN DE SALUD DE ORIGEN FÍSICO\*\*

Este documento es de uso exclusivo para el proceso de Certificación de Discapacidad, deberá ser completado por médico tratante y con letra clara.

Apellidos y nombre del paciente:	
DUI:	Afiliación:
Edad:	Sexo:

1. Resumen de historia clínica(Incluir tiempo de evolución)


2. Escalas de Evaluación Clínica utilizadas (Detallar clase funcional).




INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL.

SUBDIRECCIÓN DE SALUD.

COMISIÓN TÉCNICA EVALUADORA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD.

RESUMEN DE HISTORIAL CLÍNICO PARA PERSONAS CON CONDICIÓN DE SALUD DE ORIGEN AUDITIVO"

Este documento es de uso exclusivo para el proceso de Certificación de Discapacidad, deberá ser completado por médico tratante y con letra clara.

Apellidos y nombre del paciente:	
DUI:	Afiliación:
Edad:	Sexo:

1. Resumen de historia clínica(Incluir tiempo de evolución)


2. Evaluaciones auditivas:

**Audiometría** tonal (tener en cuenta que en los pacientes con equipamiento (audifonos) el estudio deberá ser realizado con previa desconexión del mismo.

**Logaudiometría** (en los casos que sea posible).

En menores de 3 años se solicitara estudios electrofisiológicos (**PEAT/BERA,OEAs**).

En los niños en periodo pre y perilocutivo, con hipoacusia asociada a trastornos del lenguaje, deberán presentar informes complementarios (escolar, fonoaudiológico, psicopedagógico, neurolingüístico, etc.)




INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL.  
SUBDIRECCIÓN DE SALUD.

COMISIÓN TÉCNICA EVALUADORA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD.

"RESUMEN DE HISTORIAL CLÍNICO PARA PERSONAS CON CONDICIÓN DE SALUD DE ORIGEN VICERAL".

(Cardiovascular, Renal, Digestivo, Respiratorio)

Este documento es de uso exclusivo para el proceso de Certificación de Discapacidad, deberá ser completado por médico tratante y con letra clara.

Apellidos y nombre del paciente:	
DUI:	Afiliación:
Edad:	Sexo:

1. Resumen de historia clínica(Incluir tiempo de evolución)


2. Pruebas de laboratorio y/o gabinete realizadas:






INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL.

SUBDIRECCIÓN DE SALUD.

COMISIÓN TÉCNICA EVALUADORA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD.

RESUMEN DE HISTORIAL CLÍNICO PARA PERSONAS CON CONDICIÓN DE SALUD DE ORIGEN MENTAL".

Este documento es de uso exclusivo para el proceso de Certificación de Discapacidad, deberá ser completado por médico tratante y con letra clara.

Apellidos y nombre del paciente:	
DUI:	Afiliación:
Edad:	Sexo:

3. Resumen de historia clínica(Incluir tiempo de evolución)


4. Características conductuales: (Sociales, laborales, escolares).




SUBDIRECCIÓN DE SALUD  
SECCIÓN REGULACIÓN TÉCNICA EN SALUD  
ENERO- 2017

