



Resolución Ministerial

Lima, 27 de Diciembre del 2024.

VISTO; el Expediente N° DGIESP-DENOT20240000859, que contiene el Memorandum N° D005131-2024-DGIESP-MINSA de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, la Nota Informativa N° D001370-2024-DGIESP-DENOT-MINSA y el Informe N° D000067-2024-DGIESP-DENOT-MSM-MINSA de la Dirección de Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles, Raras y Huérfanas de la citada Dirección General; y el Informe N° D001277-2024-OGAJ-MINSA de la Oficina General de Asesoría Jurídica;



CONSIDERANDO

Que, los numerales II y VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establecen que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;



Que, el Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, establece en su Primera Disposición Complementaria Final modificada por la Ley N° 30895, Ley que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud, que el Ministerio de Salud es la Autoridad de Salud a nivel nacional, según lo establece la Ley 26842, Ley General de Salud, tiene a su cargo la función rectora a nivel nacional, la formulación, dirección y gestión de la política nacional de salud y es la máxima autoridad rectora en el sector;



Que, el numeral 4-A del Decreto Legislativo N° 1161, modificado por el Decreto Legislativo N° 1504, Decreto Legislativo que fortalece al Instituto Nacional de Salud para la prevención y control de las enfermedades, establece que, la potestad rectora del Ministerio de Salud comprende la facultad que tiene para normar, supervisar, fiscalizar y, cuando corresponda, sancionar, en los ámbitos que comprenden la materia de salud. La rectoría en materia de salud dentro del sector la ejerce el Ministerio de Salud por cuenta propia o, por delegación expresa, a través de sus organismos públicos adscritos y, dentro del marco y los límites establecidos en la citada Ley, la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo, las normas sustantivas que regulan la actividad sectorial y las normas que rigen el proceso de descentralización;



Que, los literales b) y h) del artículo 5 del citado Decreto Legislativo, establecen que son funciones rectoras del Ministerio de Salud, formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar,



supervisar y evaluar la política nacional y sectorial de promoción de la salud, vigilancia, prevención y control de las enfermedades, recuperación, rehabilitación en salud, tecnologías en salud y buenas prácticas en salud, bajo su competencia, aplicable a todos los niveles del gobierno; así como, dictar normas y lineamientos técnicos para la adecuada ejecución y supervisión de la política nacional y políticas sectoriales de salud, la gestión de los recursos del sector; así como para el otorgamiento y reconocimiento de derechos, fiscalización, sanción y ejecución coactiva en las materias de su competencia;

Que, el artículo 19 de la Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, establece que, el Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo (SCTR) otorga cobertura adicional a los afiliados regulares del Seguro Social de Salud que desempeñan las actividades de alto riesgo determinadas mediante Decreto Supremo o norma con rango de ley, siendo obligatorio y por cuenta de la entidad empleadora;



Que, los artículos 82 y 83 del Decreto Supremo N° 009-97-SA, Reglamento de la Ley de la Ley N° 26790, establecen que el Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo comprende las siguientes coberturas: a) La cobertura de salud por trabajo de riesgo y; b) la cobertura de invalidez y sepelio por trabajo de riesgo;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 884-2024/MINSA, publicada en el diario oficial El Peruano el 19 de diciembre de 2024, se aprueba la NTS N° 220-MINSA/DGIESP-2024, Norma Técnica de Salud que establece el procedimiento de evaluación, calificación y certificación de la incapacidad laboral por accidente de trabajo o enfermedad profesional de los trabajadores asegurados al Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo (SCTR);



Que, el numeral 8.6 del apartado 8 de la Norma Técnica de Salud señalada en el considerando precedente, refiere que, el Ministerio de Salud elabora y aprueba en el plazo de noventa (90) días calendario el instrumento de evaluación y calificación de la incapacidad laboral (Manual Nacional de Evaluación y Calificación del Grado de Incapacidad);

Que, el artículo 63 del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado mediante Decreto Supremo N° 008-2017-SA, modificado por el Decreto Supremo N° 011-2017-SA y Decreto Supremo N° 032-2017-SA, establece que, la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública es el órgano de línea del Ministerio de Salud, dependiente del Viceministerio de Salud Pública, competente para dirigir y coordinar las intervenciones estratégicas de Salud Pública;



Que, mediante el documento del visto, la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, en el marco de sus competencias, propone y sustenta la aprobación de la Norma Técnica de Salud que aprueba el Instrumento que establece los criterios para la evaluación y calificación del grado de incapacidad laboral, el que tiene por finalidad contribuir con la protección de las personas con incapacidad laboral para el pleno ejercicio de sus derechos, y cuyo objetivo general es estandarizar los criterios para la evaluación y calificación del grado de la incapacidad laboral independientemente de su origen y naturaleza;

Estando a lo propuesto por la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública;

Con el visado de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, de la Oficina General de Asesoría Jurídica, de la Secretaría General y del Despacho Viceministerial de Salud Pública; y;



De conformidad con lo dispuesto en el Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, modificado por la Ley N° 30895, Ley que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud y por el Decreto Legislativo N° 1504, Decreto Legislativo que fortalece al Instituto Nacional de Salud para la prevención y control



Resolución Ministerial

Lima, 27... de Diciembre... del 2024.

de las enfermedades; y el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2017-SA, modificado mediante los Decretos Supremos N° 011-2017-SA y N° 032-2017-SA;

SE RESUELVE:

Artículo 1.- Aprobar la NTS N° 223 -MINS/DGIESP-2024, Norma Técnica de Salud que aprueba el Instrumento que establece los criterios para la evaluación y calificación del grado de incapacidad laboral, que como Anexo forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial y se publica en la sede digital del Ministerio de Salud.

Artículo 2.- Encargar a la Oficina de Transparencia y Anticorrupción de la Secretaría General la publicación de la presente Resolución Ministerial y su Anexo en la sede digital del Ministerio de Salud.

Regístrese, comuníquese y publíquese.



CÉSAR HENRY VÁSQUEZ SÁNCHEZ
Ministro de Salud



NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL
INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD
LABORAL





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -MINSA/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

1. FINALIDAD

Contribuir con la protección de las personas con incapacidad laboral para el pleno ejercicio de sus derechos.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Estandarizar los criterios para la evaluación y calificación del grado de la incapacidad laboral independientemente de su origen y naturaleza.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer una metodología estandarizada de evaluación y calificación de las deficiencias que generan incapacidad laboral.
- Establecer una metodología estandarizada de evaluación y calificación del rol laboral y restricción de la participación.
- Establecer una metodología estandarizada de calificación del menoscabo de la capacidad laboral.

3. AMBITO DE APLICACIÓN

La presente Norma Técnica de Salud es de aplicación obligatoria en todos los establecimientos de salud públicos a nivel nacional del Ministerio de Salud, de los Gobiernos Regionales, Gobiernos Locales, del Seguro Social de Salud-EsSalud, de las Sanidades de las Fuerzas Armadas y la Sanidad de la Policía Nacional del Perú, así como los establecimientos de salud de las Entidades Prestadoras de Salud privadas, que conforme al marco legal participan en el proceso de evaluación y calificación de la incapacidad laboral.

4. BASE LEGAL

- Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, y sus modificaciones.
- Ley N° 26842, Ley General de Salud, y sus modificaciones
- Ley N° 30895-Ley que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud.
- Decreto Ley N° 19990, Decreto Ley del Sistema Nacional de Pensiones de la Seguridad Social, y sus modificaciones
- Decreto Supremo N° 009-97-TR, que aprueba el Reglamento de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud.
- Decreto Supremo N° 003-98-SA, que aprueba las Normas Técnicas del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo y sus modificaciones.
- Decreto Supremo N° 166-2005-EF, que dicta medidas complementarias para la aplicación de la Ley N° 27023 referentes a la solicitud de pensión de invalidez y la presentación de certificado médico de ESSALUD.
- Decreto Supremo N° 030-2020-SA, que aprueba el Reglamento de Ley N° 30895, Ley que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial N° 478-2006-MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 003-MINSA/DGSP-V.01 "Aplicación técnica del Certificado Médico requerido para el otorgamiento de la pensión de invalidez. D.S N°166-2005-EF."
- Resolución Ministerial N° 826-2021-MINSA, que aprueba las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud".
- Resolución Ministerial N° 884-2024/MINSA que aprueba la NTS N° 220-MINSA/DGIESP-2024, Norma Técnica de Salud que establece el procedimiento de evaluación, calificación y certificación de la incapacidad laboral por accidente de trabajo o enfermedad profesional de los trabajadores asegurados al Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo (SCTR).





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

- Resolución Secretarial N°076-2024-MINSA que conforma la Unidad Funcional de Salud Ocupacional e Incapacidad Laboral de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, dependiente de la Dirección de Prevención y Control de Enfermedades, No Transmisibles, Raras y Huérfanas.

5. DISPOSICIONES GENERALES

5.1 DEFINICIONES OPERATIVAS

- 5.1.1 Autosuficiencia económica:** También llamado autoabastecimiento. Es el estado en que el abastecimiento bienes económicos únicamente depende de uno mismo; de modo que no se requiere ayuda, apoyo o interacción externa para la supervivencia.
- 5.1.2 Calificación:** Procedimiento médico mediante el cual se establece la pérdida de la capacidad productiva de una persona, relacionada al trabajo habitual y los impedimentos para realizar un trabajo compatible con sus labores. Este procedimiento tiene como objetivo la determinación del menoscabo de la incapacidad laboral.
- 5.1.3 Capacidad de ejecución:** Es la capacidad de hacer las cosas; proviene de la condición de los componentes físicos y mentales subyacentes y de la experiencia correspondiente.
- 5.1.4 Capacidad laboral:** Es el conjunto de las habilidades, destrezas, aptitudes o potencialidades de orden físico, mental y social de un individuo que le permiten desempeñarse en un trabajo habitual.
- 5.1.5 Carga de Adherencia terapéutica (CAT):** Índice que informa sobre el impacto que tienen la medicación, la dieta y los tratamientos indicados, así como los efectos secundarios, sobre las actividades de la vida diaria y que, por lo tanto, generan un grado de deficiencia. La Carga de Adherencia al Tratamiento se evalúa mediante un sistema de puntos que se convierte al porcentaje de la deficiencia. Los puntos se asignan con base en los siguientes criterios:
- Consumo de medicamentos, por medicamento, dependiendo de la vía de administración y la frecuencia.
 - Modificaciones en la dieta.
 - Frecuencia de los procedimientos realizados rutinariamente.
 - Historia de procedimientos quirúrgicos previos o radioterapia.
- El puntaje obtenido en cada unidad se convierte en porcentaje de deficiencia de acuerdo con la siguiente tabla.

Tabla 3. Deficiencia por Carga de Adherencia al Tratamiento (*)

Puntos totales	Deficiencia %	Puntos totales	Deficiencia %
0-1	0	26-30	6
2-5	1	31-35	7
6-10	2	36-40	8
11-15	3	41-45	9
16-20	4	46+	10
21-25	5		

(*) Adaptación del Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507. Ministerio de Trabajo. Colombia. 2014





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -MINSA/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

En las unidades donde se usa la CAT, los puntos de la deficiencia deben sumarse aritméticamente a la deficiencia final, o como se establezca en las respectivas tablas.

- 5.1.6 Clase funcional:** Refleja el estado de salud de la persona al momento de su evaluación médica, se constituye en base a la información brindada por el evaluado, los signos y síntomas, así como los resultados de los exámenes que miden la capacidad funcional y anatómica de un órgano o sistema, agrupándolos por su frecuencia e intensidad de los síntomas, respuesta al tratamiento y repercusión en el desarrollo de su vida cotidiana y laboral.
- 5.1.7 Deficiencia:** Son problemas en las funciones o estructuras corporales tales como una desviación significativa o una pérdida.
- 5.1.8 Dependencia:** Evento que ocurre cuando la capacidad funcional o intrínseca ha disminuido hasta un punto en que la persona ya no puede realizar las tareas básicas de la vida diaria por sí misma.
- 5.1.9 Evaluación:** Procedimiento médico por el cual se evalúa la capacidad anatómica y funcional relacionada a los signos y síntomas evidentes con el apoyo de exámenes complementarios para determinar el estado de salud, enfermedad o incapacidad que disminuya la capacidad física o intelectual.
- 5.1.10 Examen físico:** Proceso de examinar el cuerpo utilizando el sentido del tacto, para detectar la presencia o ausencia de masa o masas, presencia de dolor, temperatura, tono muscular y movimiento, y corroborar los datos obtenidos durante el interrogatorio e inspección. Incluye inspección, palpación, auscultación, percusión y medida de los signos vitales.
- 5.1.11 Factor principal (FP):** Es el criterio utilizado en la calificación de las deficiencias y que determina la clase funcional en cada tabla de calificación; es, por lo tanto, el criterio de mayor importancia y objetividad. El criterio para utilizar para este factor se encuentra previamente definido en cada una de las tablas de las distintas unidades, salvo algunas excepciones.
- 5.1.12 Factores moduladores (FM):** Son los criterios que pueden modificar el porcentaje del grado de severidad de una deficiencia dentro de una clase funcional predeterminada por el factor principal. Este factor modifica la severidad de la deficiencia dentro de la clase funcional.
- 5.1.13 Habitación:** Es la organización interna de información que dispone la persona a mostrar patrones recurrentes de comportamiento frente a situaciones ambientales conocidas.
- 5.1.14 Historia clínica:** Describe los antecedentes, la evolución y el estado actual de la patología que se está calificando; incluye los antecedentes pertinentes y los resultados de los diagnósticos, la carga de adherencia al tratamiento, (CAT) y los diferentes tratamientos de la(s) deficiencia(s). Para determinar la categoría, el evaluador debe determinar:
- Si los síntomas son consistentes con la condición en la cual está siendo evaluado. De lo contrario, su impacto, si lo hubiera, será evaluado por la herramienta de evaluación funcional; cuando sea relevante.
 - Si los síntomas son intermitentes, continuos o ambos.
 - La gravedad de estos síntomas.





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

- 5.1.15 Incapacidad laboral:** Disminución de la posibilidad o pérdida de la capacidad para desarrollar las actividades laborales habituales a consecuencia de una enfermedad o accidente.
- 5.1.16 Menoscabo de la capacidad laboral:** Es la pérdida de la capacidad laboral expresada en términos porcentuales. Refleja el impacto que las deficiencias, el rol laboral y restricción de la participación ocasionan sobre las actividades de la vida diaria y exigencias del trabajo.
- 5.1.17 Modelo humano de la ocupación (MOHO):** Modelo conceptual que concibe la ocupación humana como un amplio rango del hacer que ocurre en el contexto del tiempo, del espacio, de la sociedad y la cultura, y que se define como un modelo centrado en la persona y en la ocupación basado en la evidencia. El MOHO no categoriza las ocupaciones, si no que considera que es la propia persona la que otorga el sentido según sus experiencias y considera a los contextos como parte de la ocupación humana.
- 5.1.18 Ocupación:** Actividades de la vida nombradas, organizadas y que tienen un valor y significado para las personas de una determinada cultura. La ocupación es lo que hacen las personas en el desempeño de sus roles, incluyendo el cuidado de sí mismos, el disfrute de la vida y la contribución al desarrollo económico y social de sus comunidades. Representa las ocupaciones propias de cada etapa del ciclo vital.
- 5.1.19 Pruebas objetivas:** Hace referencia a los resultados de pruebas objetivas o estudios clínicos, por ejemplo: rayos x, tomografía computarizada (TAC), resonancia magnética (RNM), ecografía. Hallazgos que confirman o validan el diagnóstico y/o indican la gravedad de la condición en particular.
- 5.1.20 Restricción en la participación:** Hace referencia a los problemas que un individuo puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales, por ejemplo: comunicarse, autocuidado, relaciones interpersonales.
- 5.1.21 Restricciones laborales:** Son aquellas limitaciones legales o personales impuestas por la empresa debido a su actividad y/o gestión, de tal manera que ayudan a cumplir con la legislación, convenios, contratos o derechos adquiridos de los trabajadores en los distintos ámbitos de la planificación.
- 5.1.22 Rol laboral:** Se refiere a cómo llevar a cabo las tareas y acciones necesarias para ejecutar las actividades de un trabajo o empleo. Lo anterior de acuerdo con las actitudes y aptitudes de orden psico-cognitivo y físico de las personas, desarrolladas y acumuladas por los aprendizajes, los conocimientos, las destrezas, y las habilidades operativas, organizativas, estratégicas y resolutivas que se ponen en juego como capacidad productiva. Esta capacidad productiva se define y se mide en términos de desempeño en un determinado contexto laboral.
- 5.1.23 Trabajo habitual:** Aquel oficio o labor que desempeña la persona con su capacidad laboral, entrenamiento y/o formación técnica o profesional, recibiendo una remuneración.
- 5.1.24 Unidad:** Hace referencia a la división que se le hace a la presente norma técnica de salud con relación a la evaluación y calificación de las deficiencias de los aparatos y/o sistemas, para el mejor orden y más fácil comprensión de la materia.





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

5.1.25 Volición: Hace referencia a la motivación por el hacer.

5.2 ASPECTOS TÉCNICOS GENERALES

5.2.1. Estructura General

La Norma Técnica de Salud divide el procedimiento de Evaluación y Calificación del grado de la Incapacidad Laboral en tres etapas:

- Evaluación y calificación de las deficiencias
- Evaluación y calificación del rol laboral y la restricción participación.
- Calificación del menoscabo de la capacidad laboral

Tabla 1. Etapas del procedimiento de evaluación y calificación de incapacidad laboral.

Etapas 1 -EVALUACION Y CALIFICACIÓN DE LAS DEFICIENCIAS	Etapas 2 – EVALUACION Y CALIFICACIÓN DEL ROL LABORAL Y RESTRICCIÓN DE LA PARTICIPACIÓN
<p>Unidad I. Deficiencias por alteraciones debidas a neoplasias o cáncer.</p> <p>Unidad II. Deficiencias por alteraciones del sistema cardiovascular</p> <p>Unidad III. Deficiencias por alteraciones del sistema respiratorio.</p> <p>Unidad IV. Deficiencias por alteraciones del sistema digestivo.</p> <p>Unidad V. Deficiencias por alteraciones del sistema urinario y reproductor.</p> <p>Unidad VI. Deficiencias por alteraciones de la piel, faneras y daño estético.</p> <p>Unidad VII. Deficiencias por alteraciones del sistema hematopoyético.</p> <p>Unidad VIII. Deficiencias por alteraciones del sistema endocrino.</p> <p>Unidad IX. Deficiencias por alteraciones del sistema auditivo y vestibular.</p> <p>Unidad X. Deficiencias por alteraciones del olfato, del gusto, de</p>	<ul style="list-style-type: none">• Evaluación y calificación del Rol laboral: Análisis de Restricciones y Capacidades Laborales.• Evaluación y calificación de la restricción en la participación.• Calificación de la edad.





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

la voz, del habla y de las vías aéreas superiores. Unidad XI. Deficiencias por alteraciones del sistema visual. Unidad XII. Deficiencias por alteraciones del sistema nervioso central y periférico. Unidad XIII. Deficiencias por trastornos mentales y del comportamiento. Unidad XIV. Deficiencias por alteraciones de las extremidades superiores e inferiores. Unidad XV. Deficiencias por alteraciones de la columna vertebral y pelvis.	
Etapas 3: CALIFICACIÓN DEL MENOSCABO DE LA CAPACIDAD LABORAL= Calificación de las deficiencias + Calificación del rol laboral y restricción en la participación	

5.2.2 Principios de la evaluación de la incapacidad

5.2.2.1 Principio de la Integralidad: La Norma Técnica de Salud acoge el principio general de "integralidad" como soporte de la metodología para calificar las deficiencias en la capacidad laboral y participación, a través del Modelo Humano de la Ocupación (MOHO), el cual describe al ser humano desde tres componentes interrelacionados: volición, habituación y capacidad de ejecución.

Estos tres aspectos tienen en cuenta los componentes biológico, psíquico y social de las personas y permiten establecer y evaluar la manera como se relacionan con su ambiente.

5.2.2.2 Principio de la Ponderación: Para efectos de la calificación del menoscabo de la capacidad laboral, el resultado se distribuye porcentualmente de la siguiente manera: El rango de calificación oscila entre un mínimo de cero por ciento (0%) y un máximo de cien por ciento (100%), correspondiendo, cincuenta por ciento (50%) a la Calificación de las deficiencias y cincuenta por ciento (50%) a la Calificación del rol laboral y restricción en la participación.

Tabla 2. Ponderación

PONDERACIÓN	Calificación de las deficiencias	Calificación del rol laboral y restricción en la participación
	50%	50%





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

A efectos de una apropiada ponderación, en la presente norma técnica de salud, se acoge la "Fórmula de Balthazar" o "Fórmula de suma combinada", la cual se aplicará en la Calificación de las deficiencias. Se utiliza para determinar la deficiencia global en aquellas personas que presentan más de un daño en varios órganos o sistemas. Para su aplicación se tendrá en cuenta todas las secuelas de la deficiencia y los porcentajes de calificación de éstas.

- 5.3 La presente Norma Técnica de Salud se aplica una vez se haya determinado la contingencia, causa u origen que genera la incapacidad laboral, que puede ser laboral o común.
- 5.4 La presente Norma Técnica de Salud no es una guía de diagnóstico; es un instrumento de evaluación y calificación de la incapacidad laboral, es decir, determina el menoscabo de la capacidad laboral.
- 5.5 La presente Norma Técnica de Salud se aplica para los casos que solicitan por primera vez la evaluación y calificación de la incapacidad laboral; para las reevaluaciones de aquellos casos que fueron evaluados y calificados antes de la publicación de este documento normativo, se consideran los instrumentos y/o metodologías con los que el solicitante fue evaluado en un primer momento.

6 DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

6.1 METODOLOGÍA PARA LA EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DE LAS DEFICIENCIAS

6.1.1 Para la evaluación y calificación de las deficiencias se consideran las tablas de calificación que contienen los siguientes parámetros:

- a. **Clase funcional de deficiencia:** La tabla de calificación más amplia contiene cinco (5) clases (columnas), según lo aplicable en cada unidad; se numeran de 0 a 4 (algunas de 1 a 5). Sin embargo, hay algunas tablas con sólo tres (3) clases.
- b. **Porcentaje de deficiencia:** Los valores porcentuales asignados para cada clase de deficiencia oscilan entre 0% y 99%.
- c. **Criterios de deficiencia:**
 - Historia clínica (anamnesis)
 - Examen físico
 - Estudios clínicos o resultados de pruebas objetivas
 - Evaluación funcional





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
 NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
 EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

Tabla 3. Estructura global para la calificación de deficiencias.

CLASE FUNCIONAL DE DEFICIENCIA	Clase 0	Clase 1	Clase 2	Clase 3	Clase 4
PORCENTAJE DE DEFICIENCIA	0	Mínima %	Moderada %	Severa %	Muy severa %
GRADO DE SEVERIDAD (%)		ABCDE	ABCDE	ABCDE	ABCDE
Historia clínica (Anamnesis)	Sin síntomas en la actualidad y/o con síntomas intermitentes que no requieren tratamiento.	Síntomas controlados con tratamiento continuo o síntomas intermitentes leves pese a tratamiento continuo.	Síntomas constantes leves pese a tratamiento continuo o síntomas intermitentes moderados pese a tratamiento continuo.	Síntomas constantes moderados pese a tratamiento continuo o síntomas intermitentes severos pese a tratamiento continuo.	Síntomas constantes severos pese a tratamiento continuo o síntomas intermitentes muy severos pese a tratamiento continuo.
Examen físico	Sin signos de enfermedad en la actualidad.	Sin hallazgos físicos con tratamiento continuo o hallazgos físicos leves que ocurren de forma intermitente.	Hallazgos físicos leves de forma constante pese a tratamiento continuo o hallazgos físicos moderados que ocurren de forma intermitente.	Hallazgos físicos moderados que ocurren de forma constante pese a tratamiento continuo o hallazgos físicos severos que ocurren de forma intermitente.	Hallazgos físicos severos que ocurren de forma constante pese a tratamiento continuo o hallazgos físicos muy severos que ocurren de forma intermitente.
Estudios clínicos (Resultados de pruebas objetivas)	Normales en la actualidad	Consistentemente normales con tratamiento continuo o anomalidades leves e intermitentes	Anormalidades leves persistentes pese a tratamiento continuo o anomalidades moderadas intermitentes.	Anormalidades moderadas persistentes pese a tratamiento continuo o anomalidades severas intermitentes	Anormalidades severas persistentes pese a tratamiento continuo o anomalidades muy severas intermitentes.

Fuente: Adaptación del Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507 de 2014-Colombia

6.1.2 DETERMINACIÓN DEL GRADO EN UNA CLASE FUNCIONAL DE DEFICIENCIA

- El primer paso es la identificación, de acuerdo con la patología, diagnóstico o secuela, de la(s) deficiencia(s) que se van a calificar y, por lo tanto, la o las unidades procedentes.
- Una vez seleccionada la tabla apropiada; la clase será asignada por medio del factor principal.
- Asignada la clase (a través del factor principal), se asignará un valor predeterminado que será siempre el grado medio de cada clase o el valor único (valor entero). Si la clase tiene cinco grados (A B C D E) será "C"; si tiene tres grados (A B C) será "B".





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -MINSA/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

Ejemplo para determinar el grado en una clase funcional de deficiencia.

CLASE FUNCIONAL DE DEFICIENCIA	CLASE I					CLASE II					CLASE III					CLASE IV				
	1 al 5%					6 al 10%					11 al 15%					16 al 20%				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
RANGO DE DEFICIENCIA GLOBAL	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E
	↑ Predeterminado clase I					↑ Predeterminado clase II					↑ Predeterminado clase III					↑ Predeterminado clase IV				

- Posteriormente se identifican los factores moduladores, esto es, todos aquellos que no son factor principal, los cuales califican asignándoles un rango de deficiencia global porcentual a cada uno. Pueden existir hasta tres (3) factores moduladores que, para efectos de la fórmula de ajuste total, se denominarán FM1, FM2 y FM3.
- Los factores moduladores son los responsables de cambiar el grado en el rango de la clase predeterminada por el factor principal, haciendo que ésta se desplace hacia un grado mayor (a la derecha del valor predeterminado, es decir mayor valor), o hacia un grado menor (a la izquierda del valor predeterminado, es decir menor valor). En caso de no existir valor por el factor modulador, se tomará el valor asignado en la clase funcional de deficiencia seleccionada.
- Considerar la siguiente fórmula de Ajuste total de deficiencia, la cual se explica a continuación:

$$\text{Ajuste total de deficiencia} = ((CFM1 - CFP) + (CFM2 - CFP) + (CFM3 - CFP))$$

CFP : Clase asignada por el factor principal.

CFM1 : Clase asignada por el primer factor modulador.

CFM2 : Clase asignada por el segundo factor modulador.

CFM3 : Clase asignada por el tercer factor modulador.

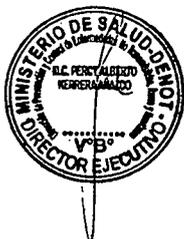
Ejemplo: Si la clase asignada al factor principal es tres (3), el CFP es 3. Si se determina que el primer factor modulador CFM1 es clase dos (2), el valor de CFM1 es 2. Si se determina que el segundo factor modulador CFM2 es clase tres (3), el valor de CFM2 es 3. Si se determina que el tercer factor modulador CFM3 es clase dos (2), el valor de CFM3 es 2.

AJUSTE TOTAL DE DEFICIENCIA

$$\begin{aligned} &= (CFM1 - CFP) + (CFM2 - CFP) + (CFM3 - CFP) \\ &= (2 - 3) + (3 - 3) + (2 - 3) \\ &= (-1) + (-0) + (-1) \\ &= -2 \end{aligned}$$

El resultado obtenido en la fórmula es el ajuste total de la deficiencia, de manera que los valores que se pueden obtener son: -2 o -1 o 0, 1 o 2, que significan los lugares a derecha o izquierda en que se desplaza el grado predeterminado.

Grado	A	B	C	D	E
Grado de ajuste desde C	-2	-1	0	1	2





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

Entonces, si a "C" se le asigna un valor de trece por ciento (13%), y el ajuste final es -2, el literal correspondiente al porcentaje de deficiencia es "A", que equivale a once por ciento (11%).

- La fórmula de "Ajuste total de deficiencia", se aplica con el número real de factores moduladores existentes en la tabla que se está utilizando, es decir, si tiene dos factores moduladores, tomará solamente CFM1 y CFM2. Si tiene un factor modulador, se tendrá en cuenta solo CFM1; para estos casos se eliminan de la fórmula el resto de factores moduladores.
- Cuando el factor principal corresponde a la clase cero (0) no se tendrán en cuenta los factores moduladores y el valor de deficiencia es cero (0). Si los resultados de la fórmula son valores positivos o negativos que superan el número de lugares a desplazar hacia la derecha o la izquierda, se dejará el máximo valor (derecha) o el mínimo (izquierda) dentro de la misma clase.

6.1.3 CALIFICACIÓN FINAL DE LA DEFICIENCIA

- La Calificación final de la deficiencia es el valor obtenido por la secuela calificable de cada una de las patologías de la persona; si tiene varias secuelas calificables de diferentes unidades, estas se combinan mediante la "Fórmula de Balthazar" o "Fórmula de suma combinada", que a continuación se describe:

$$\text{Deficiencia combinada: } A + \frac{(100-A) \times B}{100}$$

- Donde, A y B corresponden a las diferentes deficiencias, siendo A la de mayor valor y B la de menor valor. En caso de existir más de dos valores para combinar, se deberá seguir el siguiente procedimiento:
 - Ordenar todos los valores de deficiencia de mayor a menor.
 - El valor más alto será A y el siguiente valor B.
 - Calcular la combinación de valores según la fórmula.
 - El resultado será el nuevo A que se combinará con el siguiente valor de la lista, que será el nuevo B.
 - Estos pasos se repetirán tantas veces como valores a combinar surjan
- Una vez combinadas todas, la deficiencia del resultado final se debe ponderar al cincuenta por ciento (50%), es decir se debe multiplicar por cero punto cinco (0,5). De manera tal que si el valor final fue de ochenta por ciento (80%) se multiplica por cero punto cinco (0,5) obteniendo como resultado o Valor Final de la Deficiencia, treinta por ciento (30%).





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

controlado por el tratamiento efectuado, o el tumor fue extirpado en forma incompleta, entre otros.

- **Criterio 2. Estudios clínicos o resultados de pruebas objetivas (factor principal).** Los criterios usados son la clasificación por extensión TNM y la clasificación por estadios. Estos estadios son definidos por el oncólogo con base en el TNM propio de cada neoplasia o para los casos en que el cáncer no tenga un sistema de calificación definido, se tomará el que reporte el médico oncólogo evaluador.

En la clasificación por extensión TNM se evalúan las neoplasias según la profundidad de la invasión del cáncer, el compromiso de los ganglios linfáticos y las metástasis a distancia, para lo cual se deberá establecer el estadio de la patología de la persona con base en el concepto enviado por el oncólogo:

- T: Tumor primario (profundidad de la invasión del cáncer).
- N: Metástasis en ganglios linfáticos.
- M: Metástasis a distancia (enfermedad metastásica).
- Estadios del I al IV

La clasificación por estadios corresponde a la respuesta al tratamiento (radioterapia, quimioterapia y quirúrgicos entre otros) o cuando no existen posibilidades médicas de tratamiento ante la neoplasia.

La calificación se establece con base en el estadio de la patología de la persona, para lo cual se tomará como referencia las clasificaciones usadas en las tablas siguientes:

Tabla 1. Clasificación por extensión (TNM)

T: Tumor primario (profundidad de la invasión del cáncer)			
Tx	T0	Tis	T1, T2, T3, T4
No evaluable	Sin evidencia clínica de tumor primario	Invasión in situ	De acuerdo con el tamaño o extensión local del tumor primario
N: Ausencia o Presencia de Compromiso de Ganglios Linfáticos Regionales			
Nx		N0	N1, N2, N3
No evaluable		Sin metástasis en ganglios linfáticos	Según el compromiso regional de los nódulos linfáticos
M: Ausencia o Presencia de Metástasis a distancia (enfermedad metastásica)			
Mx		M0	M1
No evaluable		Sin evidencia de metástasis a distancia	Con existencia demostrada de metástasis

Tabla 2. Clasificación por estadios

Estadio	Carcinoma Oculto	I		II		III		IV
Tumor primitivo	Tx	T1		T2		T3	T4	Cualquier T
Metástasis en ganglios linfáticos	N0	N0	N1	N0	N2	N2		Cualquier N
Metástasis a distancia (enfermedad metastásica)	M0	M0		M0		M0		M1

Para determinar el estadio se deben evaluar previamente los tres criterios de extensión (T: Tumor primario, N: Metástasis en ganglios linfáticos, M: Metástasis a distancia). No obstante, la tabla anterior y debido a que la





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -MINS/DGIESP-2024
 NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
 EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

clasificación la realiza directamente el especialista y, teniendo en cuenta que cada tumor tiene un diferente TMN, se acogerá la clasificación emitida por el oncólogo del caso para la calificación.

B. PROCEDIMIENTO PARA LA CALIFICACIÓN DE LAS DEFICIENCIAS POR ALTERACIONES DEBIDAS A NEOPLASIAS O CÁNCER.

La metodología de calificación debe tomar en cuenta la identificación del factor principal y los factores moduladores, y aplicar los criterios establecidos en la siguiente tabla.

Tabla 3. Calificación de la deficiencia concerniente a las enfermedades neoplásicas

CLASE FUNCIONAL		CLASE 0	CLASE 1			CLASE 2			CLASE 3			CLASE 4		
PORCENTAJE DE DEFICIENCIA		0	2 al 10 %			11 al 29 %			30 al 64 %			65 al 85 %		
GRADO DE SEVERIDAD (%)		0	2	6	10	11	21	29	30	46	64	65	75	85
			A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C
Historia clínica (Factor modulador)	Síntomas y tratamiento	Normales en la actualidad	Después del tratamiento o la remisión espontánea presenta un período libre de enfermedad superior a dos años			Después del tratamiento o la remisión espontánea presenta un período libre de enfermedad inferior a dos años			Remisión clínica luego de recaída local o regional o a distancia (dos años)			Sin respuesta a los tratamientos instituidos o sin posibilidades de tratamiento. o Recidiva posterior a cirugía radical. El tratamiento es sólo sintomático, paliativo o ambos		
Estudios clínicos o resultados de pruebas objetivas (Factor Principal*)	Clasificación TNM	Sin síntomas en la actualidad	Estadio I o Tis (carcinomas "in situ")			Estadio II			Estadio III			Estadio IV: Evidencia de metástasis a distancia		

(*) Factor principal, Estos estadios son definidos por el oncólogo con base en el TNM propio de cada neoplasia o para los casos en que el cáncer no tenga un sistema de calificación definido se tomara el que reporte el médico oncólogo tratante.

Fuente: Adaptación del Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507 de 2014-Colombia

C. CONSIDERACIONES ESPECIALES

- En relación con la leucemia linfocítico y mieloide, es importante resaltar que tiene efectos sobre otros tipos de células sanguíneas y sobre otros órganos, por ello, se deberán diagnosticar las consecuencias hematológicas y la afectación de otros órganos, evaluar en las unidades correspondientes y combinar los valores con la calificación correspondiente al tipo de cáncer.
- Cáncer de pulmón: Se evaluará según los criterios de esta unidad y las secuelas funcionales con la tabla pertinente la unidad de deficiencias por patologías pulmonares, para después combinar los valores.





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

**6.1.4.2 UNIDAD II: DEFICIENCIAS POR ALTERACIONES DEL SISTEMA
CARDIOVASCULAR**

Esta unidad tiene como objetivo proveer los criterios para la evaluación y calificación de la deficiencia anatómica y funcional permanente del sistema cardiovascular, entendido éste como el sistema conformado por el corazón, sus arterias sistémicas y pulmonares, venas y vasos linfáticos.

Considera las siguientes patologías o grupos de patologías: enfermedad valvular del corazón, enfermedad coronaria, enfermedades congénitas del corazón, cardiomiopatías, enfermedad pericárdica, arritmias cardíacas, enfermedad cardiovascular hipertensiva, enfermedades de la aorta, enfermedad vascular periférica de extremidades superiores e inferiores y finalmente, hipertensión pulmonar.

Se han estandarizado las clases de deterioro funcional y cada entidad de enfermedad cardiovascular incluirá su propia tabla de calificación, manteniendo el formato estandarizado.

La Clasificación de insuficiencia cardíaca de la New York Heart Association (NYHA) se usa como referencia para determinar deterioro funcional.

El ecocardiograma de estrés también es una medida objetiva que podría utilizarse como alternativa, las pruebas de estrés se realizan preferentemente mediante ejercicio, pero cuando es necesario, se pueden emplear pruebas inducidas farmacológicamente.

**A. DEFINICIONES Y PRINCIPIOS DE EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN
DEFICIENCIAS POR ALTERACIONES DEL SISTEMA
CARDIOVASCULAR**

a. CRITERIOS GENERALES.

- **Daño en otros órganos por la enfermedad cardiovascular:** Las enfermedades del sistema cardiovascular pueden ser consecuencia de una enfermedad sistémica e igualmente pueden producir por sí mismas manifestaciones en otros órganos o sistemas; por ello, las manifestaciones clínicas en otros órganos o sistemas que son consecuencia de enfermedades cardiovasculares (sistema respiratorio, endocrino o hematopoyético) se evaluarán y combinarán con la deficiencia derivada del sistema cardiovascular.
- **Trasplante cardíaco:** Si una persona evaluada ha recibido un trasplante cardíaco, su valoración se realizará luego de seis (6) meses, con el fin de verificar si fue exitoso o no. Se deberá valorar las secuelas y la función cardíaca residual. Las deficiencias por los efectos del tratamiento inmunosupresor se califican según los criterios de las unidades correspondientes y se combinan con los obtenidos en esta unidad. Además, se debe adicionar la calificación por Carga de Adherencia al Tratamiento (CAT).



**b. CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DE LAS
DEFICIENCIAS POR ALTERACIONES DEL SISTEMA
CARDIOVASCULAR**

Los criterios para considerar en la evaluación y posterior calificación de la deficiencia derivada de las enfermedades cardiovasculares son la historia clínica, los hallazgos físicos y los resultados de pruebas objetivas:





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

- **Criterio 1. Historial clínico o Anamnesis (factor modulador):** Contiene los datos clínicos específicos para la evaluación y calificación; recolecta el curso clínico individual desde el diagnóstico, pasando por la evolución y los tratamientos relevantes, como indicadores de la cronicidad y severidad de cada una de las clases de daño. Este criterio describe los síntomas y su correlación con el tratamiento.
 - **Síntomas de enfermedad:** Se refiere a la información obtenida durante el interrogatorio a la persona evaluada sobre sus síntomas en términos de severidad, duración y progreso, así como los hallazgos clínicos que se evidencian durante el examen físico (datos registrados en la historia clínica por el médico tratante)
 - **Clasificación funcional de las enfermedades cardíacas:** Este criterio determina el grado de limitación originada en los signos y síntomas durante las actividades físicas, aplicando los criterios de la clasificación de la New York Heart Association (NYHA), que define cuatro clases de limitación:

Tabla 1. Clasificación funcional de las enfermedades cardíacas- New York Heart Association (NYHA).

CLASE	CONDICIÓN
I	Personas con enfermedad cardíaca pero que no presentan limitación para la actividad física; generalmente la actividad no causa fatiga, palpitaciones, disnea o dolor anginoso.
II	Personas con enfermedad cardíaca que presenta una pequeña limitación en la actividad física, sin síntomas en reposo y en el desarrollo de actividad física ligera; no obstante, el ejercicio físico pesado ocasiona fatiga, palpitaciones, disnea o dolor anginoso.
III	Personas con enfermedad cardíaca que presenta una marcada limitación en la actividad física, sin síntomas en reposo; el desarrollo de la actividad física cotidiana ocasiona fatiga, palpitaciones, disnea o dolor anginoso.
IV	Personas con enfermedad cardíaca que presentan inhabilidad para realizar cualquier actividad física por presentar síntomas al realizarla: inadecuado gasto cardíaco, congestión pulmonar, congestión cardíaca o presencia de síndrome anginoso, incluso en reposo; cualquier actividad física, por pequeña que sea, incrementa los síntomas.

- **Tratamiento:** Se refiere al tipo de intervención médica o quirúrgica que una persona ha recibido y la respuesta frente a los síntomas (no toma en cuenta el trasplante).
 - **Angina:** Dolor paroxístico en el tórax que a menudo irradia a brazos, especialmente al izquierdo, debido por lo general a la interferencia con el aporte de oxígeno al músculo cardíaco, y precipitado por la excitación y el esfuerzo.
 - **Edema:** Acumulación anormal de líquido en los espacios intercelulares del cuerpo.
 - **Edema cardíaco:** Manifestación de insuficiencia cardíaca congestiva por el aumento de la presión venosa y capilar; a menudo se asocia con retención de sodio por los riñones
- **Criterio 2. Hallazgos físicos (alteración anatómica) (factor modulador)** Se refiere a los signos encontrados en el examen físico; sirven como indicadores de la gravedad o severidad de una situación particular y deben ser corroborados por la historia clínica:
 - **Signos de enfermedad:** Se refiere a la manifestación objetiva o física de una alteración orgánica o de enfermedad, será un factor de diagnóstico.
 - **Auscultación y clasificación de falla cardíaca.**





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -MINS/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

- **Alteración anatómica:** Se refiere al daño en la estructura orgánica o su integridad anatómica, como la dilatación cardíaca o la anomalía aórtica, entre otras.
- **Hipertensión arterial:** Para efectos de la evaluación del deterioro por enfermedad hipertensiva en adultos, se deberá tener en cuenta la clasificación de la presión arterial en adultos de 18 años a más de la Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, tratamiento y control de la Enfermedad Hipertensiva del Ministerio de Salud.

Tabla 2. Clasificación de la presión arterial en adultos de 18 años a más

Categoría	Sistólica (mm Hg)	Diastólica (mm Hg)
Normal	<120	<80
Prehipertensión	120-139	80-89
Hipertensión	≥ 140	≥ 90
Estadio 1	140-159	90-99
Estadio 2	≥ 160	≥ 100

Fuente: Resolución Ministerial N° 031- 2015-Minsa, que aprueba Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, tratamiento y control de la Enfermedad Hipertensiva

- **Falla Cardíaca, también llamada falla cardíaca congestiva:** Es un síndrome que puede obedecer a diferentes etiologías y representa la incapacidad del corazón para suministrar el aporte normal de oxígeno y nutrientes a los diferentes órganos y tejidos del cuerpo y se manifiesta por un funcionamiento inadecuado al disminuir en forma progresiva el gasto cardíaco o el aumento exagerado de la presión al final del llenado ventricular.
- **Disnea:** Se define según escala de la clasificación del Medical Research Council (MCR), modificada por la American Thoracic Society (ATS).

Tabla 3 Escala modificada de disnea del Medical Research Council (mMRC)(*)

MAGNITUD	GRADO	CONDICIÓN
Nada	0	Sin disnea, excepto ejercicios extenuantes
Leve	1	Al caminar rápido en plano o subir pendiente leve.
Moderada	2	Tiene que caminar más lento o debe detenerse en caminatas en terreno plano
Severa	3	No puede caminar más de 100 metros sin detenerse por disnea
Muy severa	4	La disnea le impide salir de la casa. La presenta al vestirse o desvestirse.

* Clasificación del Medical Research Council (MCR), modificada por la American Thoracic Society (ATS).

- **Criterio 3. Estudios clínicos o resultados de pruebas objetivas (factor principal):**
 - **Prueba de esfuerzo o Test de ejercicio:** Cuantifica las limitaciones debidas a los síntomas, mediante la observación de la persona durante el ejercicio en la banda sin fin o la bicicleta. Los protocolos de evaluación relacionan el ejercicio con el gasto energético y la clase funcional; el gasto energético se expresa en términos de "METS"
 - **Función ventricular izquierda:** La función ventricular izquierda es un componente importante en la evaluación del deterioro de un individuo con





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

prácticamente cualquier forma de enfermedad cardíaca. Es importante reconocer que tanto la disfunción sistólica como la diastólica pueden provocar insuficiencia cardíaca. Tanto la disfunción sistólica como la diastólica pueden medirse y cuantificarse mediante ecocardiografía estándar. La fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) es una medida de la función sistólica, es el porcentaje de sangre contenida en el ventrículo al final de la diástole que se expulsa en sístole. La fracción de eyección (FE) se puede medir mediante ecocardiografía, angiografía con radio nucleótidos, tomografía computarizada y resonancia magnética. Se deberá utilizar la mejor prueba funcional disponible y accesible.

Tabla 4. Fracción de eyección de VI y compromiso cardiovascular.

FEVI (fracción de eyección de ventrículo izquierdo)	Compromiso
> 50%	Normal
41 a 50%	Leve
30 a 40%	Moderado
< 30%	Severo

B. PROCEDIMIENTO PARA LA CALIFICACIÓN DE LAS DEFICIENCIAS POR ALTERACIONES DEL SISTEMA CARDIOVASCULAR.

a. CONSIDERACIONES ESPECIALES DE LA METODOLOGÍA DE CALIFICACIÓN DE LAS DEFICIENCIAS POR ALTERACIONES DEL SISTEMA CARDIOVASCULAR

- Determine el tipo de patología según la clasificación de las tablas que aparecen en los siguientes apartados, a fin de elegir la tabla apropiada para la calificación.
- Una vez determinada la tabla, identifique el factor principal y los factores moduladores.
- El calificador debe tener en cuenta que, para esta unidad, el factor principal es el resultado de los estudios clínicos o pruebas objetivas, debido a que es posible medir la funcionalidad del sistema cardiovascular con estos métodos.
- La clasificación de la New York Heart Association (NYHA) se eligió como base para el criterio de historia de la enfermedad, debido a su simplicidad y consistencia.
- Cuando se presenta más de una alteración cardíaca en cuya valoración se aplican varias tablas, se deberá realizar combinación de valores.

C. TABLAS DE CALIFICACION DE LAS DEFICIENCIAS CARDIOVASCULARES POR PATOLOGÍAS.

a. CALIFICACIÓN DE LA DEFICIENCIA POR ENFERMEDAD VALVULAR CARDIACA

Las causas de las valvulopatías incluyen cambios calcificados o relacionados con la edad, enfermedad congénita, enfermedades reumáticas, endocarditis infecciosa, etc. La valvulopatía puede ser asintomática o producir signos o síntomas de insuficiencia cardíaca congestiva o arritmia. Puede producirse hipertrofia ventricular izquierda o derecha, dilatación o disfunción ventriculares.

La ecocardiografía Doppler es una herramienta eficaz y no invasiva para la evaluación de la valvulopatía cardíaca. La ecocardiografía Doppler estima los





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -MINSA/DGIESP-2024
 NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
 EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

gradientes valvulares para cuantificar la gravedad de la estenosis, permite realizar mediciones de la cámara cardíaca y también puede ayudar a cuantificar la regurgitación.

Tabla 5. Calificación de la deficiencia por Enfermedad Valvular Cardíaca.

CLASE FUNCIONAL DE DEFICIENCIA	CLASE 0	CLASE 1	CLASE 2	CLASE 3	CLASE 4
PORCENTAJE DE DEFICIENCIA	0	2 al 14 %	15 al 49 %	50 al 74 %	75 – 99 %
GRADO DE SEVERIDAD (%)	0	2 5 8 11 14 A B C D E	15 24 32 41 49 A B C D E	50 56 62 68 74 A B C D E	75 81 87 93 99 A B C D E
Historia clínica (factor modulador)	Asintomático y sin medicación	Sin tratamiento continuo, excepto antibiótico profilaxis. NYHA clase I	Cambios moderados en la dieta o uso de medicamentos para disminuir los síntomas de insuficiencia cardíaca, síncope o angina. NYHA clase II	Falla cardíaca o síntomas con medicación, síntomas de falla cardíaca moderados, o intermitentes severos NYHA clase III	Falla cardíaca y/u otros síntomas durante el reposo aún con medicación. Descompensación intermitente de los síntomas de falla cardíaca NYHA clase IV
Examen físico (factor modulador)	No anomalías en la auscultación.	Se identifican murmullos por estenosis o regurgitación	Se identifican murmullos por estenosis o regurgitación Signos de falla cardíaca leve	Se identifican murmullos por estenosis o regurgitación Signos de falla cardíaca moderada	Se identifican murmullos por estenosis o regurgitación Signos de falla cardíaca severa
Estudios clínicos (factor principal)	No disfunción o dilatación ventricular Evidencias de regurgitación o prolapso de válvula mitral leve por ecocardiograma.	No disfunción o dilatación ventricular Estenosis leve o regurgitación por ecocardiograma o METs (Bruce) ≥ 7	Disfunción o dilatación ventricular leve Estenosis moderada o regurgitación por ecocardiograma o METs (Bruce) < 7 a ≥ 5	Disfunción o dilatación ventricular moderada Estenosis moderada o severa o regurgitación por ecocardiograma o METs (Bruce) < 5 a ≥ 2	Disfunción o dilatación ventricular severa. o Estenosis moderada o severa o regurgitación por ecocardiograma o METs (Bruce) < 2
a. Si los tres (3) factores están calificados en la clase 4, el valor a asignar es 99%. b. Para elegir la clase deben tener en cuenta al menos uno de los criterios de estudios clínicos.					
<i>Fuente: Adaptación del Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507 de 2014- Colombia y AMA "Pautas para la Evaluación de Impedimentos Permanentes" ("Guidelines to the Evaluation of Permanent Impairment"), Quinta Edición</i>					



b. CALIFICACIÓN DE LA DEFICIENCIA POR ENFERMEDAD ARTERIAL CORONARIA

La enfermedad de las arterias coronarias es una afección cardíaca común. Los principales vasos sanguíneos que suministran sangre al corazón (arterias coronarias) tienen dificultad para enviar suficiente sangre, oxígeno y nutrientes a los músculos cardíacos. Los depósitos de colesterol (placas) en las arterias cardíacas y la inflamación suelen ser la causa de la enfermedad de las arterias coronarias.

El grado de arterioesclerosis variará desde irregularidades lumenales leves que causan deterioro hasta arterias coronarias muy estrechas que perjudican las





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
 NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
 EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

actividades diarias. Además, puede ocurrir ruptura de la placa, lo que resulta en un infarto agudo de miocardio con el consiguiente deterioro significativo del VI.

Las pruebas de esfuerzo, preferiblemente con técnicas de imagen cardíaca, sirven como base para evaluar el grado de daño y, por tanto, el deterioro debido a la enfermedad de las arterias coronarias. La función ventricular izquierda debe determinarse en estos individuos como base objetiva para la calificación del deterioro. La angiografía coronaria también se incluye en las tablas de clasificación de alteraciones, ya que permite la evaluación cuantitativa de la enfermedad aterosclerótica.

Tabla 6. Calificación de la deficiencia por Enfermedad Arterial Coronaria

CLASE FUNCIONAL DE DEFICIENCIA	CLASE 0	CLASE 1	CLASE 2	CLASE 3	CLASE 4
PORCENTAJE DE DEFICIENCIA	0	2 al 14 %	15 al 49 %	50 al 74 %	75 – 99 %
GRADO DE SEVERIDAD (%)		2 5 8 1 1 A B C D E	15 24 32 41 49 A B C D E	5 5 6 6 7 0 6 2 8 4 A B C D E	7 8 8 9 9 5 1 7 3 9 A B C D E
Historia clínica (factor modulador)	Asintomático	Historia equivoca de dolor en el pecho. NYHA clase I	Historia de infarto miocárdico documentado, angina con ejercicio. Requiere medicación para reducir los síntomas NYHA clase II	Historia de infarto miocárdico documentado, angina con ejercicio. Cambios significativos en actividades de la vida diaria para prevenir angina. NYHA clase III	Historia de infarto miocárdico documentado, angina al reposo. Cambios significativos en actividades de la vida diaria para prevenir angina y medicación para mantenerse con pocos síntomas al reposo. NYHA clase IV
Examen físico (factor modulador)	Examen físico normal	Examen físico normal	Examen físico normal con actividad física máxima	Signos de falla cardíaca con actividad moderada	Signos de falla cardíaca con actividad mínima
Estudios clínicos (factor principal)	Angiografía coronaria normal o Ecocardiograma normal	Angiografía coronaria: Irregularidades luminales (menor del 50% de estenosis) o Ecocardiograma normal o VO2 max: > 20	Disfunción ventricular leve o dilatación o Angiografía coronaria: Obstrucción fija ≥ 50% al 70% o METs: Mayor de 7 (puede ser omitido si no puede caminar) o VO2 max: 16 – 20 o Defecto reversible leve (< 25%) en la gammagrafía de perfusión miocárdica o en la ecografía de estrés.	La prueba de esfuerzo muestra cambios en el segmento ST de 1 a 2 mm. o Angiografía coronaria: obstrucción fija ≥ 70% o METs: <7 y ≥ 5 o VO2 max: 10 – 15 o Defecto reversible moderado (25 – 50%) en la gammagrafía de perfusión miocárdica o en la ecografía de estrés.	La prueba de esfuerzo muestra cambios en el segmento ST > 2mm o Angiografía coronaria: obstrucción fija ≥ 70% o METs (Bruce) < 5 o Defecto reversible severo (>50%) en la gammagrafía de perfusión miocárdica o en la ecografía de estrés.
a. Si los tres (3) factores están calificados en la clase 4, el valor a asignar es 99%.					
Fuente: Adaptación del Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507 de 2014-Colombia y AMA "Pautas para la Evaluación de Impedimentos Permanentes" ("Guidelines to the Evaluation of Permanent Impairment"), Quinta Edición					





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -MINS/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

c. CALIFICACIÓN DE LA DEFICIENCIA POR CARDIOMIOPATÍAS

Se refiere a problemas del músculo cardíaco que hacen que el corazón presente dificultades para bombear sangre. El medio estándar para cuantificar la miocardiopatía implica medir la función sistólica y diastólica izquierda, así como la función ventricular derecha mediante ecocardiografía. Las mediciones de BNP proporcionan evidencia objetiva adicional de falla cardíaca.

Entre algunos comportamientos o afecciones médicas que pueden provocar una miocardiopatía, se incluyen los siguientes:

- Presión arterial alta durante períodos largos
- Daño en el tejido del corazón como consecuencia de un ataque cardíaco
- Problemas de las válvulas cardíacas
- Infección por COVID-19
- Determinadas infecciones, en especial las que causan inflamación del corazón
- Trastornos metabólicos, como obesidad, enfermedad tiroidea o diabetes
- Complicaciones en el embarazo
- Acumulación de hierro en el músculo cardíaco (hemocromatosis)
- Formación de cúmulos de células inflamatorias (granulomas) en cualquier parte del cuerpo, como el corazón y los pulmones (sarcoidosis)
- Trastornos del tejido conectivo
- Consumo de alcohol en exceso durante muchos años
- Consumo de cocaína, anfetaminas o esteroides anabólicos
- Uso de algunos medicamentos de quimioterapia y radiación para tratar el cáncer

El deterioro debe evaluarse en el contexto del uso de medicamentos y la intervención quirúrgica.





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

Tabla 7. Calificación de la deficiencia por Cardiomiopatías

CLASE FUNCIONAL DE DEFICIENCIA	CLASE 0	CLASE 1	CLASE 2	CLASE 3	CLASE 4
PORCENTAJE DE DEFICIENCIA	0	2 al 14 %	15 al 49 %	50 al 74 %	75 – 99 %
GRADO DE SEVERIDAD (%)		2 5 8 1 1 A B C D E	1 2 3 4 4 5 4 2 1 9 A B C D E	5 5 6 6 7 0 6 2 8 4 A B C D E	7 8 8 9 9 5 1 7 3 9 A B C D E
Historia clínica (factor modulador)	Asintomático	Asintomático en tratamiento continuo o síntomas leves ocasionales de falla cardíaca durante el tratamiento NYHA clase I	Síntomas de falla cardíaca leves con tratamiento o síntomas moderados intermitentes de falla cardíaca con tratamiento NYHA clase II	Síntomas de falla cardíaca moderada con tratamiento o síntomas severos de falla cardíaca intermitentes con tratamiento NYHA clase III	Síntomas de falla cardíaca severos en reposo o descompensación de falla cardíaca intermitente con tratamiento NYHA clase IV
Examen físico (factor modulador)	Examen físico normal	Signos mínimos de falla cardíaca	Signos leves de falla cardíaca	Signos moderados de falla cardíaca	Signos severos de falla cardíaca
Estudios clínicos (factor principal)	Ecocardiograma normal o PNC (péptido natriurético cerebral) normal	Función ventrículo izquierdo (VI) incapacitante mínimamente; hipertrofia septal (menor de 1,1 cm) mínima o evidencia de enfermedad restrictiva mínima. o Al menos 1 de: VO2 max: > 20 METs ≥ 7 PNC normal	Función ventrículo izquierdo (VI) levemente incapacitante (fracción de eyección 41 -50%); hipertrofia septal leve (1,1 - 1,2 cm) o evidencia de restricción, leve disfunción diastólica en la ecocardiografía. o Al menos 1 de: VO2 max: 16 - 20 METs ≥ 7 PNC < 100	Función ventrículo izquierdo (VI) moderadamente incapacitante (fracción de eyección 30 -40%); hipertrofia septal moderada (1,3 -1,4 cm) con gradiente moderado o evidencia de restricción o disfunción diastólica moderada en la ecocardiografía. o Al menos 1 de: VO2 max: 10 - 15 METs < 7 y ≥ 5 PNC 100 – 500 o Persiste arritmia ventricular maligna a pesar de marcapasos.	Función ventrículo izquierdo (VI) severamente incapacitante (fracción de eyección menor de 30%) o hipertrofia septal moderada (mayor a 1,4 cm) con gradiente severo o evidencia de restricción o disfunción diastólica severa en la ecocardiografía o Al menos 1 de: VO2 max: < 10 METs < 5 PNC > 500 o Persiste arritmia ventricular maligna a pesar de marcapasos.
<p>a. Si los tres (3) factores están calificados en la clase 4, el valor a asignar es 99%.</p> <p>Fuente: Adaptación del Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507 de 2014-Colombia y AMA "Pautas para la Evaluación de Impedimentos Permanentes" ("Guidelines to the Evaluation of Permanent Impairment"), Quinta Edición</p>					





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

d. CALIFICACIÓN DE LA DEFICIENCIA POR ENFERMEDADES PERICARDICAS

La enfermedad pericárdica (del pericardio) afecta al pericardio, un saco flexible compuesto por dos capas, que envuelve el corazón. La inflamación del pericardio puede ocurrir debido a infección (mayormente viral); o puede ocurrir luego de una cirugía de revascularización coronaria o después de un infarto cardíaco (Síndrome de Dressler). Adicionalmente las enfermedades del tejido conectivo como el Lupus, pericarditis inducida por radiación y tumores, son causa poco frecuente de pericarditis.

CLASE FUNCIONAL DE DEFICIENCIA	CLASE 0	CLASE 1	CLASE 2	CLASE 3	CLASE 4
PORCENTAJE DE DEFICIENCIA	0	2 al 14 %	15 al 49 %	50 al 74 %	75 – 99 %
GRADO DE SEVERIDAD (%)		2 5 8 1 1 A B C D E	15 24 32 41 49 A B C D E	5 5 6 6 7 0 6 2 8 4 A B C D E	7 8 8 9 9 5 1 7 3 9 A B C D E
Historia clínica (factor modulador)	Asintomático	Asintomático con actividad ordinaria con AINES o terapia diurética o intermitente, o leve dolor precordial o falla cardíaca sin terapia NYHA clase I	Dolor precordial intermitente o falla cardíaca con AINES o terapia diurética. Sintomas con actividad moderada NYHA clase II	Dolor precordial o síntomas de falla cardíaca con actividad normal. Con AINES de largo término o terapia para la falla cardíaca NYHA clase III	Dolor precordial o síntomas de falla cardíaca en reposo aún con terapia AINES NYHA clase IV
Examen físico (factor modulador)	Examen físico normal	Signos mínimos de falla cardíaca	Signos leves de falla cardíaca	Signos de falla cardíaca moderada. Presencia de roce pericárdico	Signos de falla cardíaca severa. Presencia de roce pericárdico
Estudios clínicos (factor principal)	Ecocardiograma normal y/o VSG normal	Uno de los siguientes: Efusión pericárdica Pequeña. Evidencia de pericarditis en ECG VSG (menor de 30) mínimamente elevado. y: VO2 max: > 20 ó METs ≥ 7 ó PNC normal O Estatus postpericardiectomía o ventana quirúrgica pericárdica.	Uno de los siguientes: Efusión leve o evidencia de pericarditis constrictiva en ecocardiografía. ECG evidencia Pericarditis. VSG (30 - 50) levemente elevado, y: VO2 max: 16 - 20 ó METs ≥ 7 ó PNC < 100 O Estatus postpericardiectomía o ventana quirúrgica pericárdica.	Uno de los siguientes: Efusión moderada o evidencia de pericarditis constrictiva en ecocardiografía. ECG evidencia Pericarditis. VSG (51 - 70) moderadamente Elevado y: VO2 max: 10 – 15, ó METs < 7 y ≥ 5 ó PNC 100 – 500 ó Intento de cirugía fallido o sin respuesta a cirugía.	Uno de los siguientes: Efusión severa o evidencia de taponamiento o pericarditis constrictiva con disfunción del ventrículo izquierdo, severa en la ECG. ECG evidencia de Pericarditis. VSG (mayor de 71) significativamente elevado, y: VO2 max: < 10 ó METs < 5 ó PNC > 500 o Intento de cirugía fallido o sin respuesta a cirugía.
a. Si los tres (3) factores están calificados en la clase 4, el valor a asignar es 99%.					
Fuente: Adaptación del Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507 de 2014-Colombia y AMA "Pautas para la Evaluación de Impedimentos Permanentes" ("Guidelines to the Evaluation of Permanent Impairment"), Quinta Edición					

C. DIAZ V.





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -MINSA/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

e. CALIFICACIÓN DE LAS DEFICIENCIAS POR ARRITMIAS

Las arritmias cardíacas varían en severidad desde completamente benignas hasta peligrosas para la vida. El ecocardiograma y el holter continúan siendo las pruebas principales para evaluar a las personas afectadas por este diagnóstico. En general, las arritmias cardíacas son menos severas cuando ocurren en la ausencia de falla cardíaca orgánica que cuando hay presencia de falla estructural del corazón.

Los síntomas pueden limitarse a palpitaciones breves o pueden provocar un síncope potencialmente mortal. Lamentablemente, los síntomas también pueden ser vagos y limitarse a disnea, debilidad o fatiga.

El tratamiento de las arritmias ha avanzado significativamente en los últimos años. Muchos pacientes reciben un Desfibrilador automático implantable (DAI) después de un infarto de miocardio para prevenir la muerte súbita por arritmias cardíacas. La presencia de un DAI puede afectar específicamente a la discapacidad en determinadas ocupaciones (por ejemplo, soldadura).

Tabla 9. Calificación de las deficiencias por Arritmia

CLASE FUNCIONAL DE DEFICIENCIA	CLASE 0	CLASE 1					CLASE 2					CLASE 3					CLASE 4				
PORCENTAJE DE DEFICIENCIA	0	2 al 14 %					15 al 49 %					50 al 74 %					75 – 99 %				
GRADO DE SEVERIDAD (%)		2	5	8	1	1	1	2	3	4	4	5	5	6	6	7	7	8	8	9	9
		A	B	C	D	E	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E
Historia clínica (factor modulador)	Asintomático	Asintomático o palpitaciones ocasionales o episodio sincopal aislado. NYHA clase I					Asintomático durante las actividades diarias, palpitaciones o síncope aislado, pero requiere terapia farmacológica o marcapasos. NYHA clase II					Síntomas incluso con medicamentos, en terapia o marcapasos con actividad mínima o síntomas severos intermitentes. NYHA clase III					Síntomas aún con terapia en reposo, síncope recurrente. NYHA clase IV				
Examen físico (factor modulador)	Examen físico normal	Examen físico normal o extrasístoles ocasionales al auscultar.					RC arrítmicos, a menos que sea dependiente de marcapasos.					RC arrítmicos, a menos que sea dependiente de marcapasos.					RC arrítmicos, a menos que sea dependiente de marcapasos.				
Estudios clínicos (factor principal)	Ecocardiograma normal Contracciones auriculares prematuras (CAP) y contracciones ventriculares prematuras (CVP) ocasionales	ECG normal. EKG documenta arritmia. Holter no documenta más de 3 latidos ectópicos consecutivos o pausas mayores de 2 segundos. Frecuencia cardíaca auricular y ventricular 50 – 100 latidos Puede requerir medicación.					ECG anormal con defectos pequeños atrioseptal (DASa) o defecto ventricular septal (DVSa), leve estenosis valvular o regurgitación. ECG o Holter documentan arritmia maligna. y/o Marcapasos post ablación, o DAI.					ECG anormal con DASa o DVSa moderados; función del ventrículo izquierdo o derecho moderadamente incapacitante. Disfunción diastólica; agrandamiento moderado de cámaras, o estenosis o regurgitación valvular moderada. ECG o Holter documentan arritmia maligna. y/o Marcapasos post ablación, o DAI.					ECG anormal con DASa o DVSa grandes; función del ventrículo izquierdo o derecho severamente incapacitante; disfunción diastólica; agrandamiento severo de cámaras, o estenosis o regurgitación valvular severa. y/o ECG o Holter documentan arritmia maligna. y/o Marcapasos post ablación, o DAI.				
a. DAS: defecto atrioseptal - DVS: defecto ventricular septal - AICD: implante automático de cardiodesfibrilador. b. Si los tres (3) factores están calificados en la clase 4 el valor a asignar es del 99%. c. Factor principal. Para elegir la clase deben tener en cuenta al menos uno de los criterios de estudios clínicos y/o procedimiento.																					
Fuente: Adaptación del Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507 de 2014-Colombia y AMA "Pautas para la Evaluación de Impedimentos Permanentes" ("Guidelines to the Evaluation of Permanent Impairment"), Quinta Edición																					

C. DIAZ V.





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -MINSA/DGIESP-2024
 NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
 EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

f. CALIFICACIÓN DE LA DEFICIENCIA POR HIPERTENSIÓN ARTERIAL

La hipertensión arterial (HTA), o presión arterial elevada, es una enfermedad que se caracteriza por la elevación persistente de la presión arterial sistólica >140 mmHg y diastólica >90 mmHg; la cual conlleva al incremento del riesgo de enfermedades en diferentes órganos como el corazón, cerebro, riñón, y otros.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) menciona que el 20 al 40% de la población adulta padece de HTA, lo cual representa alrededor de 250 millones de personas en Las Américas. En el Perú, un estudio publicado en el 2021 mostró una prevalencia agregada de hipertensión de 22.0% (IC 95%: 20.0% - 25.0%; I2=99.2%), y una incidencia global de 4,2 (IC 95%: 2.0 – 6.4; I2=98.6%) por cada 100 personas-año.

El deterioro secundario a la hipertensión se basa en gran medida en la evidencia de daño a órganos terminales; sin embargo, la hipertensión exacerba de forma independiente la angina y puede contribuir a una disección aórtica. La hipertensión causa hipertrofia del VI que, si no se trata, en última instancia conduce a falla cardíaca diastólica y sistólica.

Si ha desarrollado una enfermedad cardiovascular, renal u otros sistemas debido a la hipertensión; Se deben utilizar y combinar otras tablas de deterioro apropiadas para estos sistemas para la evaluación final del deterioro.

Tabla 10. Calificación de la deficiencia por Hipertensión Arterial

CLASE FUNCIONAL DE DEFICIENCIA	CLASE 0	CLASE 1	CLASE 2	CLASE 3	CLASE 4
PORCENTAJE DE DEFICIENCIA	0	2 al 14 %	15 al 49 %	50 al 74 %	75 – 99 %
GRADO DE SEVERIDAD (%)		2 5 8 1 1 A B C D E	1 2 3 4 4 5 4 2 1 9	5 5 6 6 7 0 6 2 8 4	75 81 87 93 99 A B C D E
Historia clínica (FM)	Asintomático	Asintomático	Asintomático NYHA clase I	Asintomático o dolor precordial NYHA clase II	Asintomático o síntomas de falla cardíaca NYHA clase III o IV
Examen físico (FM)	Examen físico normal	Examen físico normal (incluido el fondo de ojo). PA normal, modificación de la dieta únicamente.	Examen físico normal ((incluido el fondo de ojo) PA normal con terapia de un solo medicamento o pre hipertensión sin terapia.	HTA grado I en terapia con múltiples drogas.	HTA grado II aún en terapia con múltiples drogas.
Estudios clínicos (factor principal)	Sin anomalías en los análisis y pruebas de laboratorio. y/o EKG normal	Sin anomalías en los análisis y pruebas de laboratorio. y/o EKG normal	Proteinuria y anomalías del sedimento urinario. y/o Hipertrofia Ventricular Izquierda (HVI) normal a borderline en ecografía.	Proteinuria y anomalías del sedimento urinario y, daño renal evidenciado por BUN anormal y, creatinina sérica anormal, depuración de creatinina: 20 a 50%. y/o Evidencia ecocardiográfica de Hipertrofia Ventricular Izquierda (HVI) moderada	Proteinuria y, anomalías del sedimento urinario y, daño renal evidenciado por BUN anormal y, creatinina sérica anormal, depuración de creatinina menor a 20% y/o Evidencia ecocardiográfica de Hipertrofia Ventricular Izquierda (HVI) severa, disfunción diastólica y/o signos de falla cardíaca.
a. Si los tres (3) factores están calificados en la clase 4, el valor a asignar es 99%.					

C. DIAZ V.

M.C. PERCY ALBERTO HERRERA RAMAZO
DIRECTOR EJECUTIVO



NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

Fuente: Adaptación del Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507 de 2014-Colombia y AMA "Pautas para la Evaluación de Impedimentos Permanentes" ("Guidelines to the Evaluation of Permanent Impairment"), Quinta Edición

g. CALIFICACIÓN DE LAS DEFICIENCIAS POR ENFERMEDADES VASCULARES QUE AFECTAN LAS EXTREMIDADES

La enfermedad vascular periférica que contribuye a daño permanente consiste en un daño u obstrucción en los vasos sanguíneos más alejados del corazón: las arterias y venas periféricas que transportan sangre hacia y desde los músculos de los brazos y las piernas y los órganos del abdomen o al cerebro, pudiendo no recibir la sangre necesaria para su funcionamiento normal.

La causa más común es la aterosclerosis, por la acumulación anormal de partículas lipoproteicas (LDL) y de tejido fibroso entre la capa íntima y muscular de la pared arterial, que provoca un estrechamiento de la luz del vaso. Con menos frecuencia, puede ser consecuencia de una inflamación de los vasos sanguíneos, traumatismos en los brazos o en las piernas, deformidad en la anatomía de los ligamentos o músculos, o la exposición a la radiación.

Si afecta a las venas, se denomina "enfermedad venosa periférica" (EVP) y si afecta a las arterias, se denomina "enfermedad arterial periférica" (EAP).

Tabla 11. Calificación de la deficiencia por Enfermedades Vasculares Miembros Superiores

CLASE FUNCIONAL DE DEFICIENCIA	CLASE 0	CLASE 1					CLASE 2					CLASE 3					CLASE 4				
PORCENTAJE DE DEFICIENCIA	0	2 al 14 %					15 al 49 %					50 al 74 %					75 – 99 %				
GRADO DE SEVERIDAD (%)		2	5	8	1	1	1	2	3	4	4	5	5	6	6	7	7	8	8	9	9
		A	B	C	D	E	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E
Historia clínica (factor modulador)	Claudicación intermitente no está presente o dolor en reposo, o edema transitorio. Sin restricciones en sus actividades	Claudicación intermitente presente cuando hay uso exigente de extremidades superiores o dolor con exposición al frío					Claudicación intermitente presente cuando hay uso leve de extremidades superiores. Edema leve.					Claudicación intermitente presente cuando hay uso moderado de extremidades superiores Edema moderado.					Claudicación intermitente severa y constante; dolor en reposo. Edema severo.				
Examen físico (factor modulador)	No hay hallazgos excepto pérdida de pulsos o pérdida mínima de tejido subcutáneo de puntas de dedos.	Daño vascular evidente Evidencia de enfermedad vascular persistente o úlcera curada o fenómeno de Raynaud con obstrucción fisiológica que responde incompletamente a cambio en estilos de vida o tratamiento médico					Daño vascular evidente por una amputación curada de dos o más dedos de una extremidad, con evidencia de enfermedad vascular persistente o ulceración superficial.					Daño vascular evidente con signos como amputación a nivel de la muñeca o más arriba o amputación de dos o más dedos de las dos extremidades, con evidencia de enfermedad vascular persistente o ulceración profunda o diseminada persistente de una					Daño vascular evidente por signos como amputación a nivel de las dos muñecas o amputación de todos los dedos, con evidencia de ulceración profunda o diseminada persistente que involucra las dos extremidades.				
Estudios clínicos (factor principal)	Calcificación arterial por radiografía	Índices dedo/braquial menor de 0,8 o temperaturas en dedos bajas, con señales de Doppler disminuidas que no se normalizan con calor					Estudio Doppler venoso o arterial de extremidad superior levemente anormal (excluye amputación)					Estudio Doppler venoso o arterial de extremidad superior moderadamente anormal (excluye amputación)					Estudio Doppler venoso o arterial de extremidad superior marcadamente anormal (excluye amputación).				

a. Si los tres (3) factores están calificados en la clase 4, el valor a asignar es 99%.

Fuente: Adaptación del Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507 de 2014-Colombia y AMA "Pautas para la Evaluación de Impedimentos Permanentes" ("Guidelines to the Evaluation of Permanent Impairment"), Quinta Edición





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -MINS/DGIESP-2024
 NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
 EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

Tabla 12. Calificación de grado de la deficiencia por Enfermedades Vasculares de Miembros Inferiores

CLASE FUNCIONAL DE DEFICIENCIA	CLASE 0	CLASE 1					CLASE 2					CLASE 3					CLASE 4				
PORCENTAJE DE DEFICIENCIA	0	2 al 14 %					15 al 49 %					50 al 74 %					75 – 99 %				
GRADO DE SEVERIDAD (%)		2	5	8	1	1	1	2	3	4	4	5	5	6	6	7	7	8	8	9	9
		A	B	C	D	E	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E
Historia clínica (factor modulador)	Claudicación intermitente no está presente o dolor en reposo, edema transitorio.	Claudicación intermitente por uso severo de las extremidades inferiores o edema persistente controlado con soportes elásticos.					Claudicación intermitente presente cuando hay uso moderado de extremidades inferiores (caminando 30 – 90 metros a paso promedio). Edema marcado que sólo se controla parcialmente con soporte elástico					Claudicación intermitente presente cuando hay uso leve de extremidades inferiores (menos de 30 metros). Edema marcado que no se controla con soporte elástico.					Severo y constante dolor en reposo. Edema marcado que no se controla con soporte elástico.				
Examen físico (factor modulador)	No hay hallazgos excepto pérdida de pulsos o pérdida mínima de tejido subcutáneo de puntas de dedos.	Daño vascular como muñón de dígito amputado indoloro y sanado. Úlcera sanada.					Daño vascular evidente por una amputación curada de dos o más dedos de una extremidad, con evidencia de enfermedad vascular persistente o ulceración superficial.					Daño vascular como amputación a la altura o más arriba del tobillo, o de dos o más dedos con evidencia de enfermedad vascular persistente esparcida o úlcera profunda involucrando una extremidad.					Daño vascular como amputación a la altura de los dos tobillos o más arriba de dos extremidades o amputación de todos los dígitos con evidencia de enfermedad vascular persistente o úlcera profunda que involucra las dos extremidades.				
Estudios clínicos (factor principal)	Normal	Normal					Ultrasonido venoso dúplex o arterial, o angiografía periférica que documentan Enfermedad Arterial Periférica leve					Ultrasonido venoso dúplex o arterial moderadamente anormal o angiografía periférica que documentan Enfermedad Arterial Periférica moderada.					Ultrasonido venoso dúplex o arterial severamente anormal o angiografía periférica que documentan Enfermedad Arterial Periférica severa.				

Si los tres (3) factores están calificados en la clase 4, el valor a asignar es 99%.

Fuente: Adaptación del Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507 de 2014- Colombia y AMA "Pautas para la Evaluación de Impedimentos Permanentes" ("Guidelines to the Evaluation of Permanent Impairment"), Quinta Edición





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -MINSA/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

6.1.4.3 UNIDAD III: DEFICIENCIAS POR ALTERACIONES DEL SISTEMA RESPIRATORIO

Esta unidad tiene como objetivo proveer los criterios para la evaluación y calificación del déficit anatómico y funcional permanente por trastornos de las vías respiratorias bajas.

Se consideran las enfermedades o grupos de patologías relacionadas con la mecánica ventilatoria, intercambio de gases y trastornos obstructivos del sueño. Las alteraciones de las vías aéreas superiores serán consideradas en la unidad de deficiencias por alteraciones en los órganos de los sentidos, garganta y estructuras relacionadas.

La evaluación pulmonar requiere de la evaluación clínica, medición de la función pulmonar, imágenes, análisis de los datos relevantes y luego comparación de esta información clínica con los criterios presentes en esta unidad para llegar a la calificación de la deficiencia.

A. DEFINICIONES Y PRINCIPIOS DE LA EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DE LAS DEFICIENCIAS POR ALTERACIONES DEL SISTEMA RESPIRATORIO

a. CRITERIOS GENERALES.

- La evaluación y calificación de la deficiencia se fundamentará en el resultado de pruebas funcionales objetivas, como la espirometría forzada, la capacidad de difusión del monóxido de carbono, la medida de la capacidad de ejercicio, imágenes y análisis de gases arteriales (AGA) complementada con criterios clínicos.
- Sólo serán objeto para calificación aquellas personas que presenten enfermedades crónicas consideradas no recuperables en cuanto a la función, con un curso clínico no inferior a doce (12) meses, contados desde el diagnóstico e inicio del tratamiento. No deben ser consideradas las alteraciones funcionales transitorias y reversibles.
- Las pruebas funcionales y de imágenes tendrán valor para la evaluación y calificación de la deficiencia respiratoria, sólo si se han efectuado cuando la persona se encuentra en una condición estable, alejada de un episodio agudo o exacerbado y siempre que se hayan agotado los recursos terapéuticos pertinentes y accesibles.
- Si la afección respiratoria forma parte de una entidad patológica con manifestaciones en otros órganos y sistemas, se combinarán los porcentajes de deficiencia correspondientes a todas las partes afectadas
- La Carga de Adherencia al Tratamiento (CAT) es un criterio para calificar en esta unidad. En las tablas de deficiencia se incluye la CAT, por lo que no se debe generar calificación adicional por este concepto, excepto en trasplante.
- Los criterios para la evaluación y calificación de personas que padecen enfermedades, que por sus características requieren ser consideradas de forma diferente al resto de la patología del aparato respiratorio, se contemplan en el apartado denominado "Criterios para la calificación de situaciones específicas".



C. DIAZ V.





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -MINS/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

b. CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DE LAS DEFICIENCIAS POR ALTERACIONES DEL SISTEMA RESPIRATORIO

- **Criterio 1. Historia de disnea como factor modulador:** Contiene los datos clínicos específicos para la evaluación y calificación; recolecta el curso clínico individual desde el diagnóstico, pasando por la evolución y los tratamientos relevantes, como indicadores de la cronicidad y severidad de cada una de las clases de daño. Este criterio describe los síntomas y su correlación con el tratamiento. La disnea debe ser valorada en el contexto de un correlato funcional razonable, pudiendo aplicarse escalas funcionales como el Test de la caminata de los 6 minutos.

Tabla 1. Escala modificada de disnea del Medical Research Council (mMRC)m(*)

MAGNITUD	GRADO	CONDICIÓN
Nada	0	Sin disnea, excepto ejercicios extenuantes
Leve	1	Al caminar rápido en plano o subir pendiente leve.
Moderada	2	Tiene que caminar más lento o debe detenerse en caminatas en terreno plano
Severa	3	No puede caminar más de 100 metros sin detenerse por disnea
Muy severa	4	La disnea le impide salir de la casa. La presenta al vestirse o desvestirse.

* Clasificación del Medical Research Council (MCR), modificada por la American Thoracic Society (ATS).

- **Criterio 2. Pruebas objetivas de función respiratoria como factor principal**
 - **Análisis de gases arteriales:** Son los mejores indicadores para enfermedad alveolar. La función principal de los pulmones es el intercambio gaseoso pulmonar que es medido por el análisis de gases arteriales que permite evaluar el nivel de O₂, CO₂ pH y HCO₃ que define por su alteración Insuficiencia Respiratoria con un nivel de PO₂<de 60mmHg y una PCO₂< de 50mmHg. Este nivel de alteración es producido por una enfermedad avanzada, pero existen niveles de deficiencias que no demuestra alteraciones del intercambio gaseoso, pero sí de los flujos y capacidades pulmonares. Es necesario considerar que los resultados normales de la oximetría de pulso (SpO₂: porcentaje de saturación de oxígeno en sangre arterial) se modifican por efecto de la altitud sobre el nivel del mar, por lo que en altura los porcentajes de saturación de oxihemoglobina (SpO₂) son menores y deben ser considerados como normales, tal como se puede observar en la siguiente tabla:

C. DIAZ V.



NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

Tabla 2. Saturación de oxígeno sanguíneo y altura sobre el nivel del mar

Altura en metros sobre nivel del mar	PA O2	Pa O2	%Hb O2	Pv O2	Pa CO2
0	100	90	96	37	40
1000	87	72	95	37	40
2000	72	65	92	36	39.5
3000	57	53	87	34	38
4000	48	42	82	30	35
5000	40	38	75	25	33
6000	34	33	66	21	30
	mmHg	mmHg		mmHg	mmHg

PA: Presión parcial alveolar. Pa: Presión parcial arterial, Pv: Presión parcial venosa, %Hb O2: Porcentaje de saturación

- **Pruebas de función pulmonar:** Se deberá utilizar la mejor prueba funcional disponible y accesible.
- o **Espirometría forzada:** Para efectos de evaluación y calificación de las deficiencias respiratorias se utilizan la capacidad vital forzada (CVF), el volumen espiratorio forzado en el primer segundo (VEF1) y el producto de las anteriores (VEF1/CV).
- o **Medición de la difusión de monóxido de carbono (Dicosb):** Es una prueba funcional estandarizada para determinar la capacidad de difusión del monóxido de carbono del pulmón, es la principal prueba para la evaluación del intercambio de gases a nivel de membrana alveolo-arterial y aún se mantiene vigente el método descrito por OGILVIE a respiración única, el mismo que utiliza un gas trazados para determinar tanto el volumen alveolar como la concentración de monóxido de carbono alveolar al inicio del tiempo de apnea. Los equipos deben ser ajustados al espacio muerto del mismo y el nivel de altitud sobre el nivel del mar en el que se encuentran. Un valor disminuido del Dicosb se puede observar en las principales enfermedades pulmonares crónicas que afectan la membrana alveolo-arterial como son la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y la enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID). Los valores del Dicosb se correlacionan directamente con el grado de severidad de enfisema, inflamación o fibrosis.
- o **Test de esfuerzo cardiopulmonar-Ergoespirometría (CPET)/Dinámica:** En el contexto de estudio de la disnea, la que puede ser originada por enfermedades que afectan el corazón, los pulmones, la circulación o concentración de hemoglobina provocarán una respuesta anormal al ejercicio. La CPET puede ser útil para evaluar la causa de la disnea que de otro modo no se puede determinar en reposo. La medición simultánea del consumo de oxígeno, la producción del dióxido de carbono (CO2), la ventilación por minuto y la frecuencia cardíaca permite determinar si la limitación de la capacidad del ejercicio se debe a deficiencias cardíacas, pulmonares, vasculares periféricas o coexistentes. La capacidad del ejercicio se mide mediante el consumo de oxígeno (VO2) en milímetros por kilogramo multiplicado por minutos (ml/kg/min) o equivalentes metabólicos (MET), una unidad de energía gastada equivalente a 3.5ml (kg min) de consumo de oxígeno. Es





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

necesario precisar que el alto equipamiento tecnológico y médico requerido por el CPET hace de esta prueba poco accesible y reservada para situaciones puntuales como disnea que no es compatible con los resultados de los estudios estáticos, además de comorbilidades cardíacas u otros factores que limitan el ejercicio.

Clasificación Internacional de Radiografía de Neumoconiosis de la Organización Internacional de Trabajo: Las alteraciones radiológicas son indispensables para el diagnóstico de la Neumoconiosis silicótica. La lectura se realiza de acuerdo con la Clasificación Internacional de Radiografía de Neumoconiosis de la OIT teniendo como referencia un conjunto de imágenes estándar por categoría de profusión de pequeñas opacidades. En la silicosis se observa un infiltrado nodular o micronodular difuso, bilateral a predominio de lóbulos superiores en particular en el estadio inicial de la enfermedad. Así mismo como linfadenopatía mediastínica o hilar a veces calcificada. La edición revisada del 2022 de la Clasificación Internacional de Radiografía de Neumoconiosis de la OIT, hace la transición de la clasificación de la OIT al uso de un nuevo conjunto de imágenes estándar de radiografías adquiridas digitalmente. Este nuevo conjunto de imágenes digitales reemplazará el conjunto anterior de imágenes estándar analógicas digitalizadas utilizadas en la edición del 2011. Las imágenes en formato DICOM (Digital Imaging and Communications in Medicine), específico para imágenes digitales médicas se visualizan con una aplicación o software para lectura de imágenes médicas o visor para formato DICOM. La radiografía digital ofrece una calidad de imagen superior con más cantidad de detalle, pero que, en última instancia, pueden generar mayor incertidumbre en el médico que informa en la radiografía cuando se busca en ella alteraciones sutiles como las generadas por la silicosis inicial. Existe por tanto una tendencia a sobre diagnosticar opacidades nodulares intersticiales en la radiografía de tórax con técnica digital.

B. PROCEDIMIENTO PARA LA CALIFICACIÓN DE LAS DEFICIENCIAS POR ALTERACIONES DEL SISTEMA RESPIRATORIO

a. CONSIDERACIONES ESPECIALES DE LA METODOLOGÍA DE CALIFICACIÓN

- Determine el tipo de patología según la clasificación de las tablas que aparecerán en los siguientes apartados, a fin de elegir la tabla apropiada para la calificación.
- Una vez determinada la tabla, identifique el factor principal y los factores moduladores.
- El calificador debe tener en cuenta que, para esta unidad, el factor principal es el resultado de los estudios clínicos o pruebas objetivas.





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -MINS/DGIESP-2024
 NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
 EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

**C. TABLAS DE CALIFICACION DE LAS DEFICIENCIAS POR
 ALTERACIONES DEL SISTEMA RESPIRATORIO**
**a. CALIFICACIÓN DE LA DEFICIENCIA POR DISFUNCIÓN
 PULMONAR**

Tabla 3. Calificación de la deficiencia por disfunción pulmonar

CLASE FUNCIONAL DE DEFICIENCIA	CLASE 0	CLASE 1	CLASE 2	CLASE 3	CLASE 4
PORCENTAJE DE DEFICIENCIA	0	2 al 14 %	15 al 49 %	50 al 74 %	75 – 99 %
GRADO DE SEVERIDAD (%)		2 5 8 1 1 A B C D E	1 2 3 4 4 5 4 2 1 9 A B C D E	5 5 6 6 7 0 6 2 8 4 A B C D E	7 8 8 9 9 5 1 7 3 9 A B C D E
Historia clínica (factor modulador)	No síntomas actuales	Disnea grado I	Disnea grado II	Disnea grado III	Disnea grado IV
Examen físico (factor modulador)	No síntomas de enfermedad.	Hallazgos físicos leves intermitentes.	Hallazgos físicos leves constantes a pesar del tratamiento continuo.	Hallazgos físicos moderados constantes a pesar del tratamiento continuo.	Hallazgos físicos severos constantes a pesar del tratamiento continuo.
Estudios clínicos (factor principal)	<p>Imágenes normales más CVF ≥ 80% del valor esperado Y</p> <p>VEF1 ≥ 80% del valor esperado o</p> <p>DLco >75% del valor esperado o</p> <p>VO2 max >25ml/kg/min o</p> <p>>7.1 METs</p>	<p>Imágenes normales, puede haber evidencia de cicatrices o enfermedad inactiva. Más CVF entre 70% y 79% del valor esperado o</p> <p>VEF1 entre 65% y 79% del valor esperado o</p> <p>DLco Entre 65% y 74% del valor esperado. o</p> <p>VO2 max 22-25ml/kg/min o</p> <p>6.1 – 7.1 METs</p>	<p>Imágenes con ciertos grados de alteraciones. Más CVF entre 60% y 69% del valor esperado o</p> <p>VEF1 entre 64% y 55% del valor esperado o</p> <p>DLco Entre 55% y 64% del valor esperado. o</p> <p>VO2 max 18-21ml/kg/min o</p> <p>5.1 – 6 METs</p>	<p>Imágenes por lo general presentan alteraciones pulmonares. Más CVF entre 50% y 59% del del valor esperado o</p> <p>VEF1 entre 45% y 54% del valor esperado o</p> <p>DLco Entre 45% y 54% del valor esperado. o</p> <p>VO2 max 15-17ml/kg/min o</p> <p>4.3 – 5 METs</p>	<p>Imágenes usualmente presentan alteraciones. Más CVF menor del 50% del valor esperado o</p> <p>VEF1 menor del 45% del valor esperado o</p> <p>DLco Menor del 45% d del valor esperado y/o</p> <p>VO2 max <15ml/kg/min o</p> <p>< 4.3 METs</p>
<p>CFV: Capacidad vital forzada. VEF1: Volumen espiratorio forzado al primer segundo. DLco: Difusión de monóxido de carbono. Vo2Max. Consumo máximo de oxígeno. METs: Equivalente metabólico.</p> <p>Fuente: Adaptación del Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507 de 2014-Colombia, AMA "Pautas para la Evaluación de Impedimentos Permanentes" ("Guidelines to the Evaluation of Permanent Impairment"), Quinta Edición y Real Decreto 888/2022, de 18 de octubre, por el que se establece el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad-España</p>					



**b. CALIFICACIÓN DE LA DEFICIENCIA POR PATOLOGÍAS
 OBSTRUCTIVAS BRONQUIALES**

Se incluye en este acápite, el asma bronquial, EPOC y bronquiectasias. Sólo debe considerarse como portadores de una deficiencia, a quienes presentan crisis persistentes o síntomas permanentes que impiden la actividad diurna o el sueño nocturno, habiéndose agotado los protocolos terapéuticos vigentes al momento de la valoración. Se deberá hacer la evaluación definitiva





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

después de un año de observación con tratamiento bien llevado. Los criterios para la calificación son:

- **Criterio 1. Parámetros clínicos (factor modulador):** la frecuencia de las crisis de broncoespasmo y la necesidad de medicación.
- **Criterio 2. Resultado de pruebas objetivas (factor principal):** VEF1 máximo postbroncodilatador porcentaje del predicho, predictivo o esperado.

Tabla 4. Calificación de la deficiencia por patologías obstructivas bronquiales.

CLASE FUNCIONAL DE DEFICIENCIA	CLASE 0	CLASE 1					CLASE 2					CLASE 3					CLASE 4				
PORCENTAJE DE DEFICIENCIA	0	1 al 20 %					21 al 40 %					41 al 60 %					61 – 80 %				
GRADO DE SEVERIDAD (%)		1	5	1	1	2	2	2	3	3	4	4	4	5	5	6	6	6	7	7	8
		A	B	C	D	E	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E
		(Mínimo)					(Leve)					(Moderado)					(Severo)				
Parámetros clínicos- Requerimiento terapéutico (Factor modulador)	No requiere medicamentos	Uso ocasional de broncodilatador. (no diario)					Inhalación diaria de dosis baja de esteroides corresponde (<500 mcg por día de beclometasona o equivalente)					Dosis diaria media o alta (500-1000 mcg por día) de esteroide inhalado si corresponde y/o Periodos cortos de esteroides sistémicos si corresponde y un broncodilatador de efecto prolongado. y/o Uso diario de esteroides sistémicos inhalados si corresponde y uso diario de broncodilatadores máximos					Asma o EPOC no Controlada con tratamiento o requerimiento de oxígeno domiciliario				
Parámetros clínicos-Disnea (EPOC) (Factor modulador)	No síntomas actuales	Disnea grado I					Disnea grado II					Disnea grado III					Disnea grado IV				
Parámetros clínicos- Frecuencia de Síntomas(Asma) (Factor modulador)	No síntomas actuales	Síntomas leves o intermitentes menores de una vez por mes					Síntomas persistentes leves, mayores de una vez por mes, pero menores de una vez por semana.					Síntomas persistentes moderados, mayores de una vez por semana, pero menores de una vez por día					Síntomas persistentes graves de ocurrencia diaria. Asma nocturna frecuente, sueño y actividad alterados.				
Estudios clínicos (VEF1 máximo Postbroncodilatador) Factor Principal	>80% del valor esperado	70%-80% del valor esperado					60%- 69% del valor esperado					50%-59% del valor esperado					<50% del valor esperado				
EPOC: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, VEF1: Volumen espiratorio forzado al primer segundo																					
Fuente: Adaptación del Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507 de 2014-Colombia , AMA "Pautas para la Evaluación de Impedimentos Permanentes" ("Guidelines to the Evaluation of Permanent Impairment"), Quinta Edición y Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los Trabajadores afiliados al nuevo sistema previsional-Sexta Edición-Chile																					

C. DIAZ V.

M.C. PERCY ALBERTO HERRERA ALVARO
 DIRECTOR EJECUTIVO



NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -MINSA/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

c. CALIFICACIÓN DE LA DEFICIENCIA EN ENFERMEDADES OCUPACIONALES: NEUMOCONIOSIS

- La configuración del diagnóstico de neumoconiosis ocupacional está basada en los antecedentes significativo de exposición laboral al polvo de sílice libre respirable y la lectura de radiografía de tórax que muestra una profusión de pequeñas opacidades de Categoría 1. Asimismo, la forma y la localización de las pequeñas opacidades permiten diferenciar las principales neumoconiosis fibrogénicas producidas por partículas de polvo inorgánico: la silicosis (profusión predominantemente de lóbulos superiores) y la asbestosis (predominantemente de lóbulos inferiores).
- El compromiso anatómico expresado en la radiografía pulmonar establece básicamente el diagnóstico de neumoconiosis, pero no expresa la deficiencia respiratoria.
- El criterio para establecer el porcentaje de deficiencia respiratoria por la neumoconiosis ocupacional como en cualquier patología se basa fundamentalmente en el compromiso funcional respiratorio: el grado de disnea y las pruebas funcionales respiratorias. Es por ello que para calificar la neumoconiosis se debe aplicar la *Tabla 3. Calificación de la deficiencia por disfunción pulmonar*

d. CALIFICACIÓN DE LA DEFICIENCIA EN SITUACIONES ESPECÍFICAS

- **Enfermedades pulmonares intersticiales.** Las enfermedades pulmonares intersticiales son un grupo heterogéneo de patologías caracterizadas por el compromiso difuso del tejido pulmonar, en su mayoría con importante morbimortalidad asociada, La calificación debe realizarse utilizando los parámetros establecidos en la *Calificación de la deficiencia por disfunción pulmonar*.
- **Tuberculosis MDR y XDR:** Sin posibilidades ciertas de tratamiento curativo, se deberá asignar una incapacidad de naturaleza temporal.
- **Cáncer pulmonar:** Las personas con cáncer pulmonar deberán calificarse bajo los criterios del Unidad de cáncer, mientras que el compromiso pulmonar se evaluará con la *Tabla de calificación de la deficiencia por disfunción pulmonar*, a fin de combinar los valores obtenido.
- **Alteraciones circulatorias pulmonares (embolismo pulmonar e hipertensión arterial pulmonar):** Las alteraciones de la circulación pulmonar pueden causar deficiencia respiratoria. Se califican con los parámetros de la *Tabla de calificación de la deficiencia por disfunción pulmonar*. El porcentaje de deficiencia producido por esta disfunción deberá combinarse con el originado por la insuficiencia cardíaca derecha o hipertensión pulmonar, en aquellas personas que la presenten.
- **Trasplante de pulmón:** Se valora doce (12) meses después del procedimiento quirúrgico, con base en el estado funcional de la persona, mediante *Tabla de calificación de la deficiencia por disfunción pulmonar*. Se debe evaluar la Carga de Adherencia al Tratamiento (CAT) de acuerdo con los criterios establecidos y sumar aritméticamente la deficiencia por CAT con la deficiencia global por alteraciones pulmonares. Si se presentan secuelas por el tratamiento recibido, éstas se evaluarán en los Unidades respectivos, dependiendo del tipo de deficiencia y se procederá a combinar los valores obtenidos.

C. DIAZ V.

MINISTERIO DE SALUD
M.C. PERCY ALBERTO HERRERA BAZZO
DIRECTOR EJECUTIVO



NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -MINS/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

6.1.4.4 UNIDAD IV: DEFICIENCIAS POR ALTERACIONES DEL SISTEMA DIGESTIVO

Esta unidad proporciona criterios para evaluar y calificar las deficiencias permanentes de las enfermedades del tracto digestivo superior (boca, garganta, esófago, estómago y duodeno, intestino delgado y páncreas), colon, recto y ano, fístulas entero-cutáneas, hígado, tracto biliar y hernias; éstas deben estar clínicamente establecidas o determinadas por deficiencias en la ingestión, el transporte y la asimilación de los alimentos, así como en la nutrición, el metabolismo y la excreción de productos de desecho.

Así mismo, en esta unidad se consideran los efectos de la disfunción de la articulación temporo-maxilar o de otra parte de la boca, excluyéndose las siguientes condiciones: cánceres o neoplasias del sistema digestivo, alteraciones de la voz y el habla, las alteraciones de las vías respiratorias altas.

A. DEFINICIONES Y PRINCIPIOS DE LA EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DE LAS DEFICIENCIAS POR ALTERACIONES DEL SISTEMA DIGESTIVO

a. CRITERIOS GENERALES.

- Para aumentar la confiabilidad de la evaluación de la deficiencia gastrointestinal y permitir valoraciones comparables con la disfunción de otros órganos o sistemas, se deberá asignar el mismo valor de deficiencia para los intestinos delgado y grueso porque impactan de forma similar sobre la persona, según la gravedad de la enfermedad o lesión.
- Las deficiencias por alteraciones del hígado se combinarán con las deficiencias por enfermedades primarias de otros órganos del sistema digestivo.
- Algunos trastornos digestivos pueden producir deficiencias nutricionales, alteraciones neurológicas, hematológicas, cardiovasculares, inmunológicas, endocrinas, cutáneas, oftalmológicas y locomotoras. Estas deficiencias deben ser valoradas por separado en sus unidades respectivas, para luego aplicar la fórmula de valores combinados en conjunto con la o las deficiencias del sistema digestivo.
- Se deberán adicionar puntos porcentuales por la Carga de Adherencia al Tratamiento - CAT relacionada con el régimen nutricional.

b. CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DE LAS DEFICIENCIAS POR ALTERACIONES DEL SISTEMA DIGESTIVO

Son tres (3) los criterios a considerar en la evaluación de la deficiencia derivada de las enfermedades del tracto digestivo (el historial clínico, los hallazgos físicos y las pruebas objetivas):

- **Criterio 1. Signos y síntomas de la enfermedad (Anamnesis):**
 - Generalmente las alteraciones del esófago se manifiestan por disfagia, pirosis, epigastralgia, reflujo, agrieras, sangrado gastrointestinal y pérdida de peso.
 - Las alteraciones del estómago y el duodeno suelen presentar síntomas o signos como náuseas, epigastralgia, sangrado, vómito ocasional o permanente (síndrome pilórico); en casos ocasionales, la obstrucción duodenal se manifiesta con vómito y dolor. Otros signos pueden ser diarrea crónica, con o sin malabsorción, con o sin esteatorrea y sangrado.
 - Las alteraciones del intestino delgado se manifiestan con dolor abdominal, diarrea crónica (más de cuatro semanas), con o sin malabsorción, con o sin





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

- esteatorrea, sangrado en forma de melenas o rectorragia o hematoquesis, distensión abdominal y otros signos clínicos generales como anorexia, pérdida de peso, malestar general, adinamia, entre otros; además hay manifestaciones extraintestinales, como alteraciones de la piel, de las mucosas (glositis) o del sistema nervioso (por carencia de vitaminas o minerales).
- Las manifestaciones de las alteraciones pancreáticas dependen de la patología subyacente. En casos de pancreatitis crónica, con o sin pérdida progresiva e irreversible de las funciones exocrina y endocrina, puede presentarse dolor abdominal crónico, sitofobia (temor a comer), diarrea crónica con o sin malabsorción, pérdida de peso, anorexia y diabetes mellitus secundaria. Estas últimas condiciones deben ser valoradas en las tablas específicas y luego aplicar la fórmula o tabla de valores combinados de deficiencias.
 - En las alteraciones hepatobiliares se presenta dolor, náusea, vómito, anorexia, infección por inmunosupresión, ictericia y prurito. En las complicaciones por enfermedad avanzada del hígado se presentan edema generalizado, ascitis, hipertensión portal, varices esofágicas con o sin hemorragia, disturbios metabólicos, encefalopatía hepática e insuficiencia renal, entre otras. Estos deben ser valorados con los criterios de las tablas específicas y luego aplicar la fórmula o tabla de valores combinados.
 - Las alteraciones de la pared abdominal se pueden acompañar de malestar general, dolor intermitente, en o cerca del sitio de la hernia, protuberancia palpable, visible, o hinchazón en el sitio de la hernia, que aparece o desaparece con los cambios posturales o de la presión abdominal. El dolor aumenta por encarcelación o estrangulación del intestino o epiplón. La mayoría de las hernias abdominales son susceptibles de corrección quirúrgica. Sólo se considerarán para calificación si son sintomáticas y existe contraindicación quirúrgica.

Los síntomas y signos digestivos se clasifican según su frecuencia en:

Tabla 1. Clasificación de signos y síntomas por frecuencia

Clasificación según frecuencia	Porcentaje de presentación de signos y síntomas / día*
Nunca u ocasionalmente	Hasta el 33% del tiempo
Frecuente	Entre el 34% y el 66% del tiempo
Continuo	67% o más del tiempo

* Estimación sobre las 24 horas del día, teniendo presente que el nivel de exactitud es imposible de lograr clínicamente.

Fuente: Adaptación del Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507 de 2014-Colombia



- **Criterio 2. Hallazgos físicos (alteraciones anatómicas):**
 - Distancia máxima de apertura de la boca, restricción de la apertura de la boca o del cierre, mala oclusión o pérdida de la dentición.
 - Pérdida de tejidos blandos (pérdida parcial de un labio, de la lengua, entre otros).
 - Disfagia para sólidos y/o líquidos; reflujo gastroentérico.
 - Localización y grado de estenosis.
 - Daño anatómico o funcional del órgano evaluado.





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

- Tamaño, localización y manejo de hernias.
- Ascitis, ictericia o hemorragia por várices esofágicas; enfermedad del tracto biliar.
- Pérdida de peso con referencia al Índice de Masa Corporal (IMC): Se considera desnutrición una pérdida involuntaria de peso del 10% sobre el peso usual en 6 meses, o del 5% en un mes. Igualmente, una pérdida de peso del 20% sobre el peso normal, en presencia de enfermedades crónicas, en situaciones que incrementan el requerimiento metabólico y en presencia de una inadecuada ingesta, incluida la alteración en la capacidad para ingerir o absorber adecuadamente los alimentos. Las consecuencias de la desnutrición están relacionadas con la condición previa de morbilidad, el tiempo de ingesta inadecuada y la presencia de otras enfermedades. La desnutrición está asociada con un incremento de la morbilidad y de la mortalidad, retarda la cicatrización y lleva a una mayor necesidad de hospitalización. Por lo anterior, en las tablas de clasificación del grado de deficiencia, es importante considerar la pérdida en peso en un período de tiempo, pues es un criterio esencial para evaluar la gravedad y las consecuencias de los trastornos del sistema digestivo. Debe ser verificado al momento del examen físico durante la calificación. Para determinar el peso deseable o normal se emplea el IMC, que indica el estado nutricional de la persona y se basa en el peso actual en kilogramos (kg) y la altura en metros (mts). Su cálculo arroja como resultado un valor que indica si la persona que se evalúa se encuentra por debajo, dentro o con exceso del rango de peso establecido como normal para la edad y talla.

En la calificación de las deficiencias, las consecuencias de los procedimientos quirúrgicos, esto es, la pérdida funcional o anatómica y la baja de peso, se establecen con base en el peso normal, empleando la tabla específica para el aparato digestivo superior.

Tabla 2. Clasificación internacional de bajo peso, sobre peso y obesidad en adultos (hombres o mujeres) según IMC (mayores de 18 años)

Categoría	Rango de IMC
Bajo Peso	Menor de 18.5
Delgadez	16.00 a 18.49
Normal	18.5 a 24.9
Sobrepeso	≥ 25.0
Preobesidad	25.00 – 29.99
Obesidad	≥ 30.00
Obesidad Mórbida	40 o más

De acuerdo al examen físico encontrado, el compromiso funcional o anatómico se clasifica según la siguiente tabla:





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -MINSA/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

Tabla 3. Clasificación según porcentaje de compromiso funcional o anatómico

Clasificación	Porcentaje anatómico o funcional comprometido(*)
Mínimamente anormal	Anormalidad anatómica o funcional no mayor del 10%; generalmente asintomático
Alteración leve	Compromiso entre el 11% y el 25%
Alteración moderada	Compromiso entre el 26% y el 50%
Alteración severa	Compromiso entre el 51% y el 75%
Alteración muy severa	Mayor del 75%
* Tener presente que el nivel de exactitud es imposible de lograr objetivamente.	
Fuente: Adaptación del Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507 de 2014-Colombia	

- **Criterio 3. Estudios clínicos o resultados de pruebas objetivas:** Se podrá recurrir a alguna o varias de las siguientes pruebas diagnósticas, según la patología:
 - Exámenes para evaluar la función de la articulación temporomandibular (ATM) y la masticación; incluye valoración de la dentición y oclusión mediante la historia clínica, el examen físico, rayos X, otras imágenes o artroscopia de la ATM, según disponibilidad y accesibilidad:
 - Valoración de enfermedades esofágicas, podrán ser consideradas según disponibilidad y accesibilidad:
 - Imágenes empleando medios de contraste tales como rayos X y fluoroscopia; ecografía y tomografía computarizada.
 - Procedimientos por vía oral y cápsula endoscópica, incluso el estudio citológico o biopsia
 - Pruebas funcionales: manometría, impedanciometría o PHmetría.
 - Valoración de enfermedades de estómago y duodeno, podrán ser consideradas según disponibilidad y accesibilidad:
 - Imágenes: fluoroscopia, radioscopia y radiografía, con medios de contraste; gammagrafía, ecografía, con medios de contraste y TAC.
 - Procedimientos vía oral y cápsula endoscópica, incluso biopsia y estudio citológico.
 - Pruebas de secreción gástrica.
 - Pruebas de malabsorción.
 - Coprológico y coproscópico
 - Prueba del aliento o halitosis con urea para *Helicobacter pylori*.
 - Valoración de enfermedades del intestino delgado, podrán ser consideradas:
 - Imágenes: fluoroscopia y radiografía, con medio de contraste.
 - Procedimientos vía oral y cápsula endoscópica, incluso biopsia y estudio citológico.
 - Pruebas de malabsorción intestinal, grasas en heces, pruebas de excreción urinaria de D-xilosa, prueba de alcoholemia y prueba de Schilling (específica para malabsorción de la vitamina B- 12).
 - Valoración de enfermedades de la función pancreática, podrán ser consideradas podrán ser consideradas según disponibilidad y accesibilidad:
 - Imágenes: ecografía, rayos X, TAC y RMN.
 - Aspiración con aguja fina.





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

- Pruebas de glicemia y curvas de tolerancia a la glucosa.
- Determinación de las enzimas pancreáticas en sangre, orina y heces.
- Test de electrolitos en sudor.
- Endoscopia del tracto biliar y pancreático, biopsia y citología
- Pruebas de secreción.
- Valoración de enfermedades de colon, recto y ano, podrán ser consideradas según disponibilidad y accesibilidad:
 - Exámenes digitales y endoscópicos como la anoscopia, proctoscopia, sigmoidoscopia y colonoscopia.
 - Biopsia y citología.
 - Examen de heces.
 - Manometría rectal y de colon
 - Fluoroscopia y radiografía con medios de contraste.
- Valoración de la insuficiencia hepatobiliar, podrán ser consideradas según disponibilidad y accesibilidad:
 - Ecografía.
 - Rayos X con contraste, como la colangiografía percutánea y endoscópica.
 - TAC y RNM.
 - Gammagrafía con nucleótidos.
 - Angiografía.
 - Biopsia de hígado y aspiración dirigida con aguja
 - Diferentes pruebas de laboratorio para evaluar los conductos biliares y las funciones del hígado.
- Valoración de las hernias:
 - Examen físico de la pared abdominal
 - Rayos X o TAC con o sin medios de contraste.

B. PROCEDIMIENTO PARA LA CALIFICACIÓN DE LAS DEFICIENCIAS POR ALTERACIONES DEL SISTEMA DIGESTIVO

a. CONSIDERACIONES ESPECIALES DE LA METODOLOGÍA DE CALIFICACION DE LAS DEFICIENCIAS POR ALTERACIONES DEL SISTEMA DIGESTIVO

- Los criterios de deficiencia utilizados en esta unidad incluyen el historial clínico, el examen físico y los resultados objetivos.
- La decisión para asignar la clase se basa en el factor principal, que se establece en las tablas de cada órgano evaluado, mientras el ajuste de grado al interior de la clase se realiza de acuerdo con los factores moduladores.

C. TABLAS DE CALIFICACION DE LAS DEFICIENCIAS DIGESTIVAS POR SEGMENTOS

a. CALIFICACIÓN DE LAS DEFICIENCIAS POR ALTERACIONES DE LA MASTICACIÓN Y LA FASE ORAL DE LA DEGLUCIÓN

Los problemas en la masticación y en la fase oral de la deglución pueden estar asociados con deficiencias de las vías respiratorias, sobre todo si se relacionan con la penetración y aspiración de alimentos en la laringe, tales condiciones deben ser evaluadas en la unidad correspondiente.

El factor principal es el examen físico y los factores moduladores son el historial clínico y la pérdida de peso – IMC.





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

Tabla 4. Calificación de la deficiencia por alteraciones de la masticación y la fase oral de a deglución

CLASE FUNCIONAL DE DEFICIENCIA		CLASE 0	CLASE 1					CLASE 2					CLASE 3					CLASE 4														
PORCENTAJE DE DEFICIENCIA		0	1 al 5 %					6 al 18 %					20 al 36 %					40 al 60 %														
GRADO DE SEVERIDAD (%)			1	2	3	4	5	6	9	1	1	1	2	2	2	3	3	4	4	5	5	6	0	4	8	2	6	0	5	0	5	0
			A	B	C	D	E	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E					
Historia clínica (factor modulador)		Asintomático	Dificultades al masticar alimentos duros					La dieta está limitada a alimentos semisólidos o blandos					La dieta está limitada a alimentos líquidos					Para la ingestión de alimentos requiere tubo de alimentación o gastrostomía														
Pérdida de peso (IMC)		No Aplica	No Aplica					Pérdida de peso ≤ al 10% del límite inferior IMC.					Pérdida de peso entre el 11% y 20% del límite inferior IMC.					La pérdida de peso > 20% del límite inferior IMC.														
Exam en físico (factor principal)	Exploración	Normal	Normal					La exploración física evidencia alteraciones anatómicas o funcionales					La exploración física evidencia alteraciones anatómicas o funcionales					La exploración física evidencia alteraciones anatómicas o funcionales														
	Presentación de alteraciones	Minimas	Leves					Moderadas					Severas					Muy severas														
	Tejidos blandos	No se percibe	Ligera limitación, menor de 1 cm					Pérdida de tejidos blandos (pérdida parcial de un labio, de la lengua, entre otros)					Pérdidas de tejidos blandos (de un labio y/o pérdida mayor de media lengua) y/o					Amplias pérdidas de tejidos blandos u óseos, y/o														
	Limitación de la apertura													Constricción permanente de los maxilares (desplazamiento en bloque de las arcadas: inversión del articulado, seudoprognatia, retrognatia, laterognatia, apertura anterior), entre otros					Constricción permanente de maxilares													
														y/o Amputaciones que interesan a las mejillas, labios, lengua y tejidos óseos																		
	Pérdidas dentales	Menos de 3 piezas dentales	De varios dientes (más de 3, menos de 9), y/o Alteraciones articulares, limitación de la apertura bucal de 1 a 2 centímetros					Edentación total superior o inferior					Edentación total superior o inferior					Edentación total superior o inferior														
	Prótesis	Corregida	No corregida con prótesis; contraindicación médico-quirúrgica					No corregida con prótesis; contraindicación médico-quirúrgica					No corregida con prótesis; contraindicación médico-quirúrgica					No corregida con prótesis; contraindicación médico-quirúrgica														
		<ul style="list-style-type: none"> - Los conceptos de mínimo, leve, moderado, severo y muy severo se encuentran definidos en la Tabla de Clasificación según porcentaje de compromiso funcional o anatómica - Se debe tener en cuenta que la pérdida de peso para efectos de cuantificar la deficiencia se considera a partir del peso normal o deseable, según el IMC por causas médicas. - En las Clases 0 y 1, las puntuaciones no se asocian con pérdida de peso y no son utilizadas para discriminar los grados dentro de la Clase 1 																														

Fuente: Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507 de 2014-Colombia





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

b. CALIFICACIÓN DE LAS DEFICIENCIAS POR DESÓRDENES DEL TRACTO DIGESTIVO SUPERIOR (ESÓFAGO, ESTÓMAGO Y DUODENO, INTESTINO DELGADO Y PÁNCREAS)

Los antecedentes clínicos (historial clínico) son el factor principal que determina la clase de deficiencia. Por lo general, la historia clínica permite que el médico elija la clase correcta de esta deficiencia.

Tabla 5. Calificación de la deficiencia por desórdenes del tracto digestivo superior (esófago, estómago y duodeno, intestino delgado y páncreas.

CLASE FUNCIONAL DE DEFICIENCIA	CLASE 0	CLASE 1					CLASE 2					CLASE 3					CLASE 4				
PORCENTAJE DE DEFICIENCIA	0	1 al 9 %					10 al 29 %					30 al 49 %					50 – 75 %				
GRADO DE SEVERIDAD (%)		1	3	5	7	9	1	1	2	2	2	3	3	4	4	4	5	5	6	7	7
		A	B	C	D	E	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E
Historia clínica (Factor Principal) Signos y síntomas del tracto digestivo superior	Historia previa de enfermedad del tracto superior; no presentan síntomas activos	Ocasionales y no requiere de tratamiento continuo					Ocasionales y requiere de medicación diaria o restricciones dietéticas indicadas					Frecuentes y alimentación enteral					Continuos y alimentación parenteral				
Examen físico (Factor Modulador) Pérdida de peso IMC	No Aplica	No Aplica					Pérdida de peso por debajo del 10% del límite inferior IMC.					Pérdida de peso entre el 11% y 20% del límite inferior IMC.					La pérdida de peso > 20% del límite inferior IMC.				
Resultados Objetivos (Factor Modulador)	Con anomalías mínimas o asintomático.	Se debe documentar una pérdida anatómica o funcional leve					Pérdida anatómica o funcional moderada documentada					Pérdida anatómica o funcional severa documentada					Pérdida anatómica o funcional extrema documentada o ausencia completa del órgano.				
<ul style="list-style-type: none"> - Factor principal: en la Clase 1 no hay pérdida de peso en relación con el IMC, pero se tiene en cuenta la presencia de síntomas y los resultados objetivos; se asigna 5% como valor predeterminado. En el caso de no presentar anomalías objetivas y pérdida de peso, desciende dos niveles dentro de la misma clase 1, es decir 1%. - Los conceptos de nunca u ocasional, frecuente y continuos se encuentran definidos en la Tabla de Clasificación de signos y síntomas por frecuencia - Se debe tener en cuenta que la pérdida de peso para efectos de cuantificar la deficiencia se considera a partir del peso normal o deseable, según el IMC y no por la pérdida de peso por sí misma. - En las Clases 0 y 1, las puntuaciones no están asociadas con pérdida de peso y no son utilizadas para discriminar los grados dentro de la Clase 1. - Si se clasifica en la Clase 4, basándose en el historial clínico y la pérdida de peso o los resultados objetivo que pertenecen a esta clase, el valor corresponde al predeterminado, es decir 50%. - Si los dos factores moduladores están dentro de la Clase 4, entonces se asignará el valor máximo de esta clase, esto es el 75%. - Los conceptos de mínimo, leve, moderado, severo y muy severo se encuentran definidos en la Tabla de Clasificación según porcentaje de compromiso funcional o anatómica 																					
<p><i>Fuente: Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507 de 2014- Colombia</i></p>																					



c. CALIFICACIÓN DE LAS DEFICIENCIAS POR DESÓRDENES DEL TRACTO DIGESTIVO INFERIOR (CÓLON Y RECTO)

El historial clínico es el factor principal que determina la clase de deficiencia. Los registros médicos permitirán al médico escoger el tipo de deficiencia correcto.



NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

Tabla 6. Calificación de la deficiencia por desórdenes del colon y recto.

CLASE FUNCIONAL DE DEFICIENCIA	CLASE 0	CLASE 1					CLASE 2					CLASE 3					CLASE 4				
PORCENTAJE DE DEFICIENCIA	0	1 al 9 %					12 al 20 %					22 al 38 %					40 al 60 %				
GRADO DE SEVERIDAD (%)		1	3	5	7	9	1	1	1	1	2	2	2	3	3	3	4	4	5	5	6
		A	B	C	D	E	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E
Historia clínica (Factor Principal) Signos y síntomas del tracto digestivo inferior	Historia de enfermedad del tracto digestivo inferior, asintomático actualmente.	Presentan síntomas o signos ocasionales y no requiere de tratamiento continuo					Presentan síntomas o signos ocasionales y requiere de medicación diaria o de restricciones dietéticas indicadas					Presenta síntomas o signos frecuentes y requiere de medicación diaria o de restricciones dietéticas indicadas					Presenta síntomas o signos continuos y requiere de medicación diaria y de restricciones nutricionales indicadas				
Examen físico (Factor Modulador) Pérdida de peso IMC	No aplica	No aplica					Pérdida de peso Por debajo del 10% del límite inferior IMC.					Pérdida de peso entre el 10% y 20% del límite inferior IMC.					La pérdida de peso > 20% del límite inferior IMC.				
Resultados Objetivos (Factor Modulador)	No presenta anomalías o presenta mínima mente anomalías funcionales y/o anatómicas	Se debe documentar una pérdida anatómica o funcional leve					Se debe documentar una pérdida anatómica o funcional moderada					Se debe documentar una pérdida anatómica o funcional severa					Se debe documentar una pérdida anatómica o funcional muy severa o ausencia completa del órgano				
<ul style="list-style-type: none"> - Factor principal: Los conceptos de nunca u ocasional, frecuente y continuos se encuentran definidos en la Tabla de Clasificación de signos y síntomas por frecuencia. - En Clase 1, en el caso de no presentar anomalías objetivas y pérdida de peso, desciende dos niveles dentro de la misma clase 1, es decir 1%. - Se debe tener en cuenta que la pérdida de peso para efectos de cuantificar la deficiencia se considera a partir del peso normal o deseable, según el IMC y no por la pérdida de peso por sí misma. - Si una persona es clasificada en la Clase 4, por otros factores diferentes al factor principal, éste se debe tomar en la clasificación un grado más alto dentro de la clase. - Los conceptos de mínimo, leve, moderado, severo y muy severo se encuentran definidos en la Tabla de Clasificación según porcentaje de compromiso funcional o anatómica. 																					
<p><i>Fuente: Adaptación del Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507 de 2014-Colombia y Real Decreto 888/2022, de 18 de octubre, por el que se establece el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad-España</i></p>																					

d. CALIFICACIÓN DE LAS DEFICIENCIAS POR DESÓRDENES DEL AÑO

El historial clínico es el factor principal que determina la clase de deficiencia. Los registros médicos permitirán al médico escoger el tipo de deficiencia correcto.





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -MINSA/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

Tabla 7. Calificación de la deficiencia por trastornos del ano

CLASE FUNCIONAL DE DEFICIENCIA	Clase 0	Clase 1			Clase 2			Clase 3			Clase 4		
	0	1 al 5 %			6 al 15 %			16 al 20 %			22 al 30 %		
GRADO DE SEVERIDAD (%)		1	3	5	6	10	15	16	18	20	22	26	30
		A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C
Historia clínica (Factor Principal)	Historia previa de enfermedad. Sin síntomas activos.	Presentan síntomas o signos ocasionales y no requiere de tratamiento continuo			Presentan síntomas o signos ocasionales de enfermedad, no obstante, el tratamiento.			Presenta síntomas o signos frecuentes de enfermedad, no obstante, la medicación diaria u otro tratamiento			Presenta síntomas o signos continuos de enfermedad, no obstante, la medicación diaria u otro tratamiento		
Resultados Objetivos (Factor Modulador)	No presenta anormalidades o presenta mínimamente anormalidades funcionales y/o anatómicas	Se debe documentar una pérdida anatómica o funcional leve			Se debe documentar una pérdida anatómica o funcional moderada			Se debe documentar una pérdida anatómica o funcional severa			Se debe documentar una pérdida anatómica o funcional muy severa o ausencia completa del órgano		
<ul style="list-style-type: none"> - Factor principal: Los conceptos de nunca u ocasional, frecuente y continuos se encuentran definidos en la Tabla de Clasificación de signos y síntomas por frecuencia. - Los conceptos de mínimo, leve, moderado, severo y muy severo se encuentran definidos en la Tabla de Clasificación según porcentaje de compromiso funcional o anatómica. 													
<p><i>Fuente: Adaptación del Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507 de 2014-Colombia y Real Decreto 888/2022, de 18 de octubre, por el que se establece el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad-España</i></p>													

e. CALIFICACIÓN DE LAS DEFICIENCIAS POR ENFERMEDAD DEL HÍGADO

En caso de haber realizado estudios paraclínicos o patológicos, se deben consignar los resultados de la función hepática, ecografía, tomografía computarizada – TC, resonancia magnética (RM), biopsia del hígado, colangiografía transhepática percutánea, colangiopancreatografía retrógrada endoscópica - CPRE, EEG, concentraciones de amoníaco en sangre y gammagrafía hepática con isótopos radiactivos, entre otros. La deficiencia causada por una enfermedad o lesión del hígado puede ser de origen traumático o por exposición a virus, parásitos o tóxicos

C. DIAZ V.

MINISTERIO DE SALUD
 D.G. PERCY ALBERTO HERRERA MORALES
 DIRECTOR EJECUTIVO



NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
 NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
 EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

Tabla 8. Calificación de la deficiencia por enfermedad del hígado

CLASE FUNCIONAL DE DEFICIENCIA	CLASE 0	CLASE 1			CLASE 2			CLASE 3			CLASE 4		
PORCENTAJE DE DEFICIENCIA		5%-14%			15%-29%			30%-49%			50%-90%		
GRADO DE SEVERIDAD (%)		5	10	14	15	22	29	30	40	49	50	70	90
		A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C
Historia clínica (Factor Principal)	Historia previa de enfermedad hepática resuelta	Persistencia de enfermedad hepática, sin síntomas ni antecedentes de ascitis, ictericia o hemorragia por várices esofágicas en los últimos 3 años. La enfermedad no es progresiva			Persistencia de enfermedad hepática, sin síntomas ni antecedentes de ascitis, ictericia o hemorragia por várices esofágicas en el último año			Enfermedad hepática progresiva con historia de ascitis, ictericia o hemorragia por várices esofágicas o encefalopatía hepática en el último año			Enfermedad hepática crónica progresiva; persistencia de ictericia o hemorragia por várices esofágicas o várices gástricas con encefalopatía por insuficiencia hepática		
Examen físico (Factor modulador)	No hay signos de enfermedad	Buena nutrición y fuerza sin signos de enfermedad crónica del hígado o con signos leves.			Buena nutrición y fuerza con signos moderados de enfermedad crónica del hígado.			Signos cutáneos y oculares de enfermedad crónica del hígado con nutrición y fuerza moderadamente afectadas			Pobre estado nutricional		
Resultados Objetivos (factor modulador)	No presenta anomalías en las pruebas	Las pruebas bioquímicas, de imagen y/o los estudios funcionales indican alteraciones leves o trastornos en la función principal del metabolismo de la bilirrubina			Las pruebas bioquímicas, de imagen y/o los estudios funcionales indican alteración hepática moderada			Las pruebas bioquímicas, de imagen y/o los estudios funcionales indican alteración hepática severa con compromiso sistémico, alteración de las proteínas, albúmina o los factores de coagulación			Las pruebas bioquímicas, de imagen y/o los estudios funcionales indican alteración hepática muy severa e irreversible con compromiso sistémico, alteración de las proteínas, la albúmina o los factores de coagulación.		
<p>- Los hallazgos hematológicos y neurológicos deben ser evaluados también en los sistemas respectivos, aplicando combinación de las deficiencias resultadas con las del daño hepático.</p> <p>- Si una persona es evaluada en la Clase 4 para los factores diferentes al factor principal, se tomará el máximo valor de esta clase; si todos los factores son de Clase 4, se asigna la máxima calificación, esto es el 90%. La mayoría de las enfermedades señaladas en la Clase 4, deberán ser valoradas en las deficiencias respectivas. Los conceptos de nunca u ocasional, frecuente y continuos se encuentran definidos en la Tabla de Clasificación de signos y síntomas por frecuencia, según el sistema orgánico comprometido.</p> <p>- Fuente: Adaptación del Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507 de 2014-Colombia y Real Decreto 888/2022, de 18 de octubre, por el que se establece el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad-España</p>													





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

f. CALIFICACIÓN DE LAS DEFICIENCIAS POR ENFERMEDAD DEL TRACTO BILIAR

Entre los criterios de la calificación del daño corporal debido a enfermedad del tracto biliar, se incluyen la estenosis del tracto biliar, los cálculos impactados, la colangitis primaria y la cirrosis biliar esclerosante. En caso de haberse realizado estudios paraclínicos o patológicos, se deben consignar los resultados de la ecografía, la colangiografía transhepática percutánea, la colangio pancreatografía retrógrada endoscópica- CPRE y la gammagrafía hepatobiliar, entre otras pruebas. Una afectación considerable de la vesícula usualmente conlleva a una colecistectomía que, por lo regular, no causa síntomas o problemas significativos (5% de deficiencia). Las deficiencias en el tracto biliar y vesicular se describen en la tabla siguiente y se deben combinar con las deficiencias a nivel hepático en los casos en que ambas estén presentes. Los antecedentes clínicos representan el factor principal.

Tabla 9. Calificación de la deficiencia por enfermedad del tracto biliar

CLASE FUNCIONAL DE DEFICIENCIA	CLASE 0	CLASE 1			CLASE 2			CLASE 3			CLASE 4		
		1% al 9%			10% al 25%			26%-49%			50%-90%		
PORCENTAJE DE DEFICIENCIA		1	5	9	10	17	25	26	37	49	50	70	90
		A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C
Historia clínica (Factor Principal)	Historia previa de enfermedad del tracto biliar.	Historia previa de enfermedad del tracto biliar o de colecistectomía			Presenta enfermedad del tracto biliar recurrente, reparable			Presenta enfermedad del tracto biliar recurrente, irreparable.			Presenta enfermedad del tracto biliar recurrente, irreparable, con colangitis recidivante		
Resultados objetivos (factor modulador)	No presenta anomalías en las pruebas	Compatibles con enfermedad del tracto biliar leve			Compatibles con enfermedad del tracto biliar moderada.			Compatibles con enfermedad del tracto biliar e insuficiencia hepática crónica severas.			Compatibles con insuficiencia hepática crónica muy severa.		
- Los conceptos de mínimo, leve, moderado, severo y muy severo se encuentran definidos en la Tabla de Clasificación según porcentaje de compromiso funcional o anatómica.													
Fuente: Adaptación del Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507 de 2014-Colombia y Real Decreto 888/2022, de 18 de octubre, por el que se establece el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad-España													

g. CALIFICACIÓN DE LAS DEFICIENCIAS POR FÍSTULAS ENTEROCUTÁNEAS

Las fistulas enterocutáneas permanentes del tracto gastrointestinal, tracto biliar o del páncreas, generalmente están asociadas a enfermedades de estas estructuras o son consecuencia del tratamiento de un segmento u órgano involucrado. Las estomas permanentes creados quirúrgicamente, usualmente se instauran como medio de compensación para las pérdidas anatómicas o para permitir la entrada o salida del tubo digestivo. No existe una deficiencia adicional determinada en las personas que las utilizan para su nutrición dado que la CAT está incluida en la clasificación para la ostomía. Sin embargo, se debe emplear la clasificación más alta en estas personas. De la misma forma, se debe emplear





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -MINSA/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

la clasificación más alta para cada categoría cuando el estoma no esté funcionando.

Se debe combinar el valor de la deficiencia dado por el estoma permanente de origen quirúrgico y luego combinar con el porcentaje obtenido por la enfermedad del órgano, siguiendo la fórmula de Balthazar o de suma de valores combinados.

Tabla 10. Calificación de deficiencias en fistulas enterocutáneas

Estoma creada	% de deficiencia total
Esofagostomía	20%
Gastrostomía	20%
Yeyunostomía	40%
Ileostomía	40%
Anastomosis ileal anal de bolsa	40%
Colostomía	20%

Fuente: Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507 de 2014-Colombia

h. CALIFICACIÓN DE LAS DEFICIENCIAS POR HERNIAS

Una reparación típica de hernia exitosa generalmente dará como resultado una calificación de deterioro del 0%. En caso de persistir dolores causados por atrapamiento del nervio residual, se debe valorar esta deficiencia en el Unidad de deficiencia por alteraciones del Sistema Nervioso Central y Periférico.

En caso de presentarse más de una hernia, los valores de cada una de ellas se combinarán. El factor principal es el resultado del examen físico.

Tabla 11. Calificación de la deficiencia debido a hernias

CLASE FUNCIONAL DE DEFICIENCIA	Clase 0	Clase 1			Clase 2			Clase 3			Clase 4		
		PORCENTAJE DE DEFICIENCIA			GRADO DE SEVERIDAD (%)			GRADO DE SEVERIDAD (%)			GRADO DE SEVERIDAD (%)		
	0	1 al 5 %			5			16 al 20 %			22 al 30 %		
		1	3	5	6	10	15	16	18	20	22	26	30
		A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C
Historia clínica (Factor modulador)	Historia previa de Reparación de hernia, sin síntomas.	Antecedentes de hernia intervenida con molestia ocasional leve en la localización del defecto que no afecta a la mayoría de las actividades diarias.			Antecedentes de hernia intervenida que genera disconfort frecuente en el sitio de defecto que afecta la manipulación de cargas, pero no impide la mayoría de las actividades de la vida diaria			Antecedentes de hernia intervenida que genera disconfort frecuente en el sitio de defecto, la cual impide la mayoría de las actividades de la vida diaria			Antecedentes de hernia intervenida que genera disconfort, con limitación de la mayoría de las actividades de la vida diaria		
Examen físico (factor principal)	Sin hallazgos	Defecto palpable en las estructuras de soporte de la pared abdominal. y/o ligera protrusión en el sitio del defecto con aumento de la presión abdominal - fácilmente reducible			Defecto palpable en las estructuras de soporte de la pared abdominal. Y protrusión en el sitio del defecto con aumento de la presión abdominal - fácilmente reducible			Defecto palpable en las estructuras de soporte de la pared abdominal. Y protrusión persistente e irregular en el sitio del defecto.			Defecto palpable en las estructuras de soporte de la pared abdominal. Y protrusión irreparable o defecto significativo.		

Fuente: Adaptación del Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507 de 2014-Colombia y Real Decreto 888/2022, de 18 de octubre, por el que se establece el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad-España

G. DIAZ V.





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -MINSA/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

6.1.4.5 UNIDAD V: DEFICIENCIAS POR ALTERACIONES DEL SISTEMA URINARIO Y REPRODUCTIVO

Esta unidad tiene por finalidad proveer los criterios clínicos para la evaluación y calificación de la deficiencia dada por la anormalidad, disfunción o pérdida parcial o total de la estructura, o de las funciones permanentes y definitivas, relacionadas con el Sistema Urinario y Reproductor. Se excluyen de manera explícita las patologías neoplásicas y los órganos que se afecten por compromiso del sistema urogenital; estas deficiencias deben ser valoradas en las unidades correspondientes aplicando la fórmula de combinación de valores.

A. DEFINICIONES Y PRINCIPIOS DE LA EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DE LAS DEFICIENCIAS POR ALTERACIONES DEL SISTEMA URINARIO Y REPRODUCTIVO

a. CRITERIOS GENERALES

- En esta unidad se tendrán en cuenta los criterios de Carga de Adherencia al Tratamiento de la persona – CAT, en relación con trasplantes y diálisis. Para valorar la frecuencia de la diálisis que recibe una persona con patología renal, se utiliza la tabla siguiente:

Tabla 1. Puntuación según la frecuencia de diálisis

Procedimiento	Puntos
Grado I: Diálisis 1 vez por semana	4
Grado II: Diálisis 2 veces por semana	6
Grado III: Diálisis 3 veces por semana	8
Grado IV: Diálisis 4 o más veces por semana	10

Los puntos se convierten en porcentaje de deficiencia por CAT aplicado la tabla "Deficiencia por Carga de Adherencia al Tratamiento", descrita en consideraciones generales.
Fuente: Adaptación del Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507 de 2014-Colombia

- Las enfermedades de otros sistemas, por ejemplo, los sistemas hematopoyético, endocrino o neurológico, pueden producir deficiencia en el sistema urinario o reproductivo. Estas deficiencias se deben combinar con las deficiencias del sistema urinario o reproductivo.
- Para asignar la clase de deficiencia, se debe revisar y evaluar el historial clínico, los hallazgos físicos y los resultados de las pruebas clínicas objetivas. Entre las consideraciones para determinar la deficiencia, está el grado en que la enfermedad afecta las funciones específica y global del sistema urinario y/o reproductivo, así como el impacto de la medicación y la necesidad periódica de realizar procedimientos

b. CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DE LAS DEFICIENCIAS POR ALTERACIONES DEL SISTEMA URINARIO Y REPRODUCTIVO

- **Criterio 1. Historial Clínico (Factor principal). Signos y síntomas de la enfermedad**
 - Los síntomas y signos presentados por enfermedad del tracto urinario superior pueden incluir cambios en la orina, edema, adinamia, astenia, pérdida de apetito y de peso, anemia, uremia, dolor de espalda, dolor abdominal o dolor a nivel del ángulo costovertebral, hematuria, escalofríos y fiebre; hipertensión y sus complicaciones; cambios en la apariencia de la orina o de sus sedimentos y cambios bioquímicos en la sangre. La enfermedad renal, especialmente, en las primeras etapas, puede hacerse evidente sólo por los resultados de laboratorio.





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

- Los síntomas y signos presentados por enfermedad de la vejiga pueden incluir cambios en la frecuencia urinaria, disuria, goteo, incontinencia y retención urinaria; hematuria, leucocituria, obstrucción por cálculos urinarios y una masa suprapúbica.
- Entre los síntomas y signos por enfermedad de la uretra, incluyen disuria, disminución o alteración del chorro urinario, fimosis, parafimosis, masas pituitretrales y disminución del calibre urinario.
- Los síntomas y signos se clasifican según su frecuencia en:

Tabla 2. Clasificación de signos y síntomas por frecuencia

Clasificación según frecuencia	Porcentaje de presentación de signos y síntomas / día*
Nunca u ocasionalmente	Hasta el 33% del tiempo
Frecuente	Entre el 34% y el 66% del tiempo
Continuo	67% o más del tiempo

* Estimación sobre las 24 horas del día, teniendo presente que el nivel de exactitud es imposible de lograr clínicamente.
Fuente: Adaptación del Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507 de 2014-Colombia

- **Criterio 2. Hallazgos físicos (factor modulador):**
 - Signos de enfermedad.
 - Alteración anatómica (pérdida anatómica y anormalidades).
 - De acuerdo al examen físico encontrado, el compromiso funcional o anatómico se clasifica según la siguiente tabla:

Tabla 3. Clasificación según porcentaje de compromiso funcional o anatómico

Clasificación	Porcentaje anatómico o funcional comprometido(*)
Mínimamente anormal	Anormalidad anatómica o funcional no mayor del 10%; generalmente asintomático
Alteración leve	Compromiso entre el 11% y el 25%
Alteración moderada	Compromiso entre el 26% y el 50%
Alteración severa	Compromiso entre el 51% y el 75%
Alteración muy severa	Mayor del 75%

* Tener presente que el nivel de exactitud es imposible de lograr objetivamente.
Fuente: Adaptación del Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507 de 2014-Colombia

- **Criterio 3. Estudios clínicos o resultados de pruebas objetivas (factor modulador)**
 - Pruebas clínicas: creatinina sérica y creatinina en orina son criterios que evalúan la función del tracto urinario superior. El nivel de creatinina en sangre refleja la función renal global. En condiciones normales de hidratación, el nivel de creatinina sérica debe ser inferior a 133 micromoles/L (1,5 mg/dL).
 - La tasa de filtración glomerular mide la creatinina endógena en orina; aporta una estimación cuantitativa de la población total de nefronas en funcionamiento.





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -MINS/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

- El daño del parénquima y la evaluación de anormalidades del conducto pueden requerir procedimientos de diagnóstico tales como exámenes de laboratorio bioquímico, análisis de orina y urocultivo, cistoscopia, biopsia, la arteriografía, la radiografía de las vías urinarias, la tomografía computarizada - TC o resonancia magnética nuclear - RMN.
- Otros estudios útiles en la evaluación de la función de la vejiga pueden incluir la cistoscopia, cistografía, cistouretrografía miccional, cistometría, uroflometría. También se pueden realizar otros estudios para la evaluación de la función uretral mediante la uretroscopia, uretrografía, cistouretrografía, la endoscopia y cistometrografía.
- Se deberá utilizar el mejor examen de ayuda al diagnóstico y prueba funcional disponible y accesible.

B. PROCEDIMIENTO PARA CALIFICAR LAS DEFICIENCIAS POR ALTERACIONES DEL SISTEMA URINARIO Y REPRODUCTIVO

a. CONSIDERACIONES ESPECIALES DE LA METODOLOGÍA DE CALIFICACION DE LAS DEFICIENCIAS POR ALTERACIONES DEL SISTEMA URINARIO Y REPRODUCTIVO

- Los criterios de deficiencia utilizados en este Unidad incluyen el historial clínico, el examen físico y los resultados objetivos
- La decisión para asignar la clase se basa en el factor principal, que se establece en las tablas de cada órgano evaluado, mientras el ajuste de grado al interior de la clase se realiza de acuerdo con los factores moduladores.

C. TABLAS DE CALIFICACION DE LAS DEFICIENCIAS DEL SISTEMA URINARIO Y REPRODUCTIVO

a. CALIFICACIÓN DE LAS DEFICIENCIAS POR DESÓRDENES DEL TRACTO URINARIO SUPERIOR

La historia clínica es el factor más importante. La depuración de creatinina es el reflejo más preciso de la función renal, es un criterio importante en cada clase porque cuantifica el grado de deterioro funcional del tracto urinario superior.





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -MINS/DGIESP-2024
 NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
 EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

Tabla 4. Calificación de la deficiencia debido a Enfermedades del tracto Urinario Superior.

CLASE FUNCIONAL DE DEFICIENCIA		CLASE 0	CLASE 1					CLASE 2					CLASE 3					CLASE 4				
PORCENTAJE DE DEFICIENCIA		0	1% al 13%					14% al 29 %					30% al 59 %					60% – 90 %				
GRADO DE SEVERIDAD (%)			1	4	7	10	1	1	2	2	2	3	3	4	5	5	6	6	7	8	9	
			A	B	C	D	E	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E
Historia clínica (Factor Principal)	Síntomas o signos	Tiene antecedentes de enfermedad del tracto urinario superior y presenta recuperación completa	Ocasionales que no requieren tratamiento (por ejemplo, cálculo renal o					Ocasionales que hacen necesaria la vigilancia continua y tratamiento médico (por ejemplo, la pielonefritis crónica o					Presenta síntomas o signos frecuentes					Continuos a pesar del tratamiento médico-quirúrgico permanente				
	Diálisis o trasplante		Solamente funciona un riñón y no requiere diálisis					Presenta trasplante renal exitoso					Disfunción que no están completamente controlados por el tratamiento médico-quirúrgico continuo. (por ejemplo, la insuficiencia renal con diálisis intermitente)					Deficiencia de la función renal a largo plazo. Y requiere de diálisis peritoneal o hemodiálisis a largo plazo.				
Examen físico (Factor Modulador)		Mínimamente anormal o asintomática	Presenta signos intermitentes de enfermedad del tracto urinario superior con alteración leve que no requieren tratamiento continuo o vigilancia permanente					Presenta signos físicos o pruebas del tracto urinario superior con alteración moderada en forma continua que hace necesaria la vigilancia periódica y requiere tratamiento frecuente (por ejemplo, la pielonefritis crónica)					Presenta signos físicos o pruebas del tracto urinario superior con alteración severa					Presenta signos físicos o pruebas del tracto urinario superior con alteración muy severa y continua				
Prueba de función renal	Test de función renal	Normal	Depuración de creatinina de 75 a 90 L / 24 h (52 a 62,5 ml / min)					Depuración de creatinina de 60 a 74 L / 24 h (40 a 51,5 ml/min)					Depuración de creatinina de 40 a 59 L / 24 h (28 a 39 ml / min)					Depuración de creatinina por debajo de 40 L / 24 h (28 ml / min)				
<ul style="list-style-type: none"> - Si el factor principal de una persona corresponde a la Clase 4 y el examen físico y/o las pruebas objetivas son también coherentes con esta clase, el médico laboral puede optar por utilizar las más altas calificaciones en la Clase 4, que caracterizan un menoscabo considerable. - Factor principal. Si está en la Clase 4, elija el valor correspondiente al 75% si la diálisis es peritoneal; elija el valor del 83% si se implementa hemodiálisis 2 veces a la semana; otorgue el valor correspondiente al 90% si se hace hemodiálisis 3 veces a la semana. 																						
<p>Fuente: Adaptación del Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507 de 2014-Colombia y Real Decreto 888/2022, de 18 de octubre, por el que se establece el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad-España</p>																						





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
 NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
 EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

b. CALIFICACIÓN DE LAS DEFICIENCIAS POR DERIVACIONES QUIRÚRGICAS DEL TRACTO URINARIO SUPERIOR.

Es frecuente realizar derivaciones urinarias quirúrgicas para compensar las pérdidas anatómicas e implementar la cistectomía para permitir el flujo de orina. Estas derivaciones deben ser valoradas en la Unidad correspondiente a estomas quirúrgicos, además de evaluar la porción afectada del tracto urinario; los valores resultantes deben combinarse.

Tabla 5. Calificación de la deficiencia debido a derivaciones quirúrgicas del tracto urinario superior.

Tipo de Derivación	Porcentaje de Deficiencia (%)
Uréter-intestinal	20%
Ureterostomía cutánea sin intubación	20%
Nefrostomía o ureterostomía	30%
<i>Si hay más de una de (1) una derivación, o la derivación es bilateral, la calificación de la segunda derivación se debe combinar con la primera.</i>	
<i>Fuente: Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507 de 2014-Colombia</i>	

c. CALIFICACIÓN DE LAS DEFICIENCIAS POR ENFERMEDAD DE LA VEJIGA

El factor principal corresponde al historial clínico.

Tabla 6. Calificación de la deficiencia debido a enfermedad de la vejiga.

CLASE FUNCIONAL DE DEFICIENCIA	CLASE 0	CLASE 1			CLASE 2			CLASE 3			CLASE 4		
		1	5	9	11	15	19	21	25	29	30	45	60
PORCENTAJE DE DEFICIENCIA	0	1% al 9%			10% al 19 %			20% al 29 %			30% – 60 %		
GRADO DE SEVERIDAD (%)		A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C
	Historial Clínico (Factor Principal)	Historia de enfermedad de vejiga sin secuelas	Presenta síntomas ocasionales como nicturia o goteo, con la función normal entre cada episodio			Presenta síntomas frecuentes como dolor o pérdida de control de la micción a pesar del tratamiento continuo o función anormal			Presenta poco o ningún control voluntario de la micción o síntomas continuos a pesar del tratamiento			Extirpación de la vejiga o vejiga excluida y requiere procedimiento de derivación	
Resultados de pruebas funcionales para vejiga (urodinamia)	Normales	Las pruebas están mínima o levemente anormales			Las pruebas están moderadamente anormales			Las pruebas presentan alteración severa			Las pruebas presentan alteración muy severa		
<ul style="list-style-type: none"> - Si la persona cumple con el criterio de extirpación de la vejiga, se le asigna el valor máximo de 60%. - Factor principal: Síntomas como urgencia urinaria, frecuencia, nicturia, incontinencia urinaria, goteo y dolor. Los conceptos de nunca u ocasional, frecuente y continuos se encuentran definidos en la Tabla de Clasificación de signos y síntomas por frecuencia. - Los conceptos de mínimo, leve, moderado, severo y muy severo se encuentran definidos en la Tabla de Clasificación según porcentaje de compromiso funcional o anatómica. 													
<i>Fuente: Adaptación del Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507 de 2014-Colombia</i>													





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
 NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
 EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

d. CALIFICACIÓN DE LAS DEFICIENCIAS POR ENFERMEDAD DE LA URETRA

Los hallazgos físicos corresponden al factor principal.

Tabla 7. Calificación de la deficiencia debido a enfermedad de la uretra

CLASE FUNCIONAL DE DEFICIENCIA	CLASE 0	CLASE 1			CLASE 2			CLASE 3			CLASE 4		
PORCENTAJE DE DEFICIENCIA	0	1% al 5%			7% al 13 %			16% al 22 %			24% – 28 %		
GRADO DE SEVERIDAD (%)		1	5	5	7	10	13	16	19	22	24	26	28
		A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C
Historial Clínico (Factor modulador)	Historia de enfermedad sin secuelas	Presenta síntomas que responden al tratamiento no invasivo o los síntomas son controlados con el tratamiento continuo			Presenta síntomas que responden al tratamiento con dilataciones; éstas se llevan a cabo al menos una vez al mes			Presenta síntomas que responden al tratamiento con dilataciones una vez al mes o más o presenta incontinencia urinaria de esfuerzo			Presenta incontinencia urinaria de mínimos esfuerzos o no responde a tratamiento con dilataciones.		
Signos físicos encontrados (Factor principal)	Ninguno o no se encuentran anomalías	Presenta a la cistoscopia anomalías físicas leves por estenosis de la uretra o a la cistouretrografía la micción es menor del 25% de obstrucción			Presenta obstrucción uretral moderada, está estenosada u obstruida entre 25% y 50% por cistoscopia, uretrocopia o cistouretrografía miccional			Presenta fistula al examen físico o incontinencia severa u obstrucción uretral residual mayor al 50 y hasta el 75% por cistoscopia, uretrocopia o cistouretrografía miccional			Alteración muy severa de la uretra o incontinencia severa u obstrucción uretral residual mayor de 75% a la cistoscopia, uretrocopia o cistouretrografía miccional		
<ul style="list-style-type: none"> - Si la persona cumple con el criterio de extirpación de la vejiga, se le asigna el valor máximo de 60%. - Factor principal: los hallazgos objetivos incluyen los hallazgos en el examen físico y/o los resultados en pruebas como cistoscopia, uretrocopia o cistouretrografía. Los conceptos de mínimo, leve, moderado, severo y muy severo se encuentran definidos en la en la Tabla de Clasificación según porcentaje de compromiso funcional o anatómica. - Usar puntuación más alta si los dos criterios de la clase 4 se cumplen o si la uretra está en más del 90% obstruida. 													
<p><i>Fuente: Adaptación del Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507 de 2014-Colombia y Real Decreto 888/2022, de 18 de octubre, por el que se establece el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad-España</i></p>													



e. CALIFICACIÓN DE LAS DEFICIENCIAS POR ENFERMEDAD DEL PENE

Para evaluar la deficiencia del pene se deben tener en cuenta las funciones sexuales y urinarias, combinando los valores obtenidos por cada una de las disfunciones.

La calificación de la deficiencia de la función sexual masculina está dada por una pérdida anatómica o funcional, esto es, la pérdida de la libido o del orgasmo por falta de interés de la persona; se deben examinar en el Unidad correspondiente a las deficiencias por alteraciones del comportamiento y la enfermedad mental, para luego combinarlos con otras deficiencias.





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
 NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
 EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

Dentro de las pruebas técnicas objetivas para la evaluación de la función del pene, están los estudios de tumescencia peneana, la ecografía o Doppler del flujo sanguíneo del pene, la cavernosonometría dinámica, la cavernosografía y la angiografía.
 El historial clínico es el factor principal.

Tabla 8. Calificación de la deficiencia debido a Enfermedades del pene.

CLASE FUNCIONAL DE DEFICIENCIA	CLASE 0	CLASE 1			CLASE 2			CLASE 3		
PORCENTAJE DE DEFICIENCIA	0	1 al 10 %			11 al 20 %			21 al 30 %		
GRADO DE SEVERIDAD (%)		1	5	10	11	15	20	21	25	30
		A	B	C	A	B	C	A	B	C
Historia clínica (Factor principal)	Antecedente de enfermedad del pene sin secuelas	La función sexual es posible con diferentes grados de dificultad en la erección o ésta responde al tratamiento médico			La función sexual puede ser posible, con erección insuficiente a pesar del uso de medicamentos. Persona con implantes de pene pertenecen a esta categoría si el implante corrige el problema			No es posible la función sexual		
Hallazgos físicos o de tumescencia peneana nocturna	Sin anomalías	Presenta anomalías leves, físicas o de las pruebas de tumescencia			Presenta anomalías moderadas, físicas o de las pruebas de tumescencia			Las anomalías físicas o la alteración de las pruebas de tumescencia son severas a muy severas		
<ul style="list-style-type: none"> - Factor principal: se debe combinar esta deficiencia con las deficiencias obtenidas por enfermedad de la próstata o por incontinencia urinaria (enfermedad de la vejiga), siempre y cuando estén presentes. - Los conceptos de mínimo, leve, moderado, severo y muy severo se encuentran definidos en la en la Tabla de Clasificación según porcentaje de compromiso funcional o anatómica 										
<p><i>Fuente: Adaptación del Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507 de 2014-Colombia</i></p>										



f. CALIFICACIÓN DE LAS DEFICIENCIAS POR ENFERMEDAD DEL ESCROTO

Entre los síntomas y signos por deficiencia del escroto, se encuentra dolor, ampliación escrotal, inmovilidad testicular, testículo en lugar inadecuado y masas dentro del escroto.

Como pruebas objetivas para evaluar la función del escroto están disponibles, entre otras, la exploración y la ecografía escrotal.

Los hallazgos físicos constituyen el factor principal.





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -MINS/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

Tabla 9. Calificación de la deficiencia debido a enfermedades del escroto

CLASE FUNCIONAL DE DEFICIENCIA	CLASE 0	CLASE 1			CLASE 2			CLASE 3		
		PORCENTAJE DE DEFICIENCIA								
	0	1% al 3 %			5% al 7%			11% al 15%		
GRADO DE SEVERIDAD (%)		1	2	3	5	6	7	11	13	15
		A	B	C	A	B	C	A	B	C
Historia clínica (Factor modulador)	Antecedente de enfermedad del escroto sin secuelas	Con la actividad sexual presenta dolor o molestias ocasionales; no hay evidencia de disfunción testicular			Presenta con la actividad dolor o molestias frecuentes			Presenta síntomas continuos de la enfermedad del escroto que no son controlados con tratamiento		
Hallazgos físicos (Factor principal)	No hay signos por enfermedad del escroto.	Posible mala posición testicular			Presenta alguna pérdida escrotal con movilidad testicular disminuida			Los testículos están implantados en lugar diferente del escroto para preservar la función testicular o Presenta limitaciones de la movilidad de los testículos al examen		
<ul style="list-style-type: none"> - Si una persona cumple con los criterios físicos para la Clase 3 y los síntomas son compatibles con ésta, se debe utilizar el valor más alto para esta clase, es decir, el 15%. - Los conceptos de mínimo, leve, moderado, severo y muy severo se encuentran definidos en la en la Tabla de Clasificación según porcentaje de compromiso funcional o anatómica - Los conceptos de nunca u ocasional, frecuente y continuos se encuentran definidos en la Tabla de Clasificación de signos y síntomas por frecuencia 										
<p><i>Fuente: Adaptación del Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507 de 2014-Colombia y Real Decreto 888/2022, de 18 de octubre, por el que se establece el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad-España</i></p>										

g. CALIFICACIÓN DE LAS DEFICIENCIAS POR ENFERMEDAD DEL TESTÍCULO, EL EPIDÍDIMO Y EL CORDÓN ESPERMÁTICO

Las enfermedades de los testículos, el epidídimo y el cordón espermático, pueden incluir signos y síntomas locales que se manifiestan con dolor, hipersensibilidad y cambios en el tamaño, el contorno, la posición y la textura, y/o alteración en la producción de hormonas testiculares y líquido seminal.

Las pruebas objetivas disponibles son: ultrasonido, linfangiografía, arteriografía y venografía espermática, biopsia, análisis del semen y cuantificación de hormona folículo estimulante (FSH), cetosteroides e hidroxisteroides. Para calificar la deficiencia el factor principal es el examen físico.





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -MINS/DGIESP-2024
 NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
 EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

Tabla 10. Calificación de la deficiencia debido a enfermedades del testículo, epidídimo y el cordón espermático

CLASE FUNCIONAL DE DEFICIENCIA	CLASE 0	CLASE 1			CLASE 2			CLASE 3
PORCENTAJE DE DEFICIENCIA	0	2% al 5 %			6 al 15 %			20 %
GRADO DE SEVERIDAD (%)		2	3	5	6	11	15	
		A	B	C	A	B	C	
Historia clínica (Factor modulador)	Antecedentes de enfermedad del testículo, epidídimo o del cordón espermático, sin secuelas	Presenta síntomas ocasionales por enfermedad del testículo, el epidídimo o el cordón espermático que responden al tratamiento, como ocurre en la epididimitis y la orquitis			Presentan síntomas frecuentes que sólo son controlados con tratamiento permanente			Presentan síntomas continuos que no responden al tratamiento
Hallazgos físicos (Factor principal)	Ninguno. No presenta anomalías en la función seminal u hormonal	Signos leves de enfermedad de testículo o epidídimo: Al palpar el cordón espermático presenta dolor, tumefacción. La ecografía orienta a una inflamación del epidídimo o los testículos			Presenta alteración anatómica o persisten signos físicos en los testículos, el epidídimo o el cordón espermático o Presenta alteraciones moderadas detectables en la función seminal u hormonal			Presenta pérdida bilateral anatómica de los órganos sexuales primarios o No se detecta función seminal u hormonal
<ul style="list-style-type: none"> - Clase 3 reservada para las personas con pérdida anatómica completa de los órganos sexuales o sin función seminal y sin detección hormonal. - Los conceptos de mínimo, leve, moderado, severo y muy severo se encuentran definidos en la en la Tabla de Clasificación según porcentaje de compromiso funcional o anatómica - Los conceptos de nunca u ocasional, frecuente y continuos se encuentran definidos en la Tabla de Clasificación de signos y síntomas por frecuencia. 								
<p><i>Fuente: Adaptación del Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507 de 2014-Colombia</i></p>								

h. CALIFICACIÓN DE LAS DEFICIENCIAS POR ENFERMEDAD DE LA PRÓSTATA Y DE LAS VESÍCULAS SEMINALES

Estas deficiencias deben combinarse con las obtenidas por alteración de las funciones urinarias. Los síntomas y signos por enfermedad de la próstata y las vesículas seminales generalmente incluyen dolor local o referido, sensibilidad, cambios en el tamaño y la textura de la próstata, oligospermia y anomalías del tracto urinario.

Las pruebas objetivas incluyen urografía, endoscopia, ultrasonido de próstata, biopsias, examen de secreción prostática y análisis de la excreción de hormonas masculinas. Los hallazgos físicos y las pruebas objetivas constituyen el factor principal.





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
 NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
 EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

Tabla 11. Calificación de la deficiencia debido a enfermedades de la próstata y de las vesículas seminales

CLASE FUNCIONAL DE DEFICIENCIA	CLASE 0	CLASE 1			CLASE 2			CLASE 3
PORCENTAJE DE DEFICIENCIA	0	2% al 5 %			6 al 15 %			20 %
GRADO DE SEVERIDAD (%)		2	3	5	6	11	15	
		A	B	C	A	B	C	
Historia clínica (Factor modulador)	No presenta síntomas por enfermedad de la próstata y por disfunción seminal y no requiere tratamiento	Presenta signos y síntomas ocasionales por disfunción de la próstata. No requieren tratamiento			Presenta síntomas y signos frecuentes por disfunción de la próstata a pesar del tratamiento			Presencia de síntomas continuos de disfunción de próstata. Sólo responden parcialmente al tratamiento
Hallazgos físicos (Factor principal)	No presenta alteración anatómica	Alteración anatómica moderada			Alteración anatómica severa			Presenta ablación de la próstata y de los vasos seminales
<ul style="list-style-type: none"> - Combinar con las deficiencias por disfunción sexual y/o incontinencia urinaria cuando están presentes. - Los conceptos de mínimo, leve, moderado, severo y muy severo se encuentran definidos en la en la Tabla de Clasificación según porcentaje de compromiso funcional o anatómica - Los conceptos de nunca u ocasional, frecuente y continuos se encuentran definidos en la Tabla de Clasificación de signos y síntomas por frecuencia. 								
Fuente: Adaptación del Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507 de 2014-Colombia								

i. CALIFICACIÓN DE LAS DEFICIENCIAS POR ENFERMEDAD DE LA VULVA Y LA VAGINA

La vulva tiene funciones cutáneas, sexuales y urinarias. La disfunción urinaria de la vulva se califica en la tabla sobre enfermedades de la uretra y se deben combinar los valores obtenidos. La vagina también tiene función durante el parto como canal del nacimiento. El clítoris es un órgano eréctil importante en la función sexual.

Los síntomas y signos por enfermedad de vulva y vagina incluyen pérdida o alteración de la sensibilidad, pérdida de la lubricación, vulvovaginitis, vulvitis, vaginitis, cicatrización, ulceración, estenosis, atrofia o hipertrofia, displasia o neoplasia, dificultades en las relaciones sexuales, la función urinaria y el parto vaginal, así como defectos en la estructura del periné.

Las calificaciones de la función sexual femenina están determinadas por pérdidas físicas o de la función. La pérdida del interés de la libido o del orgasmo se examina en la unidad de deficiencias por alteraciones del comportamiento y la enfermedad mental.

El factor principal corresponde a los hallazgos físicos encontrados.





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -MINSA/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

Tabla 12. Calificación de la deficiencia debido a enfermedades de la vulva y de la vagina

CLASE FUNCIONAL DE DEFICIENCIA	CLASE 0	CLASE 1			CLASE 2			CLASE 3		
PORCENTAJE DE DEFICIENCIA	0	2% al 10 %			11% al 25 %			26% al 40%		
GRADO DE SEVERIDAD (%)		2	6	10	11	18	25	26	33	40
		A	B	C	A	B	C	A	B	C
Historia clínica (Factor modulador)	No presenta síntomas por enfermedad de la vulva o la vagina ni interferencia con la actividad sexual	Los síntomas o signos de la enfermedad vulvar o vaginal o la deformidad no requieren tratamiento continuo, sólo se presentan con las relaciones sexuales			Los síntomas o signos de la enfermedad vulvar o vaginal requieren tratamiento continuo y La relación sexual sólo es posible con algún grado de dificultad			Los síntomas o signos de la enfermedad vulvar o vaginal no son controlados por tratamiento y las relaciones sexuales no son posibles		
Hallazgos físicos (Factor principal)	Si están en la edad de procreación. Presentan una vagina adecuada para partos.	Leve alteración en la anatomía vaginal o vulvar, con impacto menor sobre el potencial para el parto vaginal en la edad de procreación			Alteración moderada en la anatomía vaginal o vulvar, con potencial limitado para el parto vaginal en la edad de procreación			Alteración severa o muy severa en la anatomía vaginal o vulvar y vaginal y No es posible el parto vaginal en la edad de procreación		
<ul style="list-style-type: none"> - Si pertenece a la Clase 2, pero afirma que las relaciones sexuales no son posibles por enfermedad de la vulva o vagina, se le asigna el mayor valor de esta clase, es decir, el 25%. Si la persona es postmenopáusica, en las Clases 2 y 3, la deficiencia baja al grado inferior de la clase correspondiente. Esto al considerar que las deficiencias se determinan en personas con capacidad reproductiva. - Los conceptos de mínimo, leve, moderado, severo y muy severo se encuentran definidos en la en la Tabla de Clasificación según porcentaje de compromiso funcional o anatómica. 										
<p><i>Fuente: Adaptación del Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507 de 2014-Colombia</i></p>										

j. CALIFICACIÓN DE LAS DEFICIENCIAS POR ENFERMEDAD DEL CUELLO UTERINO Y DEL ÚTERO

Los síntomas y signos por alteraciones del cérvix y el útero incluyen anormalidades en la menstruación, fertilidad, embarazo o trabajo de parto; dilatación anormal del canal cervical, estenosis o atresia, desplazamiento del útero, displasias, neoplasias y neoformaciones tumorales benignas como los miomas.

Pruebas objetivas útiles en la evaluación de la función cervical y del útero incluyen estudios del moco cervical, frotis vaginal, cervical e intrauterino para estudios citológicos, biopsias, ultrasonido, estudios radiológicos usando medios de contraste; estudios hormonales de sangre y orina; registros de temperatura basal, estudios de concentración, movilidad de espermatozoides; dilatación y curetaje uterino; estudios microscópicos de endometrio; laparoscopia, RMN, TAC, histeroscopia; ultrasonido placentario y histerosonografía con solución salina.

Los hallazgos físicos son el factor principal para la calificación de las deficiencias.





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

Tabla 13. Calificación de la deficiencia debido a enfermedades del cuello uterino y del útero

CLASE FUNCIONAL DE DEFICIENCIA	CLASE 0	CLASE 1			CLASE 2			CLASE 3		
PORCENTAJE DE DEFICIENCIA	0	2% al 10 %			11% al 25 %			26% al 35%		
GRADO DE SEVERIDAD (%)		2	6	10	11	18	25	26	31	35
		A	B	C	A	B	C	A	B	C
Historia clínica (Factor modulador)	No presenta síntomas o signos por enfermedad del cuello uterino o el útero o ambos	Presenta síntomas y signos ocasionales por deformidad del cuello o del útero. Requiere tratamiento intermitente o Presenta estenosis cervical, no requiere tratamiento			Presenta síntomas y signos frecuentes o por deformidad del cuello o del útero. Requiere tratamiento continuo o Presenta estenosis cervical; requiere tratamiento periódico.			Los síntomas y signos continuos del cérvix y del útero no son controlados por el tratamiento		
Hallazgos físicos (Factor principal)	No presenta patología cervical o uterina	Presenta una pérdida anatómica o deformidad moderada del cuello de útero o del útero en el periodo posmenopáusico			Presenta estenosis importante del cuello o una pérdida anatómica o deformidad severa y significativa del cuello del útero o del útero en el periodo premenopáusico			Presenta estenosis cervical completa o la pérdida funcional completa del cuello uterino y del útero en el periodo premenopáusico		
<p>- Si pertenece a la Clase 2 y presenta síntomas no controlados se le otorga un 25% de deficiencia. Los conceptos de nunca u ocasional, frecuente y continuos se encuentran definidos en la Tabla de Clasificación de signos y síntomas por frecuencia</p> <p>- Factor principal: Determina la clase de deficiencia por patología anatómica y funcional en estado reproductivo. El valor máximo en posmenopáusicas es del 10%. Los conceptos de mínimo, leve, moderado, severo y muy severo se encuentran definidos en la en la Tabla de Clasificación según porcentaje de compromiso funcional o anatómica.</p>										
<p><i>Fuente: Adaptación del Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507 de 2014-Colombia</i></p>										

k. CALIFICACIÓN DE LAS DEFICIENCIAS POR ENFERMEDAD DE LAS TROMPAS DE FALOPIO Y EL OVARIO

La trompa de Falopio transporta el óvulo y espermatozoides. Los ovarios desarrollan y liberan los óvulos y secretan hormonas reproductivas.

Entre los síntomas y signos por enfermedad de las trompas de Falopio y los ovarios se incluyen dolor pélvico, sangrado o flujo vaginal; estenosis de las trompas de Falopio, obstrucción; características morfológicas anormales; masas pélvicas; neoplasias; ausencia de ovulación, ovulaciones poco frecuentes o anormales; secreciones hormonales anormales y disfunciones menstruales.

Entre las pruebas objetivas para evaluar la función de las trompas de Falopio o de los ovarios, tenemos frotis cervical y vaginal para estudios citológicos, radiografías de pelvis; histerosalpingografía, ecografía ginecológica, biopsia de ovario, análisis de hormonas en sangre y orina, ultrasonidos, RNM, TAC, laparoscopia y estudios de temperatura basal y corporal. Los desórdenes hormonales se estudiarán en la unidad respectiva y las deficiencias se





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

combinarán con las generadas por alteraciones de las trompas de Falopio y los ovarios.

Las pruebas objetivas son el factor principal para clasificar y predetermina el valor inicial de la deficiencia.

Tabla 14. Calificación de la deficiencia debido a enfermedades las trompas de Falopio y el ovario

CLASE FUNCIONAL DE DEFICIENCIA	CLASE 0	CLASE 1			CLASE 2			CLASE 3		
PORCENTAJE DE DEFICIENCIA	0	2% al 9 %			10% al 24 %			26% al 35%		
GRADO DE SEVERIDAD (%)		2	6	9	10	17	24	26	30	35
		A	B	C	A	B	C	A	B	C
Historia clínica (Factor modulador)	Sin síntomas o signos por enfermedad	Síntomas o signos ocasionales por enfermedad que no requieren tratamiento continuo			Síntomas o signos frecuentes por enfermedad que requieren tratamiento			Síntomas o signos continuos por enfermedad que no responden al tratamiento		
Hallazgos físicos (Factor principal)	No anomalías por daño anatómico o funcional de la trompa de Falopio o el ovario	Funcionamiento normal de una sola trompa de Falopio o de un sólo ovario en el período premenopáusico			Enfermedad significativa de la trompa de Falopio o del ovario, pero persiste la permeabilidad tubárica y la ovulación es posible			Pérdida anatómica o de la función de las trompas de Falopio o la pérdida de ambos ovarios en el período premenopáusico		
<ul style="list-style-type: none"> - Si la persona está en Clase 2, pero no responde al tratamiento (Clase 3 por historial clínico), la deficiencia es del 20%. Estos valores de deficiencia se combinan con las deficiencias obtenidas por el sistema endocrino para la pérdida de la función hormonal. - El factor principal que induce la deficiencia corresponde a la patología anatómica y/o al estado reproductivo. No se otorga deficiencia si la pérdida se produce en el período posmenopáusico. 										
Fuente: Adaptación del Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507 de 2014-Colombia										



6.4.6 UNIDAD VI: DEFICIENCIAS POR TRASTORNOS DE LA PIEL. FANERAS Y DAÑO ESTÉTICO

Esta unidad tiene como objetivo proveer los criterios para el reconocimiento y la evaluación del déficit anatómico y funcional por alteraciones permanentes de la piel y sus faneras, en relación con la función que desempeñan.

Para los efectos de esta unidad se considera alteración permanente de la piel, cualquier anomalía dermatológica o pérdida de tejidos que persista después del mejor tratamiento posible. En esta unidad se califican las alteraciones permanentes de la piel y sus faneras, desfiguración, cicatrices y dermatitis de contacto.

- A. DEFINICIONES Y PRINCIPIOS DE EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DE LAS DE LAS DEFICIENCIAS POR TRASTORNOS DE LA PIEL. FANERAS Y DAÑO ESTÉTICO**
 - a. CRITERIOS GENERALES.**





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

- Interpretación de síntomas y signos: La información del historial clínico relativa a los síntomas, debe complementarse con los hallazgos objetivos (signos) para estimar la deficiencia; ejemplo de ello es el síntoma del prurito y los hallazgos objetivos del rascado tales como liquenificación, escoriaciones o hiperpigmentación.

b. CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DE LAS DEFICIENCIAS POR TRASTORNOS DE LA PIEL. FANERAS Y DAÑO ESTÉTICO

Los criterios por considerar en la evaluación y calificación de la deficiencia por alteraciones permanentes en la piel son el historial clínico, la carga de adherencia al tratamiento y los hallazgos al examen físico:

- **Criterio 1. Historial clínico (factor principal):** Presentación de signos y síntomas dermatológicos.
- **Criterio 2. Hallazgos al examen físico (factor modulador):** Signos, extensión y persistencia de aparición.
- De acuerdo al examen físico encontrado, el compromiso funcional o anatómico se clasifica según la siguiente tabla:

Tabla1. Clasificación según porcentaje de compromiso funcional o anatómico

Clasificación	Porcentaje anatómico o funcional comprometido(*)
Mínimamente anormal	Anormalidad anatómica o funcional no mayor del 10%; generalmente asintomático
Alteración leve	Compromiso entre el 11% y el 25%
Alteración moderada	Compromiso entre el 26% y el 50%
Alteración severa	Compromiso entre el 51% y el 75%
Alteración muy severa	Mayor del 75%
* Tener presente que el nivel de exactitud es imposible de lograr objetivamente.	
Fuente: Adaptación del Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507 de 2014-Colombia	



B. PROCEDIMIENTO PARA CALIFICAR LAS DEFICIENCIAS DE PIEL Y FANERAS.

a. CONSIDERACIONES ESPECIALES DE LA METODOLOGÍA DE CALIFICACIÓN

- Determine el tipo de patología para elegir la tabla o numeral con el que se califica.
- Una vez determinada la tabla, identifique el factor principal y los factores moduladores.
- Cuando la enfermedad de la piel produzca manifestaciones en otros órganos y sistemas, estas se calificarán de acuerdo con lo definido en el Unidad correspondiente y la deficiencia global del órgano o sistema se combinará con la deficiencia global por alteraciones de la piel.
- Para la Clase 4 de deficiencia, si los resultados del examen físico son severos, puede desplazarse al grado más alto de la clase inicial.
- En los casos de manifestaciones cutáneas permanentes de enfermedades sistémicas, las deficiencias por alteraciones de la piel se combinarán con las deficiencias de los órganos y sistemas afectados por esta condición.





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
 NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
 EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

C. TABLAS DE CALIFICACION DE LAS DEFICIENCIAS DE LA PIEL Y FANERAS.

a. CALIFICACIÓN DE LA DEFICIENCIA POR ALTERACIÓN DE LA PIEL Y FANERAS

Las causas de las valvulopatías incluyen cambios calcificados o relacionados con la edad, enfermedad congénita, enfermedades reumáticas, endocarditis infecciosa, etc. La valvulopatía puede ser asintomática o producir signos o síntomas de insuficiencia cardiaca congestiva o arritmia. Puede producirse hipertrofia ventricular izquierda o derecha, dilatación o disfunción ventriculares.

Tabla 2. Calificación de las deficiencias por alteraciones de la piel y faneras.

CLASE FUNCIONAL DE DEFICIENCIA	Clase 0	Clase 1	Clase 2	Clase 3	Clase 4
PORCENTAJE DE DEFICIENCIA	0	1 al 14 %	15 al 39 %	40 al 57 %	58 al 62 %
GRADO DE SEVERIDAD (%)		1 8 14 A B C	15 30 39 A B C	40 48 57 A B C	58 60 62 A B C
Historia clínica (FP)	Asintomático	Los signos y síntomas de los trastornos de la piel están presentes del 1% al 30% del tiempo. Puede requerir tratamiento intermitentemente con medicación tópica. Cuando están presentes signos y síntomas, la interferencia con las AVD es mínima.	Los signos y síntomas de los trastornos de la piel están presentes del 31% al 60% del tiempo. A menudo requiere tratamiento con medicación tópica y sistémica. Cuando están presentes signos y síntomas, la interferencia con las AVD es leve.	Los signos y síntomas de los trastornos de la piel están presentes del 61% al 90% del tiempo. Requiere tratamiento intermitente o constante con medicación tópica y sistémica. Cuando están presentes signos y síntomas, la interferencia con las AVD es moderada.	Los signos y síntomas de los trastornos de la piel están presentes más del 90% del tiempo. Requiere tratamiento con medicación tópica y sistémica. Cuando están presentes signos y síntomas, la interferencia con las AVD es severa.
Examen físico	Examen físico normal	≤ 10% de extensión o Excluyen la cara	> 10% a 20% de extensión, O Involucran significativamente la cara o la parte anterior de cuello	≥ 20% a 40% de extensión y O Además de lo anterior involucran todo la región palmar de la mano.	≥ 40% de extensión

Fuente: Adaptación del Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507 de 2014-Colombia



b. CALIFICACIÓN DE LA DEFICIENCIA POR DESFIGURACIÓN FACIAL

Para calificar la deficiencia por desfiguración facial se consideran los cambios en la anatomía y la función. Principalmente se refieren a la pérdida de la integridad estructural de la cara.





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -MINSA/DGIESP-2024
 NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
 EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

Tabla 3. Calificación de las deficiencias por desfiguración facial.

CLASE FUNCIONAL DE DEFICIENCIA		CLASE 0	CLASE 1					CLASE 2					CLASE 3					CLASE 4				
PORCENTAJE DE DEFICIENCIA		0	1 al 10 %					12 al 22 %					24 al 34 %					38 – 50 %				
GRADO DE SEVERIDAD (%)			1	2	5	7	10	1	1	1	2	2	2	2	2	3	3	3	4	4	4	5
			A	B	C	D	E	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E
Historia clínica (Factor Principal)	Anormalidades	Cicatriz cutánea pequeña (menor a 2 cm)	Que involucra sólo estructuras cutáneas con cicatriz grande visible (≥ 2 cm) y/o pigmentación anormal.					Con algunas pérdidas en las estructuras de soporte.					Involucran la ausencia de partes anatómicas o áreas de la cara, como la pérdida de un ojo o pérdida de parte de la nariz con deformidad cosmética.					Distorsión total de la anatomía normal de la cara con desfiguración severa.				
Hallazgos en el examen físico (factor modulador)	Alteración de las funciones de respirar, oír, oler y degustar.	Ninguna	Leve					Moderada					Severa					Muy severa				
Hallazgos en las pruebas diagnósticas (Factor modulador)	Estudios radiológicos: Hallazgos en la estructura ósea o cartilaginosa faciales.	Normales	Normales					Anormales concordantes con los hallazgos del historial clínico.					Anormales concordantes con los hallazgos del historial clínico					Anormales concordantes con los hallazgos del historial clínico				
Clasificación de severidad según Tabla "clasificación según porcentaje de compromiso funcional o anatómico"																						
Fuente: Adaptación del Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507 de 2014-Colombia																						

c. CALIFICACIÓN DE LA DEFICIENCIA POR QUEMADURAS

Para determinar el grado de deficiencia ocasionado por una quemadura, hay que tener en cuenta:

- **Extensión.**
 para cuantificar la extensión de la lesión se aplicará la "regla del nueve - Wallace", donde se le asigna el 36% de la superficie corporal al tórax y dorso, el 36% a los dos miembros inferiores, el 18% a ambos miembros superiores, el 9% a la cabeza y el 1% a los genitales (masculino o femenino); este punto se evalúa de acuerdo con la Tabla Criterios para la evaluación de la deficiencia global por quemaduras.
- **Profundidad.**
 Se evalúa mediante los criterios de la tabla Criterios para la evaluación de la deficiencia global por quemadura
- **Compromiso de la movilidad articular.**
 Se evalúa en el Unidad correspondiente.
- **Secuelas estéticas.**
 Se evalúa aplicando a tabla de Calificación de las deficiencias por alteraciones de la piel y faneras.





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -MINS/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

Tabla 4. Criterios para la evaluación de la deficiencia global por quemaduras

TIPO	ÁREA COMPROMETIDA	% ASIGNADO
A	Superficial o epidermis	25% del porcentaje de la extensión de la superficie corporal lesionada
AB	Epidermis y dermis	50% del porcentaje de la extensión de la superficie corporal lesionada
B	Dermis hasta aponeurosis o hueso	Igual al área afectada

Las lesiones que curen sin dejar cicatriz ni secuelas no serán motivo de calificación.

6.4.7 UNIDAD VII: DEFICIENCIAS POR ALTERACIONES DEL SISTEMA HEMATOPOYÉTICO

Esta unidad tiene como objetivo proveer los criterios clínicos para el reconocimiento y la evaluación de las deficiencias relacionadas con el sistema hematopoyético, determinadas por la anormalidad o pérdida permanente, parcial o total de la estructura o de la función del sistema hematopoyético.

Incluye los criterios para el reconocimiento y evaluación de las deficiencias permanentes de las enfermedades de médula ósea, ganglios linfáticos y bazo, los cuales producen una población heterogénea de células circulantes en sangre (glóbulos rojos, glóbulos blancos y plaquetas) y una compleja familia de proteínas esenciales para la coagulación de la sangre y la defensa inmunológica.

A. DEFINICIONES Y PRINCIPIOS DE EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DE LAS DEFICIENCIAS POR ALTERACIONES DEL SISTEMA HEMATOPOYÉTICO

a. CRITERIOS GENERALES

- Debido a que existe una participación inevitable de otros sistemas orgánicos u otros procesos hematológicos, estos deben ser identificados, evaluados, calificados y combinados aplicando la fórmula o tabla de valores combinados.
- Se deberán adicionar puntos porcentuales por la Carga de Adherencia al Tratamiento (CAT). Si bien el tratamiento de enfermedades hematopoyéticas a menudo conduce a una disminución de los síntomas y/o signos de la enfermedad, los efectos secundarios, tanto locales como sistémicos, pueden ser considerables. Ocurre con frecuencia por el uso de medicamentos, procedimientos o tratamientos tales como corticosteroides, terapia anticoagulante, transfusiones, hemoforesis y quimioterapia, tanto oral como intravenosa. La de Carga de Adherencia al Tratamiento para el sistema hematopoyético, otorga los puntos de deficiencia de la CAT, los cuales se sumarán a la deficiencia obtenida en cada tabla de calificación del sistema hematopoyético.

C. DIAZ V.





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

Tabla 1. Carga de Adherencia al Tratamiento para el sistema hematopoyético (CAT)

INTERVENCIÓN	VALOR PORCENTUAL ASIGNADO A LA DEFICIENCIA
Terapia permanente con anticoagulante	5%
Corticosteroides por vía oral permanente (discrecional)	1 al 3%
Terapia permanente con otros inmunosupresores (discrecional)	1 al 3%
Quimioterapia oral permanente (discrecional)	1 al 2%
Quimioterapia intravenosa, por ciclo recibido en los últimos 6 meses	5%
Radioterapia: por semana dada en los últimos 6 meses	5%
Transfusiones: por unidad por mes	1%
Aféresis: por tratamiento por mes	3%
Trasplante de médula ósea	10%

Fuente: Adaptación del Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507 de 2014-Colombia y Real Decreto 888/2022, de 18 de octubre, por el que se establece el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad-España

b. CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DE LAS DEFICIENCIAS POR ALTERACIONES DEL SISTEMA HEMATOPOYÉTICO

Los criterios que se deben contemplar para la evaluación de la deficiencia derivada de las enfermedades del sistema hematopoyético son el historial clínico y los hallazgos de laboratorio:

- **Criterio 1. Historial clínico (verificar en cada tabla si es factor principal o modulador):** A causa de la diversidad morfológica y funcional de este sistema, se contemplan diferentes criterios en relación con el historial clínico; así, se estipulan criterios para anemia, trastornos mieloproliferativos (incluyendo policitemia, mielofibrosis y trombocitosis esencial), anormalidades de los leucocitos, monocitos y macrófagos, síndromes mielodisplásicos (granulocitos), trastornos debidos a inmunodeficiencia (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida), trastornos del bazo y la esplenectomía, trastornos hemorrágicos y de las plaquetas, para las deficiencias permanentes causadas por trastornos de las plaquetas, para las deficiencias por trastornos de la coagulación y la enfermedad de Von Willebrand y finalmente, para trastornos trombóticos (hereditarios y adquiridos).
- **Criterio 1. Hallazgos de laboratorio (verificar en cada tabla si es factor principal o modulador):** A causa de la diversidad morfológica y funcional de este sistema, se contemplan diferentes criterios en relación con las pruebas objetivas; así, se estipulan criterios para anemia, anormalidades de los leucocitos, trastornos debidos a inmunodeficiencia (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida), trastornos hemorrágicos y de las plaquetas, para las deficiencias por trastornos de la coagulación y la enfermedad de Von Willebrand, y para trastornos trombóticos (hereditarios y adquiridos).
 - Para anemia: Valores de hematocrito dados en concentración de gramos por decilitro.

C. DIAZ V.

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE INSPECCIÓN Y SUPERVISIÓN
M.C. FRANCISCO ALBERTO HERRERA ANAYKO
DIRECTOR EJECUTIVO



NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

- Para enfermedades o anormalidades de los leucocitos: Cuadro hemático, referenciado en número de leucocitos y neutrófilos por mm³ de sangre.
- Para trastornos debidos a inmunodeficiencia (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida): Niveles de CD4 T.
- Para trastornos hemorrágicos y de las plaquetas: Recuento de plaquetas.
- Para las deficiencias por trastornos de la coagulación y de la enfermedad de Von Willebrand: Los niveles de factor VIII o XIX
- Para trastornos trombóticos (hereditarios y adquiridos): Factor de coagulación, Estado de hipercoagulabilidad: Déficit del factor V de Leiden, Niveles de proteína C o S.

B. PROCEDIMIENTO PARA CALIFICAR LAS DEFICIENCIAS DEL SISTEMA HEMATOPOYÉTICO

a. CONSIDERACIONES ESPECIALES EN LA METODOLOGÍA DE CALIFICACIÓN DE LAS DEFICIENCIAS DEL SISTEMA HEMATOPOYÉTICO

- Para la anemia y la mielofibrosis, el grado de deficiencia se relaciona con la severidad y la necesidad de transfusión.
- La deficiencia adicional de un órgano sistémico causado por la anemia debe combinarse mediante la fórmula o tabla respectiva.
- Si el trasplante de médula ósea fue realizado y resultó infructuoso, se asigna un diez por ciento (10%) de deficiencia adicional a la deficiencia obtenida por el trastorno del cual dio origen.

C. TABLAS DE CALIFICACION DE LAS DEFICIENCIAS DEL SISTEMA HEMATOPOYÉTICO

a. CALIFICACIÓN DE LAS DEFICIENCIAS POR ANEMIA

Debido a que existen solo dos factores relevantes en la clasificación, cada clase en la tabla de deficiencia se divide solamente en tres grados. El historial clínico es el factor principal.





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

Tabla 2. Criterios para el reconocimiento, evaluación y calificación de las deficiencias por anemia.

CLASE FUNCIONAL DE DEFICIENCIA	CLASE 0	CLASE 1			CLASE 2			CLASE 3			CLASE 4		
PORCENTAJE DE DEFICIENCIA	0	5 al 15 %			20 al 40 %			45 al 65 %			70 – 90 %		
GRADO DE SEVERIDAD (%)		5	10	15	20	30	40	45	55	65	70	80	90
		A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C
Historia clínica (Factor Principal)	Historia de anemia resuelta. No requiere tratamiento	Historia de anemia crónica; con signos y síntomas ocasionales. Requiere tratamiento médico. y No requiere de transfusiones			Historia de anemia crónica con síntomas frecuentes o Requiere de transfusiones ocasionales			Historia de anemia crónica con síntomas continuos y presenta exacerbaciones o Requiere transfusión de 2 a 3 u unidades cada 4 semanas			Historia de anemia crónica con síntomas continuos y presenta exacerbaciones y/o Requiere transfusiones de 2 o 3 unidades cada 2 semanas		
Exámenes auxiliares (Factor Modulador)	Hemoglobina y hematocrito normales	Hemoglobina ≥ 10 pero < de 12 g /dl			Hemoglobina ≥ 8 pero < de 10 g /dl			Hemoglobina ≥ 6 pero < de 8 g /dl			Hemoglobina < 6 g /dl		
<ul style="list-style-type: none"> - El mayor nivel de deficiencia (90%) se utiliza cuando cumplen con los dos criterios del historial clínico y el nivel de hemoglobina < 6 g/dl. De lo contrario, si se cumplen sólo un criterio del historial clínico y el nivel de hemoglobina o los dos del historial clínico, la calificación será de 80%. - Factor principal: El grado y el alcance de los síntomas derivados de otros órganos comprometidos, implica valoraciones de deficiencia o de deficiencias adicionales que se combinarán con la deficiencia derivada de la anemia. Al valor final de deficiencia, se añaden los puntos de CAT por unidad de sangre transfundida / mes. - El nivel de hemoglobina puede variar si se requieren transfusiones. El número utilizado como base para la calificación debe ser el nivel promedio de hemoglobina entre el valor inmediatamente antes y el valor inmediatamente después de la transfusión. <p><i>Fuente: Adaptación del Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507 de 2014-Colombia y Real Decreto 888/2022, de 18 de octubre, por el que se establece el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad-España</i></p>													



b. CALIFICACIÓN DE LAS DEFICIENCIAS POR TRASTORNOS MIELOPROLIFERATIVOS (POLICITEMIA, MIELOFIBROSIS O TROMBOCITOSIS ESENCIAL)

La policitemia puede producir daños por oclusión vascular en algunos órganos, especialmente en los sistemas cardiovascular y/o cerebrovascular. De manera similar, la obstrucción vascular del sistema de la vena porta puede producir una lesión del hígado.

No existe una clasificación de deficiencia específica para la policitemia, razón por la cual deben emplearse las unidades o tablas de deficiencias específicas según el órgano terminal afectado, además del grado de la lesión que se adiciona en las clases de deficiencia específica para la flebotomía o la quimioterapia (se aplica la **Carga de Adherencia al Tratamiento para el sistema hematopoyético - CAT**), en caso de ser utilizadas para el control de la enfermedad.

Igualmente, no existe una clasificación definida para la trombocitosis esencial, aunque en ciertas ocasiones, cuando se desarrollan los síntomas, la clasificación debe basarse en el sistema orgánico afectado o se asigna la clase específica por eventos hemorrágicos o trombóticos que se presentan. Los criterios para el diagnóstico de la mielofibrosis de etiología primaria (idiopática) o secundaria



NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
 NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
 EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

(postpolicitemia) incluyen: la anemia progresiva. El nivel de deficiencia causado por mielofibrosis se refleja en el nivel de deficiencia causado por anemia y/o neutropenia. La deficiencia primaria se clasifica primero y luego se aplica la tabla o la fórmula combinada de deficiencia obtenida en otras líneas celulares.

c. CALIFICACIÓN DE LAS DEFICIENCIAS POR ENFERMEDADES O ANORMALIDADES DE LOS LEUCOCITOS.

La función principal de los glóbulos blancos (leucocitos) es proporcionar protección contra microorganismos invasores, proteínas extrañas y otras sustancias. Se consideran tres 'familias' de leucocitos diferentes: los granulocitos, los linfocitos y los monocitos-macrófagos, que interactúan para ofrecer esta protección. Las anomalías de los leucocitos se expresan, tanto en cantidades como en alteraciones funcionales.

Tabla 3. Criterios para el reconocimiento, evaluación y calificación de las deficiencias por leucocitos (neutropenia)

CLASE FUNCIONAL DE DEFICIENCIA	CLASE 0	CLASE 1			CLASE 2			CLASE 3			CLASE 4		
		1 al 9 %			15 al 25 %			30 al 50 %			60 – 80 %		
PORCENTAJE DE DEFICIENCIA	0	1 al 9 %			15 al 25 %			30 al 50 %			60 – 80 %		
GRADO DE SEVERIDAD (%)		1	5	9	15	20	25	30	40	50	60	70	80
		A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C
Historia clínica (Factor Modulador)	No requiere tratamiento	Requiere ocasionalmente de antibióticos para infecciones bacterianas			Requiere antibióticos intermitentes para prevenir infecciones bacterianas agudas			Requiere de antibióticos orales en forma intermitente y crónica con infección bacteriana aguda que requiere hospitalización, por lo menos una al año.			Requiere de antibióticos orales en forma intermitente y crónica con infección bacteriana aguda que requiere hospitalizaciones por lo menos dos veces al año o Requiere de antibióticos intravenosos domiciliarios (b)		
Exámenes auxiliares (Factor Principal)	Recuento neutrófilos > 1000	Recuento de neutrófilos >750 y ≤ 1000			Recuento de neutrófilos > 500 y ≤ 750			Recuento de neutrófilos > 250 y ≤ 500			Recuento de neutrófilos < 250		

Fuente: Adaptación del Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507 de 2014-Colombia y Real Decreto 888/2022, de 18 de octubre, por el que se establece el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad-España

C. DIAZ V.



d. CALIFICACIÓN DE LAS DEFICIENCIAS POR TRASTORNOS DEBIDOS A INMUNODEFICIENCIA - SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es la etapa más grave de una infección por VIH. El VIH destruye progresivamente algunos tipos de glóbulos blancos (leucocitos) llamados linfocitos CD4+. Los linfocitos ayudan a defender el organismo contra las células extrañas, los microorganismos



NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

infecciosos y el cáncer. Así, cuando el VIH destruye los linfocitos CD4+, las personas afectadas se vuelven vulnerables al ataque de muchos otros microorganismos infecciosos. Muchas de las complicaciones de la infección por VIH, incluida la muerte, suelen ser resultado de estas infecciones y no directamente de la infección por VIH.

Se deben utilizar hallazgos de laboratorio que son el factor principal. El historial clínico representará el factor modulador.

Tabla 4. Criterios para el reconocimiento, evaluación y calificación de las deficiencias trastornos debidos a Inmunodeficiencia - Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

CLASE FUNCIONAL DE DEFICIENCIA	CLASE 0	CLASE 1			CLASE 2			CLASE 3			CLASE 4		
PORCENTAJE DE DEFICIENCIA	0	5 al 15 %			20 al 40 %			45 al 65 %			70 – 90 %		
GRADO DE SEVERIDAD (%)		5	10	15	20	30	40	45	55	65	70	80	90
		A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C
Historia clínica (Factor modulador)	No requiere tratamiento	Requiere tratamiento con antirretrovirales para controlar los signos y síntomas de la enfermedad			Requiere tratamiento con antirretrovirales y terapia médica continua para prevenir infecciones oportunistas. Historia de infecciones			Requiere terapia constante con antirretrovirales e inmunoterapia supresora permanente con al menos una infección por agentes oportunistas			Requiere terapia constante con antirretrovirales e inmunoterapia supresora permanente con al menos dos infecciones por oportunistas y/o Ha requerido una hospitalización para manejo de infección por oportunista		
Hallazgos de laboratorio (factor principal)	CD4 > 800 o PCR < 50	CD4 > 500 y ≤ 800 o PCR > 50			CD4 > 200 y ≤ 500			CD4 > 100 y ≤ 200			CD4 ≤ 100		
Factor principal: Recuento CD4 o Reacción en Cadena de la Polimerasa para el virus (PCR-HIV). Para el caso de personas con infecciones oportunistas documentadas, se califica luego de recibido el tratamiento específico, en el caso de no mejorar su infección en los 6 meses siguientes al inicio del tratamiento se califica. En cualquiera de los anteriores casos se califica luego de actualizar el laboratorio.													
Fuente: Adaptación del Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507 de 2014-Colombia y Real Decreto 888/2022, de 18 de octubre, por el que se establece el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad-España													

C. DIAZ V.

e. CALIFICACIÓN DE LAS DEFICIENCIAS POR ALTERACIONES DE LOS MONOCITOS-MACRÓFAGOS

Existe una limitación del conocimiento acerca de los defectos funcionales del sistema monocito-macrófago. El grado de deficiencia puede estar relacionado con la naturaleza, tipo y magnitud de la infección. De igual forma, la afectación medular puede producir deficiencias y fracturas óseas progresivas y masivas, las cuales deben ser valoradas en el sistema musculoesquelético. Se procede de la misma forma para valorar la afección neurológica.





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -MINSA/DGIESP-2024
 NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
 EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

f. CALIFICACIÓN DE LAS DEFICIENCIAS POR TRASTORNOS DEL BAZO Y ESPLENECTOMÍA

Como consecuencia de la esplenectomía se pueden desarrollar algunos trastornos funcionales mínimos o leves, aunque clínicamente silentes y morfológicos de los eritrocitos, así como un aumento transitorio del recuento plaquetario. Las personas con esplenectomía no se encuentran en un alto riesgo de contraer infecciones virales.

Si una persona experimenta infecciones repetidas luego de una esplenectomía, se debe asignar una clasificación de deficiencia del 10% y ésta se adiciona a la deficiencia obtenida por alteración hematológica. De otro modo, al no presentarse infecciones repetidas, la deficiencia correspondiente será del 0%.

La esplenomegalia mayor a 5 cm por debajo del margen costal es un factor incómodo y general mente afecta la capacidad de alimentarse al causar sensación de llenura temprana; en tal caso se asigna una deficiencia del 10% la cual se agrega a la deficiencia hematológica.

g. CALIFICACIÓN DE LAS DEFICIENCIAS POR TRASTORNOS DE PLAQUETAS

Es la segunda causa de los trastornos hemorrágicos. La trombocitopenia no se clasifica como deficiencia a menos que sea severa, afecte las funciones de otros órganos y sea irreversible por esplenectomía u otros regímenes terapéuticos. Por su parte, los defectos plaquetarios cualitativos rara vez cumplen con los criterios para asignar un porcentaje de deficiencia, a menos que exista una hemorragia, la que puede suceder en algunos trastornos congénitos raros.

Las complicaciones se evalúan de acuerdo con los sistemas u órganos afectados y se deben combinar con el porcentaje obtenido por deficiencia, de acuerdo con las tablas específicas y empleando la fórmula de valores combinados de deficiencias.

Tabla 5. Criterios para el reconocimiento, evaluación y calificación de las deficiencias por trastornos de plaquetas

CLASE FUNCIONAL DE DEFICIENCIA	CLASE 0	CLASE 1			CLASE 2			CLASE 3			CLASE 4		
		PORCENTAJE DE DEFICIENCIA			GRADO DE SEVERIDAD (%)			GRADO DE SEVERIDAD (%)			GRADO DE SEVERIDAD (%)		
	0	1 al 9 %			15 al 25 %			30 al 50 %			60 – 80 %		
		1	5	9	15	20	25	30	40	50	60	70	80
		A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C
Historia clínica (Factor principal)	Trombocitopenia leve o trastornos hemorrágicos que no requieren tratamiento	Requiere de tratamiento por exacerbaciones agudas de trombocitopenia			Requiere de tratamiento para trombocitopenia posterior a trauma o antes de cirugias			Trombocitopenia severa que requiere tratamiento con transfusiones de plaquetas que responden a la terapia y/o ha presentado eventos hemorrágicos (hasta 2 veces al año)			Trombocitopenia muy severa que no responde a transfusiones de plaquetas y/o ha presentado 3 o más eventos hemorrágicos por año		
Recuento de plaquetas)	Más de 140.000 / ml	Entre 100.000 y 140.000 / ml			Entre 60.000 y 100.000 / ml			Entre 20.000 y 60.000 / ml			Menos de 20.000 / ml		

Fuente: Adaptación del Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507 de 2014-Colombia y Real Decreto 888/2022, de 18 de octubre, por el que se establece el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad-España





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
 NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
 EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

h. CALIFICACIÓN DE LAS DEFICIENCIAS POR TRASTORNOS DE COAGULACIÓN

Los déficits congénitos de la coagulación se deben generalmente a deficiencias en los factores VIII o XIX o a la enfermedad de Von Willebrand. Los niveles de factor determinan el grado de deficiencia dentro de la clase asignada. Aunque existen otros trastornos hemorrágicos, en éstos la deficiencia es ocasionada principalmente por la significativa frecuencia de los episodios hemorrágicos. Cualquier anomalía fisiológica que se desarrolle como consecuencia de estos episodios debe clasificarse por separado y debe combinarse con la deficiencia por trastorno hemorrágico.

La hemofilia se divide típicamente en tres categorías de acuerdo con el grado de factor de deficiencia. Esto se correlaciona apropiadamente con la frecuencia y riesgo de las complicaciones hemorrágicas. Las personas que presentan hemofilia leve no suelen sangrar espontáneamente pero sí requieren ser premedicados antes de procedimientos quirúrgicos; pueden responder a la desmopresina (DDAVP) la que incrementará transitoriamente los niveles del factor VIII. Aquellas personas que no responden a este medicamento, así como quienes presentan niveles bajos de factor de coagulación, requieren de infusiones de factor coagulación, por lo general autoadministrados. Estos factores algunas veces se administran de manera permanente o crónica a personas con niveles de factor coagulación por debajo del 1%, como profilaxis contra la hemorragia. Las personas con hemofilia pueden desarrollar anticuerpos contra el factor de administración exógena, lo que comporta una complicación terapéutica que dificulta el tratamiento de los episodios hemorrágicos; a estas personas a veces se les prescribe el factor crónico y/o una terapia inmunosupresiva.

Existe también variación en la frecuencia de los episodios hemorrágicos entre personas con niveles similares de factor de deficiencia.

Los antecedentes clínicos son el factor principal. La deficiencia ocasionada por hemartrosis se clasifica separadamente y se combina con la deficiencia por hemofilia.



Tabla 6. Criterios para el reconocimiento, evaluación y calificación de las deficiencias relacionadas con la hemofilia

CLASE FUNCIONAL DE DEFICIENCIA DE	CLASE 0	CLASE 1			CLASE 2			CLASE 3		
		1 al 9 %			20 al 30 %			45 al 65 %		
		1	5	9	20	25	30	45	55	65
GRADO DE SEVERIDAD (%)	A B C			A B C			A B C			
Historia clínica (Factor Principal)	No requiere de tratamiento	Requiere de tratamiento con vasopresina (DDAVP), crioprecipitados o uso de plasma después de trauma o antes de una cirugía			Historia de ≤ 2 episodios hemorrágicos durante un año			Historia de más de 3 episodios hemorrágicos por año		
Tratamientos requeridos (Factor Modulador)	Trastornos leves de la coagulación que no requieren tratamiento	El tratamiento con factor de coagulación necesario después de hemorragias o trauma			Requiere de tratamiento permanente con factor de coagulación			Requiere de tratamiento permanente con concentrado de factor de coagulación en combinación con anticuerpos y/o transfusiones de glóbulos rojos por los episodios agudos		





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -MINSA/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

Deficiencia del factor de coagulación (Factor Modulador)		Leve: nivel de factor de coagulación entre 5% y 30%	Moderado: nivel de factor de coagulación entre 1% y 5%	Severo: nivel de factor de coagulación menor del 1%
Fuente: Adaptación del Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507 de 2014-Colombia y Real Decreto 888/2022, de 18 de octubre, por el que se establece el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad-España				

i. CALIFICACIÓN DE LAS DEFICIENCIAS POR OTROS TRASTORNOS HEMORRÁGICOS – ENFERMEDAD DE VON WILLEBRAND .

Se trata de un grupo heterogéneo de trastornos hemorrágicos causados por una anomalía del factor Von Willebrand; los afectados son susceptibles de sufrir hematomas, sangrado menstrual abundante y aumento de la frecuencia de epistaxis. Las personas con la enfermedad de Von Willebrand pueden experimentar hemorragia letal postraumática o postoperatoria; si la enfermedad es severa, pueden presentar episodios hemorrágicos frecuentes (factor principal).

Aunque existen varios trastornos hemorrágicos adicionales, tal como en el caso de la enfermedad de Von Willebrand, la determinación de la deficiencia se basa en la frecuencia y severidad de los episodios hemorrágicos (factor principal) y la necesidad de productos sanguíneos, los cuales varían según las personas. Se debe determinar el grado de deficiencia de la misma manera para cada uno de los sistemas u órganos que estén comprometidos por los episodios hemorrágicos. Luego se combinan las diferentes deficiencias aplicando la fórmula o tabla de valores combinados de deficiencias.

Tabla 7. Criterios para el reconocimiento, evaluación y calificación de las deficiencias relacionadas por otros trastornos de coagulación (Enf. De Von Willebrand)

CLASE FUNCIONAL DE DEFICIENCIA	CLASE 0	CLASE 1			CLASE 2			CLASE 3		
		1	5	9	20	25	30	45	55	65
PORCENTAJE DE DEFICIENCIA	0	1	5	9	20	25	30	45	55	65
GRADO DE SEVERIDAD (%)		A	B	C	A	B	C	A	B	C
Frecuencia de eventos hemorrágicos (factor principal)	Historia de sangrado anormal; ya resuelta	Historia de sangrado crónico de las mucosas y/o hemorragias menstruales abundantes y/o sangrado de las mucosas en el año anterior que no requirió hospitalización			Historia de 1 o más hemorragias en las mucosas que requirieron manejo hospitalario en el último año			Historia de 3 o más hemorragias en las mucosas, que requirieron manejo hospitalario en el último año. Al menos uno de estos sangrados generó riesgo.		
Tratamiento requerido	No requiere tratamiento	Fue necesario un tratamiento menor (hemostasis, terapia con hierro o se medicó para procedimientos)			Requiere de transfusiones de menos de 2 U de glóbulos rojos, con o sin reposición del factor o agente antihemorrágico			Requiere de transfusiones de 2 o más unidades de glóbulos rojos, con o sin reposición del factor o agente antihemorrágico		
Fuente: Adaptación del Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507 de 2014-Colombia y Real Decreto 888/2022, de 18 de octubre, por el que se establece el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad-España										





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -MINS/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

j. CALIFICACIÓN DE LAS DEFICIENCIAS POR TRASTORNOS TROMBÓTICOS

Los trastornos trombóticos comprometen las arterias, las venas o ambas. La trombosis puede ser primaria, a causa de un trastorno hereditario, o secundaria, debido a condiciones adquiridas. Mientras que cada factor de riesgo puede contribuir a la trombosis, los factores combinados pueden conllevar a un riesgo mayor. La deficiencia es evaluada referida al trastorno trombótico en sí y a los efectos de las trombosis que han ocurrido en un órgano particular afectado. Este debe valorarse en las tablas respectivas y luego combinarlas.

Si la persona se encuentra bajo una terapia anticoagulante a largo plazo por trastorno trombótico, con warfarina, heparina de peso molecular bajo o heparina, se adiciona un diez por ciento (10%) a la deficiencia total obtenida.

La frecuencia de los episodios trombóticos es el factor principal.

Tabla 8. Criterios para el reconocimiento, evaluación y calificación de las deficiencias relacionadas por trastornos trombóticos

CLASE FUNCIONAL DE DEFICIENCIA	CLASE 0	CLASE 1			CLASE 2			CLASE 3		
		1 al 9 %			20 al 30 %			45 al 55 %		
PORCENTAJE DE DEFICIENCIA	0	1	5	9	20	25	30	45	50	55
		GRADO DE SEVERIDAD (%)	A	B	C	A	B	C	A	B
Frecuencia de eventos trombóticos (factor principal)	Antecedentes de trombosis; ya resuelta	Historia de un episodio de trombosis			Más de 1 evento trombótico en el pasado; ninguno en el año anterior			Uno o más eventos trombóticos por año		
Estado de hipercoagulabilidad	Anormalidades de menor importancia que no se espera como resultado un estado de hipercoagulabilidad	Déficit del factor V de Leiden, Heterocigoto o anticoagulante lúpico, anticuerpos anticardiolipina o antifosfolipos U otro estado de hipercoagulabilidad			Los niveles de proteína C o S <35% de lo normal o Déficit de antitrombina 3 ó Déficit del factor V de Leiden, Homocigoto o anticoagulante lúpico, anticuerpos anticardiolipina o antifosfolipos o otro estado de hipercoagulabilidad			Dos de los siguientes: proteína C o S <35% de lo normal y/o Déficit del factor V de Leiden, Homocigoto y/o anticoagulante lúpico, anticuerpos anticardiolipina o antifosfolipos y/o otro estado de hipercoagulabilidad		

Fuente: Adaptación del Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507 de 2014-Colombia y Real Decreto 888/2022, de 18 de octubre, por el que se establece el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad-España



k. CALIFICACIÓN DE LAS DEFICIENCIAS POR LEUCEMIAS

Las leucemias son clasificadas como agudas o crónicas. También se clasifican como: leucemia mieloide aguda (AML), leucemia mieloide crónica (CML), leucemia linfoblástica aguda (LLA) y leucemia linfocítica crónica (LLC).



NORMA TÉCNICA DE SALUD N° **223** -MINS/DGIESP-2024
**NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
 EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL**

La leucemia es una afección maligna que implica la producción excesiva de leucocitos inmaduros o anormales, lo que finalmente suprime la producción de células sanguíneas normales y produce síntomas relacionados con las citopenias.

Por lo general, la transformación maligna tiene lugar en el nivel de la célula madre pluripotente, aunque a veces afecta una célula madre especializada con capacidad de autorrenovación más limitada. La proliferación anormal, la expansión clonal, la diferenciación aberrante y la disminución de la apoptosis (muerte celular programada) determinan el reemplazo de los elementos normales de la sangre por células malignas.

El factor principal es el historial clínico, y el factor modulador depende del compromiso funcional al aplicar la Escala de ECOG.

La escala ECOG es una forma práctica de medir la calidad de vida de un paciente exclusivamente con cáncer u oncológico, cuyas expectativas de vida cambian en el transcurso de meses, semanas e incluso días. Esta escala valora la evolución de las capacidades del paciente en su vida diaria, manteniendo al máximo su autonomía. Este dato es muy importante cuando se plantea un tratamiento, ya que de esta escala dependerá el protocolo terapéutico y el pronóstico de la enfermedad. La escala ECOG se puntúa de 0 a 5 y sus valores son:

Tabla 9. Escala de ECOG

Clase 0	Completamente activo, capaz realizar todas las actividades previas a la enfermedad, sin restricción.
Clase 1 (leve)	Restringido en actividad física extrema, capaz de caminar y realizar trabajos livianos, ej., trabajo en la casa liviano, trabajo de oficina.
Clase 2 (moderado)	Capaz de caminar y de autocuidado, pero incapaz de realizar cualquier tipo de trabajo. Deambula más de 50% de las horas que está despierto.
Clase 3 (severo)	Capaz de autocuidado limitado, se mantiene postrado o en silla más de 50% de las horas que está despierto.
Clase 4 (extremo)	Completamente incapacitado. No puede realizar autocuidado. Totalmente confinado en cama o silla.



Tabla 10. Criterios para el reconocimiento, evaluación y calificación de las deficiencias relacionadas a leucemias

CLASE FUNCIONAL DE DEFICIENCIA	Clase 0	CLASE 1			CLASE 2			CLASE 3			CLASE 4		
		PORCENTAJE DE DEFICIENCIA			GRADO DE SEVERIDAD (%)			Historia clínica (FP)			Clase funcional (Escala de ECOG)		
	0	5 al 15 %			20 al 40 %			45 al 65 %			70 – 90 %		
		5	10	15	20	30	40	45	55	65	70	80	90
		A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C
Historia clínica (FP)	No requiere tratamiento, leucemia en remisión más de 5 años	Leucemia en remisión entre 1 a 5 años. Estadios tempranos de LLC que no requiere tratamiento. Enfermedad tratada con quimioterapia oral			Agente de quimioterapia intravenosa no más de 3 veces al año.			Agente de quimioterapia intravenosa entre 3 a 6 veces al año.			Quimioterapia más de 6 veces al año. Leucemia incurable.		
Clase funcional (Escala de ECOG)	Clase 0	Clase 1			Clase 2			Clase 3			Clase 4		

Fuente: Adaptación del Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507 de 2014-Colombia y Real Decreto 888/2022, de 18 de octubre, por el que se establece el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad-España





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -MINSA/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

6.4.8 UNIDAD VIII: DEFICIENCIAS POR ALTERACIONES DEL SISTEMA ENDOCRINO

Esta unidad tiene como objetivo proveer los criterios clínicos para el reconocimiento y la evaluación de las deficiencias relacionadas con el complejo hipotálamo-pituitario, la tiroides, la paratiroides y las glándulas suprarrenales, el tejido celular de los islotes del páncreas y las gónadas.

El hipotálamo secreta diferentes hormonas que estimulan la hipófisis; algunas desencadenan la emisión de hormonas hipofisarias y otras la suprimen. A veces, la hipófisis coordina funciones de las demás glándulas endocrinas. Algunas hormonas hipofisarias tienen efectos directos, mientras que otras solamente controlan la velocidad con la que diversos órganos endocrinos secretan sus hormonas. La hipófisis regula la tasa de secreción de sus propias hormonas a través de un mecanismo conocido como "retroalimentación": los valores de estas hormonas en la sangre indican a la hipófisis si debe disminuir o aumentar la producción. No todas las glándulas endocrinas están bajo el control de la hipófisis; algunas responden de forma directa o indirecta a concentraciones de sustancias en la sangre:

- Las células del páncreas que secretan insulina responden a los niveles de glucosa y a los ácidos grasos.
- Las células de la glándula paratiroides responden a los niveles de calcio y a los niveles de fosfatos.
- La secreción de la médula suprarrenal (parte de la glándula suprarrenal) es producto de la estimulación directa del sistema nervioso parasimpático.

La disfunción de un órgano endocrino puede derivarse de lesiones en la glándula, atrofia, hiperplasia, hipertrofia o neoplasia, o ser el resultado de una disfunción parcial o total de la glándula, como consecuencia de una resección quirúrgica, por radiación o por medicación.

Las deficiencias endocrinas pueden generar o estar asociadas con deficiencia de otros sistemas u órganos. En estos casos, la deficiencia se evalúa por separado según el órgano comprometido y se debe aplicar la fórmula de valores combinados de deficiencias.

Se excluyen de esta unidad las patologías neoplásicas y los órganos que se vean afectados por el compromiso endocrino. Dichas deficiencias deben ser valoradas en los Unidades correspondientes, aplicando la fórmula o tabla de valores combinados.



A. DEFINICIONES Y PRINCIPIOS DE EVALUACIÓN Y CALIFICACION DE LAS DEFICIENCIAS POR ALTERACIONES DEL SISTEMA ENDOCRINO

a. CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DE LAS DEFICIENCIAS POR ALTERACIONES DEL SISTEMA ENDOCRINO

- **Criterio 1. Historial clínico (Factor principal):** A causa de la variedad de órganos y funciones de este sistema, se contemplan diferentes criterios en relación con el historial clínico; a continuación se estipulan los criterios para trastornos del eje hipotálamico-pituitario (HPA) y para enfermedades de la tiroides, las glándulas paratiroides, la corteza suprarrenal, la médula





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

suprarrenal, las gónadas, las glándulas mamarias, así como para la diabetes mellitus (tipos 1 y 2) y la enfermedad metabólica ósea, para evaluarlos se tienen en cuenta: secuelas y tratamiento, síntomas residuales, examen del órgano, clasificación de la patología, tolerancia a la glucosa, entre otras.

- **Criterio 2. Hallazgos de laboratorio (Factor modulador):** A causa de la diversidad morfológica y funcional de este sistema, se contemplan diferentes criterios en relación con las pruebas objetivas; así, se determinan criterios para trastornos del eje hipotalámico-pituitario (HPA), enfermedades de la tiroides, las glándulas paratiroides, la corteza suprarrenal, la médula suprarrenal, las gónadas, así como para diabetes mellitus y enfermedad metabólica ósea, para evaluarlos se tienen en cuenta: niveles de las hormonas, sensitometría, hemoglobina glicosilada (HbA1c), entre otras.

B. PROCEDIMIENTO PARA CALIFICAR LAS DEFICIENCIAS DEL SISTEMA ENDOCRINO.

a. CONSIDERACIONES ESPECIALES DE LA METODOLOGÍA DE CALIFICACIÓN DE LAS DEFICIENCIAS DEL SISTEMA ENDOCRINO

- Determine el tipo de patología según la clasificación de las tablas que aparecerán en los siguientes apartados, a fin de elegir la tabla apropiada para la calificación.
- Una vez determinada la tabla, identifique el factor principal y los factores moduladores.
- **Carga de adherencia al tratamiento (CAT):** Las tablas que contienen la CAT, en adición al historial clínico y como un factor modulador, sirven para establecer el grado (%) dentro de cada clase. Esto incluye: a) Los procedimientos terapéuticos necesarios para el manejo del trastorno endocrino, según la frecuencia y la vía de uso de los medicamentos; b) las modificaciones en la dieta; y, c) los procedimientos de monitoreo necesarios para hacer seguimiento a los niveles de glicemia.

A veces, la situación más grave de un trastorno endocrino aumenta las probabilidades de que la enfermedad afecte o agrave la deficiencia de otros sistemas u órganos. Estas consecuencias secundarias deben ser valoradas en la unidad correspondiente al órgano o el sistema afectado.

Para el control de enfermedades como la diabetes, requiere que las personas se adhieran a un estricto régimen dietario, a la medicación oral y/o parenteral y/o tópica, así como a con troles (monitoreos) sanguíneos periódicos, se debe ajustar el grado de deficiencia a un valor o menor valor dentro de la clase según el puntaje obtenido por la Carga de Adherencia al Tratamiento. Así, en esta unidad se otorgará mayor nivel de detalle de la Carga de Adherencia al Tratamiento, en relación con lo visto en otros Unidades, de acuerdo con las siguientes reglas:

- **Uso y vía de administración de los medicamentos:** La Carga de Adherencia al Tratamiento evalúa la frecuencia de uso y la vía de administración de los medicamentos mediante la asignación de un número de puntos. Se debe determinar la vía de administración de los medicamentos y seleccionar la Tabla de *Puntuación según frecuencia de uso de medicamentos vía enteral* (oral, nasal, rectal, conjuntival) y tópica cuando esta administración es vía enteral (oral, nasal, rectal, conjuntival) y tópica; se selecciona la Tabla *Puntuación según frecuencia de uso de medicamentos parenterales* cuando la vía de administración es parenteral. En caso de haber





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

más de un (1) medicamento para ambas vías de administración, se asignarán los puntos respectivos por el medicamento de mayor frecuencia de dosificación por cada una de las vías de administración. Por último, se totalizan los puntos asignados según las Tablas en mención obteniendo la puntuación total dada por el uso de medicamentos.

**Tabla 1. Puntuación según frecuencia de uso de medicamentos
vía enteral (oral, nasal, rectal, conjuntival) y tópica**

Frecuencia de dosificación	Puntos
Grado I: No programada u ocasional	1
Grado II: 1-2 veces por día	2
Grado III: > de 2 veces por día	3

Fuente: Adaptación del Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507 de 2014-Colombia y Real Decreto 888/2022, de 18 de octubre, por el que se establece el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad-España

Tabla 2. Puntuación según frecuencia de uso de medicamentos vía parenteral

Frecuencia de dosificación	Puntos
Grado I : Parenteral, una o menos veces a la semana	2
Grado II: > Una vez a la semana, pero inferior a una vez al día	3
Grado III: 1-2 veces por día	4
Grado IV: > de 2 veces por día	5

Fuente: Adaptación del Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507 de 2014-Colombia y Real Decreto 888/2022, de 18 de octubre, por el que se establece el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad-España

- **Modificación de la dieta:** En cuanto a las modificaciones nutricionales, la Carga de Adherencia al Tratamiento evalúa el control de la dieta necesario para modificar una enfermedad endocrinológica mediante la asignación de un número determinado de puntos. El grado en que se modifica la dieta varía de persona a persona, así como el grado en que las personas cumplen con estas modificaciones. Los puntos de Carga de Adherencia al Tratamiento se asignan según modificación de la dieta, cuando la persona requiere de ésta. Con base en el historial clínico, se conocen las restricciones o modificaciones nutricionales a nivel general, no por cada alimento, pues se considera que las restricciones en la dieta de una forma u de otra, afectan la vida de las personas.





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -MINSA/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

Tabla 3. Puntuación según modificación de la dieta.

Modificaciones	Puntos
Grado I: Nutrición vía oral con modificaciones de alimentos sólidos o blandos a líquidos en forma permanente; o modificaciones en la composición de la dieta atendiendo a una enfermedad específica (Ej. Diabetes o enfermedad renal entre otros).	2
Grado II: Nutrición enteral a través de sondas nasointestinales, catéteres de ostomías en forma permanente.	5
Grado III: Nutrición parenteral permanente	10

Fuente: Adaptación del Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507 de 2014-Colombia y Real Decreto 888/2022, de 18 de octubre, por el que se establece el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad-España

- **Procedimiento de monitoreo basado en los niveles de glicemia:** Son los procedimientos de base necesarios para monitorear la enfermedad (PBI, Procedure Based Impairment). La Carga de Adherencia al Tratamiento refleja las consecuencias de la intervención corporal de los procedimientos instaurados para el control de la enfermedad; por lo tanto, los puntos se otorgan según la frecuencia de intervención requerida (número de monitoreos) para controlar la enfermedad. Actualmente, este método se aplica para vigilar la glucosa en sangre de la persona diabética, pero puede ser utilizado como un modelo si existen otros tipos de control.

Tabla 4. Puntuación según modificación de la dieta.

Procedimiento	Puntos
Monitoreo de glucosa – una vez por día	1
Monitoreo de glucosa – dos veces por día	2
Monitoreo de glucosa – tres veces por día	3
Monitoreo de glucosa – cuatro o más veces por día	4

Fuente: Adaptación del Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507 de 2014-Colombia

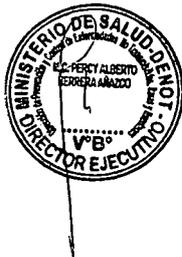


C. TABLAS DE CALIFICACION DE LAS DEFICIENCIAS DEL SISTEMA ENDOCRINO

Los porcentajes de deficiencia reflejan la gravedad de los síntomas, de los hallazgos en la valoración física, de las pruebas objetivas (laboratorio) y de las limitaciones funcionales producidas por una enfermedad del sistema endocrino y la carga de adherencia al tratamiento

a. CALIFICACIÓN DE LA DEFICIENCIA POR TRASTORNOS DEL EJE HIPOFÁLAMO-PITUITARIO (HPA)

El médico debe evaluar y calificar cada trastorno hormonal por separado, utilizando las tablas respectivas y combinar los valores resultantes. Tras este paso, se deben clasificar y valorar las deficiencias generadas en otras estructuras cercanas anatómicamente al eje hipotálamo-hipofisiario tales como el sistema visual, los sistemas nervioso, central y nervioso periférico, o los que





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -MINS/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

causan trastornos mentales y del comportamiento. Los cuales se deben combinar mediante la fórmula o la tabla de valores combinados de deficiencias.

La Tabla *Criterios para la evaluación de las deficiencias por trastornos del eje hipotalámico-pituitario (HPA)* se utiliza para valorar los casos con trastorno hormonal por una deficiencia del eje hipotalámico-hipofisiario. Sólo se utiliza para valorar alteraciones de las hormonas o prohormonas producidas por este eje. No se utiliza para calificar deficiencias generadas por trastornos de las hormonas TSH y ACTH, que son producidas por el HPA; para la evaluación y calificación de estas deficiencias, se utilizarán los criterios y las tablas específicas en dadas esta unidad.

Aunque el historial clínico es el factor principal para asignar la clase de deficiencia, la Carga de Adherencia al Tratamiento permite que el médico evaluador ajuste adecuadamente el valor predeterminado dentro de esa clase.

Tabla 5. Criterios para la calificación de las deficiencias por trastornos del eje hipotalámico-pituitario (HPA)

CLASE FUNCIONAL DE DEFICIENCIA	CLASE 0	CLASE 1			CLASE 2			CLASE 3			CLASE 4		
PORCENTAJE DE DEFICIENCIA	0	5 al 9 %			10 al 14%			15 al 29 %			30 – 50 %		
GRADO DE SEVERIDAD (%)		5	7	9	10	12	14	15	22	29	30	40	50
		A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C
Historial clínico (Factor principal)	Presenta un trastorno del HHA. No requiere tratamiento	Presenta un trastorno del HHA. Requiere tratamiento una vez o menos por semana. No presenta secuelas			Presenta un trastorno del HHA. Requiere tratamiento diario. No presenta secuelas			Presenta un trastorno del HPA. Requiere tratamiento. Presenta secuelas mínimas			Presenta un trastorno del HPA. Requiere tratamiento. Presenta secuelas significativas		
CAT (factor modulador)	0 puntos	1 – 2 puntos			3 – 6 puntos			7 – 10 puntos			Mayor 11 puntos		

Fuente: Adaptación del Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507 de 2014-Colombia y Real Decreto 888/2022, de 18 de octubre, por el que se establece el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad-España



b. CALIFICACIÓN DE LA DEFICIENCIA POR ENFERMEDADES DE TIROIDES

Las hormonas tiroideas influyen en la tasa metabólica de muchos sistemas y órganos. La fibrilación auricular persistente después del tratamiento adecuado del hipertiroidismo debe ser evaluada en el Unidad del sistema cardiovascular. El hipotiroidismo puede ser controlado satisfactoriamente con la administración de medicamentos para la tiroides. De vez en cuando, la causa de enfermedades asociadas en otros sistemas de órganos de reemplazo hormonal completo no puede ser posible. En estas circunstancias, la deficiencia del sistema endocrino reflejará el carácter incompleto del tratamiento.

El historial clínico es el factor principal.





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

Tabla 6. Criterios para la calificación de las deficiencias por enfermedades de la tiroides

CLASE FUNCIONAL DE DEFICIENCIA	CLASE 0	CLASE 1					CLASE 2				
PORCENTAJE DE DEFICIENCIA	0	1 al 14 %					15 al 30 %				
GRADO DE SEVERIDAD (%)		1	5	8	11	14	15	19	23	27	30
		A	B	C	D	E	A	B	C	D	E
Historial clínico (Factor principal)	Presenta un trastorno de la glándula tiroides. No requiere tratamiento. Sin síntomas residuales	Presenta un trastorno de la glándula tiroides. Requiere tratamiento. No presenta síntomas residuales.					Presenta un trastorno de la glándula tiroides. Requiere tratamiento. Presenta síntomas residuales				
Examen físico (factor modulador)	Examen normal de la tiroides	Al examen presenta un bocio residual o estéticamente notable: nódulo ≤ 1,5 cm					Al examen presenta un bocio residual o estéticamente notable: nódulo > 1,5 cm. O no presenta tiroides				
CAT (factor modulador)	0 puntos	1 – 2 puntos					3 – 6 puntos				

Fuente: Adaptación del Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507 de 2014-Colombia y Real Decreto 888/2022, de 18 de octubre, por el que se establece el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad-España

c. CALIFICACIÓN DE LA DEFICIENCIA POR ENFERMEDADES DE LAS GLÁNDULAS PARATIROIDES

La secreción de la hormona paratiroides (HPT) se deriva de un número variable (entre 4 y 12) de glándulas paratiroides, las cuales regulan los niveles de calcio y fósforo en la sangre, minerales esenciales para el funcionamiento adecuado de los sistemas esquelético, digestivo, renal y nervioso. La mayoría de las deficiencias de estas glándulas están relacionadas con hiperfunción, hipofunción y carcinoma.

El hipoparatiroidismo coexiste con hipofunción de otros órganos endocrinos causada por deficiencias poliglandulares autoinmunes que se presentan con el hipotiroidismo, la diabetes mellitus, la insuficiencia adrenal, el hipogonadismo y la anemia perniciosa, condiciones que se deben valorar en las respectivas unidades, para luego combinarlas.

En la mayoría de los casos de hiperparatiroidismo, un tratamiento puede corregir la anormalidad primaria. No obstante, los síntomas y signos pueden persistir y presentar fracturas, cálculos o fallas renales, de manera secundaria. Estas deficiencias deben ser valoradas en las unidades correspondientes y luego combinarlas usando la fórmula o tabla de valores combinados. Si la cirugía falla o la persona no puede someterse a cirugía, puede requerir de terapias por largo tiempo.

Los hallazgos encontrados en las pruebas objetivas son el factor modulador y hacen referencia a hallazgos físicos y a niveles del calcio sérico, los cuales son posible corregir. El factor principal es el historial clínico.





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
 NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
 EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

Tabla 7. Criterios para la calificación de las deficiencias por enfermedades de las glándulas paratiroides

CLASE FUNCIONAL DE DEFICIENCIA	CLASE 0	CLASE 1					CLASE 2				
PORCENTAJE DE DEFICIENCIA	0	1 al 19 %					19 al 30 %				
GRADO DE SEVERIDAD (%)		1	5	10	15	19	20	23	25	28	30
		A	B	C	D	E	A	B	C	D	E
Historial clínico (Factor principal)	Presenta un trastorno de las paratiroides. No requiere tratamiento. Sin síntomas residuales	Presenta un trastorno de las paratiroides. Requiere tratamiento o cirugía. Sin síntomas residuales					Presenta un trastorno de las paratiroides. Requiere tratamiento. Presenta síntomas residuales				
Examen físico (factor modulador)	Examen físico y niveles de calcio en sangre normales.	Examen físico y niveles de calcio en sangres normales.					Al examen presenta signos residuales y/o niveles de calcio en sangre anormales				
CAT (factor modulador)	0 puntos	1 – 2 puntos					≥ 3 puntos				

Fuente: Adaptación del Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507 de 2014-Colombia y Real Decreto 888/2022, de 18 de octubre, por el que se establece el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad-España

d. CALIFICACIÓN DE LA DEFICIENCIA POR ENFERMEDADES DE LA CORTEZA SUPRARRENAL

La corteza suprarrenal sintetiza y secreta la hormona adrenocortical (o cortisol). Esta hormona participa en la regulación de los electrolitos, del agua y de los carbohidratos, así como en el control del peso y el metabolismo de las proteínas. También afectan la respuesta inflamatoria, la permeabilidad de la membrana celular y las respuestas inmunológicas. Esta hormona juega un papel en el desarrollo y mantenimiento de las características sexuales secundarias. La deficiencia puede derivarse de hipersecreción o hiposecreción de las hormonas corticales.

El hipoadrenalismo es usualmente permanente y requiere de terapia por largos periodos de tiempo con glucocorticoides y/o mineralocorticoides por deficiencias de estas sustancias. El factor principal es el historial clínico.





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
 NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
 EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

Tabla 8. Criterios para la calificación de las deficiencias por enfermedades de la corteza suprarrenal.

CLASE FUNCIONAL DE DEFICIENCIA	CLASE 0	CLASE 1			CLASE 2			CLASE 3		
PORCENTAJE DE DEFICIENCIA	0	1 al 10 %			12 al 24 %			28 al 40 %		
GRADO DE SEVERIDAD (%)		1	5	10	12	18	24	28	34	40
		A	B	C	A	B	C	A	B	C
Historial clínico (Factor principal)	Presenta un trastorno de la corteza suprarrenal. No requiere tratamiento. Asintomático	Presenta un trastorno de la corteza suprarrenal. Requiere tratamiento. No presenta síntomas y/o signos por enfermedad activa. No presenta anomalías bioquímicas			Presenta un trastorno de la corteza suprarrenal. Requiere tratamiento. Presenta síntomas y/o signos por enfermedad activa. No presenta anomalías bioquímicas			Presenta un trastorno de la corteza suprarrenal. Requiere tratamiento. Presenta síntomas y/o signos por enfermedad activa (Síndromes de Cushing y de Nelson). Presenta anomalías bioquímicas		
CAT (factor modulador)	0 puntos	1 – 4 puntos			5 – 7 puntos			≥ 8 puntos		

Fuente: Adaptación del Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507 de 2014-Colombia y Real Decreto 888/2022, de 18 de octubre, por el que se establece el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad-España

e. CALIFICACIÓN DE LA DEFICIENCIA POR ENFERMEDADES DE LA MÉDULA SUPRARRENAL

La médula adrenal sintetiza y secreta principalmente epinefrina, cuyas funciones regulan la presión arterial y el gasto cardíaco y en cierta medida, afecta el metabolismo intermediario del cuerpo.

La hiperfunción de la médula suprarrenal puede ser causada por feocromocitoma o, raramente, por hiperplasia de células cromafines. El feocromocitoma se puede presentar en cualquier sitio del cuerpo que tenga tejido nervioso simpático. La presencia de un feocromocitoma se asocia con hipertensión arterial paroxística o sostenida y puede producir manifestaciones de enfermedad coronaria. Cuando hay signos o síntomas que no pueden ser calificados en otro sistema, deben ser evaluados por deficiencias endocrinológicas primarias. El índice de deficiencia de esta unidad se calcula por estimación y extrapolación, y debe estar documentando con detalle en el historial clínico.





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -MINS/DGIESP-2024
 NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
 EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

Tabla 9. Criterios para la calificación de las deficiencias por enfermedades de la médula suprarrenal.

CLASE FUNCIONAL DE DEFICIENCIA	CLASE 0	CLASE 1			CLASE 2			CLASE 3		
PORCENTAJE DE DEFICIENCIA	0	1% al 19%			20 al 39 %			40- 60 %		
GRADO DE SEVERIDAD (%)		1	10	19	20	30	39	40	50	60
		A	B	C	A	B	C	A	B	C
Historial clínico (Factor principal)	Presencia de trastorno de la médula suprarrenal. No requiere tratamiento. Asintomático	Presencia de trastorno de la médula suprarrenal. Requiere tratamiento. No presenta síntomas y/o signos residuales			Los signos y síntomas por exceso de catecolaminas se pueden controlar con agentes bloqueadores en gran parte del tiempo (>75%)			Los signos y síntomas por exceso de catecolaminas se pueden controlar con agentes bloqueadores en al menos el 50% del tiempo		
CAT (factor modulador)	0 puntos	1 – 2 puntos			3 – 6 puntos			7 – 10 puntos		

Fuente: Adaptación del Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507 de 2014-Colombia y Real Decreto 888/2022, de 18 de octubre, por el que se establece el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad-España

f. CALIFICACIÓN DE LA DEFICIENCIA POR DIABETES MELLITUS

La insulina y el glucagón son liberados por los islotes pancreáticos, y juegan un papel esencial en la regulación de la homeostasis y el metabolismo glucídico. Un delicado equilibrio entre la secreción de insulina y glucagón mantiene los niveles de glucosa en plasma dentro de un estrecho rango fisiológico.

La insulina desempeña una función anabólica e incrementa el almacenamiento de glucosa, ácidos grasos y aminoácidos. El glucagón tiene una función catabólica, pues moviliza estos tres nutrientes de sus depósitos, y los hace pasar a la corriente sanguínea. Por tal razón, la insulina y el glucagón tienen una acción global recíproca y de esa manera son secretados en muchas circunstancias. El exceso de insulina causa hipoglucemia, que puede originar crisis convulsivas y coma. La deficiencia de la misma hormona, absoluta o relativa ocasiona diabetes mellitus (aumento de la glucemia por largo tiempo), enfermedad compleja y debilitante que puede culminar en la muerte si no se trata.

Gran parte de los daños que resultan de la diabetes se relacionan con complicaciones a largo plazo. Por lo tanto, en la persona con diabetes el examinador determina la presencia o ausencia de vasculopatía, retinopatía, nefropatía y neuropatía; el grado de deficiencia debe ser evaluado en la respectiva unidad y, de ser necesario, se debe aplicar la tabla o fórmula de valores combinados.

El deterioro endocrinológico creado por la afección diabética se evalúa mejor mediante el uso de medicamentos administrados para controlar la afección como sustituto de la gravedad de la enfermedad. Estas interferencias incluyen la necesidad de controles dietéticos y la necesidad de comprobar los niveles de glucosa en sangre. Se dan valores de deterioro más altos para la vía de administración de medicamentos, ya que las inyecciones crean más





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -MINS/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

interferencias en las AVD de una persona que la toma de una pastilla por vía oral. Lo mismo se aplica al mantenimiento y uso de reservorios intracorporales de insulina.

Las pruebas objetivas son un método poco apropiado para calificar la deficiencia en la persona diabética, por lo que las mediciones séricas de glucosa son inadecuadas como herramienta exclusiva de evaluación de la deficiencia. Si bien son valiosas en el control diario del tratamiento de la diabetes, son más un reflejo de la adecuación del tipo y dosis del medicamento o medicamentos, del cumplimiento de las restricciones dietéticas y los efectos del estilo de vida, que incluyen la regularidad y cantidad de ejercicio que la persona mantiene como parte de su rutina diaria. Los niveles séricos de insulina y el glucagón son mediciones de cierto valor en el diagnóstico de algunas condiciones de la glicemia, pero no tienen ningún valor para la evaluación de la deficiencia.

Mientras que la medición de los niveles de hemoglobina glicosilada (HbA1c) es una medida pobre de la condición diabética, desde el punto de vista del índice de deficiencia, se puede utilizar para detectar el cumplimiento de los regímenes de tratamiento, ya que elevaciones significativas denotan un control deficiente.

El examen físico no se utiliza en la evaluación del deterioro del paciente diabético para calificar la diabetes en sí, aunque sirve como base para calificar sus complicaciones a través de los diversos sistemas orgánicos que afecta la diabetes.

Así, la diabetes mellitus, desde un punto de vista endocrinológico, se evalúa principalmente por sus interferencias en las AVD de una persona a través de la necesidad de medicación, la vía de administración de la medicación, la necesidad de análisis de sangre y la necesidad de ajustes dietéticos. Otros factores de importancia en la evaluación clínica son los problemas ocasionados por la hiperglicemia y la hipoglucemia. Cada condición puede causar síntomas, así como las hospitalizaciones.

Tabla 10. Criterios para la calificación de las deficiencias por diabetes mellitus

CLASE FUNCIONAL DE DEFICIENCIA	CLASE 0	CLASE 1					CLASE 2					CLASE 3					CLASE 4				
PORCENTAJE DE DEFICIENCIA	0	1 al 10 %					11 al 25 %					26 al 40 %					41 – 60 %				
GRADO DE SEVERIDAD (%)		1	3	5	8	10	11	14	18	22	25	26	30	33	36	40	41	45	50	55	60
		A	B	C	D	E	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E
Historial clínico (Factor principal)	Historia de tolerancia a la glucosa, establecida bioquímicamente, que no requiere tratamiento o modificación en la dieta	Diabetes y/o síndrome metabólico; requiere tratamiento con medicamentos orales y/o el régimen nutricional. No requiere insulina					Diabetes; generalmente se controla bien con un régimen moderado (tratamiento con 1 o 2 hipoglicemiantes orales) y modificaciones en la dieta.					Diabetes, por lo general bien controlada con medicamentos hipoglicemiantes orales y uso de insulina e importantes modificaciones en la dieta					Diabetes, que no siempre se controla a pesar del uso de tratamiento: dieta agresiva y medicación (insulinodependiente). Documentada por mediciones de glicemias anormales.				
Pruebas de laboratorio (factor modulador)	Hemoglobina A1c normal: < 0.06 (<6%)	Hemoglobina A1c normal: 0.06 a 0.065 (6% - 6.5%)					Hemoglobina A1c normal dentro del rango alto: 0.066 a 0.08 (6,6% - 8%)					Hemoglobina A1c elevada: 0.081 a 0.10 (8.1% - 10%)					Hemoglobina A1c elevada: > 0.10 (>10%)				
CAT (Factor modulador)	0 puntos	1-5 puntos					6-10 puntos					11-15 puntos					> 16 puntos				

Fuente: Adaptación del Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507 de 2014-Colombia y Real Decreto 888/2022, de 18 de octubre, por el que se establece el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad-España





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -MINS/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

g. CALIFICACIÓN DE LA DEFICIENCIA POR ALTERACIONES DE LAS GÓNADAS

Las afecciones médicas que afectan las Gónadas (testículos en el caso de los hombres y Ovarios en el caso de las mujeres) se conocen como Trastornos Gonadales. Pueden causar complicaciones como Infertilidad, Disfunción Sexual o Bajo Nivel de Testosterona. La principal hormona de los testículos es la testosterona, mientras que las de los ovarios son los estrógenos y la progesterona. La función gonadal también puede variar por trastornos del eje hipotálamo-hipófisis.

Al evaluar el sistema reproductivo del hombre o de la mujer se debe poner atención en evitar la duplicación de la deficiencia, o lo que es más importante, el abuso de valoración funcional en las unidades del sistema endocrino y en las unidades de la deficiencia renal relativas a los órganos sexuales. Las deficiencias pueden ser evaluadas en la unidad del sistema urinario y el reproductivo que tratan principalmente de los aspectos anatómicos de estos órganos. Por su parte, en esta unidad se enfoca en los aspectos hormonales del sistema reproductivo.

El hipogonadismo femenino es causado por la deficiente producción de hormonas esteroideas por parte de una insuficiencia ovárica, o debido a la disfunción secundaria del eje hipotálamo-hipófisis-gonadal. El hipogonadismo prepuberal se caracteriza por las proporciones eunucoïdales del esqueleto, con brazada y pubis planta mayor que 5 cm que la talla y vértex pubis, respectivamente. Hay retraso en el cierre epifisario, vello pubiano y axilar escaso, genitales infantiles con hipoplasia e hipopigmentación de los labios de la vulva, hipoplasia uterovaginal y amenorrea primaria. Las mamas son infantiles y el panículo adiposo está poco desarrollado, sin la distribución femenina característica. Cuando el hipogonadismo es pospuberal involucionan los genitales y los caracteres sexuales secundarios. Los síntomas más frecuentes son la frigidez, disminución de la libido, trastornos emocionales, piel pálida seca y arrugada, hipopilosidad pubiana, amenorrea secundaria, atrofia y pérdida de la lubricación normal de los genitales y la osteoporosis.

El hipogonadismo masculino se define como la deficiencia de testosterona con signos o síntomas asociados, la deficiencia de producción de espermatozoides o ambas. Puede deberse a un trastorno de los testículos (hipogonadismo primario) o del eje hipotálamo-hipofisario (hipogonadismo secundario). Ambos cuadros pueden ser congénitos o adquiridos como resultado del envejecimiento, una enfermedad, distintas sustancias u otros factores. Además, hay varias deficiencias enzimáticas congénitas que causan distintos grados de resistencia a los andrógenos en los órganos diana. El diagnóstico se confirma con la evaluación de las concentraciones hormonales. El tratamiento varía con la etiología, pero en general incluye la administración de hormona liberadora de gonadotropinas o de testosterona.





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
 NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
 EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

Tabla 12. Criterios para la calificación de las deficiencias por alteración de las gónadas

CLASE FUNCIONAL DE DEFICIENCIA	CLASE 0	CLASE 1			CLASE 2			CLASE 3		
PORCENTAJE DE DEFICIENCIA	0	1 al 10 %			11 al 20 %			21 al 30 %		
GRADO DE SEVERIDAD (%)		1	5	10	11	15	20	21	25	30
		A	B	C	A	B	C	A	B	C
Historial clínico (Factor principal)	Trastorno en las gónadas determinado bioquímicamente y asintomático	Trastorno en las gónadas determinado bioquímicamente. Con síntomas leves; de acuerdo con éstos se recomienda tratamiento.			Trastorno en las gónadas determinado bioquímicamente. Con síntomas moderados o secuelas físicas con tratamiento recomendado.			Trastorno en las gónadas determinado bioquímicamente. Con infertilidad por disfunción hormonal.		
Hallazgos físicos (factor modulador)	No hay anomalías físicas por trastorno gonadal	No hay anomalías físicas por trastorno gonadal			Hay anomalías que conllevan a alteración de los hábitos.			Con peso corporal o estaturas anormales debido a la alteración hormonal		
CAT (Factor modulador)	0 puntos	1 – 2 puntos			3 – 4 puntos			≥ 5 puntos		

Fuente: Adaptación del Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507 de 2014-Colombia y Real Decreto 888/2022, de 18 de octubre, por el que se establece el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad-España

h. CALIFICACIÓN DE LA DEFICIENCIA POR ALTERACIONES DE LAS GLÁNDULAS MAMARIAS

La ausencia de glándulas mamarias no causa deficiencia en los hombres, pero si en la mujer premenopáusicas porque imposibilita la lactancia. En algunos trastornos endocrinos puede haber galactorrea en mujeres y ginecomastia en hombres. La deficiencia más significativa de las glándulas mamarias se asocia con trastornos de carácter psicológico debido a las alteraciones cosméticas, las cuales deben ser evaluadas en la unidad de deficiencia por trastornos del comportamiento y la enfermedad mental y se combinan con el valor de esta unidad.

Cada seno se califica de forma independiente. Como ocurre con todo deterioro endocrinológico, el deterioro de cada seno se combina antes del deterioro mamario final.

Los incrementos cosméticos y el impacto psicológico por mastectomía de una o ambas mamas son relativamente pequeños. La mastectomía de una mama tiene una deficiencia del 20% pero si es bilateral, la deficiencia será del 30%.

C. DIAZ V.

MINISTERIO DE SALUD
 Dr. PERCY ALBERTO HERÓLES ALAZCO
 DIRECTOR EJECUTIVO



NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

Tabla 13. Criterios para la calificación de las deficiencias por alteración de las glándulas mamarias

CLASE FUNCIONAL DE DEFICIENCIA	CLASE 0	CLASE 1			CLASE 2		
PORCENTAJE DE DEFICIENCIA	0	1 al 10 %			20 al 30 %		
GRADO DE SEVERIDAD (%)		2 A	6 B	10 C	20 A	25 B	30 C
Historial clínico (Factor principal)	Asintomático; Glándula mamaria estéticamente restaurado	Historia de problemas de lactancia, galactorrea, o de desfiguración del seno; no es necesario tratamiento. La desfiguración se aplica a cada seno por separado, los resultados se combinan.			Historia de mastectomía no susceptible de corrección cosmética y / o cirugía reconstructiva.		
Hallazgos físicos (factor modulador)	Ninguno	La lactancia puede o no estar presente; presenta una desfiguración menor en uno o ambos senos			Ambos senos extirpados quirúrgicamente o deformidad estética severa con ninguna capacidad de lactancia.		

Fuente: Adaptación del Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507 de 2014-Colombia

i. CALIFICACIÓN DE LA DEFICIENCIA POR ENFERMEDAD METABÓLICA ÓSEA

Esta condición de los huesos normalmente no suele resultar en una deficiencia, a menos que haya fractura, dolor, deformidad o atrapamiento de un nervio periférico.

El hiperparatiroidismo, el hipogonadismo, el exceso de glucocorticoides, el hipertiroidismo, la deficiencia nutricional y ciertos medicamentos, pueden causar osteoporosis, la cual es reversible con tratamiento; así mismo, otras patologías que se discuten en otras unidades, como el mieloma múltiple y otras neoplasias malignas, también pueden inducir enfermedad metabólica ósea.

El tratamiento de la osteodistrofia renal puede representar un gran éxito, pero incluso después del trasplante renal, la enfermedad metabólica de los huesos puede persistir. Para prevenir la deficiencia esquelética progresiva puede ser necesario instaurar un tratamiento continuo para osteoporosis primaria, hipogonadismo, enfermedad de Paget y la vitamina D-osteomalacia resistente. El raquitismo puede resultar en una deformidad permanente, fracturas osteoporóticas y osteogénesis imperfecta.

La enfermedad metabólica de los huesos es normalmente asintomática, a menos que ocurran complicaciones como fracturas o trastornos importantes en el metabolismo del calcio, que conducen a síntomas neurológicos y/o enfermedad renal. Los estudios clínicos pertinentes incluyen: 1) Energía dual por absorciometría de rayos X (DEXA); 2) Marcadores bioquímicos como fosfatasa alcalina, osteocalcina y los enlaces cruzados del colágeno; 3) Excreción urinaria de calcio; 4) Radiografía y escanografía de hueso y, 5) Biopsia de hueso.





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -MINSA/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

La deficiencia de la persona debe ser considerada sobre la base de la historia clínica y los hallazgos de las pruebas de diagnóstico objetivo (T-score).

Tabla 14. Criterios para la calificación de las deficiencias por enfermedad metabólica ósea

CLASE FUNCIONAL DE DEFICIENCIA	CLASE 0	CLASE 1			CLASE 2			CLASE 3			
PORCENTAJE DE DEFICIENCIA	0	1 al 9 %			10 al 20 %			21% al 70%			
GRADO DE SEVERIDAD (%)		1	5	9	10	15	20	21	40	50	70
		A	B	C	A	B	C	A	B	C	D
Historial clínico (Factor principal)	Historia de osteoporosis; no requiere tratamiento.	Historia de osteoporosis; requiere tratamiento.			Historia de osteoporosis; refractaria al tratamiento.			Historia de osteoporosis; refractaria al tratamiento.			
Hallazgos físicos (factor modulador)	Antecedentes de densitometría ósea anormal. Los resultados actuales ≥ -1	Antecedentes de densitometría ósea anormal. Los resultados actuales entre < -1 hasta < -2			Densitometría ósea anormal. Los resultados actuales ≤ -2 .			A: 1 Fractura B: 2 Fracturas C: 3 Fracturas D: > de 3 Fracturas			

Fuente: Adaptación del Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507 de 2014-Colombia

6..4.9 UNIDAD IX: DEFICIENCIAS POR ALTERACIONES DEL SISTEMA AUDITIVO Y VESTIBULAR

Esta unidad tiene por finalidad proveer los criterios para la evaluación de la deficiencia anatómica y funcional permanente del sistema auditivo y vestibular, así como sus funciones sensoriales (audición y equilibrio).

Se evalúa y califica las pérdidas de la audición conductivas, neurosensoriales, mixtas o centrales, de diversa etiología. Incluye, entre otras limitantes, la exposición al ruido, a medicamentos ototóxicos y a sustancias ambientales. Así mismo, evalúa las deficiencias generadas por enfermedades de la infancia (meningitis, rubeola, rubeola congénita, entre otras), además de las pérdidas hereditarias, presbiacusias, meningitis, tumores, infecciones y traumas encéfalo craneano.

En caso de existir deficiencia auditiva y vestibular, se deberá calcular por separado cada una y posteriormente se procederá a combinar las deficiencias.

A. DEFINICIONES Y PRINCIPIOS DE LA EVALUACION Y CALIFICACION DE LAS DEFICIENCIAS POR ALTERACIONES DEL SISTEMA AUDITIVO

a. CRITERIOS GENERALES DE LA EVALUACIÓN AUDIOLÓGICA

Se debe realizar previamente un examen físico y una otoscopia bilateral para descartar la presencia de tapones de cerumen, cuerpos extraños o estrechez del canal auditivo que puedan alterar el resultado de la evaluación auditiva. La presencia de perforación timpánica, plaquen extensas de esclerosis, abombamiento o retracción de la membrana timpánica pueden relacionarse con alteraciones auditivas de tipo conductivo. Las condiciones inflamatorias, descamativas o irritativas en la piel del conducto auditivo externo deben ser identificadas.





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -MINS/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

Luego se debe realizar la audiometría tonal que consiste en asignar una respuesta, ante un estímulo acústico, esta evaluación debe complementarse con evaluaciones objetivas.

b. DE LAS COMPETENCIAS DEL MÉDICO EVALUADOR DE LAS DEFICIENCIAS AUDITIVAS

- Médico cirujano con segunda especialidad en otorrinolaringología habilitado por el Colegio Médico del Perú, capacitado en audiología ocupacional y con competencias en: interpretación de audiogramas, certificación de las evaluaciones audiológicas además de las audiometrías de la vía aérea a considerar, audiometrías de vía ósea, logaudiometría, enmascaramiento auditivo, emisiones otoacústicas, potenciales evocados auditivos; diagnósticos de enfermedades otológicas auditivas, incluyendo la enfermedad auditiva debida al ruido.

c. DEL EXAMEN AUDIOMÉTRICO: TÉCNICA DE OBTENCIÓN DE AUDIOMETRÍA.

- Se obtiene la vía aérea empezando en 30 o 40 dB.
- Se desciende el volumen de 10 en 10 dB hasta que deja de percibir el estímulo.
- Se asciende el volumen de 5 en 5 dB hasta obtener la segunda medición coincidente.
- Se inicia la evaluación con frecuencia de 1000Hz hasta 8000Hz y luego se vuelve a medir el umbral en 1000 Hz a partir del cual se obtienen tres alternativas:
 - Si no hay diferencias (entre la primera y segunda evaluación) en los umbrales de 1000 Hz o máximo 5dB se pasa a medir las frecuencias de 500 y 250 Hz.
 - Si la diferencia en 1000 Hz es 10 dB se pasa a comprobar 2000 Hz, donde no debe existir diferencias, caso contrario se repite toda la audiometría.
 - Si la diferencia en 1000 Hz es más de 10 dB se repite la audiometría en su totalidad.
- Deberán efectuarse tres audiometrías separadas por al menos una (01) hora previo reposo de ambiente ruidoso por 12 horas para la primera audiometría. Las mediciones de los umbrales auditivos deberán considera la vía aérea, la vía ósea y se expresadas en dB con referencia al cero audiométrico.



d. DE LOS CERTIFICADOS Y CALIBRACIONES DE LOS EQUIPOS DE AUDIOMETRÍA

- Del audiómetro: Calibración acústico anual bajo standard ANSI S3.6
- Cabina audiométrica o también conocido como sala de pruebas audiométricas, con calibraciones anuales bajo las siguientes normas:
 - OSHA 29CFR Salas de Pruebas audiométricas 1910.95 app D.
 - ISO 8253-1-2010 "Acústica, métodos de ensayo audiométricas.
 - ANSI S3.1-1999 (R2008) "Niveles máximos de ruido ambiental admisible para las salas de pruebas audiométricas"

e. DE LOS CRITERIOS DE UN AUDIOGRAMA DE BUENA CALIDAD





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -MINS/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

- Considerar la simbología internacional que distingue tanto el oído derecho con color rojo y el oído izquierdo con color azul; y sus respectivos símbolos según sea vía aérea, vía ósea con o sin técnica de enmascaramiento auditivo.
- La vía ósea nunca puede aparecer con peores umbrales comparado con la vía aérea.
- Debe tener evaluación de las frecuencias 250, 500, 1000, 2000, 4000, 6000 y 8000 Hz en la vía aérea .
- Debe tener evaluación de las frecuencias 250, 500, 1000, 2000, 3000 y 4000, Hz en la vía ósea.
- La frecuencia de 8000 Hz no debe gozar de vía ósea.
- Del audiómetro: Calibración acústico anual bajo standard ANSI S3.6
- Para efectos de la calificación de las deficiencias por alteraciones del sistema auditivo mediante la audiometría tonal se considerará el PTA extendido que incluye el promedio de los umbrales 500, 1000, 2000 y 4000Hz.

f. DE LOS GRADOS DE HIPOACUSIA.

- Los grados de hipoacusia son:
 - Audición normal: 0 a <25dB
 - Hipoacusia leve: 26 a 40 dB
 - Hipoacusia moderada: 41 a 55 dB
 - Hipoacusia moderada a severa: 56-70dB
 - Hipoacusia severa: 71-90dB
 - Hipoacusia profunda: >90dB
- Para la población adulta y en particular en la expuesta al ruido, la clasificación empleada define la pérdida desde 25dB.

B. CRITERIOS ESPECÍFICOS DE LA EVALUACIÓN AUDIOLÓGICA

a. EVALUACIÓN AUDIOMÉTRICA CONFIABLE.

- La audiometría tonal es una prueba subjetiva, donde se evalúa al sistema auditivo mediante un estímulo sonoro el cual se hará consciente a nivel de la corteza temporal del cerebro y el evaluado lo expresará mediante un comportamiento, como por ejemplo levantar la mano si ello sucede.
- La subjetividad en la respuesta requiere la colaboración del paciente, para obtener un audiograma confiable. Por lo tanto, la categoría de confiable lo establece el médico otorrinolaringólogo con las competencias descritas en el literal b.
- La simulación y la disimulación auditiva son fenómenos frecuentes debido a la presencia de intereses diferentes a la propia evaluación audiométrica. También conocido como pseudohipoacusia.
- Para su detección se requiere evaluaciones objetivas para definir los umbrales reales de la audición, a mencionar: Reflejos estapediales, emisiones otoacústicas y potenciales evocados auditivos de tronco cerebral y los PEA de estado estable.
- El criterio audiométrico más utilizado para valorar una posible pseudoacusia es: Umbrales con diferencia mayor de 10 dBs en al menos 2 frecuencias audiométrico consecutivas.

b. DE LAS EVALUACIONES PARA EL DESCARTE DE LA SIMULACION AUDITIVA (PSEUDOHIPOACUSIA)

En caso de sospecha de simulación auditiva (pseudohipoacusia), los estudios audiométricos podrán complementarse con las siguientes pruebas funcionales:





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

- **Emisiones otoacústicas (EOA)**
- Es la energía acústica generada por las células ciliadas externas de la cóclea en respuesta a un estímulo sonoro externo y que son detectadas y cuantificadas en el conducto auditivo externo por un micrófono.
- No requiere ningún comportamiento del paciente, es involuntario. Al ser una prueba objetiva permite confirmar o descartar las posibles simulaciones auditivas de las pruebas audiométricas.
- **Potenciales Evocados Auditivos de estado estable (PEA- EE)**
- Es una prueba electrofisiológica para la medición de la condición auditiva de una persona.
- Recepciona las respuestas eléctricas formadas en la cóclea y en el tronco encefálico ante diversos estímulos sonoros, con intensidades y frecuencias moduladas.
- Se opta por esta evaluación en casos donde la audiometría tonal no se pueda realizar o no sea confiable (variación más de 10 dBS en 2 frecuencias contiguas).
- Existen diversos tipos de potenciales evocados auditivos, aquellos de tronco encefálico (PEATC) y los PEAAE.
- Los equipos de PEA de Estado Estable en el Perú evalúan las frecuencias de 500, 1000, 2000 y 4000 Hz.
- Los PEA EE ofrecen resultados de audiogramas estimados, donde realizan las correcciones de diferencias de métodos de evaluación (PEA vs audiometría tonal). Se recomienda que tenga un soporte de resultado con algún otro examen objetivo.
- **Concordancia y discordancia entre la audiometría tonal y los PEA de estado estable**
- Si las diferencias de los umbrales obtenidos en las frecuencias de 500, 1000, 2000 y 4000Hz es mayor de 10 dB en más de 1 frecuencia se considera "evaluación discordante", el cual debe ser mencionado en las conclusiones del informe. Se recomienda la utilización de los resultados de los Potenciales Evocados auditivos de estado estable en casos de discordancia. A consideración de las instancias dirimientes en la valoración de la discapacidad auditiva la evaluación de los PEA EE puede ser repetido en caso de discordancias.



c. OTRAS EVALUACIONES COMPLEMENTARIAS

- **Timpanometría**
- Es un examen clínico auditivo que permite el estudio de la membrana timpánica, del oído medio y la integridad de la cadena de huesecillos.
- Analiza la admitancia acústica del oído medio.
- Tiene como objetivo determinar la presencia de hipoacusias conductivas, el cual no tendría mayor relación con las hipoacusias debidas a ruido que por naturaleza son de tipo neurosensorial.
- **Logaudiometría**
- Equivale a audiometría verbal.
- Evalúa la capacidad de escuchar y comprender de la palabra hablada sean fonemas, palabras, frases o un discurso.
- Tiene por objetivo determinar la capacidad de una persona para percibir el lenguaje hablado. Representará el criterio funcional de la discapacidad auditiva.





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

- **Impedanciometría**
- Equivale a la contracción bilateral involuntaria del músculo del estribo.
- Ante una estimulación auditiva excesiva del oído interno (más de 80 dBs por encima del umbral auditivo), se produce la contracción refleja del músculo del estribo el cual contrae los componentes del oído medio y este se puede representar en la gráfica del reflejo estapedial. Tiene por objetivo determinar la presencia de simuladores auditivos.

C. DEFINICIONES Y PRINCIPIOS DE EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DE LAS ALTERACIONES DEL SISTEMA VESTIBULAR

- **Criterio 1: Historial Clínico (Factor Principal):** Síntomas y tratamiento.
- **Criterio 2: Examen Físico:** Exploración de la marcha, test de Romberg.
- **Criterio 3:** Estudios clínicos o resultados de pruebas objetivas según la disponibilidad y accesibilidad:
 - Test de balance
 - Electronistagmografía o videonistagmografía.
 - Posturografía Dinámica Computarizada
 - Respuesta Evocada Vestibular.
 - Resonancia Magnética Nuclear (RMN) cerebral.

D. PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DE LA DEFICIENCIA POR PÉRDIDA DE LA AGUDEZA AUDITIVA

a. CRITERIOS GENERALES:

- Para el cálculo del deterioro se consideran los umbrales auditivos de las frecuencias 500, 1000, 2000 y 4000 Hz, obtenidos por audiometría tonal en cada uno de los oídos.
- Se deben considerar las siguientes pautas:
 - Cada oído se evalúa en forma separada en las frecuencias de 500, 1000, 2000 y 400Hz.
 - Si la persona a ser evaluada utiliza audífonos medicados, este no debe ser utilizado en la obtención de los umbrales auditivos.
 - Si el umbral auditivo supera los 100dBs o mayor a la capacidad del audiómetro, el nivel a considerar será 100dBs.
 - Si el umbral auditivo tiene un valor negativo (-5dBs, -10dBs, etc.) se considera un umbral 0 (cero) dBs.
- Se deberán realizar dos audiometrías, separadas una de otra por lo menos de media hora y teniendo en cuenta la indicación de reposo auditivo de por lo menos 12 horas para la primera audiometría.
- El procedimiento debe ser realizado por un médico especialista en otorrinolaringología entrenado en audiología.
- Cuando se produzcan diferencias de 10dB en los promedios de un oído entre un examen y otro, las audiometrías no se consideran confiables y deben repetirse hasta que no se produzcan diferencias de esa magnitud.
- En los casos en que el examen audiométrico no fuera suficiente para evaluar el daño auditivo, deberá complementarse con otras pruebas funcionales según disponibilidad y accesibilidad.



C. DIAZ V.



E. PROCEDIMIENTO ESPECÍFICO PARA CALIFICAR LA DEFICIENCIA POR PÉRDIDA DE LA AGUDEZA AUDITIVA

- a. Primero:** Cada oído se evalúa en forma separada en las frecuencias de 500, 1000, 2000 y 4000 Hz, hallando el umbral auditivo en dB para cada oído. Si la



NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -MINS/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

persona a ser evaluada utiliza audífonos medicados, esta no debe ser utilizado en la obtención de los umbrales auditivos. Para los valores extremos se aplican las siguientes reglas:

- Si el nivel de audición en una frecuencia específica es mayor de 100 dB, se debe tomar como 100 dB.
- Si el nivel de audición para una frecuencia específica tiene un valor negativo, debe tomarse como "0" dB.

b. **Segundo:** Sume los valores de audición en dB de las cuatro frecuencias para cada oído por separado para las tres audiometrías y promedie.

Ejemplo: A continuación, se presenta el resultado de tres audiometrías seriadas y el promedio obtenido para cada frecuencia y oído.

Frecuencias	Audiometría 1		Audiometría 2		Audiometría 3		Promedio	
	OI	OD	OI	OD	OI	OD	OI	OD
500 Hz	25	40	30	45	25	40	26	41
1000 Hz	30	45	25	40	30	45	28	43
2000 Hz	35	55	30	40	35	55	33	53
4000 Hz	45	70	40	65	45	70	43	68

c. **Tercero:** Para calcular la deficiencia monoaural se toma el valor de suma de umbrales (SDU) de los promedios de las tres audiometrías en las frecuencias 500, 1.000, 2.000 y 4.000 Hz y se lleva a la **Tabla 1: Deficiencia monoaural**

Tabla 1: Deficiencia monoaural

Suma de umbrales (SDU)	% de Deficiencia Monoaural	Suma de umbrales (SDU)	% de Deficiencia Monoaural	Suma de umbrales (SDU)	% de Deficiencia Monoaural
100	0	195	35.6	295	73.1
105	1.9	200	37.5	300	75.0
110	3.8	205	39.4	305	76.9
115	5.6	210	41.2	310	78.8
120	7.5	215	43.1	315	80.6
125	9.4	220	45.0	320	82.5
130	11.2	225	46.9	325	84.4
135	13.1	230	48.8	330	86.2
140	15.0	235	50.6	335	88.1
145	16.9	240	52.5	340	90.0
150	18.8	245	54.4	345	91.9
155	20.6	250	56.2	350	93.8
160	22.5	255	58.1	355	95.6
165	24.4	260	60.0	360	97.5
170	26.2	265	61.9	365	99.4
175	28.1	270	63.8	Mayor de 370	100.0
		275	65.6		
180	30.0	280	67.5		
185	31.9	285	69.3		
190	33.8	290	71.2		

Adaptación del Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507 de 2014-Colombia y Real Decreto 888/2022, de 18 de octubre, por el que se establece el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad-España





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
 NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
 EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

Continuando con el ejemplo anterior, la Suma de Umbrales (SDU) del oído izquierdo es de 130 y la SDU del oído derecho es de 205, al llevar esos resultados a la Tabla 1, el % de deficiencia monoaural para el Oído izquierdo es de 11.2% y el % de deficiencia monoaural para el oído derecho es de 39.4%

Frecuencias	Promedio	
	OI	OD
500 Hz	26	41
1000 Hz	28	43
2000 Hz	33	53
4000 Hz	43	68
SDU	130	205
% deficiencia monoaural	11.3%	39.4%

Método alternativo del cálculo de deficiencia monoaural:

Deficiencia monoaural: Para calcular la deficiencia monoaural se toma el valor de suma de umbrales (SDU) de los promedios de las tres audiometrías en las frecuencias 500, 1.000, 2.000 y 4.000 Hz.

Frecuencias	Promedio		Normal		Diferencia	
	OI	OD	OI	OD	OI	OD
500 Hz	26	41	25	25		
1000 Hz	28	43	25	25		
2000 Hz	33	53	25	25		
4000 Hz	43	68	25	25		
SDU	130	205	100	100	30	105

Una persona puede oír las frecuencias de 500, 1.000, 2.000 y 4.000 Hz con menos de 25dB de intensidad por lo que la suma de umbrales (SDU) será menor que 100. Para aplicarse las tablas, debe llevarse a 100.

En el ejemplo anterior, el oído izquierdo ha perdido 30dB en 4 mediciones, por lo tanto, el promedio perdido es de 7.5dB, por lo que al multiplicarlo por 1.5%, corresponde a 11.25%. Por otro lado, el oído derecho ha perdido 105dB en 4 mediciones lo que corresponde a 26.25dB en promedio, y al multiplicarlo por 1.5% resulta en 39.375%

→ Se concluye que el deterioro monoaural del oído izquierdo es de 11.25% y el deterioro monoaural del oído derecho es de 39.375%.

- d. **Cuarto:** Para estimar la deficiencia binaural se toman los valores obtenidos en el paso anterior y se llevan a la **Tabla 2: Deficiencia binaural**. El oído con mayor pérdida, esto es, el que obtuvo la sumatoria de mayor valor (peor oído), se localiza en el eje vertical (Y), mientras la sumatoria del oído con menor pérdida (mejor oído) se ubica en el eje horizontal (X): el valor de la deficiencia binaural corresponderá al cruce de los dos valores en la Tabla 2





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -MINSA/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

Continuando con el ejemplo la Suma de Umbrales (SDU) del oído izquierdo es de 130 y la SDU del oído derecho es de 205, haciendo la intersección en la Tabla 2, el deterioro monoaural resulta en 15.9% .

Método alternativo del cálculo de deficiencia binaural:

Deficiencia binaural: El cálculo de la pérdida de la audición binaural se determina multiplicando el porcentaje de impedimento monoaural del mejor oído por 5 y sumándole luego el porcentaje de impedimento monoaural del peor oído. Por último, el resultado anterior se divide entre 6, es decir:

$$\% \text{ de deterioro binaural: } \frac{(\% \text{ mejor oído } \times 5) + (\% \text{ de peor oído } \times 1)}{6}$$

Continuando con el ejemplo anterior, el deterioro monoaural del mejor oído es de 11.25% y el deterioro monoaural del peor oído es de 39.375%, por lo que al reemplazar en la fórmula:

$$\% \text{ de deterioro binaural: } \frac{(11.25\% \times 5) + (39.375\% \times 1)}{6}$$

$$\% \text{ de deterioro binaural: } 15.9375\%$$

- e. **Quinto:** El valor obtenido en el cálculo de la deficiencia binaural se lleva a la Tabla 3, la cual nos lleva al porcentaje de deficiencia auditiva global.

Tabla 3. Conversión de deficiencia binaural a deficiencia auditiva global

% de deficiencia binaural	% de deficiencia global	% de deficiencia binaural	% de deficiencia global	% de deficiencia binaural	% de deficiencia global	% de deficiencia binaural	% de deficiencia global
0-1.6	1	16.1-17.6	11	32.6-35	21	59.6-64	31
1.7-3.2	2	17.7-19.2	12	35.1-37.5	22	64.1-68.5	32
3.3-4.8	3	19.3-20.8	13	37.6-40	23	68.6-73	33
4.9-6.4	4	20.9-22.4	14	40.1-42.5	24	73.1-77.5	34
6.5-8	5	22.5-23.9	15	42.6-45	25	77.6-81.9	35
8.1-9.6	6	24-25.4	16	45.1-47.5	26	82-85.6	36
9.7-11.2	7	25.5-26.9	17	47.6-50	27	85.7-89.2	37
11.3-12.8	8	27-28.4	18	50.1-52.5	28	89.3-92.8	38
12.9-14.4	9	28.5-29.9	19	52.6-54.9	29	92.9-96.4	30
14.5-16	10	30-32.5	20	55-59.5	30	96.5-100	40

Adaptación del Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507 de 2014-Colombia y Real Decreto 888/2022, de 18 de octubre, por el que se establece el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad-España

Finalmente, según el ejemplo mencionado al convertir la deficiencia binaural en porcentaje de deficiencia global, el resultado será de 10%.

El valor de la deficiencia auditiva así obtenida no se deberá multiplicar por el 0.5 al que hace referencia el último punto del subnumeral 6.1.3.





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

F. PROCEDIMIENTO ESPECÍFICO PARA CALIFICAR LA DEFICIENCIA POR TINNITUS

El tinnitus no es en sí mismo una enfermedad sino el síntoma de una enfermedad o una lesión. Lo más importante, en relación con la estimación de la deficiencia, es que es un síntoma y, por lo tanto, es subjetivo y difícil de verificar. En los casos en que el tinnitus afecte el estado emocional de las personas, estas deficiencias se califican en el Unidad de trastornos mentales y del comportamiento.

No existe ninguna herramienta homologada para califica el tinnitus y tampoco ninguna metodología aceptada por todas las agrupaciones de especialistas, por lo que la forma de calificación debe ser dada por el médico especialista tratante. Con base en lo anterior se calificará así: el tres por ciento (3%) o cinco por ciento (5%) a la deficiencia auditiva, dependiendo de la gravedad de la interferencia.

Así, se otorga el tres por ciento (3%) cuando presenta tinnitus subjetivo recurrente y cinco por ciento (5%) cuando presenta tinnitus objetivo recurrente o permanente, debidamente soportado por el otorrinolaringólogo, si existe otra deficiencia se sumará aritméticamente este valor.

G. PROCEDIMIENTO ESPECÍFICO PARA CALIFICAR LA DEFICIENCIA POR ALTERACIONES VESTIBULARES Y DEL EQUILIBRIO

Cuando las deficiencias de equilibrio se originan en cualquier sistema diferente de los mencionados, éstas deberán evaluarse en dicho sistema y unidad; por ejemplo, las deficiencias originadas en los sistemas nervioso, cardiovascular o visual.

Los tres sistemas reguladores (vestibular, ocular o visual y quinestésico o propioceptivo) se relacionan en el reflejo óculo-vestibular. La evaluación de la deficiencia puede remitirnos a cualquiera de los tres, pero para los efectos de esta unidad, se tomará en cuenta sólo lo atinente al sistema vestibular.

Las alteraciones del equilibrio se han clasificado así:

- Vértigo, entendido como la sensación de rotación de los objetos o de la persona alrededor de cualquier plano;
- Mareo sin la sensación de rotación; y,
- Anormalidades posicionales que afectan la estabilidad de la postura y/o el balance en posición de pie, con o sin vértigo.

Para efectos de la calificación y atendiendo la cronología de presentación, se establece la siguiente clasificación clínica del vértigo:

- Vértigo espontáneo prolongado, incluye: otomastoiditis, laberintitis sifilítica, neuronitis vestibular, contusión vestibular con o sin fractura temporal, infarto del laberinto, tronco encefálico o cerebelo y otoposclerosis.
- Vértigo recurrente: síndrome de Ménière, enfermedad vestibular inmunoinducida, vértigo recurrente benigno, fistula perilinfática, migraña basilar, epilepsia temporal.
- Vértigo posicional: Vértigo posicional paroxístico benigno, vértigo posicional asociado a atrofia es pinocerebelosa, esclerosis múltiple, malformación de Chiari de tipo I, tumores de tronco encefálico y cerebelo, trastornos vasomotores crónicos, vértigo cervical e insuficiencia vertebrobasilar





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

el gusto y el olfato. Así mismo, aporta criterios para evaluar la pérdida funcional o estructural, parcial o total de las estructuras que hacen parte del proceso motor de la voz y el habla por daños secundarios a la glosectomía, la laringectomía o la estenosis cicatricial de la laringe y/o demás estructuras que intervienen en la fonación.

De igual manera, aporta criterios para evaluar y calificar la pérdida funcional y orgánica del olfato y del gusto. Se excluyen de esta unidad las patologías neoplásicas.

A. DEFINICIONES Y PRINCIPIOS DE EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DE LAS DEFICIENCIAS DEL OLFATO, DEL GUSTO, DE LA VOZ, DEL HABLA Y DE LAS VÍAS AÉREAS SUPERIORES

a. GUSTO

Se debe verificar el diagnóstico clínico aportado por las especialidades médicas tratantes, según la patología de base, los antecedentes clínicos, su evolución y los antecedentes patológicos. En especial, se consideran los trastornos olfativos primarios, las enfermedades metabólicas, la toxicidad a medicamentos y los trastornos de las vías gustativas (es decir, las enfermedades del sentido del gusto, del nervio facial, del nervio glossofaríngeo y del tronco cerebral) como los principales causantes de deficiencia. Para tal fin, se toma como base de calificación la siguiente tabla:

Tabla 1. Deficiencias globales por alteración en las funciones del gusto.

Deficiencia del gusto	Porcentaje de deficiencia
Ageusia	6.0%
Hipogeusia	3.0%

Fuente: Adaptación del Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507 de 2014-Colombia

b. OLFATO

Para determinar las deficiencias del olfato se utiliza la siguiente tabla:

Tabla 2. Deficiencias globales por alteración en las funciones del olfato

Deficiencia del olfato	Porcentaje de deficiencia
Anosmia	6.0%
Hiposmia	3.0%

Fuente: Adaptación del Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507 de 2014-Colombia

c. VOZ, HABLA Y LENGUAJE

La gravedad de la insuficiencia del habla es intuitivamente obvia; si una persona no puede hablar de manera inteligible, la comunicación verbal es extremadamente difícil o imposible en el hogar, el lugar de trabajo y en diversos contextos sociales. No obstante, el impacto de los trastornos de la voz sobre las Actividades de la Vida Diaria (AVD) ha sido subestimado durante largo tiempo y su importancia no se evidencia de inmediato.

La generación de sonidos fisiológicos alternativos (por las cuerdas vocales falsas o el esófago) no se considera directamente en esta unidad, sino a través de sus secuelas o afectación sobre la voz. Como norma general, para efectos de la calificación de la deficiencia en esta unidad, se tomarán en cuenta sólo las secuelas y no la etiología de los trastornos de la voz.





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

Se admiten dos (2) criterios para la valoración de las deficiencias por trastornos de la voz, los cuales se detallan a continuación:

- **Criterio 1:** La evaluación de la voz se hace integrando los siguientes parámetros: 1) La audibilidad, 2) La inteligibilidad, y 3) La eficiencia funcional de la palabra. Estos factores se asumen como factor principal:
 - Audibilidad: Permite que la persona sea escuchada, aunque haya ruido de fondo; por lo general, refleja la condición de la voz.
 - Inteligibilidad: Se basa en la capacidad de articular y vincular las unidades fonéticas de la palabra con la precisión suficiente para ser comprendido.
 - Eficiencia funcional: Se refiere a la capacidad de producir una cantidad suficiente de habla, rápida, con ritmo y durante un período de tiempo suficiente, de forma que permita una comunicación eficiente.

Los síntomas de los trastornos de la voz son los siguientes: 1) Volumen anormal (fatiga de la voz, debilidad o intensidad de sonido); 2) Control anormal (tono y/o variación melódica); y/o 3) Calidad anormal (voz disfonía, dureza y/o afonía).

- **Criterio 2:** Índice de incapacidad vocal abreviado (Voice Handicap Index o VHI- 10): Prueba que representa el factor modulador y evalúa el rendimiento de la voz y el habla de una persona en relación con el ambiente. Está validada en español y consta de un cuestionario de diez (10) preguntas que abarca los dominios funcional, físico y emocional y que se establecen en la Tabla de *Índice de incapacidad vocal abreviado (VHI-10)*; en ésta, se asigna el valor (0: nunca; 1: casi nunca; 2: a veces; 3: casi siempre; y, 4: siempre) de acuerdo con la respuesta dada por la persona. La valoración global de este índice se establece mediante el uso de una escala de gravedad (leve, moderada, severa y muy severa) en la Tabla *Escala de valoración global según el VHI-10 abreviado.*, en la que se consigna la sumatoria de los valores establecidos en la Tabla de *Índice de incapacidad vocal abreviado (VHI-10)*;

Tabla 3. Índice de incapacidad vocal abreviado (VHI-10)

Criterios de funcionamiento	Preguntas	Escala de puntuación				
		Nunca 0	Casi nunca 1	A veces 2	Casi siempre 3	Siempre 4
Funcional 1	La gente le oye con dificultad debido a su voz					
Funcional 2	La gente no le entiende en sitios ruidosos					
Funcional 8	Los problemas con la voz alteran su vida personal y social					
Funcional 9	Se siente desplazado de las conversaciones o reuniones por su voz					
Funcional 10	El problema de voz afecta su rendimiento laboral					
Físico 3	La gente le pregunta: ¿Qué le pasa en la voz?					
Físico 5	Siente que necesita tensionar la garganta para producir la voz					
Físico 6	La calidad de su voz es impredecible					
Emocional 4	Su voz le molesta					
Emocional 6	Su voz le hace sentir incomodidad					





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -MINS/DGIESP-2024
 NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
 EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

Tabla 4. Escala de valoración global según el VHI-10abreviado.

Escala	Puntaje obtenido (sumatoria)
Leve	Igual o menor de 10 puntos
Moderada	Entre 11 y 20 puntos
Severa	Entre 21 y 30 puntos
Muy severa	Entre 31 y 40 puntos

d. Procedimiento para la calificación global de la deficiencia por alteraciones de la voz y el habla: Para calificar la deficiencia se deben seguir los siguientes pasos:

- En la Tabla *Deficiencia global por alteraciones de la voz y el habla* se analiza la fila correspondiente a los "Criterios de funcionamiento de la voz y el habla", los cuales se asumen como factor principal, a fin de asignar la clase de deficiencia. Esta se selecciona de acuerdo con el criterio clínico más comprometido entre los atributos de audibilidad, inteligibilidad y eficiencia funcional.
- Se asigna el valor para factor principal.
- El factor modulador se deriva de la Tabla "Índice de incapacidad vocal abreviado, VHI-10" en la que se califican las 10 preguntas y esos puntos se suman.
- La sumatoria se lleva a la tabla "Escala de valoración global según el VHI- 10 abreviado", para interpretar la gravedad, de leve a muy severa.
- Si con el factor principal se alcanza el valor más alto en la clase, se omite la calificación de factor modulador.

Tabla 5. Criterios para la calificación de las deficiencias por alteraciones de la voz y el habla.

CLASE FUNCIONAL DE DEFICIENCIA		CLASE 0	CLASE 1			CLASE 2			CLASE 3			CLASE 4		
PORCENTAJE DE DEFICIENCIA		0	2 al 9 %			10 al 19 %			20 al 29 %			30 al 50 %		
GRADO DE SEVERIDAD (%)			2	6	9	10	15	19	20	25	29	30	40	50
			A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C
Criterios de funcionamiento de la voz y el habla (Factor principal)	Audibilidad	La persona produce voz de una intensidad suficiente para la mayoría de las necesidades del habla cotidiana, aunque a veces puede requerir un esfuerzo y, en ocasiones, puede ir más allá de la capacidad individual.	La persona produce una voz con intensidad suficiente para atender la mayoría de las necesidades del habla cotidiana y suele hacerse escuchar en condiciones normales; sin embargo, pueden tener dificultades para hacerse oír en lugares ruidosos (estaciones de automóviles y autobuses, lugares públicos y restaurantes)			La persona puede producir una voz con intensidad suficiente para atender algunas de las necesidades del habla cotidiana, como una conversación cercana; sin embargo, tiene dificultades considerables a distancia o en lugares ruidosos (estaciones de automóviles y autobuses, lugares públicos y restaurantes) porque la voz se cansa fácilmente y es inaudible después de unos segundos			La persona puede producir habla con intensidad suficiente para atender algunas necesidades del habla cotidiana, pero apenas puede ser oído por un oyente cercano o por teléfono y puede ser capaz de hablar al oído sin elevar la voz.			La persona no puede producir habla con intensidad suficiente para atender algunas necesidades del habla cotidiana		





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -MINSA/DGIESP-2024
 NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
 EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

	Inteligibilidad	La persona puede realizar la mayoría de los actos articulatorios necesarios para el habla cotidiana, pero en ocasiones se le pide que repita; puede ser difícil o imposible producir algunas unidades fonéticas.	La persona puede realizar muchos actos articulatorios necesarios para el habla cotidiana y ser entendido por un extraño, pero puede tener numerosas inexactitudes y dificultades para articular o imposibilidad para producir algunas unidades fonéticas.	La persona puede realizar muchos actos articulatorios necesarios para el habla cotidiana y normalmente puede conversar con familiares y amigos; puede ser entendido por extraños con dificultad y con frecuencia se le puede pedir que repita lo expresado.	La persona puede realizar algunos actos articulatorios necesarios para el habla cotidiana y producir algunas unidades fonéticas y unas pocas palabras (como los nombres de los miembros de la familia), pero es ininteligible en otros contextos.	La persona no puede realizar actos articulatorios necesarios para el habla cotidiana
	Eficiencia funcional	La persona puede satisfacer la mayoría de las demandas de la articulación y la fonación para el habla cotidiana con la velocidad adecuada y facilidad, pero en ocasiones puede dudar o hablar despacio.	La persona puede satisfacer la mayoría de las demandas de la articulación y la fonación para el habla cotidiana con la velocidad adecuada y facilidad, pero a veces habla con dificultad y el habla puede ser discontinua, interrumpida, vacilante o lenta.	La persona puede satisfacer la mayoría de las demandas de la articulación y la fonación para el habla cotidiana con la velocidad adecuada y facilidad, pero a veces sólo puede sostener una conversación continua por breves períodos, dando la impresión de que se cansa con facilidad	La persona puede satisfacer a algunas demandas de la articulación y la fonación para el habla cotidiana con la velocidad adecuada y facilidad (como una sola palabra o frases cortas), pero no puede mantener el flujo verbal. El habla es dificultosa y el ritmo es excesivamente lento.	La persona no puede satisfacer las demandas de la articulación y la fonación para las necesidades del habla cotidiana con la velocidad y facilidad adecuadas.
Pruebas objetivas	VHI-10	Deben ser normales o casi normales	Leves	Moderadas	Severas	Muy severas

Fuente: Adaptación del Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507 de 2014-Colombia



e. DEFICIENCIAS POR ALTERACIÓN DE LA RESPIRACIÓN EN LAS VÍAS AÉREAS SUPERIORES

El trastorno más común es la obstrucción de la vía aérea superior, la cual puede ser parcial (en los casos de congestión o estenosis) o completa (como en la oclusión). La obstrucción y otros defectos del paso del aire se evidencian mediante disnea (dificultad para respirar) y apnea de sueño; este último trastorno se trata en la unidad de deficiencias por alteraciones del sistema respiratorio.

Se admiten dos (2) criterios para la evaluación y calificación de las deficiencias por trastornos de las vías aéreas superiores, los cuales se detallan a continuación:





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

- **Criterio 1: Historial clínico:** Se asume como factor principal. El síntoma más relevante es la disnea, para lo cual se acogen los criterios de la escala de disnea MCR-ATS.
- **Criterio 2: Pruebas objetivas:** Diagnóstico u otros resultados de pruebas objetivas que se asumen como factor modulador. Los exámenes disponibles incluyen la laringoscopia y laringoscopia nasal, la traqueostomía, los estudios radiológicos, la RMN y la TAC.
- Procedimiento específico para calificar las deficiencias por alteraciones de las vías respiratorias altas: Las personas con defectos del paso de aire pueden ser evaluadas acudiendo a la clasificación de deficiencia incluida en la tabla "Deficiencia global por alteraciones de las vías respiratorias altas". La metodología para determinar el grado dentro de una clase de deficiencia sigue los siguientes pasos:
 - Determinar el tipo de patología o deficiencia de acuerdo con la clasificación de las tablas del libro de deficiencias.
 - Asignar los valores para el factor principal y el factor modulador.

Tabla 6. Criterios para la calificación de las deficiencias de las vías respiratorias altas.

CLASE FUNCIONAL DE DEFICIENCIA		CLASE 0	CLASE 1			CLASE 2			CLASE 3			CLASE 4		
PORCENTAJE DE DEFICIENCIA		0	1 al 9 %			10 al 24%			25 al 49 %			50 al 70%		
GRADO DE SEVERIDAD (%)			1	5	9	10	17	24	25	29	49	50	60	70
			A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C
Historial clínico (factor principal)		Sin disnea	Disnea leve			Disnea moderada			Disnea severa			Disnea muy severa		
Diagnóstico y otros resultados objetivos	TAC: mucosa sinusal con engrosamiento	Estos exámenes no demuestran obstrucción de la nariz, los senos paranasales, nasofaringe, o la laringe	Leve 0			Moderado 0			Severo 0			Muy severo 0		
	TAC: inflamación de los cornetes, la nasofaringe o la orofaringe.		Leve 0			Moderado 0			Severo 0			Muy severo 0		
	Laringoscopia: función de las cuerdas vocales		Alteración leve			Alteración moderada			Alteración severa			Alteración muy severa (como en la parálisis bilateral)		
- Las personas con traqueotomía o estoma se les asigna un 25% por deterioro o deficiencia total. - Aumentar los grados dentro de la Clase 4, según la severidad y el número de hallazgos en el examen físico y los resultados objetivos, siempre y cuando pertenezcan a la Clase 4.														
Fuente: Adaptación del Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507 de 2014-Colombia														



6.4.11 UNIDAD XI: DEFICIENCIAS POR ALTERACIONES DEL SISTEMA VISUAL

Esta unidad tiene como objetivo proveer los criterios para evaluar las deficiencias derivadas de la anomalía, la pérdida parcial o total, permanente y definitiva de las estructuras o de las funciones relacionadas con el sistema visual, es decir aquellas no susceptibles de tratamiento y recuperación o aquellos en los que ya se hayan realizado todos los mecanismos de tratamiento existentes.



NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -MINS/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

Se evaluarán y calificarán las secuelas del sistema visual ocasionadas por cualquier tipo de patología que afecte, entre otros, a los medios transparentes, la retina, el nervio óptico, la vía visual intracraneana y la corteza visual; así mismo, se enfoca en las deficiencias derivadas de patologías palpebrales, de las vías lagrimales y de la motilidad extrínseca. Además, se tendrán en cuenta las consecuencias de enfermedades sistémicas que afectan la visión funcional.

Las variables a tener en cuenta son las que se derivan de la disminución de la función visual, por lo que se considerarán la evaluación de la agudeza visual mejor corregida, el campo visual, motilidad ocular y otras alteraciones funcionales.

A. DEFINICIONES Y PRINCIPIOS DE EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DE LAS DEFICIENCIAS POR ALTERACIONES DEL SISTEMA VISUAL

a. CRITERIOS A CONSIDERAR PARA LA EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DE LAS DEFICIENCIAS POR ALTERACIONES DEL SISTEMA VISUAL.

• **Criterio 1. Función visual.**

Las funciones visuales se refieren a las capacidades sensoriales asociadas con la percepción de la luz, identificar la forma, tamaño y color del estímulo visual. Es un proceso integral que depende de la integridad y el funcionamiento adecuado de todas las estructuras oculares y la correcta interpretación de la información visual por parte del cerebro.

La función visual representa el factor principal y único a considerar en la evaluación y calificación de las deficiencias. Las variables a tener en cuenta son las que se derivan de la disminución de la función visual, por lo que se considerarán la evaluación de la agudeza visual mejor corregida, el campo visual, motilidad ocular y otras alteraciones funcionales, los cuales se describen a continuación:

C. DIAZ V.

- **Agudeza visual (AV):**

Es la capacidad del sistema visual para discriminar y reconocer los detalles más finos de una imagen u objeto a una distancia determinada, evaluando la integridad anatomofuncional de la visión. Para su estudio debe considerar la AV para lejos y la AV para cerca, tanto monocular como binocular con la mejor corrección (AV mejor corregida).

Agudeza visual mejor corregida: Hablamos de la agudeza visual mejor corregida o su equivalente "Agudeza Visual Con Corrección" (AVCC) cuando prescribimos la refracción (medida de la vista) más adecuada con la que el paciente alcanza la mejor visión posible, sea esta con lentes aéreas (gafas) o lentes de contacto.

Para fines de evaluación y calificación de la deficiencia por agudeza visual se considerará la agudeza visual de lejos.

Para la determinación de la AV lejana, se debe utilizar la cartilla modelo Early Treatment Diabetic Retinopathy Study (ETDRS), en caso de no tener lo descrito, realizar la valoración con la cartilla de Snellen o sus equivalentes. Empleando el sistema inglés o métrico o decimales. Por ello, para su mayor comprensión se muestra las equivalencias según el



NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

sistema de evaluación empleado en la Tabla 1. Medidas equivalentes de la Agudeza Visual.

Tabla 1. Medidas Equivalentes de Agudeza Visual

Rangos de deficiencia		Sistema inglés (pies)	Sistema inglés (6 m)	Sistema decimal	Sistema métrico (1m)	Sistema LogMAR
Visión normal	Rango de visión normal	20/10	6/3	2,00	1/0.5	-0,30
		20/12.5	6/3.8	1,60	1/0.63	-0,20
		20/16	6/4.8	1,25	1/0.8 o 5/4	-0,10
		20/20	6/6	1,00	1/1	0,00
		20/25	6/7.5	0,80	1/1,25 o 4/5	0,10
		20/30	6/9	0,67	1/1.5	0,18
		20/32	6/9.6	0,63	1/1,6 o 2/3.2	0,20
		20/40	6/12	0,50	½	0,30
Deficiencia visual	Deficiencia visual leve	20/50	6/15	0,40	½,5 o 2/5	0,40
		20/60	6/18	0,33	1/3	0,48
	Deficiencia visual moderada	20/63	6/18.9	0,32	1/3.2	0,50
		20/70	6/21	0,29	1/3.5	0,54
		20/80	6/24	0,25	¼	0,60
		20/100	6/30	0,20	1/5	0,70
		20/125	6/37.5	0,16	1/6.3 o 4/25	0,80
		20/150	6/45	0,13	1/7.5	0,88
		20/160	6/48	0,125	1/8	0,90
		20/200	6/60	0,10	1/10	1,00
	Deficiencia visual grave	20/250	6/76	0,08	1/12.5	1,10
		20/320	6/96	0,0625	1/16	1,20
		20/400	6/120	0,05	1/20	1,30
	Ceguera	20/500 (CD 3 metros)	6/152	0,04	1/25	1,40
		20/630	6/190	0,032	1/32	1,50
		20/800	6/240	0,025	1/40	1,60
		20/1000	6/304	0,02	1/50	1,70
		20/1250 (CD 1 metro)	6/379	0,016	1/63	1,80
		20/1600	6/480	0,0125	1/80	1,90
		20/2000 o menos (MM a PL)	6/600	0,01	1/100 o menos	2,00
No percepción luminosa (NPL)						

Fuente: Informe mundial sobre la visión, Organización Mundial de la Salud y Adaptación del Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507 de 2014-Colombia



- Campo visual (CV):

Se define como la porción del espacio en la cual los objetos pueden ser percibidos simultáneamente al mirar un objeto fijo e inmóvil; es un factor determinante en la calidad de la función visual del individuo. Incluye deficiencias tales como escotomas, visión en túnel, entre otros. Para su estudio debe considerarse las pruebas del test de confrontación o perimetría de Goldman o campímetro computarizado según solicite el especialista.

El CV debe ser explorado con la mejor corrección óptica de cerca.



NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

Las campimetrías se clasifican en dos tipos de técnicas, las manuales (Campímetro de Goldmann) y las computarizadas (campímetro de Humphrey u Octopus).

- **Técnica manual (Campímetro de Goldmann):** Es un método estandarizado de evaluación del CV y su resultado se registra en isópteras, que son líneas que unen los puntos del CV de igual valor cuantitativo. Permite estudiar el CV en forma estática o dinámica, evalúa el CV central, intermedio o periférico, posee variabilidad en el estímulo (tamaño, intensidad y posición) para delimitar el campo visual.
- **Técnica Computarizada (campímetro de Humphrey, Octopus, entre otros):** Determina la mínima luminancia (umbral de sensibilidad retiniana) que necesita un sujeto para detectar la presencia de un estímulo estático luminoso de tamaño constante en varias localizaciones del CV. Se basa en los valores numéricos obtenidos y en los análisis estadísticos de los mismos; el resultado se registra gráficamente como una escala de grises.

Para fines de evaluación y calificación de la deficiencia por campo visual se considerará la Técnica Computarizada.

El Tamaño del estímulo empleado será III (4mm²) o su equivalente en los diferentes equipos y el tipo de estrategia será el de umbral completo (24-2 y 30-2), que examinan los 24 y 30 grados centrales respectivamente.

Se requerirán como mínimo 2 CV congruentes y no serán necesario realizar el CV en casos de opacidades de medios evidentes durante la evaluación, tampoco se solicitará en casos de ausencia de ambos globos oculares y otras condiciones especiales definidas más adelante en el apartado específico del presente documento.



C. DIAZ V.

- **Motilidad ocular:**

El movimiento de los ojos está determinado por la integridad de los pares craneanos oculomotores III, IV y VI, y de los músculos oculomotores, que en conjunto garantizan la visión binocular y el paralelismo de los ejes visuales de cada ojo al mirar a un determinado punto. El daño de la función muscular muy raramente es causa de pérdida de visión, excepto al mirar hacia abajo o cuando la diplopía (visión doble) esté presente dentro de los 30° del punto de fijación.

Para determinar la motilidad ocular se debe de evaluar las funciones de los:

- **Músculos intraoculares (MIO):** Son músculos localizados en el interior del ojo, tales como el iris, que ajusta la forma y tamaño de la pupila.
- **Músculos extraoculares (MEO):** Mediante la evaluación de seguimiento se evalúa las funciones de los MEO que se utilizan para mirar en diferentes direcciones, para seguir a un objeto o imagen, para producir saltos sacádicos que localizan un objeto en movimiento y para fijar el ojo. (ej.: ducciones, versiones y vergencias)





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -MINS/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

- Otras alteraciones que afecten la calidad de la función visual.

Es importante recalcar, que de identificarse otras alteraciones que afecten la integridad y calidad de la función visual pueden ser validadas por otros exámenes de apoyo al diagnóstico como: Tomografía de coherencia óptica (OCT), Topografía corneal, Potenciales Visuales Evocados, electrooculograma, Electrorretinograma multifocal, Resonancia Magnética, entre otros según indicación del médico especialista.

B. PROCEDIMIENTO PARA CALIFICAR LAS DEFICIENCIAS POR ALTERACIONES DEL SISTEMA VISUAL

Para fines de evaluación de las deficiencias del sistema visual se determinarán mediante las variables de agudeza visual, campo visual, motilidad ocular y otras alteraciones estructurales y/o funcionales.

a. PROCEDIMIENTO ESPECÍFICO PARA CALIFICAR LAS DEFICIENCIAS POR ALTERACIONES DEL SISTEMA VISUAL MEDIANTE AGUDEZA VISUAL:

- En primer lugar, determinar de la agudeza visual con mejor corrección (AVMC) de lejos de manera monocular y binocular. La notación de la AV será en sistema inglés o métrico o decimal.
- Para la evaluación de la AV lejana, se debe utilizar de preferencia la cartilla EDTRS debido a que presentan un sistema logarítmico más preciso. De no contar con ello se realizará con la cartilla de Snellen o sus equivalentes. Es preciso indicar que la AV es evaluada por el Médico Oftalmólogo (MO) o Tecnólogo Médico en Optometría (TMO).
- Para calcular el Puntaje de Agudeza Visual Funcional (PAVF) se utilizará la Tabla 2 (columna d) en función de los valores de agudeza visual con mejor corrección para visión de lejos reportados por el profesional para el ojo derecho (OD), el ojo izquierdo (OI) y para ambos ojos (AO, es decir binocular) según el sistema de medida elegido (columna b o c).

C. DIAZ V.

MINISTERIO DE SALUD DE PERÚ
M.C. PERCY ALBERTO
HERRERA ARAUJO
DIRECTOR EJECUTIVO



NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

Tabla 2. Deficiencia por pérdida de la agudeza visual funcional.

Rangos de deficiencia(a)		Sistema inglés (Pies) (b)	Sistema métrico (1 metro) €	Puntaje de Agudeza Visual Funcional (PAVF) (d)	Deficiencia (% pérdida) €
Visión normal	Rango de visión normal	20/10	1/0.5		
		20/12.5	1/0.63		
		20/16	1/0.8 o 5/4		
		20/20	1/1	100	0
		20/25	1/1,25 o 4/5	95	5
		20/30	1/1.5	95	5
		20/32	1/1,6 o 2/3.2	90	10
		20/40	½	85	15
Deficiencia visual	Deficiencia visual leve	20/50	½,5 o 2/5	80	20
		20/60	1/3	80	20
	Deficiencia visual moderada	20/63	1/3.2	75	25
		20/70	1/3.5	70	30
		20/80	¼	70	30
		20/100	1/5	65	35
		20/125	1/6.3 o 4/25	60	40
		20/150	1/7.5	60	40
		20/160	1/8	55	45
		20/200	1/10	50	50
	Deficiencia visual grave	20/250	1/12.5	45	55
		20/320	1/16	40	60
		20/400	1/20	35	65
	Ceguera	20/500 (CD 3 metros)	1/25	30	70
		20/630	1/32	25	75
		20/800	1/40	20	80
		20/1000	1/50	15	85
		20/1250 (CD 1 metro)	1/63	10	90
		20/1600	1/80	5	95
		20/2000 o menos (MM a PL)	1/100 o menos	0	100

Fuente: Adaptación del Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507 de 2014-Colombia

- El puntaje obtenido en el paso anterior se convierte en PAVF para cada uno de ellos, mediante la columna (d) de la tabla citada. El máximo valor que se puede asignar a la PAVF es de 100.



NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

- Luego, se determinan los valores de PAVF para el ojo izquierdo (OI), el ojo derecho (OD) y para ambos ojos (AO) y se procede a determinar la agudeza visual mediante la aplicación de la siguiente fórmula:

$$\text{PAVF} = \frac{(\text{PAVF AO} \times 3) + (\text{PAVF OI} \times 1) + (\text{PAVF OD} \times 1)}{5}$$

Esto significa, que el factor ponderador de la fórmula es de cinco (5), que se distribuye dando mayor valor a la agudeza visual bilateral (60%, es decir 3), que a las agudezas visuales de cada ojo (20%, es decir 1)

- El valor porcentual de la Deficiencia por Agudeza Visual (DAV) se calcula restando de 100 el valor de PAVF, como se indica en la siguiente fórmula:
DAV = 100- PAVF
- Si no existe pérdida del campo visual, el valor final de la deficiencia será el obtenido a través de la agudeza visual.

b. PROCEDIMIENTO ESPECÍFICO PARA CALIFICAR LAS DEFICIENCIAS POR ALTERACIONES DEL SISTEMA VISUAL MEDIANTE CAMPO VISUAL

- Para determinar la pérdida del campo visual se requiere contar con un estudio campimétrico que debe ser realizado con una corrección óptima de la agudeza visual.
- Para fines de evaluación y calificación de la deficiencia visual por campo visual, se realizará la Campimetría Computarizada. Se recomienda que el profesional (MO o TMO en coordinación con MO) que realice el procedimiento tome en cuenta las siguientes indicaciones técnicas: Se debe evaluar el campo completo de 60°, pero se admite un CV de 30° o 24° de visión central con estímulo estándar (blanco/blanco, estímulo III) y con estrategia de umbral (de preferencia sita standard o su equivalente según el equipo biomédico).
- Se solicitarán dos exámenes de campo visual (2 CV) con mejor corrección y las mismas características de evaluación, los que deberán tener resultados congruentes; en caso de generarse incongruencias, se podrá solicitar un tercer examen de campimetría para validación.
- Considerar una prueba confiable teniendo en cuenta los siguientes criterios: errores falsos positivos (EFP), errores falsos negativos (EFN), pérdida de fijación menos de 20%.
- Para la determinación de la pérdida del campo visual se considerará la desviación media (DM o MD) de cada campo visual. Este valor es obtenido automáticamente por cada equipo.
- Se entiende como Desviación Media a la elevación o depresión media del campo general del paciente comparado con el campo de referencia normal. Una MD importante puede indicar que el paciente tiene una depresión general o que hay una pérdida significativa en una parte del campo y no en otras. Por tanto, una desviación Media (MD) con valor absoluto (sin considerar el signo) más alto indicará mayor daño (por lo que será considerado como el peor ojo) y por defecto, el ojo contralateral pasará a ser considerado como el mejor ojo.
- Para el cálculo del porcentaje de deficiencia por campo visual se realizará una regla de tres simple entre el valor del DM del campo visual del ojo





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -MINS/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

estudiado con el valor referencial (32dB). Este procedimiento se realizará para cada ojo.

- Una vez obtenido el porcentaje de deficiencia por campo visual de cada ojo, se aplicará la siguiente fórmula:
 = (% de deficiencia de peor ojo x 0,25) + (% deficiencia de mejor ojo x 0,75)

Ejemplo1 (Equipo: Octopus ®)

Resultado campo visual OD MD 22.9

- Paso 1: 32dB (valor referencial) equivale al 100% de integridad del campo visual de OD

30° (Ojo derecho)	
MS [dB]	9.7
MD [<2.0dB]	22.9
sLV [<2.5dB]	10.0

- Paso 2: Se tomará el MD y se calculará por regla de tres simples

32dB →	100%
22.9dB →	X = 71.5%

Resultado campo visual OI MD 16.7

- Paso 1: 32dB (valor referencial) equivale al 100% de integridad del campo visual de OI
- Paso 2: Se tomará el MD y se calculará por regla de tres simples

30° (Ojo izquierdo)	
MS [dB]	15.9
MD [<2.0dB]	16.7
sLV [<2.5dB]	11.6

32dB →	100%
16.7dB →	X = 52.2%

Deficiencia total por campo visual:

OD: 71.5%

OI: 52.2%

$$= (% \text{ de deficiencia de peor ojo} \times 0,25) + (% \text{ deficiencia de mejor ojo} \times 0,75)$$

$$= (71.5 \times 0,25) + (52.2 \times 0,75)$$

$$= 57.05\%$$

Ejemplo 2 Equipo: Humphrey ®

Resultado campo visual OD MD -23.93dB

- Paso 1: 32dB (valor referencial) equivale al 100% de integridad del campo visual de OD
- Paso 2: Se tomará el MD (en valor absoluto) y se calculará por regla de tres simples

32dB →	100%
23.93dB →	X = 74.8%

PHG Fuera de límites normales (Ojo derecho)	
VFI	28%
MD24-2	-23.93 dB p<0.5
PSD24-2	10.33dB p<0.5%





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

Resultado campo visual OI MD 0.91dB

- Paso 1: 32dB (valor referencial) equivale al 100% de integridad del campo visual de OI
- Paso 2: Se tomará el MD (en valor absoluto) y se calculará por regla de tres simples

32dB →	100%
0.91dB →	X = 2.84%

PHG Dentro de límites normales (Ojo izquierdo)	
VFI	100%
MD24-2	0.91 dB p<0.5
PSD24-2	1.52 dB p<0.5%

Deficiencia total por campo visual:

OD: 74.8%
 OI: 2.84%

$$= (\% \text{ de deficiencia de peor ojo} \times 0,25) + (\% \text{ deficiencia de mejor ojo} \times 0,75)$$

$$= (74.8 \times 0.25) + (2.84 \times 0.75)$$

$$= 20.83\%$$

- En situaciones específicas de Phthisis bulbi bilateral, Avulsión de ojo (enucleación traumática) bilateral, Anoftalmía bilateral y Prótesis ocular bilateral se prescindirá de la medición de campo visual y se considerará 99% por deficiencia de campo visual.

c. PROCEDIMIENTO PARA CALIFICAR LAS DEFICIENCIAS POR ALTERACIONES DEL SISTEMA VISUAL POR MOTILIDAD OCULAR.

Para efectos de calificar las alteraciones por motilidad ocular se valorará la estereopsis a través del Test de Titmus y sus similares. Esta se realizará a una distancia de 33cm, con la mejor corrección de cerca. Se hace con ambos ojos a la vez (binocular). Se usará la siguiente tabla

Tabla 3. Test de Titmus y sus similares

		% de Deficiencia
Fase 1: Discriminar las imágenes sobrepuestas (3D)	3000 '' de arcos	25
Fase 2: Discriminar figuras		
Figura A	400 '' de arcos	17.5
Figura B	200 '' de arcos	15
Figura C	100 '' de arcos	10
Fase 3: Discriminar círculos		
1	800 '' de arcos	20
2	400 '' de arcos	17.5
3	200 '' de arcos	15
4	140 '' de arcos	12.5
5	100 '' de arcos	10
6	80 '' de arcos	7.5
7	60 '' de arcos	5
8	50 '' de arcos	2.5
9	40 '' de arcos	0





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -MINS/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

Estos porcentajes de deficiencia se deben combinar con las otras deficiencias halladas en esta unidad.

d. PROCEDIMIENTO PARA CALIFICAR LAS DEFICIENCIAS POR ALTERACIONES DEL SISTEMA VISUAL POR OTRAS PATOLOGÍAS OCULARES.

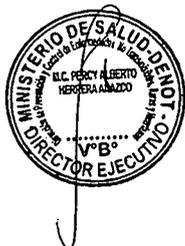
Tabla 4. Deficiencia global visual debida a lesiones no consideradas en puntos anteriores.

Clases de Lesiones	% de Deficiencia Global
Oftalmoplejía interna total, unilateral (acomodación)	10%
Oftalmoplejía interna total, bilateral	15%
Midriasis y lesiones del iris cuando ocasionan trastornos funcionales, unilateral	10%
Midriasis y lesiones del iris, bilateral.	15%
Ptosis palpebral no recuperable, pupila descubierta, unilateral	5%
Ptosis palpebral no recuperable, pupila descubierta, bilateral	10%
Blefaroespasma no recuperable, pupila cubierta unilateral, de acuerdo con agudeza visual en posición primaria (mirada de frente)	10%
Blefaroespasma no recuperable, pupila cubierta bilateral, de acuerdo con agudeza visual en posición primaria (mirada de frente)	20%
Deformaciones palpebrales, unilateral	10%
Deformaciones palpebrales, bilateral	20%
Ojo seco (medido con Test Schimmer)	10%
Dolor ocular neuropático	10%

Fuente: Adaptación del Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507 de 2014-Colombia

Estos porcentajes de deficiencia se deben combinar con las otras deficiencias halladas en esta unidad.

Para determinar la deficiencia total del sistema visual, cuando dos o más de los ítems anteriormente nombrados se encuentran alterados, se debe usar la fórmula de combinación de valores. Para los efectos de esta unidad, no se consideran las deficiencias debidas a las deformidades de la órbita y a sus defectos estéticos, puesto que no alteran la función ocular.





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

6.1.4.12 UNIDAD XII: DEFICIENCIAS POR ALTERACIONES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y PERIFÉRICO

Esta unidad tiene como objetivo proveer criterios para la evaluación y calificación de las deficiencias anatómicas y funcionales causadas por alteraciones permanentes de las diferentes partes del sistema nervioso central y periférico.

Se evalúan y califican las siguientes patologías o grupos de patologías: los trastornos del cerebro, de la médula espinal, de los nervios craneales, nervios espinales (plexos y raíces) y nervios periféricos.

A. DEFINICIONES Y PRINCIPIOS DE EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DE LAS DEFICIENCIAS POR ALTERACIONES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y PERIFÉRICO

a. CRITERIOS GENERALES.

- **Interpretación de signos y síntomas:** Los trastornos del sistema nervioso se pueden presentar acompañados de síntomas generalizados o focales. Los síntomas pueden incluir alteraciones de la conciencia, confusión, pérdida de la memoria, dificultades del lenguaje, cefalea, visión borrosa, visión doble, fatiga, dolor y debilidad facial, zumbido en los oídos, mareo, vértigo, disfagia, disartria, debilidad en uno o varios miembros, dificultad al caminar o subir escaleras, dolores agudos, adormecimiento y hormigueo de las extremidades, temblor, pérdida de la coordinación, pérdida de control de esfínteres y pérdida de la función sexual.

Muchos de estos síntomas describen el deterioro funcional experimentado por la persona, si bien la evaluación neurológica y las pruebas clínicas complementarias determinan la ubicación anatómica, el plexo y los nervios afectados o sus ramas y por ende la tabla que debe ser utilizada en la calificación. La dificultad al caminar; por ejemplo, puede ser el resultado de problemas del sistema nervioso central, periférico o ambos, igualmente puede ser resultado de una gran variedad de problemas osteomusculares.

- **Descripción de los estudios clínicos.** Un examen neurológico detallado permite al médico identificar la localización del daño en el sistema nervioso. El propósito de las pruebas complementarias es evaluar la gravedad y establecer la localización de la lesión y confirmar la patología subyacente.

A continuación, se describen brevemente los estudios clínicos más comunes para la evaluación del sistema nervioso; estas evaluaciones se realizarán según disponibilidad y accesibilidad.

- **Evaluación y consulta neuropsicológica:** Ayudan a caracterizar las alteraciones cognitivas y conductuales. La evaluación neuropsicológica y la batería de pruebas cubren muchos campos funcionales, como la atención, el lenguaje, la memoria, las habilidades visoespaciales, las funciones ejecutivas, la inteligencia, la velocidad motora y los logros educativos, mediante la aplicación de pruebas con validez y fiabilidad establecidas. El desempeño neuropsicológico es afectado por muchos factores como la edad, la educación, el estado socioeconómico y los antecedentes culturales, influencia que debe ser considerada en la evaluación de los resultados de las pruebas. Se podrá incluir pruebas funcionales como el Test de Minimental y MOCA (Montreal Cognitive Assessment).

C. DIAZ V.





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -MINS/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

- **Electroencefalograma (EEG):** Registra la actividad eléctrica espontánea generada por la corteza cerebral y es útil para el registro del sitio y la clase de descarga eléctrica asociada con la actividad convulsiva. No obstante, un trastorno convulsivo no necesariamente se acompaña de un EEG anormal. Igualmente, muchas enfermedades y anomalías metabólicas producen alteraciones inespecíficas en el EEG. Un EEG puede ser normal en presencia de un examen neurológico claramente anormal, debido a que muchas áreas del cerebro no son accesibles al registro de los electrodos y también porque el EEG se basa en períodos específicos, es decir, normal entre las descargas. De otro lado, en una cantidad significativa de personas asintomáticas "normales" se pueden encontrar alteraciones del EEG.
- **Potenciales evocados (respuestas evocadas):** Son registros de respuestas eléctricas del cerebro a ciertos estímulos; tienen la capacidad de registrar la respuesta del sistema nervioso a múltiples estímulos somatosensoriales, visuales y auditivos.
- **Tomografía computarizada – TC:** Muestra la anatomía del cerebro, la médula espinal, el cráneo y la columna vertebral.
- **Resonancia magnética – RM:** La resonancia magnética nuclear (RMN) es un examen médico no invasivo que, a través de un campo magnético potente y un computador, crea imágenes detalladas de los órganos, tejidos blandos, huesos, y prácticamente el resto de las estructuras internas del cuerpo, permitiendo evaluar mejor varias partes del cuerpo y determinar la presencia de ciertas enfermedades que no se podrían evaluar adecuadamente con otros métodos por imágenes como los rayos X, el ultrasonido o las tomografías axiales computarizadas.
- **Neuroconducción y electromiografía de aguja – EMG:** Sirven para determinar cuáles nervios están afectados y su localización anatómica. También evidencia si las fibras sensoriales o motoras, o ambas, se encuentran predominantemente involucradas y si se encuentra presente una degeneración axonal, una desmielinización o una combinación de ambas.

B. PROCEDIMIENTOS PARA LA CALIFICACIÓN DE LAS DEFICIENCIAS NEUROLÓGICAS

Determinado el diagnóstico y la región del sistema nervioso comprometida o afectada, es decir, Sistema Nervioso Central o Sistema Nervioso Periférico a la cual corresponde la deficiencia, se califica de la siguiente manera:

a. METODOLOGÍA DE CALIFICACIÓN DE LAS DEFICIENCIAS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL – SNC:

- Calificar la deficiencia del SNC es determinar cuál de las siguientes categorías de la deficiencia cerebral es la más severa, de acuerdo con la Tabla de *Criterios para la calificación de la deficiencia por alteraciones de la conciencia, por pérdidas de conciencia episódicas, por trastornos del sueño y vigilia, debida a alteraciones mentales, cognitivas y de la función integradora y por afasia o disfasia.*
- Una vez determinado elija el mayor valor, este será el valor de la deficiencia.
- En caso de existir otras deficiencias del SNC tales como la deficiencia de los nervios craneales, la función de origen neurológico en las extremidades superiores e inferiores, postura y marcha, función intestinal, función de la vejiga, función sexual y función respiratoria, disestesia secundaria a





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

neuropatía periférica o lesión de médula espinal, migraña, neuralgia del trigémino o del glossofaríngeo y el sistema nervioso periférico misceláneos se deberá hacer una suma combinada con los valores hallados de la deficiencia de mayor valor de la Tabla de *Criterios para la calificación de la deficiencia por alteraciones de la conciencia, por pérdidas de conciencia episódicas, por trastornos del sueño y vigilia, debida a alteraciones mentales, cognitivas y de la función integradora y por afasia o disfasia.*

C. CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DE DEFICIENCIA CEREBRAL Y DE LA MÉDULA ESPINAL.

- a. **Criterios para la evaluación y calificación de alteraciones de la conciencia y/o de la orientación:** Las personas que experimentan alteraciones de la conciencia presentan una gran variedad de síntomas desde crisis de alteración de la conciencia, hasta un estado vegetativo persistente o un coma sin respuesta
- b. **Criterios para la evaluación y calificación de deficiencia por trastornos neurológicos episódicos:** Son motivo de calificación los trastornos neurológicos episódicos persistentes y permanentes. La condición episódica implica la ocurrencia de más de un episodio. Sólo serán objeto de valoración el grupo de personas que hayan tenido crisis frecuentes en más de un (1) año. En los casos de manifestaciones similares causadas por otros sistemas corporales (ej. Cardiovascular o respiratorio) que afectan de manera secundaria al SNC, es necesario para su calificación remitirse a la unidad correspondiente.
- c. **Criterios para la evaluación y calificación de deficiencia por trastornos del sueño y vigilia:** Los trastornos del sueño y la vigilia incluyen trastornos relacionados con el inicio y mantenimiento del sueño o la incapacidad de dormir; la somnolencia excesiva, incluye el trastorno del sueño inducido por insuficiencia respiratoria y por los horarios de sueño/vigilia. Los trastornos neurológicos asociados a hipersomnia incluyen el síndrome de apnea del sueño central, la narcolepsia, la hipersomnia idiopática, los desórdenes del movimiento, el síndrome de piernas inquietas, la depresión, los tumores cerebrales, la hipersomnia postraumática, la esclerosis múltiple, la encefalitis y postencefalopatía, la enfermedad de Alzheimer, la enfermedad de Parkinson, la atrofia multisistémica y los trastornos neuromusculares con apnea del sueño.
- d. **Criterios para la evaluación y calificación de deficiencia por alteraciones del estado mental, cognición y función integradora superior:** La alteración del estado mental, la cognición y la función integradora, incluye el síndrome orgánico cerebral, la demencia y algunas deficiencias específicas, focales y neurológicas, con defectos en la orientación, comprensión, memoria y comportamiento.
- e. **Criterios para la evaluación y calificación de deficiencia por alteraciones de la comunicación (disfasia y afasia):** La comunicación involucra la comprensión, el entendimiento, el lenguaje y una interacción efectiva entre varias personas.
- f. **Criterios para la evaluación y calificación de deficiencia por alteraciones emocionales o conductuales:** Los trastornos emocionales, del humor y del comportamiento ilustran la relación que existe entre los trastornos neurológicos y los trastornos mentales y del comportamiento. Los trastornos emocionales secundarios a las alteraciones neurológicas verificables (ej. Trauma o lesión craneal) se califican con los criterios de esta unidad, con excepción de las derivadas de patología mental.





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -MINS/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

Tabla 1. Criterios para la calificación de la deficiencia por alteraciones de la conciencia, por pérdidas de conciencia episódicas, por trastornos del sueño y vigilia, debida a alteraciones mentales, cognitivas y de la función integradora y por afasia o disfasia.

CRITERIOS PARA LA CALIFICACIÓN DE LA DEFICIENCIA POR ALTERACIONES DE LA CONCIENCIA					
CLASE FUNCIONAL DE DEFICIENCIA	CLASE 0	CLASE 1	CLASE 2	CLASE 3	CLASE 4
DEFICIENCIA GLOBAL (%)	0	25 %	50 %	75 %	100 %
Descripción	Sin alteración en el estado de conciencia.	Letárgico o somnolencia; alerta, pero, existe dificultad en la orientación temporal y/o espacial.	Obnubilado	Estuporoso	Semicoma o coma irreversible
CRITERIOS PARA LA CALIFICACIÓN DE LA DEFICIENCIA CAUSADA POR PÉRDIDAS DE CONCIENCIA EPISÓDICAS					
Descripción del trastorno paroxístico	Sin alteración en el estado de conciencia	Presenta uno a dos episodios anuales	Presenta entre 3 y 11 episodios al año	Presenta de 1 a 3 episodios mensuales de epilepsia	Trastorno paroxístico incontrolado o refractario Y Presenta 4 o más episodios mensuales
	No evidencia de deterioro de las funciones cerebrales	No evidencia de deterioro de las funciones cerebrales	No evidencia de deterioro de las funciones cerebrales	Evidencia de deterioro leve de las funciones cerebrales	Evidencia de deterioro moderado a severo de las funciones cerebrales
CRITERIOS PARA LA CALIFICACIÓN DEL DETERIORO CAUSADO POR TRASTORNOS DEL SUEÑO Y VIGILIA.					
Alerta, rendimiento y concentración (insomnio, somnolencia, problema del ritmo del sueño y conductas que interrumpen el sueño)	Normal durante el día	Disminuidos en forma ocasional	Disminuida en forma frecuente.	Disminuidos en forma continua	Disminuidos en forma continua y severa
CRITERIOS PARA LA CALIFICACIÓN DE LA DEFICIENCIA NEUROLÓGICA DEBIDA A ALTERACIONES MENTALES, COGNITIVAS Y DE LA FUNCIÓN INTEGRADORA.					
Examen del estado para personas con afecciones neurológicas (Pruebas neuropsicológicas)	Normal	Presencia de déficits en atención, concentración u otras funciones mentales, que pueden compensarse con ayudas adecuadas	Además de lo anterior, existen alteraciones en la orientación, cognitivas y sensoriomotoras (afasias, apraxias, agnosias).	Además de los déficits anteriores, la persona presenta alteraciones en la organización de la conducta, en las operaciones intelectuales, disminución del nivel de abstracción, de la capacidad de aprendizaje, que dificultan la organización consciente y voluntaria de la conducta.	Presencia importante de todas o algunas de las alteraciones anteriores y deterioro marcado de automatismos sensoriomotores que están en la base del autocuidado.
CRITERIOS PARA LA CALIFICACIÓN DE LA DEFICIENCIA POR AFASIA O DISFASIA.					
Alteración en la comprensión y producción de	Sin alteración	Falta de fluidez en la articulación, y presenta una	Las personas tienen dificultad en establecer el	Presenta dificultades para organizar las ideas	El lenguaje oral está prácticamente abolido en todos

C. DIAZ V.





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

símbolos del lenguaje		dificultad para encadenar distintas articulaciones en un orden gramático correcto, aunque el proceso en sí no se ve afectado.	significado de una frase de acuerdo con las posiciones de las distintas palabras dentro de la estructura gramatical	y transformarlas en verbalizaciones. Generalmente presenta déficit en la iniciativa de expresarse espontáneamente, siendo las expresiones estereotipadas.	sus aspectos: sensoriales, prácticos y motores. Generalmente este trastorno va asociado a una hemiplejía.
-----------------------	--	---	---	---	---

Fuente: Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507 de 2014-Colombia

g. Criterios para la evaluación y calificación de deficiencia por disfunción de la médula espinal y trastornos del movimiento

- **Disfunción de la médula espinal:** Las deficiencias causadas por lesiones en la médula espinal incluyen las relacionadas con la postura y marcha, el empleo de las extremidades superiores, la respiración, la función urinaria, la función anorrectal, la función sexual y el dolor. Para la evaluación de estas deficiencias se podrán utilizar diferentes pruebas como el test de Ashworth modificada para medir el grado de espasticidad y/o la clasificación de ASIA (American Spinal Injury Association).
- La deficiencia se determina de acuerdo con la severidad del deterioro funcional y el nivel de la lesión. Para la calificación de la persona con una lesión de médula espinal con alteraciones en varios sistemas o funciones (ej. Extremidades superiores, extremidades inferiores, vejiga, intestinos, desempeño sexual o alteraciones respiratorias de origen neurológicas) se utilizarán las tablas detalladas a continuación.
- El dolor disestésico causado por un deterioro de médula espinal se califica utilizando la Tabla *Clasificación del deterioro de la calidad sensorial*.
- Cuando estén presentes otros trastornos tales como, lesiones tróficas, cálculos urinarios, osteoporosis, desórdenes nutricionales, infecciones y estados psicológicos reactivos, deberán ser calificados con los criterios de la unidad correspondiente y proceder a la combinación respectiva.
- **Trastornos del movimiento:** Los trastornos del movimiento causados por disfunciones cerebrales (tics, temblores en reposo, posturales e intencionales, corea, atetosis, hemibalismo y distonía, dificultad para la coordinación de los movimientos finos) se evalúan a través de su interferencia en el uso de las extremidades superiores e inferiores.

- h. Criterios para la evaluación y calificación de deficiencia de las extremidades superiores por disfunción del sistema nervioso central:** El valor de la deficiencia del miembro superior dominante representa una deficiencia mayor de lo que sería en el caso del miembro no dominante. La siguiente tabla contiene los criterios para calificación de las deficiencias de las extremidades superiores por cualquier lesión en el cerebro o en la médula espinal.





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

Tabla 2. Criterios para la calificación de la deficiencia por disfunción de una extremidad superior por alteración del SNC (cerebro o médula)

CLASE	CLASE 0	CLASE 1	CLASE 2	CLASE 3	CLASE 4
DEFICIENCIA GLOBAL (%)	0%	20% No dominante 25% Dominante	40% No dominante 45% Dominante	50% No dominante 55% Dominante	60% No dominante 65% Dominante
Descripción	La persona no sufre ninguna alteración de las funciones de las extremidades superiores	Alguna dificultad en la destreza de mano o dedos	No tiene destreza en mano y dedos	Le sirve como extremidad auxiliar	No tiene ninguna funcionalidad

Fuente: Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507 de 2014-Colombia

Quando el trastorno de médula espinal afecta ambas extremidades superiores y la severidad de la deficiencia de cada extremidad, cumple con los criterios de las clases 0, 1 y 2 se deben combinar los valores. Para ello se debe calcular el valor de la deficiencia de la extremidad dominante y combinarlo con el de la no dominante. Las consideraciones de este apartado se aplican cuando la severidad de la deficiencia de una de las extremidades corresponde a las clases 0, 1 y 2 y la otra extremidad a las clases 3 y 4. Para aquellos eventos en los cuales la severidad del compromiso de ambas extremidades superiores corresponde a las clases 3 y 4, se asignará un valor de deficiencia global del ochenta por ciento (80%) sin aplicar las tablas.

- i. **Criterios para la evaluación y calificación de deficiencia por trastornos de la postura, la marcha y el movimiento:** La incapacidad para mantener el equilibrio y una marcha estable puede deberse a una alteración del SNC o del sistema nervioso periférico – SNP.

Para la evaluación de la postura, marcha y el movimiento se podrá emplear, según el criterio de los especialistas, diferentes escalas funcionales como el Test de Tinetti, Test de Berg, entre otros.

La calificación de la deficiencia para los trastornos de postura y marcha se determina de acuerdo con su impacto en la deambulación.

Si se presentan cambios anatómicos o funcionales de otros sistemas corporales, como el sistema osteomuscular, estos deben combinarse con los valores calificados para postura y marcha.

Tabla 3. Criterios para la calificación de la deficiencia por trastornos de postura y marcha (por compromiso de una extremidad inferior)

CLASE	CLASE 0	CLASE 1	CLASE 2	CLASE 3	CLASE 4
DEFICIENCIA GLOBAL (%)	0%	10%	20%	35%	50%
Trastorno de postura o marcha	Ningún trastorno de postura o marcha	Se levanta y se pone de pie; camina, pero, lo hace con dificultad en subida, con gradas, en escaleras y/o grandes distancias	Se levanta, puede sostenerse de pie y camina limitado a superficies planas	Puede ponerse de pie, pero no puede caminar	No se puede poner de pie ni caminar.

Fuente: Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507 de 2014-Colombia





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
 NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
 EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

- j. **Criterios para la calificación de deficiencia por disfunción del intestino, de la vejiga, sexual y respiratoria por causa neurogénica**
- **Intestinal:** La capacidad para controlar las deposiciones proporciona el criterio para la evaluación de la deficiencia por la disfunción del ano y recto causado por alteraciones en la médula espinal y el SNC.
 - **Urinaria:** La capacidad para controlar la micción proporciona el criterio para la evaluación de la deficiencia por disfunción de la vejiga a causa de trastornos de la médula espinal y el SNC. Al evaluar la deficiencia se debe considerar el estado del tracto urinario superior, si se encuentra alguna deficiencia, esta debe ser evaluada con los criterios de la Unidad V, Sistema Urinario y Reproductor y combinar los valores utilizando la tabla de esta unidad.
 - **Sexual:** La capacidad de sentir y experimentar un orgasmo es el criterio para evaluar la deficiencia por alteración neurogénica de la función sexual por trastornos de la médula espinal u otros desórdenes neurológicos. En la evaluación se debe considerar el desempeño sexual previo de la persona; la edad es solo uno de los criterios para la evaluación del desempeño sexual previo. El ajuste por la edad deberá realizarse de acuerdo con los criterios señalados en la Unidad V del Sistema Urinario y Reproductor.
 - **Respiratoria:** La deficiencia por disfunción neurogénica respiratoria señalada en la tabla siguiente se refiere a las limitaciones neurológicas. Los demás aspectos de la función respiratoria se establecen en la Unidad III del Evaluación y Calificación de las deficiencias del Sistema Respiratorio.

Tabla 4. Criterios para la calificación de deficiencia por disfunción del intestino, de la vejiga, sexual y respiratoria por causa neurogénica

Disfunción neurogénica del intestino						
CLASE	CLASE 0	CLASE 1	CLASE 2	CLASE 3	CLASE 4	
DEFICIENCIA TOTAL (%)	0%	10%	15%	20%	25%	
Descripción	Controla completamente e los esfínteres sin un tratamiento especial	Control de los esfínteres mediante tratamiento intestinal	Incontinente más o menos una vez a la semana a pesar de un tratamiento intestinal bien llevado	Incontinente e más o menos una vez al día a pesar de un tratamiento intestinal bien llevado	Completamente incontinente	
Disfunción neurogénica de la vejiga.						
CLASE	CLASE 0	CLASE 1	CLASE 2	CLASE 3	CLASE 4	
DEFICIENCIA TOTAL (%)	0%	5%	10%	15%	20%	
Descripción	Controla completamente e los esfínteres sin un catéter o mecanismo externo	Control voluntario menor de lo normal pero no hay incontinencia con un programa de control urinario	Requiere de un catéter interno o externo para mantener la continencia	Incontinente e más o menos una vez al día a pesar de un programa de control urinario bien llevado	Incontinencia total	
Disfunción sexual neurogénica.						
CLASE	CLASE 0	CLASE 1	CLASE 2	CLASE 3	CLASE 4	
DEFICIENCIA TOTAL (%)	0%	5%	10%	15%	NA	

C. DIAZ V.





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -MINS/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

Descripción	No existe un Deterioro en la función Sexual	La persona posee cierta función sexual, pero con dificultades de erección o eyaculación en los hombres, o ausencia de percepción, excitación o lubricación en uno u otro sexo	Función sexual refleja, pero sin percepción	No existe función sexual		
Disfunción neurogénica respiratoria.						
CLASE	CLASE 0	CLASE 1	CLASE 2	CLASE 3	CLASE 4	CLASE 5
DEFICIENCIA TOTAL (%)	0%	10%	20%	40%	60%	80%
Descripción	No existe un deterioro neurogénico de la respiración	La persona puede respirar espontáneamente, pero tiene dificultad respiratoria, en ejercicios extenuantes o actividades que requieren un esfuerzo intenso, tales como correr	La persona es capaz de respirar espontáneamente, pero tiene restricción para el ejercicio, tales como escalar o ejercicio prolongado o Tiene que caminar más lento o debe detenerse en caminatas en terreno plano.	La persona no puede caminar más de 100 metros sin detenerse por disnea o es capaz de realizar solamente actividades sedentarias	Traqueostomía permanente.	La persona no tiene la capacidad para respirar espontáneamente e es dependiente de respiración artificial.
<i>Fuente: Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507 de 2014-Colombia</i>						

D. CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DE DEFICIENCIA POR NEUROPATIA PERIFÉRICA, TRASTORNOS NEUROMUSCULARES ARTICULARES, MIOPATÍAS Y DOLOR CRÓNICO SOMÁTICO

En la evaluación del sistema nervioso periférico, se debe documentar la magnitud de la pérdida de las funciones causada por el déficit sensorial, dolor o malestar; la pérdida de fuerza muscular y el control de los músculos o los grupos musculares específicos y la alteración del sistema nervioso autónomo – SNA.

La calificación de la deficiencia global por dolor se obtiene de la Tabla *Deficiencia por disestesia secundaria a neuropatía periférica o lesión de médula espinal y dolor crónico somático* y se combina con los valores de deficiencia de las demás unidades.





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
 NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
 EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

Tabla 5. Deficiencia por disestesia secundaria a neuropatía periférica o lesión de médula espinal y dolor crónico somático

CLASE	CLASE 0	CLASE 1	CLASE 2	CLASE 3	CLASE 4
DEFICIENCIA TOTAL (%)	0%	10%	20%	30%	40%
Descripción	Dolor leve, soportable, sin necesidad de tratamiento analgésico. EVA 0	Dolor crónico insidioso, que precisa ocasionalmente analgésicos de 1er escalón, con buena respuesta, o dolor leve continuado. Limitación funcional temporal (hasta que haya una respuesta al tratamiento analgésico) para las actividades que desencadenan o acentúan la sintomatología. EVA 1-3	Dolor moderado, persistente, con respuesta sólo parcial al tratamiento: precisa analgésicos de 2º escalón. Dolor que se intensifica a la movilización. Puede suponer una limitación funcional la realización de actividades con requerimientos físicos moderados o actividades con exigencias sensoriales, como una adecuada capacidad de respuesta en situaciones de alarma. EVA 4-6	Dolor intenso, persistente, puede interferir y dificultar el sueño, sin respuesta eficaz al tratamiento: precisa analgésicos de 3er escalón. Afectación psicológica acusada que puede llevar a deterioro de la vida personal. Limitaciones funcionales para actividades dinámicas. Puede llegar a tener limitaciones para actividades sedentarias. EVA 7-9	Dolor insoportable que no responde a opioides mayores de 3er escalón. Dolor muy intenso incluso en reposo. Requiere analgesia intervencionista de 4º escalón. Presencia de signos vegetativos. Limitaciones para llevar a cabo una vida laboral y personal autónoma: deterioro psíquico importante, síndrome depresivo manifiesto, imposibilidad de adecuado reposo nocturno, dificultad para desplazarse EVA 10

Fuente: Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo: Dolor Neuropático en salud laboral, Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507 de 2014-Colombia y AMA "Pautas para la Evaluación de Impedimentos Permanentes" ("Guidelines to the Evaluation of Permanent Impairment"), Quinta edición



Trastornos articulares neuromusculares: El deterioro neuromuscular por miastenia grave o síndromes miasténicos se acompaña con debilidad proximal. La deficiencia se califica de acuerdo con los criterios de las Tablas *Criterios para la calificación de la deficiencia por disfunción de una extremidad superior por alteración del SNC (cerebro o médula)* y *Criterios para la calificación de deficiencia por trastornos de la postura, la marcha y el movimiento.*

Miopatías: Las miopatías representan un grupo variado de trastornos que incluyen distrofia muscular, miopatía metabólica, metabolismo de potasio anormal y enfermedad muscular, miopatías endocrinas y enfermedad muscular inflamatoria. La característica clínica común es una debilidad proximal que, en algunos casos, puede incluir el cuello y el rostro. La debilidad proximal se califica de acuerdo con los criterios de las Tablas *Criterios para la calificación de la deficiencia por disfunción de una extremidad superior por alteración del SNC (cerebro o médula)* y *Criterios para la calificación de deficiencia por trastornos de la postura, la marcha y el movimiento* y para los nervios





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

craneales, las tablas del Unidad sobre oído, nariz, garganta y vías respiratorias superiores.

E. CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DE DEFICIENCIA POR LESIONES DEL PLEXO BRAQUIAL Y NERVIOS PERIFÉRICOS PRINCIPALES DE EXTREMIDAD SUPERIOR.

- En este apartado se evalúan las deficiencias de la extremidad superior relacionadas con los trastornos del plexo braquial y los nervios periféricos principales.
- Para evaluar una deficiencia debida a los efectos de lesiones de los nervios periféricos es necesario determinar la gravedad de la pérdida de función debida a déficit sensorial o dolor y la debida a déficit motor.
- Los porcentajes de deficiencia estimados ya tienen en cuenta las manifestaciones debidas a lesiones de los nervios periféricos, como la limitación del movimiento, atrofia y alteraciones vasomotoras tróficas y de los reflejos. Por lo tanto, si una deficiencia deriva rigurosamente de una lesión de un nervio periférico, no se deberá aplicar los porcentajes de deficiencia de los apartados ajenos a este rubro, puesto que se podría producir un aumento injustificado de la calificación.
- Sin embargo, si una limitación de movimiento no puede ser atribuida a una lesión de nervio periférico, la deficiencia de movimiento se evaluará de acuerdo con los apartados anteriores correspondientes y la deficiencia nerviosa de acuerdo con este apartado, combinándose posteriormente ambas valoraciones

a. EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL DÉFICIT SENSORIAL O DOLOR EN LESIONES DE NERVIOS PERIFÉRICOS:

- Las lesiones de los nervios periféricos que producen déficit sensorial pueden asociarse a una amplia gama de sensaciones anormales, como: anestesia, disestesia, parestesia, hiperestesia, intolerancia al frío y dolor urente intenso.
- Sólo el dolor o las molestias persistentes que causan una pérdida de función permanente, a pesar de un esfuerzo máximo en la rehabilitación médica y de haber transcurrido un periodo óptimo de tiempo para la adaptación psicológica, deben considerarse como una deficiencia establecida. El dolor que no cumple uno o más de los criterios anteriores no se considera valorable.
- La gravedad de la pérdida de función debida a déficit sensorial se gradúa con la Tabla 6. *Determinación de las deficiencias debidas a dolor o déficit sensorial causados por trastornos de los nervios periféricos* y se relaciona con la estructura anatómica afectada y los porcentajes máximos de deficiencia por déficit sensorial del plexo braquial) y los nervios periféricos principales.



Tabla 6. Determinación de las deficiencias debidas a dolor o déficit sensorial causados por trastornos de los nervios periféricos

Clasificación		
Grado	Descripción del déficit sensorial o dolor	% de pérdida de función sensitiva
5	No existe pérdida de la sensibilidad, sensación anormal o dolor.	0
4	Sensibilidad táctil superficial distorsionada (toque ligero disminuido) con o sin sensaciones anormales mínimas o dolor, que se olvida durante la actividad	25%
3	Sensibilidad táctil superficial distorsionada (disminución del tacto ligero y discriminación de dos puntos) con algunas sensaciones anormales o dolor leve que interfiere con algunas actividades.	50%





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

2	Disminución del dolor cutáneo superficial y de la sensibilidad táctil (disminución de la sensibilidad protectora) con sensaciones anormales o dolor moderado, que pueden impedir algunas actividades	75%
1	Sensibilidad al dolor cutáneo profundo presente, Ausencia de dolor superficial y sensibilidad táctil (ausencia de sensibilidad protectora), con sensaciones anormales o dolor intenso, que impide la mayor parte de la actividad	90%
0	Ausencia de sensibilidad, sensaciones anormales o dolor intenso que impide toda actividad.	100%
Procedimiento de evaluación		
<ol style="list-style-type: none"> Identifique el área de afectación. Identifique el o los nervios que inervan el área. Gradúe la gravedad del déficit sensorial o dolor de acuerdo con la clasificación anterior. Determine la deficiencia máxima de la extremidad superior debida a déficit sensorial o dolor del nervio afectado: plexo braquial (<i>Tabla de Deficiencias máximas de la extremidad superior debidas a déficit sensorial o motor unilateral del plexo braquial</i>) y nervios periféricos principales (<i>Tabla de Deficiencias máximas de la extremidad superior debidas a déficit sensorial o motor unilateral de los nervios periféricos principales</i>). Multiplique la gravedad del déficit sensorial por el valor de deficiencia máximo, para obtener la deficiencia de la extremidad superior respecto a cada estructura afectada. 		
AMA "Pautas para la Evaluación de Impedimentos Permanentes" ("Guidelines to the Evaluation of Permanent Impairment"), Quinta edición		

b. EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL DÉFICIT MOTOR Y PÉRDIDA DE FUERZA EN LESIONES DE NERVIOS PERIFÉRICOS:

- La función motora de nervios específicos se explora mediante pruebas musculares; en general estas pruebas gradúan la capacidad de una persona para mover un segmento del cuerpo en toda su amplitud de movimiento contra gravedad y contra resistencia.
- La función motora de cada músculo se evalúa y gradúa de acuerdo con la Tabla de Determinación de las deficiencias debidas a pérdida de fuerza y déficit motores causados por trastornos de los nervios periféricos y se relaciona con la estructura anatómica afectada y los porcentajes máximos de deficiencia por déficit motor del plexo braquial (Tabla de Tabla de Deficiencias máximas de la extremidad superior debidas a déficit sensorial o motor unilateral del plexo braquial) y los nervios periféricos principales (Tabla de eficiencias máximas de la extremidad superior debidas a déficit sensorial o motor unilateral de los nervios periféricos principales)

Tabla 7. Determinación de las deficiencias debidas a pérdida de fuerza y déficit motores causados por trastornos de los nervios periféricos

Clasificación	Descripción de la función muscular	% de pérdida de función motora
5	Rango de movimiento activo contra la gravedad con resistencia total	0
4	Rango de movimiento activo contra la gravedad con cierto grado de resistencia.	25%
3	Rango de movimiento activo contra la gravedad, sin resistencia.	50%
2	Rango de movimiento activo completo sin gravedad.	75%
1	Evidencia de contractibilidad leve, sin movimiento.	90%
0	No hay evidencia de contractibilidad	100%
Procedimiento de evaluación		
<ol style="list-style-type: none"> Identifique el área de afectación. Identifique el movimiento afectado Identifique el músculo o músculos que ejecutan dicha acción y el nervio afectado Gradúe la gravedad del déficit motor de cada músculo de acuerdo con la clasificación anterior. Determine la deficiencia máxima de la extremidad superior debida a déficit motor del nervio afectado: plexo braquial (<i>Tabla de Deficiencias máximas de la extremidad superior debidas a déficit sensorial o motor unilateral del plexo braquial</i>) y nervios periféricos principales (<i>Tabla de Deficiencias máximas de la extremidad superior debidas a déficit sensorial o motor unilateral de los nervios periféricos principales</i>.) Multiplique la gravedad del déficit motor por el valor de deficiencia máximo, para obtener la deficiencia de la extremidad superior respecto a cada estructura afectada. 		
AMA "Pautas para la Evaluación de Impedimentos Permanentes" ("Guidelines to the Evaluation of Permanent Impairment"), Quinta edición		





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

c. EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DE LAS DEFICIENCIAS POR LESIONES DE PLEXO BRAQUIAL:

- El plexo braquial está formado por tres troncos primarios: Tronco superior: C5 y C6, Tronco medio: C7 y Tronco inferior: C8 y D1.
- La Tabla de *Deficiencias máximas de la extremidad superior debidas a déficit sensorial o motor unilateral del plexo braquial* muestra los porcentajes máximos de deficiencia que corresponden al plexo braquial o sus troncos. Estos porcentajes sólo hacen referencia a afectaciones unilaterales de la extremidad superior. Si la afectación es bilateral, se determina la deficiencia de cada lado de forma independiente y se convierte a porcentaje de la deficiencia global. A continuación los porcentajes unilaterales se combinan mediante la fórmula de suma combinada o Fórmula de Balthazar.

Tabla 8. Deficiencias máximas de la extremidad superior debidas a deficiencia sensorial o motor unilateral del plexo braquial

	% máximo de la extremidad superior debido a		
	% de deficiencia sensorial o dolor	% de deficiencia motora	% de deficiencia sensitivo-motor combinada en la extremidad superior
Plexo braquial (C5 a D1)	100	100	100
Tronco superior (C5-C6) Erb-Duchenne.	25	75	81
Tronco medio (C7)	5	35	38
Tronco inferior (C8-D1) Dejerine Klumpke.	20	70	76

AIMA "Pautas para la Evaluación de Impedimentos Permanentes" ("Guidelines to the Evaluation of Permanent Impairment"), Quinta Edición

d. METODOLOGIA DE LA CALIFICACIÓN DE LA DEFICIENCIA POR LESIONES DE PLEXO BRAQUIAL.

- Estime la gravedad del déficit sensorial o dolor de acuerdo con la *Tabla 8. Deficiencias máximas de la extremidad superior debidas a déficit sensorial o motor unilateral del plexo braquial* y del déficit motor de acuerdo con la Tabla de *Determinación de las deficiencias debidas a pérdida de fuerza y déficit motores causados por trastornos de los nervios periféricos*.
- Busque los valores de deficiencia máxima de la extremidad superior debida a déficit sensoriales o motores del plexo braquial y sus troncos utilizando la Tabla de *Deficiencias máximas de la extremidad superior debidas a déficit sensorial o motor unilateral del plexo braquial*.
- Multiplique la gravedad del déficit sensorial o motor por el porcentaje correspondiente de la Tabla de *Deficiencias máximas de la extremidad superior debidas a déficit sensorial o motor unilateral del plexo braquial* para determinar el porcentaje de deficiencia de la extremidad superior.
- Combine los porcentajes de deficiencia sensorial y motora para obtener la deficiencia total de la extremidad superior.
- Convierta la deficiencia de la extremidad superior a porcentaje de la deficiencia global.





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

Tabla 9. Relación de la deficiencia de la extremidad superior con el porcentaje de la deficiencia global

% de deficiencia a ES	%defi c. Global	% de deficiencia a ES	%defi c. Global	% de deficiencia a ES	%defi c. Global	% de deficiencia a ES	%defi c. Global	% de deficiencia a ES	%defi c. Global
1	0	21	10	41	20	61	30	81	40
2	1	22	11	42	21	62	30	82	40
3	2	23	11	43	21	63	31	83	41
4	2	24	12	44	22	64	31	84	41
5	2	25	12	45	22	65	32	85	42
6	3	26	13	46	23	66	32	86	42
7	3	27	13	47	23	67	33	87	43
8	4	28	14	48	24	68	33	88	43
9	4	29	14	49	24	69	34	89	44
10	5	30	15	50	25	70	34	90	44
11	5	31	15	51	25	71	35	91	45
12	6	32	16	52	25	72	35	92	45
13	6	33	16	53	26	73	36	93	46
14	7	34	17	54	26	74	36	94	46
15	7	35	17	55	27	75	37	95	47
16	8	36	18	56	27	76	37	96	47
17	8	37	18	57	28	77	38	97	48
18	9	38	19	58	28	78	38	98	48
19	9	39	19	59	29	79	39	99	49
20	10	40	20	60	29	80	39	100	49

AMA "Pautas para la Evaluación de Impedimentos Permanentes" ("Guidelines to the Evaluation of Permanent Impairment"), Quinta Edición

e. CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DE LA DEFICIENCIA POR LESIONES DE LOS NERVIOS PERIFÉRICOS PRINCIPALES DE MIEMBROS SUPERIORES:

- La Tabla de *Deficiencias máximas de la extremidad superior debidas a déficit sensorial o motor unilateral de los nervios periféricos principales* muestra los porcentajes máximos de deficiencia que corresponden a los nervios periféricos que se asocian con mayor frecuencia a deficiencias de la extremidad superior. Estos porcentajes sólo hacen referencia a afectaciones unilaterales de la extremidad superior. Si la afectación es bilateral, se determina la deficiencia de cada lado de forma independiente y se convierte a porcentaje de deficiencia global. A continuación, los porcentajes unilaterales se combinan mediante la fórmula de suma combinada.


C. DIAZ V.





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -MINSA/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

Tabla 10. Deficiencias máximas de la extremidad superior debidas a deficiencia sensorial o motor unilateral de los nervios periféricos principales

Nervio	% de pérdida sensorial longitudinal		
	% de deficiencia sensorial o dolor	% de deficiencia motora	% de deficiencia sensitivo-motor combinada en la extremidad superior
Torácico anterior	5	5	9
Circunflejo (Axilar)	5	35	38
Escapular dorsal	0	5	5
Torácico largo	0	15	15
Braquial cutáneo interno	5	0	5
Accesorio del braquial cutáneo interno	5	0	5
Mediano (por encima del punto medio del antebrazo)	38	44	65
Mediano (interóseo anterior)	0	15	15
Mediano (por debajo del punto medio del antebrazo)	38	10	44
Colateral palmar radial del pulgar	7	0	7
Colateral palmar cubital del pulgar	11	0	11
Colateral palmar radial del dedo índice	5	0	5
Colateral palmar cubital del dedo índice	4	0	4
Colateral palmar radial del dedo medio	5	0	5
Colateral palmar cubital del dedo medio	4	0	4
Colateral palmar radial del dedo anular	2	0	2
Musculocutáneo	5	25	29
Radial (región sup. Del brazo con pérdida del tríceps)	5	42	45
Radial (codo sin afectación del tríceps)	5	35	38
Subescapulares (superior e inferior)	0	5	5
Supraescapular	5	16	20
Toracodorsal	0	10	10
Cubital (por encima del punto medio del antebrazo)	7	46	50
Cubital (por debajo del punto medio del antebrazo)	7	35	40
Colateral palmar cubital del dedo anular	2	0	2
Colateral palmar cubital del dedo meñique	2	0	2
Colateral palmar radial del dedo meñique	3	0	3

AMA "Pautas para la Evaluación de Impedimentos Permanentes" ("Guidelines to the Evaluation of Permanent Impairment"), Quinta Edición

f. METODOLOGIA DE LA CALIFICACIÓN DE LA DEFICIENCIA DE LOS NERVIOS PERIFÉRICOS PRINCIPALES DE MIEMBROS SUPERIORES

- Estime la gravedad del déficit sensorial o dolor de acuerdo con la Tabla de **Determinación de las deficiencias debidas a dolor o déficit sensorial causados por trastornos de los nervios periféricos** y del déficit motor de acuerdo con la Tabla de **Determinación de las deficiencias debidas a pérdida de fuerza y déficit motores causados por trastornos de los nervios periféricos**.
- Busque los valores de deficiencia máxima de la extremidad superior debida a déficit sensoriales o motores de los nervios periféricos principales utilizando la Tabla de **Deficiencias máximas de la extremidad superior debidas a déficit sensorial o motor unilateral de los nervios periféricos principales**.
- Multiplique la gravedad del déficit sensorial o motor por el porcentaje correspondiente de la Tabla de **Deficiencias máximas de la extremidad superior debidas a déficit sensorial o motor unilateral de los nervios periféricos principales** para determinar el porcentaje de deficiencia de la extremidad superior.

C. DIAZ V.

M.C. PERCY ALBERTO
KERRERA ANAZZO
DIRECTOR EJECUTIVO



NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

- Combine los porcentajes de deficiencia sensorial y motora para obtener la deficiencia total de la extremidad superior.
- Convierta la deficiencia de la extremidad superior a porcentaje de deficiencia global.

g. EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DE LA DEFICIENCIA DE NEUROPATÍAS POR ATRAPAMIENTO:

- Las deficiencias de la extremidad superior secundarias a neuropatías por atrapamiento pueden calcularse midiendo los déficit sensorial y motor tal y como se describen en los apartados anteriores.
- La Tabla de **Deficiencia de la extremidad superior debida a neuropatía por atrapamiento** proporciona un método alternativo en el que la deficiencia de la extremidad superior se estima de acuerdo con la gravedad de la afectación de cada nervio principal en cada punto de atrapamiento. El calificador utilizará uno u otro método, pero nunca ambos.

Tabla 11. Deficiencia de la extremidad superior debida a neuropatía por atrapamiento

Nervio afectado	Lugar del atrapamiento	Gravedad del atrapamiento y % de deficiencia de la extremidad superior		
		Leve	Moderado	Grave
Supraescapular		5	10	20
Circunflejo		10	20	38
Radial	Región superior del brazo	15	25	45
Interóseo posterior	Antebrazo	10	20	35
Mediano	Codo	15	5	55
Interóseo anterior	Región proximal del antebrazo	5	10	15
Mediano	Muñeca	10	20	40
Cubital	Codo	10	30	50
Cubital	Muñeca	10	30	40

AMA "Pautas para la Evaluación de Impedimentos Permanentes" ("Guidelines to the Evaluation of Permanent Impairment"), Quinta Edición

F. CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DE DEFICIENCIA POR LESIONES NERVIOS PERIFÉRICOS DE MIEMBROS INFERIORES

- Las lesiones de los nervios periféricos se dividen en tres componentes: déficit motor, déficit sensorial y disestesia o alteración de la sensibilidad. La Tabla de **Deficiencias por déficit neurológico** indica las estimaciones de deficiencia correspondientes a pérdidas sensoriales y motoras completas de los nervios periféricos correspondientes.
- Los porcentajes de deficiencia de la extremidad inferior debidos a déficit motor, sensorial y disestesia deben combinarse entre sí, y a su vez con otras deficiencias de la extremidad inferior; posteriormente se realiza la conversión a deficiencia global.





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -MINSADGIESP-2024
 NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
 EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

Tabla 12. Deficiencias máximas de la extremidad inferior debidas a deficiencia sensorial o motor unilateral de los nervios periféricos

<i>Nervio</i>	% Deficiencia (extremidad inferior) (pie)	
	<i>Motora</i>	<i>Sensitiva</i>
Crural	37	9
Obturador	7	0
Glúteo superior	62	0
Glúteo inferior	37	0
Femorocutáneo	0	9
Ciático	75	27
Ciático poplíteo externo	42	10
Musculocutáneo de la pierna	0	10
Safeno externo	0	7
Plantar interno	5	(10) (14)
Plantar externo	(5) (7)	(10) (14)

AMA "Pautas para la Evaluación de Impedimentos Permanentes" ("Guidelines to the Evaluation of Permanent Impairment"), Quinta Edición

Tabla 13. Relación de la deficiencia del pie con la deficiencia de la extremidad inferior

% de deficiencia de pie	% de deficiencia EI	% de deficiencia de pie	% de deficiencia EI	% de deficiencia de pie	% de deficiencia EI	% de deficiencia de pie	% de deficiencia EI	% de deficiencia de pie	% de deficiencia EI
1	1	21	15	41	29	61	43	81	57
2	1	22	15	42	29	62	43	82	57
3	2	23	16	43	30	63	44	83	58
4	3	24	17	44	31	64	45	84	59
5	4	25	18	45	32	65	46	85	60
6	4	26	18	46	32	66	46	86	60
7	5	27	19	47	33	67	47	87	61
8	6	28	20	48	34	68	48	88	62
9	6	29	20	49	34	69	48	89	62
10	7	30	21	50	35	70	49	90	63
11	8	31	22	51	36	71	50	91	64
12	8	32	22	52	36	72	50	92	64
13	9	33	23	53	37	73	51	93	65
14	10	34	24	54	38	74	52	94	66
15	11	35	25	55	39	75	53	95	67
16	11	36	25	56	39	76	53	96	67
17	12	37	26	57	40	77	54	97	68
18	13	38	27	58	41	78	55	98	69
19	13	39	27	59	41	79	55	99	69
20	14	40	28	60	42	80	56	100	70

AMA "Pautas para la Evaluación de Impedimentos Permanentes" ("Guidelines to the Evaluation of Permanent Impairment"), Quinta Edición


 C. DIAZ V.





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

Tabla 14. Relación de la deficiencia de la extremidad inferior con el porcentaje de la deficiencia global

% de deficiencia a EI	%defi c. Global	% de deficiencia a EI	%defi c. Global	% de deficiencia a EI	%defi c. Global	% de deficiencia a EI	%defi c. Global	% de deficiencia a EI	%defi c. Global
1	0	21	8	41	16	61	24	81	32
2	1	22	9	42	17	62	25	82	33
3	1	23	9	43	17	63	25	83	33
4	2	24	10	44	18	64	26	84	34
5	2	25	10	45	18	65	26	85	34
6	2	26	10	46	18	66	26	86	34
7	3	27	11	47	19	67	27	87	35
8	3	28	11	48	19	68	27	88	35
9	4	29	12	49	20	69	28	89	36
10	4	30	12	50	20	70	28	90	36
11	4	31	12	51	20	71	28	91	36
12	5	32	13	52	21	72	29	92	37
13	5	33	13	53	21	73	29	93	37
14	6	34	14	54	22	74	30	94	38
15	6	35	14	55	22	75	30	95	38
16	6	36	14	56	22	76	30	96	38
17	7	37	15	57	23	77	31	97	39
18	7	38	15	58	23	78	31	98	39
19	8	39	16	59	24	79	32	99	40
20	8	40	16	60	24	80	32	100	40

AMA "Pautas para la Evaluación de Impedimentos Permanentes" ("Guidelines to the Evaluation of Permanent Impairment"), Quinta Edición

6.1.4.13 UNIDAD XIII: DEFICIENCIAS POR TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO

Esta unidad tiene como objetivo ofrecer una metodología para calificar las deficiencias derivadas de los trastornos mentales y de los comportamientos más significativos. Para tal propósito se utilizan los códigos y la nomenclatura diagnóstica de la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª versión correspondiente a la versión en español CIE -10- OMS.

Se evalúan y califican las siguientes patologías o grupos de patologías: Trastornos del humor incluyendo los trastornos depresivos y el trastorno afectivo bipolar; trastornos por ansiedad incluyendo el trastorno por ansiedad generalizada, trastorno de pánico, fobias, trastorno de estrés postraumático y el trastorno obsesivo-compulsivo; trastornos psicóticos, incluyendo las esquizofrenias y los trastornos de la personalidad. También contiene criterios para cuantificar las deficiencias derivadas de otros cuadros clínicos tales como los trastornos por estrés, trastornos somatomorfos y trastornos por abuso de sustancias.

Además, se exponen los criterios para la calificación de los trastornos de inicio temprano en la niñez y adolescencia, reconocidos actualmente como discapacidades intelectuales que se relacionan con: trastorno del desarrollo psicomotor, el retraso mental y los trastornos generalizados del neurodesarrollo como, por ejemplo: autismo y Síndrome de Asperger, entre otros.

Es de precisar que la calificación de estas deficiencias incluye todos los síndromes de etiología genética cuyas principales manifestaciones se relacionan con repercusiones a nivel intelectual.

Esta unidad excluye las siguientes deficiencias:





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -MINS/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

- Deficiencias por alteraciones de la conciencia, por pérdidas de conciencia episódicas, por trastornos del sueño y vigilia per se, alteraciones cognitivas y de la función integradora y por afasia o disfasia.
- Calificación de las deficiencias por cefaleas – migraña.

A. DEFINICIONES Y PRINCIPIOS DE EVALUACIÓN

a. ASPECTOS CLÍNICOS.

- **Criterio 1. Hallazgo actual:** Presencia de síntomas y signos determinados mediante examen clínico.
- **Criterio 2. Autonomía:** Capacidad de desenvolverse solo en las actividades de la vida diaria, sin necesidad de depender de otros.
- **Criterio 3.** Coeficiente intelectual cuando sea necesario.

B. PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACION Y CALIFICACION DE LAS DEFICIENCIAS POR TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO

Consideraciones preliminares. En ciertos casos se necesitan además de la historia clínica, algunas pruebas diagnósticas tales como: pruebas de personalidad, test de inteligencia, escalas de depresión y ansiedad.

a. Metodología de calificación. Determinado el diagnóstico, se califica de la siguiente manera:

- Sólo serán objeto para calificación aquellas personas que presentan tratamiento mayor a un año, o según criterio específico por trastorno.
- Identificar el trastorno mental a calificar según lo definido, de acuerdo con el diagnóstico emitido por el médico psiquiatra.
- El presente Unidad, contiene una tabla estandarizada para la calificación de las deficiencias por trastornos mentales y del comportamiento (Tabla 1), la cual se divide en 5 clases funcionales (1 al 5). Al aplicar esta tabla, se debe considerar la frecuencia e intensidad de signos y síntomas por trastorno y el nivel de autonomía.
- Calificar solamente el cuadro o síndrome clínico con mayor valor porcentual por cada eje. Si por eje tiene dos o más diagnósticos, considerar la deficiencia con mayor valor porcentual. El valor de la deficiencia global por trastornos mentales y del comportamiento será la suma combinada de las deficiencias derivadas de un cuadro clínico.
- La deficiencia resultante de los trastornos mentales y de comportamiento se combina mediante la fórmula de Balthazar con las deficiencias en otros órganos o sistemas diferentes, según la capacidad resolutive de establecimiento de salud. *Por ejemplo, sin un paciente tiene una deficiencia visual, deberá evaluarse y calificarse con el Unidad correspondiente el resultado se combinará con el porcentaje de deficiencias de este Unidad.*





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

Tabla 1. Tabla estandarizada para la calificación de las deficiencias por trastornos mentales y del comportamiento.

CLASE FUNCIONAL DE DEFICIENCIA	CLASE 1			CLASE 2			CLASE 3			CLASE 4			CLASE 5		
PORCENTAJE DE DEFICIENCIA	1-10%			11 a 25 %			26-50 %			51-70%			71 – 99 %		
GRADO DE SEVERIDAD (%)	1	5	10	11	18	25	26	38	50	51	62	70	71	85	99
	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C
Signos y síntomas (criterio principal)	Signos y síntomas leves o ligeros con frecuencia ocasional			Signos y síntomas son de intensidad media o moderada con frecuencia intermitente			Signos y síntomas son de intensidad importante y frecuencia habitual			Signos y síntomas son de intensidad severa y frecuencia constante			Signos y síntomas son de intensidad grave y frecuencia permanente.		
Autonomía	Realiza y mantiene sus actividades con dificultad, pero sin ayuda.			Realiza y mantiene sus actividades con ayuda momentánea o circunstancial.			Realiza y mantiene sus actividades con asistencia de otra persona la mayor parte del tiempo.			Es imposible realizar sus actividades sin el apoyo de una persona, quien además requiere de ayuda para que le permita asistir.			No puede realizar actividades aún con asistencia personal.		
Discapacidad intelectual: <ul style="list-style-type: none"> - Discapacidad intelectual leve: Clase 1 o Clase 2 - Discapacidad intelectual moderada: Clase 3 - Discapacidad Intelectual severa; Clase 4 - Discapacidad intelectual profunda: Clase 5 Trastornos Generalizados del neurodesarrollo <ul style="list-style-type: none"> - Leve: Clase 1 o Clase 2 - Moderado: Clase 3 - Severo; Clase 4 - Grave: Clase 5 															
Fuente: Elaboración INSM-USOIL-MINSA															

C. EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DE LA DEFICIENCIA PRODUCIDA POR DIFERENTES CUADROS CLÍNICOS

a. EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS PSICÓTICOS

Los trastornos psicóticos están caracterizados por la presencia de ideas delirantes. Las ideas delirantes son alteraciones del pensamiento que tienen fuerza de convicción para el paciente que no va acorde con la realidad a estos usualmente se le une los trastornos de la percepción (alucinaciones). Estas alteraciones usualmente se acompañan de alteraciones afectivas y sensoriomotoras.

Se diferencian dos tipos de ideas delirantes: aquellas en las cuales se conserva la organización lógica del pensamiento que caracterizan al trastorno delirante y las otras en las cuales se altera la organización lógica del pensamiento y son caracterizadas por una estructura paralógica o mágica y que caracterizan el grupo de trastornos psicóticos.

Los trastornos psicóticos esquizofrénicos cursan con la aparición de síntomas "positivos": alucinaciones, desorganización en el curso del lenguaje (disgregación, incoherencia) y comportamiento gravemente desorganizado o catatónico; y se pueden encontrar la presencia de síntomas "negativos" tales





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

como: disociación ideoafectiva, aplanamiento afectivo, abulia, retraimiento social e indiferencia afectivo.

Estos trastornos evolucionan por episodios o estados persistentes. Se diferencian dos tipos de trastornos psicótico: el esquizofreniforme cuyo episodio dura por lo menos un mes (incluyendo las fases prodrómicas, activa y residual) pero menos de seis meses, y la esquizofrenia.

Para los fines del presente documento normativo no se tendrá en cuenta el trastorno psicótico breve (menor a un mes).

Una vez identificados los síntomas y signos de la persona evaluada y definido el nivel de autonomía, se aplicará la Tabla 1. Tabla estandarizada para la calificación de las deficiencias por trastornos mentales y del comportamiento.

b. EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL HUMOR

Los trastornos del humor o del afecto están caracterizados por la presencia de episodios depresivos y en algunos casos de exaltación o presencia de ambos tipos. El trastorno depresivo está caracterizado por la presencia de un episodio único o la presencia de episodios depresivos recurrentes y el trastorno bipolar está caracterizado por la presencia de episodios hipomaniaco o maníacos, alternando con episodios depresivos. La recurrencia se da por un período de remisión de dos meses entre los dos episodios o el cambio de polaridad de estos.

El episodio depresivo está caracterizado por la presencia de por lo menos cinco de los siguientes síntomas durante un período mínimo de dos semanas, comprometiendo seriamente las actividades cotidianas durante la gran mayoría de los días:

- Humor depresivo durante la mayor parte del día.
- Disminución del interés o de la capacidad para el placer en casi todas las actividades del día.
- Insomnio o hipersomnio.
- Agitación o lentificación psicomotora.
- Fatiga o pérdida de energía.
- Sentimiento de inutilidad o culpa excesivas.
- Disminución de la capacidad de pensar, concentrarse y tomar decisiones.
- Pensamiento de muerte o ideación suicida recurrente.
- Pérdida importante de peso sin la intención durante el episodio.

El episodio maniaco está caracterizado por un estado de ánimo persistentemente elevado, expansivo o irritable, con una duración de por lo menos una semana, asociado con la presencia de por lo menos tres de los siguientes síntomas:

- Autoestima exagerada o sentimiento de grandiosidad.
- Disminución de la necesidad del sueño.
- Más hablador de lo habitual o verborreico.
- Fuga de ideas o experiencia subjetiva de pensamiento acelerado.
- Atención dispersa.
- Aumento de la actividad voluntaria hacia un objetivo.
- Agitación psicomotora.



C. DIAZ V.





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

- Compromiso en actividades placenteras con alto potencial de riesgo (negocios, compras, indiscreción sexual).

Hay trastornos del humor que evolucionan a estados persistentes: distimia (estado de depresión) y ciclotimia (alternancia de depresión y exaltación) y están caracterizados por síntomas depresivos o de exaltación de menor intensidad y comprometen en menor grado la actividad diaria.

Una vez identificados los síntomas y signos de la persona evaluada y definido el nivel de autonomía, se aplicará la Tabla 1. Tabla estandarizada para la calificación de las deficiencias por trastornos mentales y del comportamiento.

Por otro lado, los trastornos de ansiedad se presentan en forma de crisis o estados persistentes. La crisis de angustia se caracteriza por la aparición temporal súbita de miedo o malestar intensos que se acompaña de 4 o más de los siguientes síntomas durante un período de aproximadamente 10 minutos:

- Palpitaciones o elevación de la frecuencia cardíaca.
- Sudoración.
- Temblores o sacudidas.
- Sensación de ahogo o falta de aliento.
- Sensación de atragantarse.
- Opresión o malestar torácico.
- Náuseas o molestias abdominales.
- Inestabilidad, mareo o desmayo.
- Desrealización o despersonalización.
- Miedo a perder el control o volverse loco.
- Miedo a morir.
- Parestesias.
- Escalofríos o sofocaciones.

La crisis de angustia puede presentarse en ausencia de algún factor desencadenante (trastorno de pánico) o en relación con algunas situaciones específicas (trastorno fóbico) o con el antecedente de una situación traumática (trastorno por estrés post-traumático). También acompaña la presencia de pensamientos u otros contenidos mentales intrusivos (trastorno obsesivo-compulsivo).

Estas crisis dan lugar a una gran preocupación ante una eventual repetición, acompañada de sentimientos de angustia anticipatoria o conductas de evitación de los factores desencadenantes.

De especial importancia es la "agorafobia", asociada o no con el trastorno de pánico, en el cual la angustia aparece cuando la persona se encuentra en lugares o situaciones donde le resultaría difícil escapar o recibir ayuda (estar solo fuera de la casa, mezclarse con la gente, hacer cola, pasar por un puente, viajar solo). Esta situación da lugar a su vez a conductas de evitación de las situaciones enumeradas anteriormente.

En el caso del trastorno obsesivo-compulsivo, la persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, o imágenes recurrentes, elaborando una serie de comportamientos o actos mentales de carácter repetitivo (compulsiones) para prevenir o reducir el malestar producido por las obsesiones, sin que haya una conexión realista entre una y otra.





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

El trastorno de la ansiedad generalizada está caracterizado por un estado persistente de ansiedad y preocupación excesivas en relación con una amplia gama de situaciones, acontecimientos o actividades, con una duración de por lo menos seis meses.

Esta ansiedad o preocupación se asocia con la presencia de por lo menos tres de los siguientes síntomas:

- Inquietud o impaciencia.
- Fatigabilidad fácil.
- Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco.
- Irritabilidad.
- Tensión muscular.
- Alteraciones del sueño.

Lo que determina la gravedad de la deficiencia producida por las diferentes formas de crisis de angustia, es la frecuencia e intensidad de las mismas, así como el hecho de que el factor desencadenante de estas forme parte de la vida habitual y cotidiana de la persona. Adicionalmente, la gravedad está dada por la intensidad o persistencia de las conductas de evitación que en los casos más graves puede llevar al aislamiento del individuo y hasta el confinamiento en su propia casa. Estos trastornos en ningún caso dan lugar a deterioro de la actividad mental.

Una vez identificados los síntomas y signos de la persona evaluada y definido el nivel de autonomía, se aplicará la Tabla 1. Tabla estandarizada para la calificación de las deficiencias por trastornos mentales y del comportamiento.

c. EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS NEURÓTICOS, SOMATOMORFOS Y DE ESTRÉS

Comprenden dos tipos de trastorno: el primero caracterizado por la existencia de síntomas físicos, cuyo estudio ha excluido una etiología orgánica. Incluye el trastorno por somatización (dolor somático, síntomas gastrointestinales, disfunción sexual y síntomas somatosensoriales), el trastorno conversivo (síntomas sensoriomotores que simulan enfermedad neurológica), dolor psicógeno (dolor en una o más zonas del cuerpo que amerita atención médica).

El periodo, priorizado por preocupación exagerada por su estado de salud (hipocondría) o por la apariencia física (trastorno dismórfico corporal).

La gravedad de la deficiencia está dada por la limitación propia del síntoma o la persistencia del mismo, en la medida que afecta la actividad habitual de la persona. En ningún momento dan lugar a deterioros de la actividad mental.

Una vez identificados los síntomas y signos de la persona evaluada y definido el nivel de autonomía, se aplicará la Tabla 1. Tabla estandarizada para la calificación de las deficiencias por trastornos mentales y del comportamiento.

d. EVALUACION Y CALIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Las manifestaciones del estrés posttraumático se prolongan por más de un mes y en algunos casos aparecen después de seis meses del hecho traumático. Su principal característica es la reexperimentación del evento traumático mediante:





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -MINSADGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

Los trastornos del humor o del afecto son de dos tipos, clasificados como trastornos mayores y menores del humor:

- Recuerdos recurrentes e intrusivos del hecho traumático que incluyen imágenes, pensamientos o percepciones.
- Sueños de carácter recurrente del acontecimiento.
- El individuo tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (incluye sensación de revivencia de la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios de flashback).
- Malestar emocional intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático, acompañado de las respuestas fisiológicas propias de la ansiedad.
- Adicionalmente, aparecen conductas de evitación que incluyen pérdida de memoria de algún aspecto importante del trauma, disminución del interés o la participación de las actividades significativas y sensación de desapego y enajenación frente a los demás.
- Finalmente, alteraciones del sueño, irritabilidad, dificultad para concentrarse e hiperactividad.

Una vez identificados los síntomas y signos de la persona evaluada y definido el nivel de autonomía, se aplicará la Tabla 1. Tabla estandarizada para la calificación de las deficiencias por trastornos mentales y del comportamiento.

e. EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD.

Los trastornos de personalidad son un conjunto de perturbaciones o anomalías que se dan en las dimensiones emocionales, afectivas, motivacionales y de relación social de los individuos. Este grupo comprende una diversidad de afecciones y de rasgos conductuales clínicamente significativos, que tienden a ser persistentes y que parecen ser la expresión del estilo de vida característico de la persona y de su modo de relacionarse con los demás. Para los fines de la calificación de la deficiencia se consideran los trastornos específicos de la personalidad, trastornos mixtos de la personalidad y los cambios perdurables de la personalidad, no atribuibles a lesión o enfermedad cerebral.

Para que sean considerados como tales y para fines de la calificación, los trastornos de personalidad deben haber surgido por lo menos desde la adolescencia y los cambios perdurables de la personalidad deben tener más de dos años como tiempo de evolución total. Igualmente, para que se califiquen estos trastornos deben hacerse evidentes en las diferentes situaciones vitales y en las diversas etapas de la vida. Estos patrones están relacionados con dos o más de las siguientes áreas:

- Cognición (forma de percibir e interpretarse uno mismo, a los demás y a los acontecimientos).
- Afectividad (Reactividad, intensidad, labilidad e inadecuación de la respuesta emocional).
- Relaciones interpersonales
- Control de impulsos

Estos patrones son persistentes e inflexibles y se extienden a las diferentes áreas de las personas (familiar, social, laboral), provocando malestar clínicamente significativo o deterioro social o laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -MINS/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

Los rasgos de personalidad por su parte están conformados por patrones más o menos persistentes de percibir, pensar y relacionarse sobre o con el entorno y sobre uno mismo. Pero dichos patrones no tienen la rigidez propia del trastorno de personalidad y aseguran una adecuada adaptación. Existiría un continuo entre los rasgos y los trastornos de personalidad a través del cual se aseguraría una mayor o menor adaptación.

Los cambios perdurables de la personalidad (de acuerdo con el CIE-10), no atribuibles a lesión o enfermedad cerebral, en cambio aparecen, no en relación con el proceso de desarrollo, sino "después de la exposición a estrés prolongado, catastrófico o excesivo" (a veces, posterior a un cuadro de trastorno de estrés postraumático) o después de una enfermedad mental grave. El cambio perdurable de personalidad, aunque asociado con los factores descritos, en ningún momento es causado por el estrés; este concepto sugeriría una acentuación de rasgos previos con la consiguiente desadaptación. Es importante la consideración de los trastornos del comportamiento en la evaluación de la deficiencia de los diferentes trastornos de la personalidad.

f. EVALUACION Y CALIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS POR ABUSO DE SUSTANCIAS

Estos trastornos incluyen diferentes componentes: la intoxicación, el uso nocivo (o abuso) y la dependencia. Para los fines de la calificación de la deficiencia se tendrá en cuenta el **síndrome de dependencia**, el cual será valorado en los casos en los que el último período de dependencia tenga una duración de, por lo menos, dos años. La deficiencia propia del síndrome de dependencia está dada por la alteración en la organización consciente y voluntaria de los diferentes tipos de actividad; en este caso, por dificultad en el manejo del impulso que lleva al consumo, lo cual se manifiesta por diversos tipos de conducta.

D. EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DE LA DEFICIENCIA PRODUCIDA POR TRASTORNOS DE INICIO DE LA INFANCIA, NIÑEZ Y ADOLESCENCIA.

a. EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DE LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Se trata de un estado de desarrollo intelectual incompleto o detenido caracterizado por deficiencia en la organización de las capacidades que contribuyen al nivel global de inteligencia, tales como las funciones cognitivas, el lenguaje y las habilidades motrices o sociales. Puede estar asociada con otras alteraciones mentales o físicas.

Estas discapacidades intelectuales se caracterizan por el compromiso en las siguientes áreas:

- Habilidades intelectuales, que incluyen diferentes capacidades cognitivas como el razonamiento, la planificación, la solución de problemas, pensar de manera abstracta, aprender con rapidez, entre otros. Esta dimensión considera al Coeficiente Intelectual como la mejor representación del funcionamiento intelectual. Esta es valorada en la presente unidad.
- Conducta adaptativa, conjunto de habilidades conceptuales, sociales y prácticas, que son aprendidas por las personas para funcionar en su vida diaria.
- Participación, interacción y roles sociales.





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

- Salud física, mental y factores etiológicos que se basan principalmente en las categorías de factores de riesgo: biomédico, social, comportamental y educativo. Contexto (ambientes y cultura) y se refiere a las condiciones interrelacionales en las que cada persona vive diariamente.

Una vez identificados los síntomas y signos de la persona evaluada y definido el nivel de autonomía, se aplicará la Tabla 1. Tabla estandarizada para la calificación de las deficiencias por trastornos mentales y del comportamiento.

b. EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL NEURODESARROLLO

Para efectos del presente documento normativo, se incluyen los trastornos que comienzan durante la infancia o niñez con deterioro o retardo del desarrollo en las funciones estrechamente relacionadas con la maduración biológica del Sistema Nervioso Central, siendo de curso progresivo, sin remisiones, ni recaídas. El grupo de los trastornos generalizados del desarrollo abarca el autismo infantil, el síndrome de Rett, el trastorno desintegrativo infantil, el trastorno de Asperger y otros trastornos generalizados poco definidos. Para que estos trastornos se consideren como tales y se califiquen, se requiere que se hayan iniciado antes de los tres años.

c. EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA EN LA INFANCIA

Son Trastornos caracterizados por un patrón repetitivo y persistente de conducta asocial, agresiva o desafiante. Es necesario que este comportamiento alcance niveles importantes de violación de la conducta socialmente esperada para la edad del paciente, razón por la cual debe ser más grave que la travesura infantil corriente o la rebeldía de la adolescencia, y suponer un patrón perdurable de comportamiento (de seis meses o más). Los rasgos de trastorno conductual pueden ser también sintomáticos de otras afecciones psiquiátricas, en cuyo caso debe ser preferido el diagnóstico subyacente.

Entre los ejemplos sobre los cuales se fundamenta el diagnóstico se cuentan niveles excesivos de pelea y de fanfarronería, crueldad hacia las demás personas y hacia los animales, destrucción grave de la propiedad, conducta incendiaria, robo, mentira repetitiva, falta a la escuela y fuga del hogar, y rabietas y desobediencia extraordinariamente frecuentes y graves. Cualquiera de estas conductas, si es marcada, es suficiente para el diagnóstico, pero no lo son las acciones asociales aisladas.



6.1.4.14 UNIDAD XIV: DEFICIENCIAS POR LESIONES MÚSCULO ESQUELÉTICAS DE EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES

Esta unidad tiene como objetivo proveer los criterios para la evaluación y calificación de la deficiencia anatómica y funcional permanente por lesiones musculoesqueléticas de las extremidades superiores e inferiores.

Se entiende por lesión musculoesquelética aquella provocada generalmente por una incorrecta realización de la tarea ya sea como consecuencia de actividades comunes o labores o a consecuencia de un accidente. Puede producirse de una





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

forma aguda o por sobreesfuerzo, pero en la mayor parte de los casos se desarrolla de forma lenta y progresiva.

Estas son lesiones que impactan los músculos, tendones, huesos o ligamentos y como secuelas producen limitación o disminución de los rangos articulares con la consecuente merma en las realizaciones de las actividades o tareas habituales.

Esta unidad incluye también las amputaciones y las enfermedades del tejido conectivo que involucra el sistema osteomuscular. Las patologías vasculares de las extremidades superiores e inferiores se califican en la unidad de las deficiencias por alteraciones cardiovasculares. Así mismo, las patologías de los nervios periféricos se califican en la unidad de evaluación y calificación de las deficiencias del Sistema Nervioso Central y Periférico.

A. DEFINICIONES Y PRINCIPIOS DE EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DE LAS DEFICIENCIAS POR LESIONES MUSCULOESQUELÉTICAS DE EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES

a. CRITERIOS GENERALES

Los siguientes son los criterios para la evaluación de las extremidades superiores e inferiores:

- **Rango de movimiento articular:** Es el factor único para determinar los valores de deficiencia global. El rango de movimiento articular se refiere a los ejes de movimiento articulares. Para efectos de la calificación de estos movimientos se tendrán en cuenta sólo los pasivos medidos mediante goniometría.

La pérdida de función puede deberse a limitación de la movilidad ocasionada por lesión, dolor, anquilosis, deformidades, amputaciones o coexistencia de dos o más de estas patologías. Cuando hay daño de varios ejes, articulaciones o segmentos se deben tener en cuenta los criterios de calificación que a continuación se describen.

B. PROCEDIMIENTO PARA EVALUAR Y CALIFICAR LAS DEFICIENCIAS POR ALTERACIONES DE LAS EXTREMIDADES

- a. Deficiencia por pérdida de los rangos de movimiento.** Para la determinación de los rangos de movimiento de la estructura o de la extremidad se utiliza la goniometría de superficies (Técnica de medición de los ángulos creados por la intersección de los ejes longitudinales de los huesos a nivel de las articulaciones); este examen puede llevarse a cabo de manera fiable y efectiva en las articulaciones de las extremidades, de manera que el rango de movimiento se puede definir objetivamente.

- **Mediciones clínicas del movimiento.** El rango de movimiento pasivo se debe medir para obtener la calificación de la deficiencia. Previa corroboración con la fisiopatología. En el caso de no evidenciarse daño, la deficiencia será de 0%.

Si la extremidad contralateral no se encuentra afectada ni fue lesionada previamente, ésta debe emplearse para determinar el estado normal de dicha persona.

Las mediciones del rango de movimiento articular se aproximan al número entero más cercano terminado en 0: de esta forma, el grado de movimiento



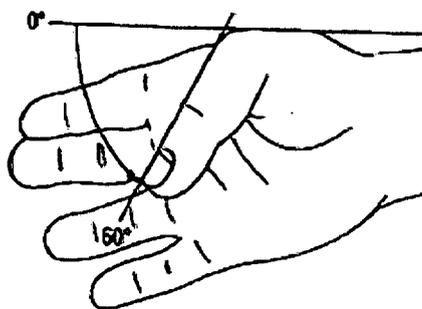


NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

articular no se registra como 32° o como 48° sino como 30° y 50°, respectivamente.

En el caso de que el valor de la deficiencia global por cualquier daño de la extremidad sobrepase el valor de la deficiencia global por amputación del segmento o estructura comprometida, esta debe ser igual al que corresponda a la deficiencia por amputación de dicho segmento.

- **Definiciones de sistema de referencia cero neutral y posición funcional:**
El sistema de referencia goniométrico cero neutral se utiliza para todas las mediciones articulares; se basa en la premisa de que a la posición neutral de una articulación se le asignan cero grados (0°), tal como se ilustra a manera de ejemplo en la figura siguiente.



En efecto, la "posición anatómica extendida" se asume como 0° en vez de 180°, y los grados del movimiento articular aumentan en la dirección en que la articulación se desplaza desde el punto de inicio 0°.

El término extensión describe el movimiento opuesto a la flexión. La extensión incompleta desde una posición flexionada al punto de inicio neutral se define como el déficit de extensión.

La extensión que excede la posición inicial de cero, tal como se puede observar en una articulación MCF normal, el codo y las articulaciones de la rodilla, se denomina hiperextensión. La anquilosis se refiere a la ausencia total de movimiento articular.

El arco de movimiento representa el número total de grados trazados entre las dos posiciones de los extremos del desplazamiento en un eje específico del movimiento (flexo-extensión); por ejemplo, desde la flexión máxima hasta la extensión máxima de la articulación IFP. Cuando una articulación cuenta con más de un eje de movimiento, cada tipo de movimiento se denomina una unidad de movimiento. Por ejemplo, la muñeca tiene dos unidades de movimiento: flexión/extensión (AP o plano sagital) y desviación cubital/radial (plano lateral o coronal).

El término **posición funcional** articular denota el ángulo o ángulos de deficiencia óptimo(s) o mínimo(s) recomendados para la fusión articular quirúrgica. Cuando una articulación tiene más de un eje de movimiento, se le asigna a cada eje por separado una posición funcional. Por ejemplo, la posición funcional del codo se considera como 80° flexión.

- **Evaluación del movimiento.** Con el fin de determinar el rango de movimiento de las articulaciones, el médico evaluador debe considerar, tanto el movimiento activo como el movimiento pasivo.





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

El movimiento activo o voluntario es un movimiento que se realiza por la contracción activa de los músculos y es el primero en evaluarse.

El movimiento pasivo es un movimiento producido por una fuerza externa que estima la libertad y el rango de movimiento de una articulación en un momento de relajación muscular.

El evaluador comparará los resultados observados con otros resultados documentados, con el fin de establecer la fiabilidad de las mediciones. Se toma en consideración que las personas pueden no demostrar sus plenas capacidades.

- **Calificación del rango de movimiento articular.** Con el fin de facilitar la reproducibilidad, se establece la pérdida del movimiento mediante los criterios proporcionados en las tablas para rango de movimiento de ésta que corresponden al pulgar, los dedos, la muñeca, el codo, el hombro, la cadera, la rodilla, el tobillo, las metatarsianas y de los dedos. Cada tabla provee una pérdida de rango de movimiento en grados que sitúan a la persona dentro de una clase de grado de deficiencia, el cual, a su vez, suministra un porcentaje. Las deficiencias para la anquilosis prevén deficiencias específicas basadas en la posición articular.

Cuando se afecta más de un movimiento en una articulación se realiza una suma aritmética para calcular el porcentaje de restricción articular de dicha articulación.

C. EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DE LAS DEFICIENCIAS POR ALTERACIONES DE LAS EXTREMIDADES SUPERIORES.

Para efectos de esta unidad se contemplan las siguientes regiones o estructuras: Mano y dedos: que incluye las articulaciones carpo metacarpianas (CMC), metacarpo falángicas (MCF) e interfalángicas (IF). Muñeca: incluye las articulaciones radio cubitales, radiocarpianas y cúbitocarpianas distales. Codo: incluye las articulaciones húmero-cubitales y radio-cubitales proximales. Hombro: incluye las articulaciones escápulo-torácicas, escápulo-claviculares, esterno-claviculares y glenohomerales.

En todos los casos es importante tener presente el hemisferio dominante del individuo, dado que las funciones de la vida cotidiana son más dependientes de la extremidad superior dominante (diestro o zurdo). La disfunción de la extremidad superior no dominante se traduce en una menor deficiencia que la disfunción de la extremidad dominante. Para la evaluación y calificación de la extremidad superior dominante, una vez se obtenga el valor de la deficiencia global resultante de dicho estructura o extremidad corporal, debe agregarse proporcionalmente un 20% de dicho valor a esta deficiencia mediante fórmula combinada de valores.

Por ejemplo, una secuela de fractura de muñeca derecha (dominancia diestra), presenta las siguientes restricciones articulares:

Muñeca derecha	Rango articular (movimiento pasivo)	% de deficiencia
<i>Flexión</i>	30°	2%
<i>Extensión</i>	20°	2%
<i>Desviación radial</i>	10°	1%
<i>Desviación cubital</i>	10°	2%
<i>Suma aritmética</i>		7%

C. DIAZ V.



NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -MINSA/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

Proporcionalidad del 20%: $7\% \times 20\% (0.2) = 1.4\%$

Se realiza una suma combinada, donde $A=7\%$ y $B=1.4\%$

$$\text{Deficiencia combinada: } A + \frac{(100-A) \times B}{100}$$

$$= 7\% + \frac{(100-7\%) \times 1.4\%}{100}$$

$$100$$

$$= 7\% + 1.358\%$$

$$= 8.358\%$$

En caso de haberse comprometido dos o más articulaciones del hemisferio dominante, se puede hacer el cálculo proporcional de dominancia de cada articulación de manera independiente y finalmente se realizará una suma combinada; o en su defecto, se puede realizar en primer lugar la suma combinada de los porcentajes de deficiencia de cada articulación y finalmente hacer el cálculo proporcional de dominancia.

a. **EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DE LA DEFICIENCIA POR PÉRDIDA DE ARCOS DE MOVILIDAD DE LA ARTICULACIÓN DEL HOMBRO**

La articulación del hombro representa el 60% de la función de las extremidades superiores. El hombro posee tres unidades de movimiento funcionales: flexión y extensión, abducción y aducción y rotación interna o externa.

Las posiciones referidas del paciente para medir flexión o extensión del hombro son en decúbito supino y prono respectivamente.

- **Flexión o elevación anterior:** Se trata de cualquier acción motora realizada dentro del plano sagital en el cual se produce un desplazamiento anterior de un segmento corporal con respecto a la postura anatómica de referencia. (Figura 1)
 - **Movimiento restringido:** La posición de la persona debe ser en decúbito dorsal, escápula sobre la camilla y antebrazo en pronosupinación.
 - Coloque el eje del goniómetro a nivel del acromion de hombro que corresponde a la proyección del punto central de la cabeza humeral. El brazo fijo del goniómetro alineado con la línea medioaxilar. El brazo móvil se alinea con la línea media longitudinal del húmero, utilizando como referencia ósea el epicóndilo y superponiéndolo sobre el brazo fijo.
 - La persona eleva el miembro superior al máximo posible y el brazo móvil del goniómetro sigue el rango del movimiento.





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

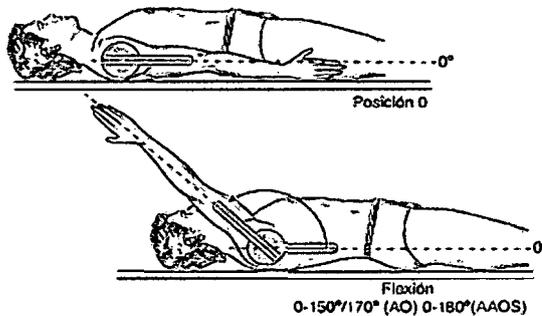


Figura 1

- **Anquilosis:** Se caracteriza por la pérdida completa del rango articular del movimiento debido a una causa patológica.
 - La persona en posición decúbito dorsal, el eje del goniómetro a nivel del acromion del hombro que corresponde con la proyección del punto central de la cabeza humeral. El brazo fijo del goniómetro alineado con la línea media axilar, el brazo móvil superpuesto sobre el brazo fijo.
 - Mida el ángulo de anquilosis llevando el brazo móvil del goniómetro al reparo anatómico, es decir a la línea media longitudinal del húmero en dirección al epicóndilo.

- **Extensión o elevación posterior:** Se trata de cualquier acción motora realizada dentro del plano sagital en el cual se produce un desplazamiento posterior de un segmento corporal con respecto a la postura anatómica de referencia. (Figura 2)

- **Movimiento restringido:** Colocar a la persona en posición decúbito prono (posición neutra) con el antebrazo en supinación.
 - Alinee el eje del goniómetro con el acromion del hombro correspondiendo a la proyección del centro de la cabeza humeral. Ajuste el brazo fijo del goniómetro con la línea medio axilar, alinear el brazo móvil del goniómetro con la línea media longitudinal del húmero utilizando como referencia ósea el epicóndilo y superponerlo sobre el brazo fijo.
 - Con la persona realizando una elevación posterior de la extremidad superior al máximo, el brazo móvil acompaña el movimiento.

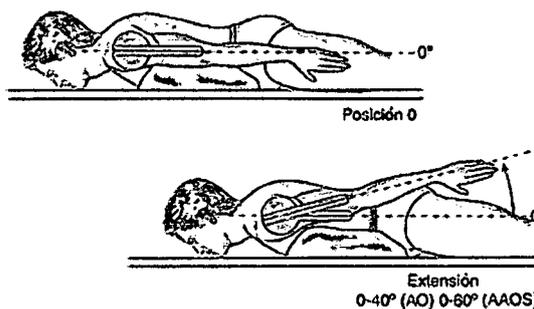


Figura 2





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -MINSA/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

- **Anquilosis:** Coloque a la persona en posición decúbito prono :
 - El eje del goniómetro a nivel del acromion del hombro, el brazo fijo del goniómetro alineado con la línea medio axilar, el brazo móvil del goniómetro superpuesto sobre el brazo fijo.
 - Mida el ángulo de la anquilosis llevando el brazo móvil al reparo anatómica de la extremidad afectada, es decir a la línea media longitudinal del húmero en dirección al epicóndilo.
 - Registre la lectura del goniómetro del ángulo formado entre la posición 0 del brazo fijo del goniómetro y el brazo móvil del goniómetro de la extremidad anquilosada.

- **Abducción-Aducción:** La abducción hace referencia a cualquier movimiento ejecutado en el plano frontal que conduce a la separación de la extremidad con respecto a la línea media del cuerpo. La aducción trata de cualquier movimiento ejecutado en el plano frontal que resulta de la aproximación de la extremidad hacia la línea media del cuerpo. (Figura 3)

- **Movimiento restringido:** Coloque a la persona en posición decúbito supino con el antebrazo en pronosupinación:
 - Centre el eje del goniómetro sobre el acromion, que corresponde a la proyección del punto central de la cabeza humeral. Alinee el brazo fijo con la línea medio axilar, manteniéndolo paralelo al esternón. Alinee el brazo móvil con la línea media longitudinal del húmero, utilizando como referencia ósea el epicóndilo y superponerlo sobre el brazo fijo.
 - **Abducción:** Pedirle al paciente que abduzca el brazo lo más posible. Utilizando el brazo móvil del goniómetro seguir el rango del movimiento de la abducción. Anote la medición del goniómetro correspondiente al ángulo formado entre la posición inicial (0) y la posición final de la abducción.
 - **Aducción:** Coloque el goniómetro como se muestra en la figura. Inicie la posición neutral con el individuo moviendo el miembro superior a través del abdomen. Siga el rango del movimiento de la aducción con el brazo móvil del goniómetro. Anote la medición del goniómetro correspondiente al ángulo formado entre la posición inicial (0) y la posición final de la aducción.

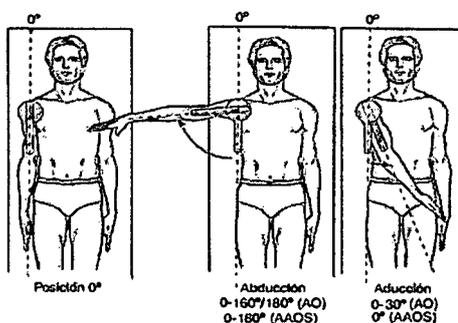


Figura 3

- **Anquilosis:** Coloque a la persona en posición decúbito supino con el antebrazo en pronosupinación :



NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
 NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
 EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

- Ponga el eje del goniómetro sobre el acromion. El brazo fijo alineado con la línea medio axilar, paralelo al esternón. El brazo móvil sobre el brazo fijo.
- Mida el ángulo de la anquilosis llevando el brazo móvil del goniómetro al reparo anatómico, es decir, sobre la línea media longitudinal del húmero tomando como reparo óseo el epicóndilo.
- Registre la medida del rango articular entre estas dos posiciones.

- **Rotación interna y rotación externa:** La rotación se produce en el plano transversal, en el que la parte del cuerpo se mueve lejos del centro, denominándose rotación externa; o hacia el centro denominándose rotación interna. (Figura 4)

- **Movimiento restringido:** Sitúe a la persona en la posición neutral. Con el individuo en decúbito dorsal, el hombro a 90° de abducción, estabilizando el brazo sobre la camilla, el codo a 90° de flexión, y el antebrazo y la muñeca en posición inicial (0).
 - Alinee el eje del goniómetro con la proyección del acromion correspondiente a la referencia ósea de la apófisis estiloides del cúbito. Ajuste el brazo fijo del goniómetro alineado con la vertical perpendicular al suelo. Alinee el brazo móvil del goniómetro con la línea media longitudinal del cúbito, utilizando como referencia la apófisis estiloides del cúbito y superponerlo sobre el brazo fijo.
 - **Rotación externa:** Se efectúa la rotación externa (llevar el brazo hacia atrás) siguiendo el rango del movimiento con el brazo móvil del goniómetro. Se anota la medición correspondiente al final del arco del movimiento.
 - **Rotación interna:** Se efectúa la rotación interna (llevar el brazo hacia adelante), siguiendo el rango del movimiento con el brazo móvil del goniómetro

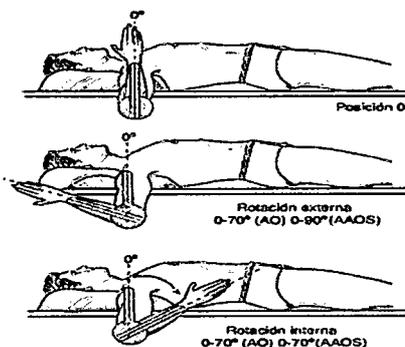


Figura 4

- **Anquilosis:** Coloque a la persona en posición neutral, paciente en decúbito dorsal, hombro en 90° de abducción con el brazo estabilizado en la camilla, codo en 90° de flexión, antebrazo y muñeca en posición 0.
 - Eje de goniómetro colocado sobre la apófisis estiloides del cúbito. Brazo fijo, alineado con la vertical perpendicular al suelo. Brazo móvil superpuesto sobre el brazo fijo.
 - Lleve el brazo móvil del goniómetro desde la posición neutra hasta alinearlo con la línea media longitudinal del cúbito tomando como reparo





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

óseo la apófisis estiloides del cúbito de la extremidad. Registre la lectura del goniómetro.

Tratándose de las anquilosis, se debe tomar el valor de la unidad que está más comprometida como valor único de la deficiencia para el hombro. De igual manera, cuando hay compromiso de restricción del movimiento en más de dos unidades, la suma de estas no debe superar el valor de la deficiencia global por anquilosis.

Ejemplo 1: A la medición del rango articular de hombro se evidencia anquilosis en flexión de 60°, lo que equivale según la **Tabla 1 Deficiencias por disminución de los rangos de movilidad del hombro** a 30% de deficiencia global. Asimismo, se evidencia anquilosis en abducción de 30° lo que equivale según la **Tabla 1 Deficiencias por disminución de los rangos de movilidad del hombro** a 20% de deficiencia global. **En ese sentido, el porcentaje a ser considerado es 30% por ser el valor de la unidad de hombro con mayor deficiencia.**

Tabla 1. Deficiencias por disminución de los rangos de movilidad del hombro

CLASE FUNCIONAL DE DEFICIENCIA		0	1	2	3	4	
GRADO		Normal	Leve	Moderado	Severo	Muy severo (Anquilosis)	
Articulación		HOMBRO- Flexión- extensión- representa el 50% de la deficiencia del hombro					
Flexión	Grados de movilidad	> o igual a 180°	90° a 170°	20° a 80°	< o igual a 10°	20° a 40° flexión	10° Flexión a extensión
	% de deficiencia global	0%	2%	6%	10%	26%	45%
Extensión	Grados de movilidad	> o = 50°	30° a 40°	10° extensión a 10° de flexión °	> = a 10° de flexión		
	% de deficiencia global	0%	1%	3%	6%		
		HOMBRO: Abducción- Aducción-representa el 30% de la deficiencia del hombro					
Abducción	Grados de movilidad	> o igual a 170°	90° a 160°	20° a 80°	< ó = a 10°	20° a 50° de abducción	< o = 10°
	% de deficiencia global	0%	2%	6%	10%	27%	45%
Aducción	Grados de movilidad	> o = a 40°	10 a 30°	0° a 30° de abducción	> o = a 40° de abducción		
	% de deficiencia global	0%	1%	3%	6%		
		Hombro: Rotaciones-representa el 20% de la deficiencia del hombro					
Rotación interna	Grados de movilidad	> o igual 40°	30° a 20°	< o igual a 10°		< o igual a 20° RE a 40° RI	> o = 30° RE
	% de deficiencia global	0%	2%	4%		35%	44%
Rotación externa	Grados de movilidad	> o igual a 90°	<90° a 40°	<40° a 20°	< o igual 10°		





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

% de deficiencia global	0%	3%	6%	8%		
<i>Fuente: Adaptación del Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507 de 2014-Colombia y Manual de Evaluación y Calificación del Grado de Invalidez -SAFP 1995</i>						

**b. EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DE LAS DEFICIENCIAS POR
PÉRDIDA DE ARCO DE MOVILIDAD DEL CODO/ANTEBRAZO**

La unidad articular del antebrazo/codo cuenta con dos unidades de movimientos
funcionales: flexión y extensión y prono supinación.

Flexión -Extensión:

- **Movimiento restringido:** Persona en posición neutral (en decúbito dorsal con el brazo apoyado sobre la almohada, miembro superior en posición 0). (Figura 5):
 - Eje del goniómetro colocado a nivel de la cara lateral del olécranon, a nivel del epicóndilo lateral del brazo de la persona. Brazo fijo del goniómetro alineado con la línea media longitudinal del brazo, dirigido hacia el acromion. Brazo móvil: alineado con la línea media lateral del radio utilizando la apófisis estiloides radial como referencia.
 - Realice la flexión y la extensión del codo. El brazo móvil del goniómetro acompaña el movimiento en cuestión. Tenga en cuenta que, en individuos sin alteraciones, la extensión activa del codo es 0°, en algunos casos la extensión puede alcanzar hasta 10° en personas con ligamentos laxos.
 - Registre la lectura del goniómetro al final del arco de movimiento.

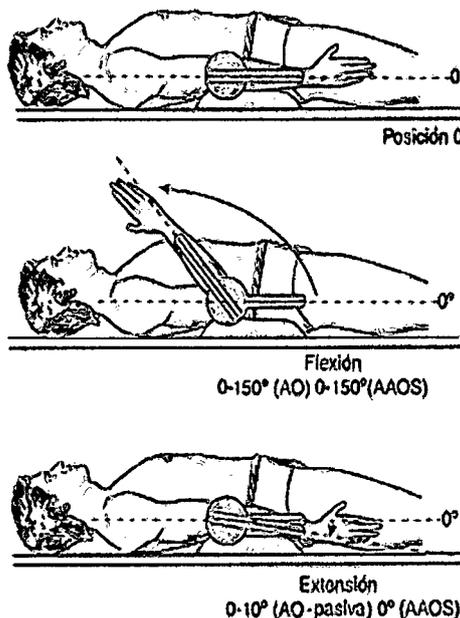


Figura 5



- **Anquilosis:** Persona en posición neutral (en decúbito dorsal con el brazo apoyado sobre la almohada, el miembro superior en posición 0):
 - Eje del goniómetro colocado a nivel del epicóndilo lateral del brazo de la persona. El brazo fijo del goniómetro debe estar alineado con la línea media longitudinal del brazo, dirigido hacia el acromion, el brazo móvil de goniómetro superpuesto sobre el brazo fijo.
 - El brazo móvil del goniómetro es llevado a la línea media lateral del radio en dirección a la apófisis estiloides radial como reparo anatómico. Registre la lectura del goniómetro al final del arco.

- **Pronación-Supinación:** Durante la pronación el antebrazo se rota internamente, desplazando la palma de la mano hacia abajo. En la supinación, el antebrazo se rota externamente, llevando la palma de la mano hacia arriba. (Figura 6)
 - **Movimiento restringido:** Persona en posición neutral (paciente en decúbito supino o sentado, hombro en posición 0, codo flexionado en 90° para evitar la rotación de hombro, antebrazo y muñeca en posición 0):
 - **Pronación:** Eje del goniómetro a nivel de la apófisis estiloides radial. Brazo fijo del goniómetro alineado en posición paralela a la línea media longitudinal del húmero (en la cara externa del brazo). Brazo móvil: se alinea con la cara dorsal del antebrazo, se indica a la persona rotar el antebrazo inmediatamente, llevando la palma de la mano hacia abajo, registrar el rango de movimiento.
 - **Supinación:** Eje del goniómetro a nivel de la apófisis estiloides cubital. Brazo fijo del goniómetro: se alinea paralelo a la línea media longitudinal del húmero (en la cara interna del brazo). Brazo móvil: se alinea con la cara palmar del antebrazo, se indica a la persona rotar el antebrazo externamente, llevando la palma de la mano hacia arriba, registrar el arco del movimiento.

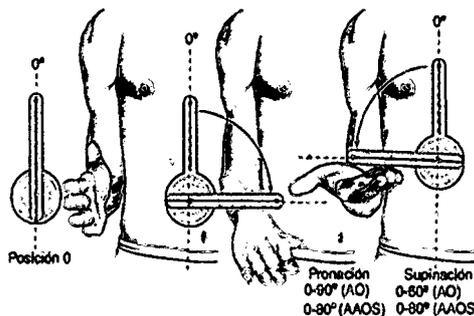


Figura 6



- **Anquilosis:** Persona en posición neutral (paciente en decúbito supino o sentado, hombro en posición 0, codo flexionado en 90° para evitar la rotación de hombro, antebrazo y muñeca en posición 0):
 - **Para la pronación:** Eje del goniómetro a nivel de la apófisis estiloides radial. Brazo fijo del goniómetro se alinea paralelo a la línea media longitudinal del húmero (en la cara externa del brazo). Brazo móvil superpuesto sobre el brazo fijo.
 - **Para la supinación:** Eje del goniómetro a nivel de la apófisis estiloides cubital. Brazo fijo del goniómetro se alinea paralelo a la línea media longitudinal del húmero (en la cara interna del brazo). Brazo móvil superpuesto sobre el brazo fijo.
 - Llevar el brazo móvil del goniómetro alineado con la cara palmar del antebrazo (para la supinación) y con la cara dorsal del antebrazo (para la pronación).





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
 NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
 EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

Realizar las mediciones desde la posición neutra hasta el reparo anatómico del
 brazo móvil del goniómetro.

Tabla 2. Deficiencias por disminución de los rangos de movilidad del codo

CLASE FUNCIONAL DE DEFICIENCIA		0	1	2	3	4			
GRADO		Normal	Leve	Moderado	Severo	Muy severo (Anquilosis)			
Articulación	CODO: Flexo extensión -representa el 60% de la deficiencia del codo								
Flexión	Grados de movilidad	> o igual a 150°	110° a 140°	70° a 100°	60° a 20°	< o igual a 10°	80°	50° a 70°	< ó = a 40°
	% de deficiencia global	0%	4%	10%	17%	23%	32%	34%	42%
Extensión	Grados de movilidad	0°	10° a 40°	50° a 60°	70° a 90°	> ó = a 90°			
	% de deficiencia global	0	3%	7%	10%	15%			
Articulación	CODO/ANTEBRAZO – Pronación supinación- representa el 40% de la deficiencia del codo								
Pronación	Grados de movilidad	80°	70° a 50°	40° a 20°	< ó = a 10°	20° de pronación	30 a 60° de pronación	> ó = a 70° pronación	
	% de deficiencia global	0%	2%	5%	8%	40%	45%	55%	
Supinación	Grados de movilidad	80°	70° a 50°	40° a 20°	< ó = a 10°		30 a 60° de supinación	> ó = a 70° supinación	
	% de deficiencia global	0%	2%	5%	8%				
<p><i>Fuente: Adaptación del Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507 de 2014-Colombia, Manual de Evaluación y Calificación del Grado de Invalidez - SAEP 1995 y AMA "Pautas para la Evaluación de Impedimentos Permanentes" ("Guidelines to the Evaluation of Permanent Impairment"), Quinta edición</i></p>									

c. EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DE LA DEFICIENCIA POR PÉRDIDA DE ARCOS DE MOVILIDAD LA MUÑECA

La unidad articular de la muñeca representa el 60% de la función de la extremidad superior. Esta posee dos unidades de movimiento funcionales: Flexión palmar y extensión (flexión dorsal) y desviación radial y cubital.

Flexión palmar:

- **Movimiento restringido:** Coloque la mano en posición neutra: paciente sentado, antebrazo en pronación apoyado sobre una mesa. (Figura 7)
 - Centre el eje del goniómetro sobre la proyección del hueso piramidal (ubicado en el borde cubital de la muñeca, ligeramente por delante de la apófisis estiloides cubital). Alinee el brazo fijo con la línea media longitudinal del cúbito. Para el brazo móvil, alinéelo con la línea media longitudinal externa del quinto metacarpiano.
 - Se indica realizar el movimiento de flexión palmar de la muñeca al máximo, seguir el rango de movimiento con el brazo móvil del goniómetro. Registre el rango de movimiento con el brazo móvil del goniómetro. Registre el final del arco de movimiento.



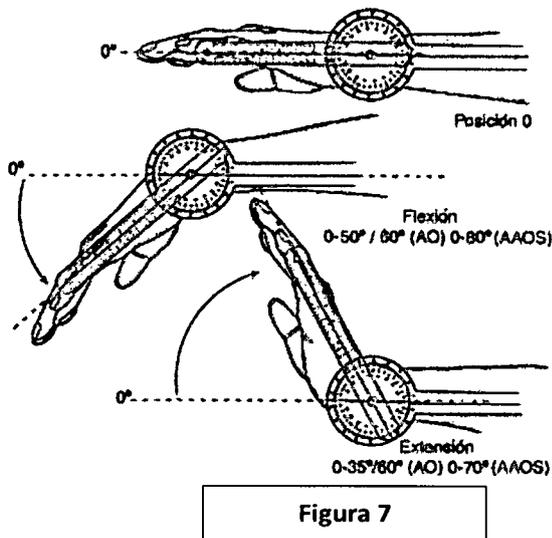


Figura 7

Extensión o Flexión dorsal:

- **Movimiento restringido:** Coloque la mano en posición neutra: paciente sentado, antebrazo en pronación apoyado sobre una mesa, con el antebrazo en pronación
 - Centre el eje del goniómetro sobre la proyección del hueso piramidal (ubicado en el borde cubital de la muñeca, ligeramente por delante de la apófisis estiloides cubital). Ajuste el brazo fijo del goniómetro en alineación con la línea media longitudinal del cúbito. Alinee el brazo móvil con la línea longitudinal del quinto metacarpiano.
 - Se indica realizar el movimiento de extensión o flexión dorsal de la muñeca al máximo, seguir el rango de movimiento con el brazo móvil del goniómetro. Registrar el rango de movimiento con el brazo móvil del goniómetro. Registrar el final del arco de movimiento.

- **Anquilosis:** Coloque la base del goniómetro en posición neutral, paciente sentado, antebrazo en pronación apoyado sobre una mesa.
 - Coloque el eje del goniómetro a nivel de borde cubital de la muñeca, ligeramente por delante de la apófisis estiloides cubital. El brazo fijo se alinea con la línea media longitudinal del cúbito. Posteriormente el brazo móvil se superpone sobre el brazo fijo.
 - Lleve el brazo móvil en dirección al reparo anatómico de la mano, es decir alineado con la línea media longitudinal externa del quinto metacarpiano, mida el rango formado entre el brazo fijo y el móvil. Registre la lectura del goniómetro.



Desviación radial (Abducción)-Cubital (Aducción):

- **Movimiento restringido:** Colocar la mano en posición neutra: paciente sentado, antebrazo en pronación apoyado sobre una mesa.(Figura 8)
 - Coloque el eje del goniómetro sobre la proyección superficial del hueso grande (una prominencia ósea palpable ubicada entre la base del tercer metacarpiano y el radio). Posicione el brazo fijo del goniómetro en alineación con la línea media longitudinal del antebrazo, utilizando el epicóndilo como referencia ósea. Alinee el brazo móvil con la línea media de la mano, correspondiente a la línea media longitudinal del tercer metacarpiano.





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -MINSA/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

- **Desviación radial:** Empezando desde la posición neutra con la persona desviando la muñeca radialmente lo más posible, el brazo móvil del goniómetro acompaña el movimiento. Registrar el final del arco de movimiento.
- **Desviación cubital:** Con la persona que lleva la muñeca a la máxima flexión cubital posible, acompañe el rango de movimiento con el brazo móvil del goniómetro. Anote la medición correspondiente al final del arco de movimiento.

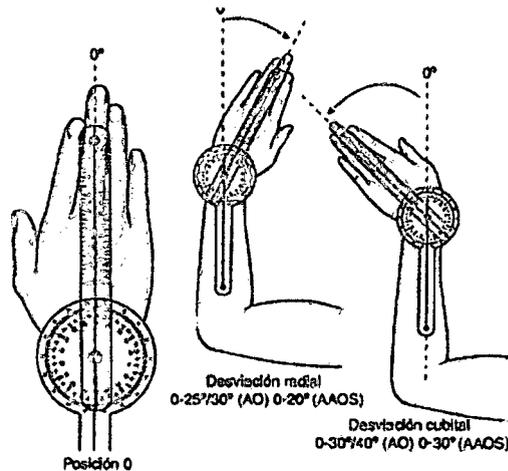


Figura 8

- **Anquilosis:** Ubique la mano en posición neutra, paciente sentado, antebrazo en pronación apoyado sobre una mesa.
 - Coloque el eje del goniómetro sobre la proyección superficial del hueso grande (una prominencia ósea palpable ubicada entre la base del tercer metacarpiano y el radio). Alinee el brazo fijo del goniómetro con la línea media longitudinal del antebrazo utilizando el epicóndilo como referencia ósea. Supere el brazo móvil sobre el brazo fijo.
 - Coloque el eje del goniómetro a nivel de borde cubital de la muñeca, ligeramente por delante de la apófisis estiloides cubital. El brazo fijo se alinea con la línea media longitudinal del cúbito. Posteriormente el brazo móvil se superpone sobre el brazo fijo.
 - Lleve el brazo móvil en dirección al reparo anatómico de la mano, es decir alineado con la línea media longitudinal externa del quinto metacarpiano, medir el rango formado entre el brazo fijo y el móvil. Registre la lectura del goniómetro.



Para estas unidades, las deficiencias globales aportadas por cada unidad se suman aritméticamente. Tratándose de las anquilosis, se debe tomar el valor de la unidad que está más comprometida, como valor único de la deficiencia para la muñeca. De igual manera, cuando hay compromiso de restricción del movimiento en las dos unidades, la suma de estas no debe superar el valor de la deficiencia global por anquilosis.





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -MINSA/DGIESP-2024
 NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
 EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

Tabla 3. Deficiencias por disminución de los rangos de movilidad de la muñeca.

CLASE FUNCIONAL DE DEFICIENCIA		0	1	2	3	4		
GRADO		Normal	Leve	Moderado	Severo	Muy severo (Anquilosis)		
Articulación	MUÑECA – flexo extensión : representa el 15% de la deficiencia de la muñeca							
Flexión palmar	Grados de movilidad	> o igual a 70°	30° a 60°	20°	< o igual a 10°	-10° a +10°	+ 20° a + 40°	> ó = a +50°
	% de deficiencia global	0%	3%	5%	7%	19%	26%	49%
Extensión (Flexión dorsal)	Grados de movilidad	> ó = 60°	30° a 50°	20°	< ó = a 10°			
	% de deficiencia global	0%	2%	4%	6%			
Articulación	Muñeca: desviaciones - representa el 10% de la deficiencia de la muñeca							
Desviación radial	Grados de movilidad	> o igual a 20°	10°	0°	> ó igual a 10° de desviación cubital	0° a 10° de desviación cubital	10° de desviación radial o 20° de desviación cubital	> ó = a 20° de desviación radial > ó = a 30° desviación cubital
	% de deficiencia global	0%	1%	2%	6%	24%	39%	54%
Desviación cubital	Grados de movilidad	> ó = a +30°	20°	10° a 0	> ó igual a 10° de desviación radial			
	% de deficiencia global	0%	1%	3%	6%			

Fuente: Adaptación del Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507 de 2014-Colombia, Manual de Evaluación y Calificación del Grado de Invalidez -SAFP 1995 y AMA "Pautas para la Evaluación de Impedimentos Permanentes" ("Guidelines to the Evaluation of Permanent Impairment"), Quinta edición

d. EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DE LA DEFICIENCIA POR PÉRDIDA DE ARCOS DE MOVILIDAD DEL PULGAR

El pulgar cuenta con tres unidades articulares: la articulación interfalángica (IF), la articulación metacarpofalángica (MCF) y la articulación carpometacarpiana (CMC). Debido a que estos se expresan con el mismo valor relativo del denominador, los porcentajes de deficiencia global aportados por cada unidad se suman aritméticamente.



• **ARTICULACIÓN INTERFALÁNGICA DEL PULGAR**

▪ **Movimiento restringido (Figura 9):**

- Coloque al paciente en sedestación con la mano y el antebrazo apoyados sobre una superficie. Oriente el antebrazo a medio camino entre pronación y supinación, la muñeca en 0 grados de flexión, extensión y desviación radial y cubital, y la articulación metacarpofalángica en una postura neutra con respecto a la abducción y aducción. Se evitará la flexión extrema de la articulación interfalángica que se examine.
- Coloque el eje del goniómetro en el centro del dorso de la articulación interfalángica. Anote la medición del goniómetro.





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -MINS/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

- Pida al paciente que doble la articulación interfalángica al máximo. Siga el arco de movimiento utilizando el brazo móvil del goniómetro. Registre la medición correspondiente al final del arco del movimiento.

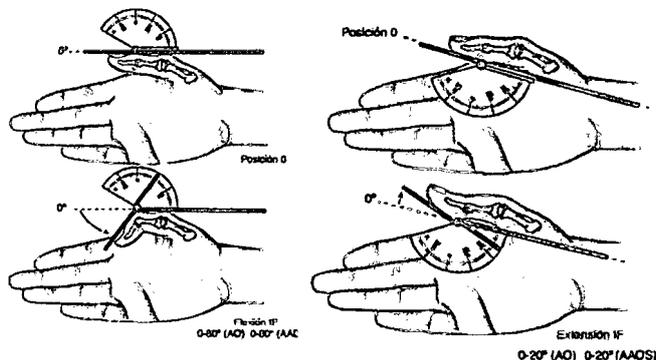


Figura 9

- **Anquilosis.**
 - Coloque la base del goniómetro en posición neutral. El brazo fijo se alinea con la posición neutral y el brazo móvil se lleva al dorso de la falange distal. Registre la lectura del goniómetro.
- **ARTICULACIÓN METACARPOFALÁNGICA DEL PULGAR**
 - **Movimiento restringido. (Figura 10):**
 - Coloque al paciente con la mano y el antebrazo apoyados sobre una superficie. Oriente el antebrazo a medio camino entre pronación y supinación, la muñeca en 0 grados de flexión, extensión y desviaciones radial y cubital, y la articulación metacarpo falángica en una postura neutra con respecto a la abducción y aducción. Se evitará la flexión extrema de las articulaciones interfalángicas proximal y distal del dedo que se examine.
 - Centrar el goniómetro adyacente a la articulación metacarpofalángica.
 - Doblando la articulación metacarpofalángica al máximo y el examinador bloqueando el movimiento de la articulación trapeciometacarpiana, utilizando el brazo móvil del goniómetro, acompañe el arco de movimiento. Anote la medición correspondiente al final del arco de movimiento.



C. DIAZ V.



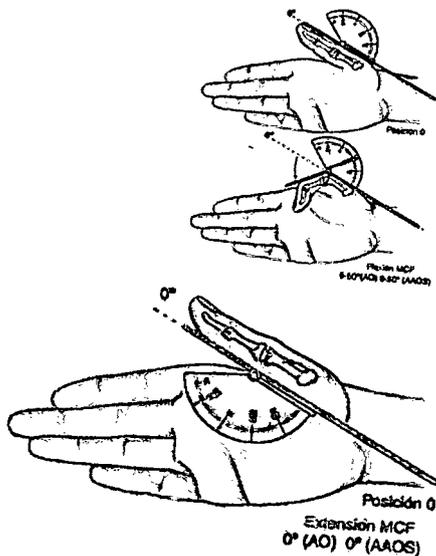


Figura 10

- **Anquilosis:**
 - Ponga la base del goniómetro como si se midiera en posición neutral. Mida desviación de posición neutral con brazo del goniómetro. Registre la lectura del goniómetro.
- **ARTICULACIÓN CARPOMETACARPIANA DEL PULGAR**
 - **Movimiento restringido. (Figura 11):**
 - Coloque al paciente en sedestación con la mano y el antebrazo apoyados sobre una superficie. Oriente el antebrazo a medio camino entre pronación y supinación, la muñeca en 0 grados de flexión, extensión y desviaciones radial y cubital, y la articulación metacarpo falángica en una postura neutra con respecto a la abducción y aducción. Se evitará la flexión extrema de las articulaciones interfalángicas proximal y distal del dedo que se examine.
 - Ponga el goniómetro a la adyacente a la articulación carpometacarpiana. Registre la lectura del goniómetro.
 - Con la persona flexionando el pulgar, seguir el rango de movimiento del brazo del goniómetro. Registre el final del arco de movimiento.
 - Con la persona extendiendo el pulgar desde el dedo índice en el plano de la palma. Seguir el rango de movimiento con el brazo del goniómetro. Registre el final del arco de movimiento.

C. DIAZ V.

MINISTERIO DE SALUD - D.G. SERVICIOS DE SALUD
 B.C. PERCY ALBERTO KERRERA ALANZO
 DIRECTOR EJECUTIVO



NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

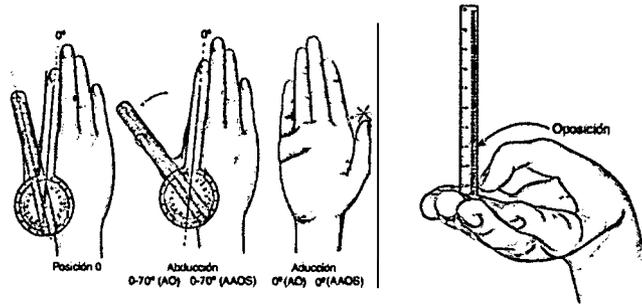


Figura 11

▪ **Anquilosis:**

- Ponga la base del goniómetro como si se midiera en posición neutral. Mida desviación de posición neutral con brazo del goniómetro. Registre la lectura del goniómetro.

Tabla 4. Deficiencias por disminución de los rangos de movilidad del pulgar.

CLASE FUNCIONAL DE DEFICIENCIA	GRADO	0	1	2	3	4			
		Normal	Leve	Moderado	Severo	Muy severo (Anquilosis)			
Articulación		INTERFALÁNGICA (IF) - representa el 15% de la deficiencia del pulgar							
Flexión	Grados de movilidad	80°	60° a 70°	50° a 30°	< o igual a 20°	20°	+ 10° a - 10°	> ó = a +10°	
	% de deficiencia	0%	3%	5%	9%	8%	12%	15%	
Extensión	Grados de movilidad	> ó = a +10°	0°	-10° a - 30°	> -30°				
	% de deficiencia	0%	0.5%	1.0%	2%				
Articulación		METACARPO FALÁNGICA (MCF) representa el 10% de la deficiencia del pulgar							
Flexión	Grados de movilidad	60°	40° a 50°	30° a 20°	< o igual a 10°	60°	20	0°	
	% de deficiencia	0%	4%	8%	12%	9%	11%	17%	
Articulación		CARPOMETACARPIANA (CMC) representa el 75% de la deficiencia del pulgar							
Flexión	Grados de movilidad		20°	10	0°	0°	10°	20°	
	% de deficiencia		0%	1%	3%	7%	12%	17%	
Extensión	Grados de movilidad		30°	10° a 20°	0°	0	10° a 20°	30°	
	% de deficiencia		0%	2%	3%	7%	12%	17%	
Oposición	Movilidad pérdida en cm	>ó = a 7 cm	5 a 6 cm	3 a 4 cm	2 cm	< ó = 1cm	5 cm	4 cm ó > 0 = 6 cm	< ó = a 3cm
	% de deficiencia	0%	1%	2%	4%	9%	5%	6%	9%

Fuente: Adaptación del Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507 de 2014-Colombia, Manual de Evaluación y Calificación del Grado de Invalidez - SAFP 1995 y AMA "Pautas para la Evaluación de Impedimentos Permanentes" ("Guidelines to the Evaluation of Permanent Impairment"), Quinta edición

Si se afecta más de una articulación del dedo pulgar, se debe realizar una suma combinada (Suma combinada de Balthazar)





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

e. **EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DE LAS DEFICIENCIA POR PÉRDIDA DE ARCOS DE MOVILIDAD DE LOS DEDOS 2° AL 5°**

El dedo cuenta con tres unidades articulares: articulación interfalángica distal (IFD), articulación interfalángica proximal (IFP) y articulación metacarpofalángica (MCF). Estas tres unidades de movimiento poseen el mismo valor funcional relativo que el relacionado en la deficiencia por amputación.

Las deficiencias globales aportadas respectivamente por cada unidad se combinan mediante la fórmula de valores combinados de deficiencias (Fórmula de Balthazar). La deficiencia global obtenida por cada unidad o unidades no debe sobrepasar el valor total de la deficiencia global obtenido por amputación del o los segmentos o del dedo completo.

EVALUACIÓN ARTICULAR DE LOS DEDOS 2° AL 5°	
Articulación metacarpofalángica	
Flexión	Extensión
Articulación interfalángica proximal	
Flexión	Extensión





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -MINS/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

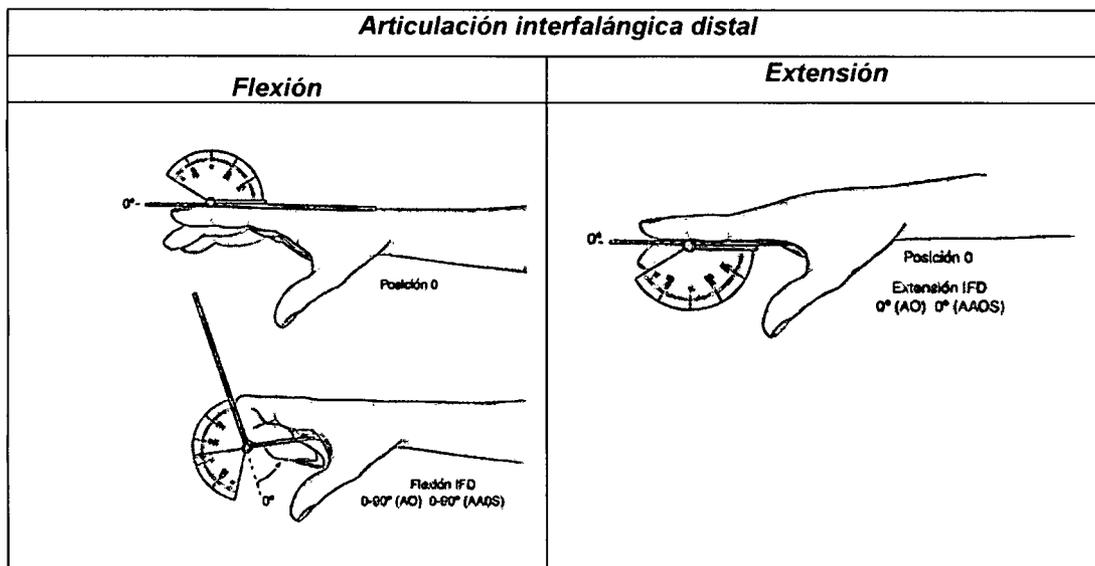


Tabla 5. Deficiencias por disminución de los rangos de movilidad de los dedos índice, medio, anular y pequeño (excepto el pulgar)

CLASE FUNCIONAL DE DEFICIENCIA	GRADO	0	1	2	3	4		
		Normal	Leve	Moderado	Severo	Muy severo (Anquilosis)		
Articulación		INTERFALÁNGICA DISTAL (IFD) - representa el 45% de la deficiencia del dedo						
Flexión Extensión (Deficiencia Global DG)	Grados de movilidad	> o igual a 70°	40° a 60°	20° a 30°	< o igual a 10°	10° a 30°	40° a 60°	0° Posición Neutra 70° Flexión completa
	%DG para el dedo índice	0%	2%	4%	5.5%	5%	5%	6%
	%DG para el dedo medio	0%	1.7%	3%	4.5%	4%	4%	5%
	%DG para el dedo anular	0%	1%	2%	2.5%			
	%DG para el dedo meñique	0%	0.7%	1%	1%			
Articulación		INTERFALÁNGICA PROXIMAL (IFP) - representa el 80% de la deficiencia del dedo						
Flexión Extensión (Deficiencia Global DG)	Grados de movilidad	> o igual a 100°	50° a 90°	20° a 40°	< o igual a 10°	10° a 60°	70° a 90°	0° 100°
	%DG para el dedo índice	0%	2.8%	6%	8%	8%	10%	11%
	%DG para el dedo medio	0%	2%	4.3%	6.5%	6%	8%	8%
	%DG para el dedo anular	0%	1.2%	2.3%	3%			
	%DG para el dedo meñique	0%	0.8%	1%	2%			
Articulación		METACARPOFALÁNGICA (MCF) - representa el 100% de la deficiencia del dedo						
Flexión Extensión (Deficiencia Global DG)	Grados de movilidad	> o igual a 90°	40° a 80°	20° a 30°	< o igual a 10°	0° a 50°	60° a 70°	80° a 90°
	%DG para el dedo índice	0%	2.6%	5.5%	7.5%	7.5%	12%	14%
	%DG para el dedo medio	0%	2%	4.5%	5.5%	7.5%	12%	14%
	%DG para el dedo anular	0%	1.2%	2%	3%			
	%DG para el dedo meñique	0%	1.2%	2%	3%			
<p>Fuente: Adaptación del Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507 de 2014-Colombia, Manual de Evaluación y Calificación del Grado de Invalidez -SAFP 1995 y AMA "Pautas para la Evaluación de Impedimentos Permanentes" ("Guidelines to the Evaluation of Permanent Impairment"), Quinta edición</p>								





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -MINS/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

f. EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DE LA DEFICIENCIA POR AMPUTACIONES DE ESTRUCTURAS O EXTREMIDADES SUPERIORES.

Para efectos de esta norma técnica de salud, se entiende que hay amputación cuando la pérdida compromete el tejido óseo. En la evaluación de la deficiencia por amputación no sólo es importante considerar el nivel de amputación, si no también el estado del muñón, algunas condiciones de dolor o limitaciones de los rangos articulares próximos, entre otros.

La prótesis de la extremidad superior es de limitada utilidad y la adaptación funcional difícil, por lo que no incidirán en el menoscabo.

Las amputaciones bilaterales, se suman combinando los porcentajes de deficiencia de cada extremidad.

Las deficiencias globales por amputación se deben combinar mediante la fórmula de valores combinados con las deficiencias globales obtenidas por pérdida del movimiento de las articulaciones y con las pérdidas neurológicas en la parte conservada de la estructura o extremidad (no de la parte amputada o del muñón por considerarse incluida en el valor de la amputación) y las propias al diagnóstico (ej.: cáncer o problemas vasculares) que las ocasionó.

En aquellos casos en los que la extremidad lesionada haya sido preservada, corresponderá al especialista determinar el diagnóstico de amputación funcional y en su caso, asignar el deterioro funcional basándose en los valores referenciales.

En mano, a aquellas amputaciones que sean menores del 50% del tamaño de la falange, se les asignará el valor del 50% de la deficiencia global correspondiente. Si son mayores o iguales al 50% del tamaño de la falange, se les asignará el valor total de la deficiencia global correspondiente a ella.

Tabla 6. Calificación de deficiencias por amputación de la extremidad o de un miembro superior

Nivel de Amputación:	% de Deficiencia
Pulgar :	
Articulación interfalángica	16
Articulación metacarpofalángica (MCF)	18
A mitad del metacarpiano	20
A nivel de la articulación carpometacarpiana (CMC)	22
Dedos índice y medio:	
Articulación interfalángica distal (IFD)	6
Articulación Interfalángica Proximal (IFP)	10
Articulación metacarpofalángica (MCF)	11
A mitad del metacarpiano	12
A nivel de la articulación carpometacarpiana (CMC)	14
Dedos anular y meñique a nivel	
Articulación interfalángica distal (IFD)	3
Articulación interfalángica proximal (IFP)	4
Articulación metacarpofalángica (MCF)	5
A mitad del metacarpiano	7
A nivel de la articulación carpometacarpiana (CMC)	7
Mano - antebrazo	





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -MINSA/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

Todos los dedos a nivel de la articulación metacarpofalángica (excepto el pulgar)	32
Todos los dedos a nivel de la articulación metacarpofalángica	54
Pérdida de todos los dedos, o la mano o el antebrazo a nivel de la inserción distal del bíceps hasta nivel transmetacarpofalángico.	56
Brazo:	
Distal a la inserción del deltoides a la inserción bicipital.	58
Inserción deltoidea y proximal	60
Hombro:	
Desarticulación del hombro	60
Escapulotorácica	70
<i>Fuente: Adaptación del Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507 de 2014-Colombia, Manual de Evaluación y Calificación del Grado de Invalidez - SAFF 1995 y AMA "Pautas para la Evaluación de Impedimentos Permanentes" ("Guidelines to the Evaluation of Permanent Impairment"), Quinta edición</i>	

g. Condiciones especiales relacionadas con la amputación.

La evaluación del muñón residual debe incluir una valoración del estado del cubrimiento del tejido blando, del nervio periférico y de los sistemas vasculares y del hueso mismo.

- **Neuromas digitales y lesiones del nervio digital:** Las amputaciones que comprometen los dedos pueden conllevar a una pérdida sensorial residual derivada de la lesión nerviosa y pueden presentar un neuroma o dolor fantasma en la parte conservada del dedo. El valor de deficiencia asignado por amputación incluye el dolor y el malestar, los contornos anormales del tejido blando del muñón y los cambios vasculares, como la intolerancia al frío. Por lo anterior, se deberá sumar a esta deficiencia global el diez por ciento (10%) de la misma obtenida por la amputación.
 - *Ejemplo: Si se obtiene por amputación a nivel de la articulación interfalángica distal (IFD) del dedo índice, un 5% de deficiencia global, se debe agregar o sumar el 10% de esta deficiencia, es decir el 0,5%; así, el valor final obtenido será de 5,5%. Este método de cálculo de la deficiencia debe repetirse por cada dedo.*
- **Amputaciones con pérdida del rango de movimiento.** La deficiencia ocasionada por la pérdida o la restricción del movimiento de las articulaciones proximales se evalúa según los criterios del numeral y las tablas respectivas. Para cada unidad funcional la calificación de la deficiencia no puede exceder el 100% de la unidad. En este orden de ideas, la deficiencia final para el dedo no puede exceder el 100% del dedo e igualmente, las deficiencias de la mano determinadas por la amputación, la pérdida del movimiento y la pérdida neurológica, no pueden exceder el 100% de la mano. Esta regla aplica para toda la estructura o extremidad superior.
- En casos donde el valor de la deficiencia global por daño de la extremidad supera el valor de la deficiencia por amputación del segmento comprometido, se debe igualar este valor al de la deficiencia por amputación.





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -MINSA/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

D. EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DE LAS DEFICIENCIAS POR ALTERACIONES DE LAS EXTREMIIDADES INFERIORES.

a. DEFICIENCIA POR PÉRDIDA DE LOS RANGOS DE MOVIMIENTO DE LAS EXTREMIIDADES INFERIORES:

Deficiencia de articulación (factor único o principal): Disminución de los rangos de movilidad articular de los diferentes segmentos del miembro inferior. Su severidad se clasifica en tres grados: leve, moderado y severo, de acuerdo con el porcentaje de la deficiencia.

Los valores de deficiencia para el miembro inferior se expresan en términos de deficiencia global.

Los pasos para la evaluación y calificación de la deficiencia por pérdida de los rangos de movimiento son:

- Medición de los arcos de movimiento de cada articulación (bilateral) y para cada articulación de todas las unidades de movimiento (flexión, extensión, rotación interna y externa, inversión eversión, abducción y aducción).
- Comparación de los resultados obtenidos en la medición con las Tablas que se detallarán a continuación.
- Clasificación de la deficiencia de cada componente de movimiento y asignar el valor de deficiencia global.
- Suma aritmética de todos los valores de deficiencia de cada articulación para obtener la deficiencia de la articulación evaluada (salvo el primer dedo de pie que se realiza una suma combinada). Si más de una articulación de cualquiera de los miembros (el mismo o contralateral) se encuentra comprometida, se califica cada una de acuerdo con el punto anterior y los valores obtenidos de cada articulación se combinan entre sí.

Anquilosis: Cuando en una misma articulación se encuentren afectados varios ejes (flexo - extensión e inversión - eversión) se elige el de mayor valor, como el valor de la deficiencia por anquilosis. Los grados de amplitud articular que no aparecen en las tablas de este aparte, tienen un valor de 0%

b. EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DE LA DEFICIENCIA POR PÉRDIDA DE ARCOS DE MOVILIDAD DE LA ARTICULACIÓN DE LA CADERA

Técnicas de medición del movimiento restringido y anquilosis de articulación coxofemoral.

Flexión.

• **Movimiento restringido:**

- Coloque a la persona en decúbito dorsal con el miembro a evaluar en posición neutra, es decir con los miembros inferiores en posición de cero grados, la pelvis estabilizada y la espina iliaca anterosuperior (EIAS) al mismo nivel.
- Coloque el goniómetro con el eje central en el trocánter mayor en cero grados, el brazo fijo del goniómetro en dirección craneal hacia la línea media de la cresta iliaca de la pelvis y el brazo móvil en la cara lateral del muslo, en dirección a la línea imaginaria trazada del trocánter mayor hacia el cóndilo lateral de fémur. Registre la lectura del goniómetro.
- Indique a la persona realizar flexión de cadera con la rodilla flexionada lo máximo posible, asegurándose que la cadera contralateral esté en





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -MINS/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

cero grados. Siga el rango de movimiento con el brazo móvil del goniómetro. Registre el valor final del arco de movimiento.

• **Anquilosis:**

- Coloque a la persona en decúbito dorsal.
- Coloque el goniómetro con el eje central en el trocánter mayor en posición cero grados el brazo fijo del goniómetro en dirección craneal hacia la línea media de la cresta iliaca de la pelvis, el brazo móvil superpuesto sobre el brazo fijo.
- Mida la desviación de la anquilosis, llevando el brazo móvil hasta el punto de reparo anatómico es decir a la cara lateral del muslo, en dirección al cóndilo lateral del fémur. Registre la lectura del goniómetro.

Extensión.

• **Movimiento restringido:**

- Coloque a la persona en decúbito ventral con el miembro a evaluar en posición neutra, es decir con los miembros inferiores en posición de cero grados, la pelvis estabilizada y la EIAS al mismo nivel.
- Coloque el goniómetro con el eje central en el trocánter mayor en cero grados, el brazo fijo del goniómetro en dirección craneal hacia la línea media de la cresta iliaca de la pelvis y el brazo móvil en dirección al cóndilo lateral del fémur. Registre la lectura del goniómetro.
- Indique a la persona realizar la extensión de la cadera con la rodilla en extensión, asegurándose que la cadera contralateral esté en cero grados. Siga el rango de movimiento con el brazo móvil del goniómetro. Registre el valor del arco final del movimiento.

• **Anquilosis:**

- Coloque a la persona en decúbito ventral.
- Coloque el goniómetro con el eje del trocánter mayor en posición cero grados, el brazo fijo del goniómetro en dirección craneal hacia la línea media de la cresta iliaca de la pelvis, el brazo móvil superpuesto sobre el brazo fijo.
- Mida la desviación de la anquilosis llevando el brazo móvil hasta el punto de reparo anatómico, es decir a la cara lateral del muslo, en dirección al cóndilo lateral del fémur. Registre la lectura del goniómetro.

Abducción - Aducción.

• **Movimiento restringido:**

- Coloque a la persona en decúbito dorsal con el miembro a evaluar en posición neutra. La pierna por examinar debe estar extendida y relajada.
- Coloque el eje del goniómetro sobre la espina iliaca anterosuperior, el brazo fijo alineado a la espina iliaca anterosuperior opuesta, el brazo móvil alineada con la línea media longitudinal del fémur en dirección al centro de la rótula.
- **Abducción:** Indique a la persona realizar la abducción de cadera con la rodilla en extensión. Siga el rango de movimiento con el brazo móvil del goniómetro. Registre el valor del arco final del movimiento.
- **Aducción:** Indique a la persona realizar la aducción de cadera con la rodilla en extensión. Siga el rango de movimiento con el brazo móvil del goniómetro. Registre el valor del arco final en el movimiento.





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -MINS/DGIESP-2024
 NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
 EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

• **Anquilosis:**

- Coloque a la persona en decúbito dorsal
- Coloque el eje del goniómetro sobre la espina iliaca anterosuperior, el brazo fijo alineado a la espina iliaca anterosuperior opuesta, el brazo móvil superpuesto sobre el brazo fijo.
- Mida la desviación de la anquilosis llevando el brazo móvil hasta el punto de reparo anatómico, es decir a la línea media longitudinal del fémur, en dirección al centro de la rótula. Registre la lectura del goniómetro.

Rotaciones.

• **Movimiento restringido:**

- Ponga a la persona en decúbito ventral, con la rodilla en flexión de 90°.
- Coloque el eje del goniómetro teniendo como reparo al punto medio de la rótula, con el brazo fijo alineado con la línea media longitudinal de la pierna y el brazo móvil superpuesto sobre el brazo fijo.
- **Rotación externa:** Con la persona rotando la cadera externamente al máximo, llevando la pierna y el pie hacia adentro. Siga el rango de movimiento con el brazo móvil del goniómetro. Registre el final del arco de movimiento.
- **Rotación interna:** Con la persona rotando la cadera internamente al máximo. Llevando la pierna y el pie hacia afuera siga el rango de movimiento con el brazo móvil del goniómetro. Registre el final del arco de movimiento.

• **Anquilosis:**

- Coloque a la persona en decúbito ventral con la rodilla flexionada a 90° grados.
- Coloque el goniómetro teniendo como reparo al punto medio de la rótula, con el brazo fijo alineado con la perpendicular de la línea media longitudinal del muslo y el brazo móvil superpuesto sobre el brazo fijo.
- Mida la desviación de la anquilosis llevando el brazo móvil hasta el punto de reparo anatómico, es decir la línea media longitudinal de la pierna. Registre la lectura del goniómetro.

Tabla 7. Deficiencias por disminución de los rangos de movilidad de la cadera

CLASE FUNCIONAL DE DEFICIENCIA		0	1	2	3	4	
GRADO		Normal	Leve	Moderado	Severo	Muy severo (Anquilosis)	
Articulación		CADERA- Flexión- extensión					
Flexión	Grados de movilidad	>100°	80° a 100°	40°-70°	0-30°	0° a 70° de flexión	20° a 30° de extensión
	% de deficiencia global	0%	2%	4%	7%	0°-10° de extensión	80° a 100° de flexión
Extensión	Grados de movilidad	>30°	20°-30°	0-10°			
	% de deficiencia global	0%	1%	2%			
Articulación		CADERA: Abducción- Aducción					
Abducción	Grados de movilidad	> 40°	20°-30°	0°-10°		0°-20° de abducción	30°-40° de abducción
						0° de aducción	10°-20° de aducción





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

	% de deficiencia global	0%	2%	6%		30%	48%
Aducción	Grados de movilidad	20°	10°	0°			
	% de deficiencia global	0%	2%	3%			
CADERA: Rotaciones-							
Rotación interna	Grados de movilidad	> o igual 40°	20° a 30°	0°-10°		0°-20° RI 0°-30° RE	30°-40° RI 40°-50° RE
	% de deficiencia global	0%	2%	4%		32%	38%
Rotación externa	Grados de movilidad	> o igual 50°	30° a 40°	0°-20°	< o igual 10°		
	% de deficiencia global	0%	2%	4%	8%		
Fuente: Adaptación del Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507 de 2014-Colombia y Manual de Evaluación y Calificación del Grado de Invalidez -SAFP 1995							

c. EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DE LA DEFICIENCIA POR PÉRDIDA DE ARCOS DE MOVILIDAD DE LA ARTICULACIÓN DE LA RODILLA

Técnicas de medición del movimiento restringido y anquilosis de articulación de la rodilla.

Flexión.

• **Movimiento restringido:**

- Coloque a la persona en decúbito dorsal con el miembro a evaluar en posición neutral.
- Coloque el eje del goniómetro en el cóndilo femoral interno, el brazo fijo alineado con línea media lateral del muslo, tomando como reparo óseo el trocánter mayor, brazo móvil se alinea a la línea media lateral de la pierna en dirección al maléolo externo.
- Indique a la persona realice la flexión de la rodilla lo máximo posible, seguir el rango de movimiento con el brazo móvil del goniómetro, registre el valor final del arco de movimiento.

• **Extensión:**

- No es posible la extensión activa, por lo que su valor normal es cero, pero para fines de calificación de la deficiencia se considera el movimiento que aleja la pierna de la cara posterior del muslo.
- Paciente en decúbito dorsal con la rodilla en su máxima flexión.
- El eje colocado sobre el cóndilo femoral externo, con el brazo fijo alineado con la línea media longitudinal del muslo, en dirección al trocánter mayor; el brazo móvil alineado con la línea media longitudinal de la pierna, en dirección al maléolo externo del tobillo.
- Indique a la persona extender la rodilla, el brazo móvil del goniómetro acompaña el movimiento. Registre el valor del ángulo formado al final del movimiento.

• **Anquilosis:**

- Coloque al paciente en posición neutra según lo descrito para la medición de la flexión y extensión de la rodilla.
- Coloque el eje del goniómetro, en el cóndilo femoral externo, el brazo fijo alineado con la línea media lateral del muslo, en dirección al trocánter mayor, superpuesto sobre el brazo fijo.





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

- Mida la desviación de la anquilosis, llevando el brazo móvil, hasta el punto de reparo anatómico, es decir sobre la línea media longitudinal de la pierna, en dirección al maléolo externo del tobillo. Registre la lectura del goniómetro.

Tabla 8. Deficiencias en el movimiento de la rodilla.

CLASE FUNCIONAL DE DEFICIENCIA		0	1	2	3	4	
GRADO		Normal	Leve	Moderado	Severo	Muy severo (Anquilosis)	
Articulación		RODILLA					
Flexión	Grados de movilidad	> 150°	100°-140°	50° - 90°	0°-40°	0°-30	40°-150° (flexión completa)
	% de deficiencia global	0%	5%	12%	21%	23%	34%
Extensión	Grados de movilidad	<10°	20°-30°	70°	50°-150°		
	% de deficiencia global	0	5°	11°	36%		

Fuente: Adaptación del Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507 de 2014-Colombia, Manual de Evaluación y Calificación del Grado de Invalidez - SAEP 1995 y AMA "Pautas para la Evaluación de Impedimentos Permanentes" ("Guidelines to the Evaluation of Permanent Impairment"), Quinta edición

d. EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DE LA DEFICIENCIA POR PÉRDIDA DE ARCOS DE MOVILIDAD DE LA ARTICULACIÓN DEL TOBILLO

Técnicas de medición del movimiento restringido y anquilosis de articulación del tobillo.

Movimiento de flexión dorsal (extensión) y plantar del tobillo (flexión).

• **Movimiento restringido:**

- Coloque a la persona en decúbito
- Acomode el eje del goniómetro a nivel del maléolo externo, brazo fijo alineado con la línea media longitudinal de la pierna, tomando como reparo anatómico la cabeza del peroné, brazo móvil del goniómetro alineado con la línea media longitudinal del quinto metatarsiano.
- Indique a la persona realizar el movimiento de extensión y flexión, siga el movimiento con el brazo móvil del goniómetro. Registre el valor final del arco de movimiento.

• **Anquilosis:**

- Ubique a la persona en posición decúbito dorsal, como si se midiera la flexión dorsal o plantar del tobillo.
- Coloque el goniómetro con el eje central en el maléolo externo, el brazo fijo del goniómetro alineado a la línea media lateral del peroné en dirección a la cabeza del peroné y el brazo móvil superpuesto al brazo fijo.
- Mida el ángulo de la anquilosis con el brazo móvil del goniómetro desde la posición neutra hasta el punto de reparo anatómico (línea paralela del quinto metatarsiano) del segmento anquilosado. Registre la lectura del goniómetro.





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
 NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
 EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

Movimiento de inversión y eversión del tobillo.

- **Movimiento restringido:**
 - Ponga a la persona en posición neutral, paciente decúbito dorsal.
 - Coloque el eje del goniómetro en la cara anterior de la articulación de tobillo, con el brazo fijo en línea media anterior de la tibia, alineada con la cresta tibial, brazo móvil en línea media anterior del segundo metatarsiano.
 - **Inversión:** Partiendo de posición neutral con la persona invirtiendo el pie (la cara interna del calcáneo se acerca a la línea media del cuerpo). Siga el rango de movimiento con el brazo móvil del goniómetro. Registre el valor final del arco del movimiento.
 - **Eversión:** Partiendo de posición neutral con la persona evirtiendo el pie (la cara externa del calcáneo se aleja de la línea media del cuerpo). Siga el rango del movimiento del brazo móvil del goniómetro. Registre el valor final del arco de movimiento.

- **Anquilosis:**
 - Coloque al paciente en posición decúbito dorsal
 - Coloque el goniómetro con el eje central en la cara anterior de la articulación del tobillo, con el brazo fijo en línea media anterior de la tibia, brazo móvil superpuesto al brazo fijo.
 - Mida el ángulo de la anquilosis con el brazo móvil del goniómetro desde la posición neutra hasta el punto de reparo anatómico (brazo móvil en línea media anterior del segundo metatarsiano) del segmento anquilosado. Registre la lectura del goniómetro.

Tabla 9. Deficiencias en el movimiento de tobillo

CLASE FUNCIONAL DE DEFICIENCIA		0	1	2	3	4		
GRADO		Normal	Leve	Moderado	Severo	Muy severo (Anquilosis)		
Articulación		TOBILLO: Flexión plantar-Flexión dorsal (extensión)						
Flexión Dorsal	Grados de movilidad	>20°	10°	0°		0° Posición neutra	+ 10° de flexión dorsal	20° flexión dorsal completa
							10°-30° de flexión plantar	40° flexión plantar completa
	% de deficiencia global	0%	2%	5%		12%	24%	28%
Flexión plantar	Grados de movilidad	> ó = 40°	20°-30°	10°	0°			
	% de deficiencia global	0%	3%	4%	6%			
Articulación		Tobillo: Inversión-Eversión						
Inversión	Grados de movilidad	> ó igual a 30°	20°	10°	0°	0° Posición neutra	10° de inversión	> ó = a 20° de inversión
							10° de eversión	20° o eversión completa
	% de deficiencia global	0%	1%	2%	3%	12%	18%	28%
Eversión	Grados de movilidad	> ó = a 20°	10°	0°				





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -MINS/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

	% de deficiencia global	0%	1%	2%				
<i>Fuente: Adaptación del Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507 de 2014-Colombia, Manual de Evaluación y Calificación del Grado de Invalidez - SAFP 1995 y AMA "Pautas para la Evaluación de Impedimentos Permanentes" ("Guidelines to the Evaluation of Permanent Impairment"), Quinta edición</i>								

e. **EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DE LA DEFICIENCIA POR PÉRDIDA DE ARCOS DE MOVILIDAD DE LOS DEDOS DE PIE**

Para la evaluación y calificación de la deficiencia por pérdida del arco de movimiento de los dedos del pie, se tomarán en cuenta los siguientes criterios:

- El movimiento restringido y anquilosis en la articulación interfalángica distal del segundo al quinto dedo del pie carece de valor funcional.
- El movimiento restringido y anquilosis en la articulación interfalángica proximal del segundo al quinto dedo del pie carece de valor funcional.
- En cuanto a la articulación metatarsofalángica del segundo dedo del pie, sólo califica:
 - Anquilosis en flexión dorsal de 30°, con un valor de 1%.
 - Anquilosis en flexión dorsal de 40°, con un valor de 1%.
 - Anquilosis en flexión plantar de 30°, con un valor de 1%.
- En cuanto a la articulación metatarsofalángica del tercer dedo del pie, sólo califica:
 - Anquilosis en flexión dorsal de 30°, con un valor de 1%.
 - Anquilosis en flexión plantar de 20°, con un valor de 1%.
- En cuanto a la articulación metatarsofalángica del cuarto dedo del pie, sólo califica:
 - Anquilosis en flexión dorsal de 20°, con un valor de 1%.
 - Anquilosis en flexión plantar de 10°, con un valor de 1%.
- En cuanto a la articulación metatarsofalángica del quinto dedo del pie, sólo califica:
 - Anquilosis en flexión dorsal de 20°, con un valor de 1%.
 - Anquilosis en flexión plantar de 10°, con un valor de 1%.
- Cuando exista compromiso de la articulación metatarsofalángica de dos o más dedos del segundo al quinto, se realizará una suma aritmética para obtener el porcentaje final de esa deficiencia.
- Con relación a la articulación interfalángica del primer dedo de pie, se tendrá en cuenta la siguiente tabla:





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -MINSA/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

Tabla 10. Deficiencias en el movimiento de la Articulación interfalángica de primer dedo del pie

CLASE FUNCIONAL DE DEFICIENCIA		0	1	2	3	4	
GRADO		Normal	Leve	Moderado	Severo	Muy severo (Anquilosis)	
Articulación		PRIMER DEDO DEL PIE-Articulación interfalángica					
Flexión Dorsal desde posición neutra	Grados de movilidad	30°	20°	0°-10°		0-10°	20°-30°
	% de deficiencia global	0%	1%	2%		3%	4%

Fuente: Adaptación del Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507 de 2014-Colombia, Manual de Evaluación y Calificación del Grado de Invalidez - SAFP 1995 y AMA "Pautas para la Evaluación de Impedimentos Permanentes" ("Guidelines to the Evaluation of Permanent Impairment"), Quinta edición

- Con relación a la articulación metatarsofalángica del primer dedo de pie, se tendrá en cuenta la siguiente tabla:

Tabla 11. Deficiencias en el movimiento de la Articulación metatarsofalángica de primer dedo del pie

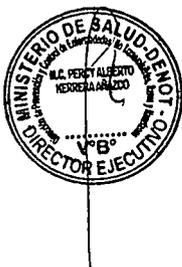
CLASE FUNCIONAL DE DEFICIENCIA		0	1	2	3	4	
GRADO		Normal	Leve	Moderado	Severo	Muy severo (Anquilosis)	
Articulación		PRIMER DEDO DEL PIE-Articulación interfalángica					
Flexión Dorsal desde posición neutra	Grados de movilidad	40°-50°	20°-30°	0°-10°		0-20°	30°-50°
	% de deficiencia global	0%	1%	2%		3%	5%
Flexión plantar desde posición neutra	Grados de movilidad	20°-30°	0°-10°			0°-10°	20°-30°
	% de deficiencia global	0%	1			3%	5%

Fuente: Adaptación del Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507 de 2014-Colombia, Manual de Evaluación y Calificación del Grado de Invalidez - SAFP 1995 y AMA "Pautas para la Evaluación de Impedimentos Permanentes" ("Guidelines to the Evaluation of Permanent Impairment"), Quinta edición



f. EVALUACION Y CALIFICACIÓN DE LA DEFICIENCIA POR AMPUTACION DE ESTRUCTURAS O EXTREMIDADES INFERIORES

La definición de la clase se realiza con base en el nivel de la amputación y se puede incrementar por problemas del muñón. Las deficiencias que pueden ser calificadas y combinadas con la deficiencia por amputación incluyen las pérdidas del movimiento en las articulaciones, las pérdidas neurológicas en la parte conservada del miembro y las atinentes al diagnóstico que la ocasionó. El valor de deficiencia por amputación se puede combinar con el obtenido en la calificación de Deficiencia por Disminución de los Rangos de Movilidad; no obstante, en casos donde el valor de la deficiencia global por daño de la extremidad supera el valor de la deficiencia por amputación del segmento comprometido, se debe igualar este valor al de la deficiencia por amputación.





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -MINS/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

Tabla 14. Calificación de deficiencias por amputación de en miembro inferior

Nivel	% de Deficiencia
Primer dedo a:	
Articulación metatarsiana (MTT)	8
Articulación metatarsofalángica (MTF)	5
Todos los dedos (excepto el primero)	
Por cada dedo a nivel interfalángica (IF)	1
Por cada dedo a nivel metatarsiano (MTT)	2
Todos los dedos en la articulación metatarsofalángica (excepto el primero)	6
Medio tarso	16
Amputación en tobillo	25
Amputación debajo de la rodilla más de 7.5cm	28
Amputación debajo de la rodilla menos de 7.5cm	32
Desarticulación de rodilla	32
Amputación 1/3 distal del muslo	32
Amputación 1/3 medio del muslo	36
Amputación 1/3 proximal del muslo	40
Desarticulación de cadera	40
Hemipelvectomía	50

Fuente: Adaptación del Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507 de 2014-Colombia, Manual de Evaluación y Calificación del Grado de Invalidez - SAFP 1995 y AMA "Pautas para la Evaluación de Impedimentos Permanentes" ("Guidelines to the Evaluation of Permanent Impairment"), Quinta edición

g. EVALUACION Y CALIFICACIÓN DE LA DEFICIENCIA POR ACORTAMIENTO DE MIEMBROS INFERIORES

En caso de acortamiento debido a falta de alineación, deformidad o fractura secundaria, sumará de manera combinada los siguientes valores a las secuelas funcionales encontradas.

DESIGUALDAD EN CENTÍMETROS	PONCENTAJE DE DEFICIENCIA
2-4 cms	5%
4-6cms	10%
6-9cms	15%
>10cms	20%

Fuente: Adaptación del Manual de Evaluación y Calificación del Grado de Invalidez - SAFP 1995

E. EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DE LAS DEFICIENCIAS EN ENFERMEDADES DEL TEJIDO CONECTIVO QUE INVOLUCRAN EL SISTEMA OSTEOMUSCULAR

A continuación se describen los criterios para la evaluación y calificación de la deficiencia derivada de patologías tales como: articulares inflamatorias de etiología conocida como la artritis séptica y traumática; de etiología idiopática, como la artritis reumatoidea, artritis reumatoidea juvenil, espondiloartritis anquilosante, enfermedades del colágeno, LES, esclerosis sistémica progresiva, dermatomiositis, vasculitis: degenerativas como artrosis de manos columna cervical, lumbar, cadera y rodillas, metabólicas como gota, condrocalcinosis, osteoporosis y, extraarticulares como la bursitis, tendinitis, periartrosis, síndromes





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
 NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
 EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

de atrapamiento neural y fibrositis. Dentro de este grupo se considera también a la fibromialgia.

a. CRITERIOS PARA CALIFICAR LAS DEFICIENCIAS EN ENFERMEDADES DEL TEJIDO CONECTIVO QUE INVOLUCRAN EL SISTEMA OSTEOMUSCULAR

- **Criterio 1. Historial clínico (Factor principal):** Signos y síntomas y medidas terapéuticas.
- **Criterio 2. Estudios clínicos o resultados de pruebas objetivas. (Factor modulador).** Certeza diagnóstica de enfermedad articular e Imagenología diagnóstica (Rx gamagrafia).

Tabla 15. Deficiencia por enfermedades del tejido conectivo que involucran el sistema osteomuscular

CLASE		CLASE 0	CLASE 1	CLASE 2	CLASE 3	CLASE 4
DEFICIENCIA GLOBAL (%)			1-10%	11 - 36%	37 - 60%	61 - 90%
GRADO SEVERIDAD			1 5 10	11 24 36	37 49 60	61 75 90
			A B C	A B C	A B C	A B C
Historial clínico (Factor principal)	Signos y Síntomas (para elegir la clase por esta variable se deben reunir más del 50% de los síntomas y signos)	1 - 10%	Rigidez matinal Artralgias migratorias (> o igual a 3 meses)	Rigidez matinal (> o igual a 1 hora) Artralgias migratorias (> o igual a 3 meses) Sinovitis	Rigidez matinal (> o igual a 1 hora) Artralgias migratorias (> o igual a 3 meses) Poliartritis simétrica o migratoria Sinovitis Deformaciones Desviaciones Articulares Manifestaciones Extra - articulares	Rigidez matinal (> o igual a 1 hora) Artralgias migratorias (> o igual a 3 meses) Poliartritis simétrica o migratoria Sinovitis Deformaciones Desviaciones Articulares Compromiso estado general Manifestaciones Extra - articulares
Estudios clínicos o resultados de pruebas objetiva. (Factor modulador).	Imagenología diagnóstica (Rx gamagrafia)	Normales	Sin alteración significativa	Osteoporosis yuxtaarticular, pinzamiento articular, pequeñas erosiones articulares.	Osteoporosis yuxtaarticular, pinzamiento articular, pequeñas erosiones articulares.	Artrosis, subluxación, anquilosis fibrosa u ósea

Fuente: Adaptación del Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507 de 2014-Colombia





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

b. EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DE LA DEFICIENCIA POR AFECCIONES REUMÁTICAS DEGENERATIVAS

La artrosis por sí sola es dolorosa en períodos agudos y por las reacciones inflamatorias de vecindad que provoca, o bien por los procesos neurológicos compresivos que se observan a nivel de la columna vertebral.

De tal manera que la ponderación de las deficiencias por artrosis, no debe basarse en la existencia propia de la enfermedad, sino en las limitaciones funcionales de las articulaciones que provoca la misma y los procesos neurológicos compresivos neurales de vecindad.

Por lo anterior, hay que remitirse a las tablas de evaluación de los rangos de movimiento articulares y al compromiso de los Nervios Espinales Periféricos, señalados en las unidades correspondientes

c. EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DE LA DEFICIENCIA POR ENFERMEDADES REUMÁTICAS METABÓLICAS

• **GOTA**

Cuando se producen crisis inflamatorias articulares a repetición, que provocan severas deformaciones, osteólisis y formación de tofos periarticulares, se califica con el valor C de la clase 3; si presenta, adicional al cuadro anterior, daño renal, se califica en el valor B de la clase 4 y se combina con el valor correspondiente al daño renal evaluado con los criterios de la unidad respectiva.

• **CONDROCALCINOSIS**

Cuando se ven comprometidas las articulaciones de las rodillas, hombros, muñecas y tobillos y se genera una artrosis secundaria, si esta es monoarticular, se evaluará según los rangos de movimiento articulares y capacidad funciona. Cuando compromete dos o más articulaciones se califica con la Tabla de calificación de las *Deficiencia por enfermedades del tejido conectivo que involucran el sistema osteomuscular*

• **OSTEOPOROSIS GENERALIZADA**

Es una patología de etiología primaria o secundaria, que se caracteriza por la pérdida de masa ósea, especialmente en la columna dorso lumbar, la pelvis, las caderas y las muñecas, que cuando son asintomáticas no producen deficiencia. Cuando existe dolor o espasmo muscular sin deformidad del esqueleto y se consigue una completa remisión de estos síntomas mediante una terapia continua a base de hormonas y minerales, se puede considerar una deficiencia global del 10%.

Cuando se necesita terapia continua para aliviar el dolor sin conseguir su remisión total, se considerará una deficiencia global de 20%. Cuando se producen fracturas patológicas por esta causa, se califica por las secuelas derivadas de las mismas en la unidad correspondiente.

• **DEFICIENCIA POR REUMATISMOS EXTRA-ARTICULARES:**

Las alteraciones por reumatismos extraarticulares corresponden a bursitis, tendinitis o periartrosis de origen microtraumático repetitivo. Las localizaciones más comunes son: Hombros (bursitis, tendinitis del supraespinoso, bicipital, etc.), epicondilitis, tendinitis del extensor del pulgar, tendinitis de los flexores de





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -MINS/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

los dedos de las manos (dedo en resorte), bursitis peritrocantérica, bursitis de la pata de ganso.

En general se trata de patologías que responden muy bien al tratamiento médico y ocasionalmente quirúrgico, de tal manera que no provocan deficiencia. Sin embargo, si ocasionan secuelas, estas se evaluarán en las tablas que correspondan a la deficiencia por disminución de los rangos de movimiento articulares.

Cuando se habla de fibrositis, se incluye a aquellos pacientes que presentan mialgias, artralgias, parestesias, contracturas musculares, etc. sin una base orgánica evidente y que habitualmente corresponden a trastornos funcionales no psicóticos. Su evaluación se ubica dentro del campo de la psiquiatría, dado que siempre el examen físico osteoarticular y de laboratorio resultan normales y si existieran alteraciones radiográficas, estas no serían de significación clínica.

- **FIBROMIALGIA**

Diagnosticada de acuerdo con los criterios de la American College of Rheumatology, se califica de acuerdo con la clasificación así:

- **Primaria:** No presenta otras afecciones que permitan explicar los síntomas, por lo cual se califica en el Unidad de deficiencias por enfermedad mental y trastornos del comportamiento.
- **Concomitante y secundaria:** Se asocia a otra afección que puede explicar solo parcialmente los síntomas, o cuando ocurre por una afección subyacente que es su causa; en los dos casos, adicional a la consideración de la fibromialgia primaria, se califica de acuerdo con la patología de base o concomitante en los Unidades y se combinan los valores de deficiencia de acuerdo con la fórmula de valores combinados.

- **ARTROSIS DE CADERAS, RODILLAS Y TOBILLOS.**

Si esta es monoarticular, se evaluará según los rangos de movimiento articulares y capacidad funcional; es decir, con las tablas de esta unidad. Cuando compromete dos o más articulaciones, se califica con la Tabla de *Calificación de la Deficiencia por enfermedades del tejido conectivo que involucran el sistema osteomuscular*

6.1.4.15 UNIDAD XV: DEFICIENCIAS POR ALTERACIONES MUSCULOESQUELÉTICAS DE LA COLUMNA VERTEBRAL Y PELVIS

Esta unidad tiene por objetivo proveer los criterios para la evaluación y calificación de la deficiencia anatómica y funcional permanente de la columna vertebral y la pelvis, para lo cual se reconocen cuatro zonas:

- Columna cervical (incluye: C1 a C7)
- Columna torácica o dorsal (incluye: T1 a T12)
- Columna lumbar (incluye: L1 a L4)
- Columna sacra (incluye S1 a S5)
- Pelvis (incluye los huesos ilion o iliaco, sacro y pubis).

Incluye los criterios para el reconocimiento y evaluación de las deficiencias permanentes de las enfermedades que afectan la columna vertebral y las estructuras óseas, tendones, ligamentos, discos intervertebrales y las raíces.





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -MINS/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

Es importante señalar que los trastornos de columna vertebral, asociados con alteraciones vertebrales que resulten en daño debido a la distorsión de la estructura ósea, los ligamentos, la hernia del núcleo pulposo o la inflamación de las raíces nerviosas, pueden persistir durante un tiempo y mejorar con tratamiento, es decir, estas alteraciones no necesariamente provocan una deficiencia de carácter permanente.

A. DEFINICIONES Y PRINCIPIOS DE EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DE LAS DEFICIENCIAS POR ALTERACIONES MUSCULOESQUELÉTICAS DE LA COLUMNA VERTEBRAL Y PELVIS

a. CRITERIOS GENERALES

- Presencia de daños conexos a la columna vertebral y pelvis: Se refiere a las enfermedades de la columna vertebral y la pelvis que sean consecuencia de una enfermedad sistémica. Estas deficiencias se deben calificar en las respectivas unidades y combinar (Sistema Nervioso Periférico, Sistema Nervioso Central, entre otros).
- La evaluación y calificación de esta unidad debe incluir la revisión exhaustiva de la historia clínica, la descripción de los síntomas actuales, el examen físico, estudios auxiliares adecuados de imágenes y los exámenes de laboratorio; según disponibilidad y accesibilidad.
- La calificación de la deficiencia de los segmentos de la columna y pelvis se realiza con fundamento en el sistema de calificación de Deficiencia con Base en el Diagnóstico – DBD.
- En caso de que una persona presente dos o más diagnósticos por región (cervical, dorsal o lumbar), se calificará únicamente la de mayor porcentaje de deficiencia.
- Para cada uno de los segmentos, se asigna un valor diferente: para columna cervical, va desde 0% a 30%; para columna torácica, hasta el 22%; para columna lumbar, hasta el 33%, y para la pelvis, hasta el 16% de deficiencia global.
- El método para calificar esta unidad es con base en el diagnóstico (factor principal) para la elección de la clase y para el ajuste del grado de esta clase (factores moduladores: historial clínico, hallazgos físicos y estudios clínicos o resultados de pruebas objetivas).

b. CRITERIOS A CONSIDERAR PARA LA EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DE LAS DEFICIENCIAS POR ALTERACIONES MÚSCULO ESQUELÉTICAS DE LA COLUMNA VERTEBRAL Y PELVIS.

- Criterio 1. Deficiencia con Base en el Diagnóstico – DBD, (Factor principal): La deficiencia se calcula con base en este método y está determinada por el diagnóstico. Se reconocen cinco categorías mayores de diagnóstico:
 - Dolor de columna recurrente crónico o crónico no específico.
 - Lesiones de disco intervertebral y patología de segmentos móviles en uno o múltiples niveles.
 - Estenosis cervical y lumbar.
 - Fracturas y luxaciones vertebrales.
 - Fracturas y luxaciones pélvicas.

En caso de presentar compromiso de dos o más regiones de la columna vertebral, se deberá combinar la deficiencia global de cada región.





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -MINS/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

- **Criterio 2. Historia funcional (Factor modulador):** Se determina con base en los criterios establecidos en cada tabla regional (cervical, torácica, lumbar o pélvica).
- **Criterio 3. Examen físico (alteración anatómica) (Factor modulador):** Se refiere a los signos encontrados en el examen físico y sirve como indicador de la gravedad de clase establecida por el factor principal (restricción del movimiento del rango articular, atrofia, acortamiento, radiculopatía, entre otros).
- **Criterio 4. Estudios clínicos o resultados de pruebas objetivas (Factor modulador):** Se refieren a los estudios diagnósticos y exámenes de laboratorio: RX, tomografía axial computarizada, resonancia magnética nuclear, medicina nuclear, ultrasonido, electrodiagnóstico, electromiografía y velocidades de conducción; la solicitud de estos exámenes será de acuerdo a disponibilidad y accesibilidad. Estos reportes deben estar correlacionados con los síntomas, signos y hallazgos en las personas.

B. PROCEDIMIENTO PARA LA CALIFICACIÓN DE LA DEFICIENCIAS POR ALTERACIONES MUSCULOESQUELÉTICAS DE LA COLUMNA VERTEBRAL Y PELVIS CON BASE EN EL DIAGNÓSTICO

a. CONSIDERACIONES ESPECIALES EN LA METODOLOGÍA DE CALIFICACIÓN

- En cada tabla, los diagnósticos se dividen en categorías que incluyen, entre otras condiciones, las siguientes: Lesiones de tejidos blandos, esguince o luxación, herniaciones de disco, estenosis de columna, fracturas y dislocaciones.
- Si existe más de un diagnóstico calificable en la misma región, se debe seleccionar aquel que provea la clase que muestre de manera más apropiada el estado clínico; usualmente es el más específico, es decir, el que provee el porcentaje de deficiencia más alto.
- La calificación se realiza con base en el estado de la persona en el momento de la evaluación sin sujeción a que puedan existir manejos médicos o quirúrgicos futuros o exista necesidad de hacerlos.
- Las anomalías congénitas, como la espina bífida oculta, la segmentación anormal y las raíces nerviosas unidas que no generan secuelas, no son calificables como deficiencia.

C. PROCEDIMIENTOS PARA CALIFICAR LAS DEFICIENCIAS POR ALTERACIONES MUSCULOESQUELÉTICAS DE LA COLUMNA VERTEBRAL Y PELVIS

- Determine el diagnóstico y la región de la comuna vertebral o de la pelvis a la cual corresponde la deficiencia. Use la tabla apropiada según el diagnóstico regional.
- Identifique el factor principal y los factores moduladores.
- Combine la deficiencia global de las diferentes regiones de columna, cuando se ha utilizado más de una de las tablas de calificación **POR ALTERACIONES MUSCULOESQUELÉTICAS DE LA COLUMNA** de las diferentes áreas.





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -MINS/DGIESP-2024
 NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
 EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

**D. TABLAS DE CALIFICACION DE LAS DEFICIENCIAS POR
 ALTERACIONES MUSCULOESQUELÉTICAS DE LA COLUMNA
 VERTEBRAL Y PELVIS.**

a. CALIFICACIÓN DE DEFICIENCIAS DE LA COLUMNA CERVICAL.

Tabla 1. Calificación de la deficiencia concerniente a patologías de columna cervical

CLASE FUNCIONAL DE DEFICIENCIA	Clase 0	Clase 1	Clase 2	Clase 3	Clase 4
VALORACIÓN DEFICIENCIA	0	5% al 10%	11% al 20%	21% al 30%	31% al 40%
GRADO DE SEVERIDAD (%)		5 6 7 8 10 A B C D E			
Diagnóstico o por Región (factor principal)	Lesión de tejidos blandos y condiciones no específicas:				
Cervicalgia crónica no específica o recurrente (o enfermedad de generativa discal) o dolor por enfermedad facetaria. tendinitis o dolor muscular	Historia de tendinitis o dolor muscular en resolución o se queja de cervicalgia sin signos objetivos al examen físico.	Historia documentada de tendinitis o dolor muscular con quejas constantes, con signos radiculares, hallazgos similares en múltiples ocasiones			
	Lesión de segmentos móviles, luxaciones o listesis de la columna:				
	0	5 6 7 8 10 A B C D E	11 13 15 18 20 A B C D E	21 24 26 28 30 A B C D E	31 33 35 37 40 A B C D E
Hernia discal, inestabilidad, pseudoartrosis, artrodesis, artrodesis fallida, estabilización dinámica o artroplastia, estenosis espinal o combinación de ellas a múltiples niveles. a un solo nivel.	Sin signos ni síntomas axiales o radiculares.	Sin indicación de cirugía y Con radiculopatía resuelta o sintomatología a radicular	Sin indicación de cirugía y Con signos de radiculopatía	Posquirúrgico y Con signos de radiculopatía (unilateral y de un solo nivel)	Posquirúrgico y Con signos de radiculopatía bilateral o de múltiples niveles
	Fracturas:				
	0	5 6 7 8 10 A B C D E	11 13 15 18 20 A B C D E	21 24 26 28 30 A B C D E	31 33 35 37 40 A B C D E
Fracturas de uno o más cuerpos vertebrales, fractura de elementos posterior (pedículo, lamina, proceso articular, proceso transversal)	Fracturas de uno o múltiples niveles sin compresión o mínima compresión de cualquier cuerpo vertebral: con o sin pedículo y/o fractura posterior del elemento (menor de 5 mm de desplazamiento)	Fracturas de uno o múltiples niveles con compresión menor al 25% de cualquier cuerpo vertebral; con o sin retro pulsión ósea, con o sin pedículo y/o fractura posterior del elemento	Fracturas de uno o múltiples niveles con compresión de 25% a 50% de cualquier cuerpo vertebral; con o sin retro pulsión ósea, con o sin pedículo y/o fractura posterior del elemento.	Fracturas de uno o múltiples niveles con compresión mayor del 50% de un cuerpo vertebral; con o sin retro pulsión ósea, con o sin pedículo y/o fractura posterior del elemento	Fracturas de uno o múltiples niveles con compresión mayor del 50% de un cuerpo vertebral; con o sin retro pulsión ósea, con o sin pedículo y/o fractura posterior del elemento
Fractura por estallido		Puede tener radiculopatía resuelta o se queja de sintomatología a radicular no verificables.	Puede tener radiculopatía verificable al momento del examen clínico.	Puede tener radiculopatía en un solo nivel bilateral al momento del examen clínico.	Puede tener signos de radiculopatía en múltiples niveles al momento del examen clínico





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

	Luxaciones, luxofracturas o listesis					
	0	5 6 7 8 10 A B C D E	11 13 15 18 20 A B C D E	21 24 26 28 30 A B C D E	31 33 35 37 40 A B C D E	
	Luxación o fractura con luxación con o sin compresión mínima de cualquier cuerpo vertebral; con o sin pedículo y/o fractura posterior del elemento (menor de 5 mm de desplazamiento)	Listesis a un sólo nivel con o sin fractura.	Listesis a un sólo nivel con o sin fractura.	Listesis en múltiples niveles con o sin cirugía, incluida la fusión.	Listesis en múltiples niveles con o sin cirugía, incluida la fusión	
Hallazgos Físico (Factor Modulador)	Déficit sensorial Sin pérdida de la sensibilidad, parestesias o dolor	Disminución de la sensibilidad leve (con o sin pérdida mínima de la sensibilidad, parestesias o dolor) en la distribución clínica apropiada que se olvida durante la actividad física	Disminución de la sensibilidad leve (con alguna parestesias o dolores menores) en la distribución clínica apropiada que interfiere con algunas actividades.	Disminución mayor de la sensibilidad de protección (con algunas parestesias o dolor moderado en la distribución clínica apropiada) que podría impedir algunas actividades.	Dolor superficial y sensibilidad táctil ausentes o ausencia de sensibilidad de protección (parestesias o dolor severo) que impide todas las actividades.	
	Restricción arcos de movimiento articular – compromiso funcional	Movimientos activos normales sin restricción	Movimientos activos normales con restricción leve (Restricción entre el 1% y 25% del rango articular)	Movimientos activos normales con restricción moderada. (Restricción entre el 26% al 50% del rango articular)	Movimientos activos normales con restricción severa (Restricción entre el 51% y 75% del rango articular)	
Pruebas objetivas. (Factor modulador)	Electrodiagnóstico o EMG	Normal	Radiculopatía resuelta.	Radiculopatía en una raíz nerviosa.	Signos de radiculopatía bilateral de un sólo nivel.	
La clase "0" corresponde a los hallazgos imagenológicos que no apoyan los síntomas, o diagnóstico estructural en límites normales, o cambios normales para la edad o cambios degenerativos clínicamente insignificantes.						
Fuente: Adaptación del Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507 de 2014-Colombia						





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
 NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
 EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

**b. CALIFICACIÓN DE DEFICIENCIAS DE LAS DEFICIENCIAS POR
 ALTERACIONES MUSCULOESQUELÉTICAS DE LA COLUMNA
 DORSAL**

Tabla 2. Calificación de la deficiencia concerniente a patologías de columna dorsal

CLASE DEFICIENCIA	Clase 0	Clase 1	Clase 2	Clase 3	Clase 4
VALORACIÓN DEFICIENCIA	0	5% al 10%	11% al 20%	21% al 30%	31% al 40%
GRADO DE SEVERIDAD (%)		5 6 7 8 10 A B C D E	11 13 15 18 20 A B C D E	21 24 26 28 30 A B C D E	31 33 35 37 40 A B C D E
Diagnóstico por Región (factor principal)	Lesión de tejidos blandos y condiciones no específicas:				
Dolor de columna torácica crónico no específico o recurrente (esguince tendinitis o dolor muscular o lesión por sobreuso).	Historia de tendinitis o dolor muscular en resolución o se queja de dolor torácico sin signos objetivos al examen físico.	Historia documentada de tendinitis o dolor muscular con quejas constantes, con signos radiculares, hallazgos similares en múltiples ocasiones.	NA	NA	NA
	Lesión de segmentos móviles:				
	0	5 6 7 8 10 A B C D E	11 13 15 18 20 A B C D E	21 24 26 28 30 A B C D E	31 33 35 37 40 A B C D E
Hernia discal, inestabilidad, pseudoartrosis, artrodesis fallida, estabilización dinámica o artroplastia, estenosis espinal o combinación de ellas a múltiples niveles. a un sólo nivel.	Sin signos ni síntomas axiales o radiculares.	Sin indicación de cirugía y Con radiculopatía resuelta o sintomatología radicular	Sin indicación de cirugía y con signos de radiculopatía	Posquirúrgico y Con signos de radiculopatía (unilateral y de un sólo nivel)	Posquirúrgico y Con signos de radiculopatía (bilateral o de múltiples niveles)
	Fracturas:				
	0	5 6 7 8 10 A B C D E	11 13 15 18 20 A B C D E	21 24 26 28 30 A B C D E	31 33 35 37 40 A B C D E
Fracturas de uno o más cuerpos vertebrales, fractura de elementos posteriores(pediculo, lámina, proceso articular, proceso transversal), fractura por estallido. Vertebroplastia o cifoplastia con deformidad residual con signos de lesión en la médula espinal o mielopatía	Sin síntomas o signos residuales	Fracturas de uno o múltiples niveles con compresión menor al 25% de cualquier cuerpo vertebral. Puede tener radiculopatía resuelta o se queja de sintomatología radicular no verificables.	Fracturas de uno o múltiples niveles con compresión de 25% a 50% de cualquier cuerpo vertebral. Puede tener radiculopatía verificable al momento del examen clínico.	Fracturas de uno o múltiples niveles con compresión mayor del 50% de un cuerpo vertebral. Puede tener radiculopatía en un sólo nivel bilateral al momento del examen clínico.	Fracturas de uno o múltiples niveles con compresión mayor del 50% de un cuerpo vertebral. Puede tener signos de radiculopatía en múltiples niveles al momento del examen clínico
	Luxaciones o listesis a un sólo nivel o múltiples y fracturas				
	0	5 6 7 8 10 A B C D E	11 13 15 18 20 A B C D E	21 24 26 28 30 A B C D E	31 33 35 37 40 A B C D E
		Sin indicación de cirugía Radiculopatía resuelta o sintomatología radicular	Sin indicación de cirugía Signos de radiculopatía	Posquirúrgico Signos de radiculopatía	Posquirúrgico Signos de radiculopatía bilateral o de múltiples niveles.
Hallazgos Físico (Factor Modulador)	Déficit sensorial	Sin pérdida de la sensibilidad, parestesias o dolor	Disminución de la sensibilidad leve (con o sin pérdida mínima de la sensibilidad, parestesias o dolores menores) en la distribución	Disminución de la sensibilidad leve (con alguna parestesias o dolores moderados) en la distribución	Dolor superficial y sensibilidad táctil ausentes o ausencia de sensibilidad de protección (parestesias o dolor severo) que impide

C. DIAZ V.

M.C. FERRY ALBERTO HERRERA RUAZO
 DIRECTOR EJECUTIVO



NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

			clínica apropiada que se olvida durante la actividad física	apropiada que interfiere con algunas actividades.	clínica apropiada) que podría impedir algunas actividades.	todas las actividades.
Pruebas objetivas. (Factor modulador)	Electrodiagnóstico EMG	Normal	Radiculopatía resuelta.	Radiculopatía en una raíz nerviosa.	Signos de radiculopatía bilateral de un sólo nivel.	Radiculopatía de múltiples raíces nerviosas.
La clase "0" corresponde a los hallazgos imagenológicos que no apoyan los síntomas, o diagnóstico estructural en límites normales, o cambios normales para la edad o cambios degenerativos clínicamente insignificantes.						
Fuente: Adaptación del Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507 de 2014-Colombia						

c. CALIFICACIÓN DE LAS DEFICIENCIAS POR ALTERACIONES MUSCULOESQUELÉTICAS DE LA COLUMNA LUMBAR

Tabla 3. Calificación de la deficiencia concerniente a patologías de columna lumbar

CLASE FUNCIONAL DE DEFICIENCIA	Clase 0	Clase 1	Clase 2	Clase 3	Clase 4	
VALORACIÓN DEFICIENCIA	0	5% al 10%	11% al 20%	21% al 30%	31% al 40%	
GRADO DE SEVERIDAD (%)		5 6 7 8 10 A B C D E	11 13 15 18 20 A B C D E	21 24 26 28 30 A B C D E	31 33 35 37 40 A B C D E	
Diagnóstico por Región (factor principal)	Lesión de tejidos blandos y condiciones no específicas:					
	Lumbalgia crónica no específica o recurrente (luxación severa crónica y por sobreuso) o enfermedad de generativa discal o por enfermedad facetaria o disfunción articular.	Historia de lesión por luxación o por sobreuso (en resolución o se queja de lumbalgia ocasional, sin signos objetivos al examen físico)	Historia de lesión por luxación o sobreuso (tendinitis o dolor muscular), con lumbalgia constante y dolor radicular no verificable.	NA	NA	NA
	Lesión de segmentos móviles, luxaciones o listesis de la columna:					
		0	5 6 7 8 10 A B C D E	11 13 15 18 20 A B C D E	21 24 26 28 30 A B C D E	31 33 35 37 40 A B C D E
	Hemición de disco, Pseudoartrosis, artrodesis, artrodesis fallida, estabilización dinámica o artroplastia. Estenosis lumbar. Listesis, espondilolistesis y espondilosis degenerativa con o sin estenosis de columna, combinaciones de las anteriores a múltiples niveles	Sin signos ni síntomas axiales o radiculares.	Sin indicación de cirugía o con claudicación neurogénica o radiculopatías resueltas	Sin indicación de cirugía y con claudicación neurogénica ocasional, con signos de radiculopatía o con signos de síndrome de cauda equina.	Posquirúrgico y con claudicación neurogénica a menos de 10 minutos con signos de radiculopatía o con signos de síndrome de cauda equina.	Posquirúrgico y con claudicación neurogénica severa e inhabilidad para deambular sin aparatos de ayuda. Con signos de radiculopatía bilateral o de múltiples niveles o con signos de síndrome de cauda equina.
	Fractura y dislocaciones o listesis:					
	0	5 6 7 8 10 A B C D E	11 13 15 18 20 A B C D E	21 24 26 28 30 A B C D E	31 33 35 37 40 A B C D E	





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -MINS/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

	Fracturas de uno o más cuerpos vertebrales, incluyendo fracturas con compresión y por estallido. Fractura de elementos posterior (pedículo, lamina, proceso articular, proceso transversal). Incluye con o sin intervención quirúrgica (vertebroplastia o cifoplastia entre otras)*	Sin síntomas o signos residuales	Fracturas de uno o múltiples niveles con compresión menor al 25% de cualquier cuerpo vertebral. y Puede tener radiculopatía resuelta	Fracturas de uno o múltiples niveles con compresión de 25% - 50% de cualquier cuerpo vertebral. y claudicación neurogénica intermitente.	Fracturas de uno o múltiples niveles con compresión mayor del 50% de un cuerpo vertebral. y claudicación neurogénica intermitente a menos de 10 minutos	Fracturas de uno o múltiples niveles con compresión mayor del 50% de un cuerpo vertebral. Y con claudicación neurogénica severa e inhabilidad para deambular.
	Complicaciones postoperatorias no neurológicas					Infección profunda de la herida de la columna que requiere antibióticos crónicos; u osteomielitis crónica.
Hallazgos Físico (Factor Modulador)	Déficit sensorial	Sin pérdida de la sensibilidad, parestesias o dolor	Disminución de la sensibilidad leve (con o sin pérdida mínima de la sensibilidad, parestesias o dolor) en la distribución clínica apropiada que se olvida durante la actividad física	Disminución de la sensibilidad leve (con algunas parestesias o dolores menores) en la distribución clínica apropiada que interfiere con algunas actividades.	Disminución mayor de la sensibilidad de protección (con algunas parestesias o dolor moderado en la distribución clínica apropiada) que podría impedir algunas actividades.	Dolor superficial y sensibilidad táctil ausentes o ausencia de sensibilidad de protección (parestesias o dolor severo) que impide todas las actividades.
	Restricción arcos de movimiento articular - compromiso funcional	Movimientos activos normales sin restricción	Movimientos activos normales con restricción leve (Restricción entre el 1% y 25% del rango articular)	Movimientos activos normales con restricción moderada. (Restricción entre el 26% al 50% del rango articular)	Movimientos activos normales con restricción severa (Restricción entre el 51% y 75% del rango articular)	Movimientos activos normales con restricción muy severa. (Restricción mayor al 75% del rango articular)
Pruebas objetivas. (Factor modulador)	Electrodiagnóstico EMG	Normal	Radiculopatía resuelta.	Radiculopatía en una raíz nerviosa.	Signos de radiculopatía bilateral de un sólo nivel.	Radiculopatía de múltiples raíces nerviosas.
<p>La clase "0" corresponde a los hallazgos imagenológicos que no apoyan los síntomas, o diagnóstico estructural en límites normales, o cambios normales para la edad o cambios degenerativos clínicamente insignificantes. Si presenta síndrome de cauda equina se califica en SNC y la radiculopatía se califica en el SNP. Luego se combinan con las deficiencias de esta tabla.</p> <p><i>Fuente: Adaptación del Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507 de 2014-Colombia</i></p>						





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -MINSADGIESP-2024
 NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
 EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

**d. CALIFICACIÓN DE LAS DEFICIENCIAS POR ALTERACIONES
 MUSCULOESQUELÉTICAS DE LA PELVIS**

Tabla 4. Calificación de la deficiencia concerniente a patologías de la pelvis

CLASE DEFICIENCIA	FUNCIONAL DE	Clase 0	Clase 1	Clase 2	Clase 3	Clase 4
VALORACIÓN DEFICIENCIA		0	5% al 10%	11% al 25%	30% al 40%	41% al 50%
GRADO DE SEVERIDAD (%)			5 6 7 8 10 A B C D E	1 14 18 22 25 A B C D E	30 33 35 38 40 A B C D E	41 42 45 48 50 A B C D E
Diagnóstico por Región (factor principal)	Fractura y luxaciones: Fracturas de las ramas púbicas, de ilion, isquion y /o sacro. Con o sin cirugía.	Fractura consolidada, con o sin cirugía, sin síntomas residuales relacionados con la fractura.	Fracturas mínimamente desplazadas < de 1cm son o sin cirugía. Consolidada y estable y separación de la sínfisis púbica (>1cm y menor de 3 cm)	Fracturas desplazadas (>1cm y <2cm) del ilion, isquion, sacro o coxis. Consolidada con o sin cirugía. O separación de la sínfisis púbica > o igual a 3 cm Sin inestabilidad	Fracturas desplazadas >o igual a 2cm del ilion, isquion, sacro o coxis. Consolidada con o sin cirugía. Y Separación de la sínfisis púbica > o igual a 3 cm Con inestabilidad.	Luxación de la articulación sacroiliaca o fractura y luxación con ruptura de los ligamentos sacroiliacos; fractura sacra transversa con disociación pélvica espinal o Complicaciones severas después de cirugía, incluida pseudoartrosis, osteomielitis o inestabilidad
	Fractura de acetábulo.	Fractura consolidada, con o sin cirugía, sin síntomas residuales relacionados con la fractura	Si tiene restricciones en los arcos de movilidad de cadera se califica con base en el Unidad de miembros inferiores			
Hallazgos Físico (Factor Modulador)	Marcha. Patrón: Fase de Apoyo: apoyo inicial o talón, apoyo medio y despegue de dedos.	No hay desordenes las fases del patrón de la marcha	Camina con alteración leve de la fase de apoyo.	Camina alguna distancia, con alteración moderada en la fase de apoyo y de balanceo.	Camina, pero con severa alteración de la fase de apoyo y la fase de balanceo llega solo a la propulsión.	No puede caminar. Alteración completa de las fases del patrón de marcha.
	Restricción arcos de movimiento articular - compromiso funcional	Movimientos activos normales sin restricción	Movimientos activos normales con restricción leve (Restricción entre el 1% y 25% del rango articular)	Movimientos activos normales con restricción moderada. (Restricción entre el 26% al 50% del rango articular)	Movimientos activos normales con restricción severa (Restricción entre el 51% y 75% del rango articular)	Movimientos activos normales con restricción muy severa. (Restricción mayor al 75% del rango articular)
Hallazgos físicos. (Factor modulador)	Diferencia en la longitud de los miembros inferiores postraumático.	Sin acortamiento	Menor o igual a 1 cm	> 1cm a < 3 cm	> o igual a 3 cm a 5 cm	> de 5 cm
La fractura del acetábulo: Fractura consolidada no desplazada sin deformidad estructural residual y sin síntomas residuales corresponden a la clase 0. Si tiene restricciones de los arcos de movimiento se califica en la unidad de miembros inferiores para luego combinarlos.						
Fuente: Adaptación del Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507 de 2014-Colombia						





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -MINS/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

**6.2 METODOLOGÍA PARA LA EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL ROL LABORAL Y
RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN.**

6.2.1 GENERALIDADES

6.2.1.1 La evaluación y calificación del rol laboral y restricción en la participación complementa la evaluación y la calificación de las deficiencias, midiendo el impacto de éstas sobre el rol laboral y la participación. Se incluye: la integralidad, intencionalidad, elección, determinación, autonomía, planificación y la resolución, para el inicio, desarrollo o finalización de la actividad laboral u ocupacional y de otras propias del ser humano.

6.2.1.2 De esta manera, se tienen en cuenta dos poblaciones de acuerdo con la etapa del ciclo vital y rol desempeñado para efectos de calificar Incapacidad laborales, estas poblaciones son:

- Personas en edad económicamente activa que ejercen o han ejercido un rol laboral; pensionistas que trabajan y adultos mayores que trabajan; y adultos mayores, que trabajaron y ya no lo hacen, como consecuencia de la (s) deficiencias (s).
- Personas que no han tenido un rol laboral.

6.2.1.3 En el grupo de personas en edad económica activa se evalúa y califica el rol laboral, la restricción en la participación y la edad. Mientras que en grupo de jubilados y pensionados que no trabajan, adultos mayores que no trabajan y personas que no han tenido un rol laboral, se evalúa y califica únicamente la restricción en la participación.

Tabla 1. Grupos poblacionales, rol laboral y restricción en la participación

Grupos poblacionales	Rol laboral y restricción en la participación
Personas en edad económicamente activa que ejercen o han ejercido un rol laboral; pensionistas que trabajan y adultos mayores que trabajan; y adultos mayores, que trabajaron y ya no lo hacen, como consecuencia de la (s) deficiencias (s).	Rol laboral (Evaluación de las Restricciones y Capacidades Laborales), restricción en la participación y edad.
Personas que no han tenido un rol laboral.	Restricción en la participación

(*)Adaptación del Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507. Ministerio de Trabajo. Colombia. 2014



Teniendo en cuenta todo lo anterior, para la calificación del rol laboral se hace claridad en los siguientes elementos:

- El rol se deriva del fundamento técnico de la definición de "trabajo habitual", por lo que se debe calificar lo que la persona hacía o ejecutaba al momento que haya presentado el accidente o enfermedad.
- No se debe calificar el rol laboral con base en las expectativas laborales que tenía la persona en la empresa, sino con base en el rol que desempeñaba, para el que fue contratado.





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -MINSA/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

6.2.2 EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL ROL LABORAL Y LA RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN EN POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA, PENSIONISTAS QUE TRABAJAN, ADULTOS MAYORES QUE TRABAJAN Y ADULTOS MAYORES QUE TRABAJARON Y YA NO LO HACEN COMO CONSECUENCIA DE LA(S) DEFICIENCIA(S)

La evaluación y calificación del rol laboral y la restricción en la participación comprende el análisis de los siguientes componentes: Evaluación y calificación del rol laboral a través de la evaluación de las restricciones y capacidades laborales; restricción en la participación y edad.

6.2.2.1 Evaluación y calificación del rol laboral

El rol laboral hace referencia a como llevar a cabo las tareas y acciones necesarias para ejecutar las actividades de un trabajo o empleo teniendo en cuenta las actitudes y aptitudes de orden mental, cognitivo y físico de las personas desarrolladas y acumuladas por los aprendizajes, los conocimientos, las destrezas y las habilidades operativas, organizativas, estratégicas y resolutivas que se ponen en juego como capacidad productiva. Esta capacidad productiva se define y mide en términos de desempeño en un determinado contexto laboral.

La evaluación del rol laboral consiste en analizar las restricciones generadas por la(s) deficiencia(s) sobre la capacidad productiva de una persona para ejecutar las actividades de un determinado puesto de trabajo y la capacidad laboral residual. Se debe tener en cuenta que se evalúa el trabajo que se desarrollaba al momento de sufrir el accidente laboral o la enfermedad profesional.

Complementado lo establecido en la Tabla 1 del subnumeral 6.2.1.3, se califican por rol laboral:

- Personas en edad económicamente activa que trabajan.
- El adulto mayor que esté ejerciendo una actividad remunerada.
- El adulto mayor pensionista a temprana edad, pero que continúa laborando.
- Las personas en edad de trabajar que, trabajaron en el pasado y no lo hacen en la actualidad, que están desempleadas o sin vínculo laboral por su condición de salud (como consecuencia de una deficiencia) y que en el momento de adquirir la deficiencia se encontraban laborando.
- Adultos mayores de 65 años, cotizantes, que trabajaron y ya no lo hacen, como consecuencia de la (s) deficiencias (s).
- Personas a quienes se les califican secuelas de un accidente de trabajo o de una enfermedad laboral, aunque sean adultos mayores de 60 años o, aunque se encuentren pensionados por cualquier causa.

Para la evaluación del rol laboral, se tienen en cuenta los siguientes aspectos:

- **Capacidades del trabajador:** Relacionado con las habilidades y destrezas a nivel cognitivo, perceptual, motor, psicosocial y de relación con los procesos, objetos, máquinas, herramientas y materiales propios del puesto de trabajo y donde la persona sufre restricciones.
- **Requerimientos del puesto de trabajo:** Conjunto de requerimientos conformados por el lugar físico, las herramientas, tareas, deberes y responsabilidades, asignados a una persona en su ámbito laboral. Solo se debe considerar el puesto de trabajo donde el trabajador laboraba y donde haya presentado el accidente o enfermedad sin restricciones, recomendaciones ni cambios de puesto.

Para la evaluación de las capacidades del trabajador o perfil ocupacional y el perfil de puesto de trabajo o requerimientos del puesto de trabajo se consideran las





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -MINS/DGIESP-2024
 NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
 EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

dimensiones de la carga física, mental y emocional, así como otros riesgos, con las siguientes fases:

- **Fase 1.** Identificación de la ocupación según la Clasificación Nacional de Ocupaciones vigente (Tabla 2) y descripción de las tareas.

Tabla 2. Clasificación Nacional de Ocupaciones, publicado en el portal web del

Instituto Nacional de Estadísticas e Informática (INEI)

	Grandes Grupos
Gran Grupo 1	Miembros del Poder Ejecutivo, Legislativo, Judicial y personal directivo de la administración pública y privada
Gran Grupo 2	Profesionales científicos e intelectuales
Gran Grupo 3	Profesionales técnicos
Gran Grupo 4	Jefes y empleados administrativos
Gran Grupo 5	Trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados
Gran Grupo 6	Agricultores y trabajadores calificados agropecuarios, forestales y pesqueros
Gran Grupo 7	Trabajadores de la construcción, edificación, productos artesanales, electricidad y las telecomunicaciones
Gran Grupo 8	Operadores de maquinaria industrial, ensambladores y conductores de transporte
Gran Grupo 9	Ocupaciones elementales
Gran Grupo 10	Ocupaciones militares y policiales

Fuente: Clasificador Nacional de Ocupaciones 2015, elaborado en base al Clasificador Internacional Uniforme de Ocupaciones 2008 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT).

- **Fase 2:** Identificación de las dimensiones según los puestos de trabajo.

Tabla 3. Dimensiones de la carga física, mental y emocional(*)

Dimensiones	Variable	Característica
Carga Mental	Procesamiento de la información	Memoria visual
		Semejanzas y diferencias





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -MINSA/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

		Orientación espacial
		Conocimiento numérico
		Aprendizaje de tareas
		Lenguaje expresivo
		Conocimiento de la escritura
		Lenguaje comprensivo
		Conocimiento de la lectura
		Actitudes en el trabajo
	Repetitividad	
	Atención	
	Ritmo	
	Organización	
	Relaciones de trabajo	
	Carga Física	Aptitudes físicas
Coordinación manipulativa		
Carga postural/Trabajo repetitivo		
Trabajo de precisión		
Sedestación Mantenido		
Bipedestación		
Marcha por terreno irregular		
Campo visual		
Agudez visual		
Requerimiento Auditivo		
Requerimiento fonatorio		
Requerimiento de olfato y/o gusto		
Sensibilidad: superficial y/o profunda		
Carga Emocional		
	Relaciones Psicosociales	
Otros Riesgos	Factores ambientales	Ambiente térmico
		Ambiente sonoro
		Condiciones lumínicas
		Higiene ocupacional

(*) Modificado del Manual de Evaluación de Requerimientos para la Valoración de la Capacidad Laboral (MERCAL-2008). Instituto de Seguridad Social, España.



- **Fase 3:** Evaluación de los requerimientos del puesto de trabajo por cada dimensión identificada: Bajo, Moderado, Alto, Muy Alto. La valoración de los Requerimientos del Puesto de Trabajo por dimensiones física, mentales y emocional se establece en el Anexo 1.



NORMA TÉCNICA DE SALUD Nº 223 -MINSA/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

Tabla 4. Requerimientos del puesto de trabajo

Requerimiento bajo:	Requerimiento medio:	Requerimiento alto:	Requerimiento muy alto:
Actividad con experiencia y que requiere un adiestramiento, entrenamiento o capacitación básicos.	Actividades con experiencia y con un grado de adiestramiento, entrenamiento o capacitación técnica que le permita desarrollar su actividad laboral manteniendo un rendimiento habitual	Actividades con experiencia y con el adiestramiento, entrenamiento o capacitación universitaria necesarios. Se define como exigencia laboral intensa o "cualificada".	Actividades con experiencia y especialmente adiestrada, entrenada o capacitación universitaria avanzado (postgrado). Se define como exigencia laboral especialmente intensa.

(*) Modificado del Manual de Evaluación de Requerimientos para la Valoración de la Capacidad Laboral (MERCAL-2008). Instituto de Seguridad Social, España.

- **Fase 4:** Evaluación de las capacidades del trabajador para lo cual se categoriza cada dimensión en:

Tabla 5. Capacidades del Trabajador

Sin dificultad:	Con dificultad no significativa	Con dificultad leve:	Con dificultad moderada	Con dificultad severa:	Sin capacidad:
Puede realizar sus actividades laborales sin dificultad	Puede realizar sus actividades laborales en calidad y/o cantidad con dificultad no significativa	Puede realizar sus actividades laborales en calidad y/o cantidad con dificultad leve	Puede realizar sus actividades laborales en calidad y/o cantidad con dificultad moderada	Puede realizar sus actividades laborales en calidad y/o cantidad con dificultad severa	No puede realizar actividades

(*) Modificado del Manual de Evaluación de Requerimientos para la Valoración de la Capacidad Laboral (MERCAL-2008). Instituto de Seguridad Social, España.

- **Fase 5:** Comparación de los requerimientos según las dimensiones; para las capacidades del trabajador, para lo cual se realiza un análisis por cada caso en específico, y se otorga un puntaje de Rol Laboral del 0 al 5, de acuerdo al anexo 2, tomando en cuenta la Tabla 6: .





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

Tabla 6. Puntaje del Rol Laboral según Requerimientos del Puesto y Capacidades del Trabajador

Requerimiento/Capacidades	Bajo	Medio	Alto	Muy Alto
Sin dificultad:	0	0	0	0
Con dificultad no significativa:	1	1	2	2
Con dificultad leve:	2	2	3	3
Con dificultad moderada:	3	3	4	4
Con dificultad severa:	4	4	5	5
Sin capacidad :	5	5	5	5

(*)Elaborado por la Unidad Funcional de Salud Ocupacional e Incapacidad Laboral, DENOT-DGIESP/MINSA

6.2.2.2 Evaluación y calificación de la restricción en la participación.

La restricción en la participación hace referencia a los problemas que un individuo puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales; estas situaciones vitales incluyen las siguientes categorías: Actividades de la vida diaria - AVD, actividades de la vida diaria instrumentales - AVDI, educación, estudio, juego, ocio y participación social. Estas se expresan como adquisición de conocimiento, cuidado personal, movilidad, tareas y demandas generales, comunicación y vida doméstica.

Para calificar estas áreas se deben tener en cuenta los siguientes criterios:

- Capacidad de ejecución.
- Dependencia
- Uso de producto, instrumentos, equipo o sistema técnico de apoyo.

Se aplica una escala de calificación compuesta por clases mutuamente excluyentes, denominadas: A, B, C, D y E. Estas incorporan criterios cualitativos, necesidad de ayudas y grado de dependencia cuando aplican.



C. DIAZ V.

Tabla 9. Clasificación del nivel de dependencia en la restricción en la participación

CLASE	CRITERIO CUALITATIVO	Criterios a tener en cuenta para su asignación teniendo en cuenta la deficiencia(s) evaluada(s)
A	No hay dificultad-no dependencia	La persona con sus habilidades motoras, de procesamiento y de comunicación cuenta con la capacidad para iniciar, desarrollar y finalizar la adquisición del conocimiento, del cuidado personal, de la movilidad, en la ejecución de las tareas y demandas generales, de la comunicación y de la vida económica y doméstica, no requiere de ayudas. Es independiente. NO DEPENDENCIA





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

B	Dificultad leve-no dependencia	La persona con sus habilidades motoras, de procesamiento y de comunicación para iniciar, desarrollar y finalizar la adquisición del conocimiento, del cuidado personal, de la movilidad, en la ejecución de las tareas y demandas generales, de la comunicación y de la vida económica y doméstica, requiere de mayor tiempo; no requiere de ayudas. Es independiente. NO DEPENDENCIA
C	Dificultad moderada - dependencia moderada	La persona con sus habilidades motoras, de procesamiento y de comunicación para iniciar, desarrollar y finalizar la adquisición del conocimiento, del cuidado personal, de la movilidad, en la ejecución de las tareas y demandas generales, de la comunicación y de la vida económica y doméstica, requiere del uso de ayudas técnicas para la ejecución de éstas. DEPENDENCIA MODERADA.
D	Dificultad severa - dependencia severa	La persona con sus habilidades motoras, de procesamiento y de comunicación para iniciar, desarrollar y finalizar la adquisición del conocimiento, del cuidado personal, de la movilidad, en la ejecución de las tareas y demandas generales, de la comunicación y de la vida económica y doméstica, requiere ayuda de otras personas para el desarrollo de la actividad. La persona presenta una DEPENDENCIA SEVERA
E	Dificultad completa - dependencia Grave/completa	La persona con sus habilidades motoras, de procesamiento y de comunicación para iniciar, desarrollar y finalizar la adquisición del conocimiento, del cuidado personal, de la movilidad, en la ejecución de las tareas y demandas generales, de la comunicación y de la vida económica y doméstica requiere ayudas técnicas y/o ayuda personal; no realiza las actividades por sí solo. DEPENDENCIA GRAVE-COMPLETA.

(*) Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507. Ministerio de Trabajo. Colombia. 2014

Las categorías consideradas en este punto de calificación son:

- **Aprendizaje y aplicación del conocimiento:** Trata sobre el aprendizaje, la aplicación de los conocimientos aprendidos, el pensamiento, la resolución de problemas y la toma de decisiones.
- **Comunicación:** Trata sobre los aspectos generales y específicos de la comunicación mediante el lenguaje, signos y símbolos, incluyendo la recepción y producción de mensajes, llevar a cabo una conversación y utilización de instrumentos para la comunicación.
- **Movilidad:** Trata sobre moverse cambiando de posición el cuerpo, desplazarse de un sitio a otro y llevar, mover o manipular objetos, andar, correr o escalar y usar varias formas de transporte.
- **Cuidado personal:** Trata sobre las habilidades del cuidado personal, lavarse y secarse uno mismo, el cuidado del cuerpo y partes del cuerpo, vestirse, comer y beber y cuidar de la propia salud.





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -MINSA/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

- **Vida doméstica:** Trata sobre cómo llevar a cabo tareas y acciones domésticas y cotidianas. Las áreas de la vida doméstica incluyen conseguir un lugar para vivir, comida, ropa y otras necesidades, limpiar y reparar el hogar, cuidar de los objetos personales y de los del hogar y ayudar a otras personas
- **Vida Económica:** Trata sobre las transacciones económicas básicas, transacciones económicas complejas y autosuficiencia económica.

Tabla 10. Situaciones vitales y porcentaje máximo asignado

SITUACIONES VITALES	PORCENTAJE MÁXIMO ASIGNADO
Aprendizaje y aplicación del conocimiento	4%
Comunicación	4%
Movilidad	4%
Cuidado Personal	4%
Vida doméstica	4%
Vida económica	2%
Puntaje Total	22%

(*)Fuente: Adaptación del Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507. Ministerio de Trabajo. Colombia. 2014

Cada área tiene un valor máximo determinado, con valores internos proporcionales de gravedad, de acuerdo con el número de categorías por cada área.

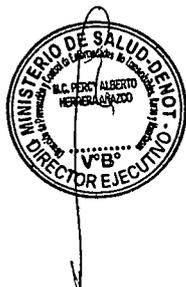
La elección de categorías a evaluar se hace de acuerdo con la evaluación de las deficiencias según el órgano o sistema afectado. Asimismo, no se da valor a actividades que la persona NO ha desempeñado.

Para la evaluación y calificación de la autosuficiencia económica se debe tener en cuenta lo siguiente:

- Asignar a la persona una única categoría teniendo en cuenta la autosuficiencia económica actual, derivada de la deficiencia (s) presente (s), en comparación con la autosuficiencia económica previa a la contingencia médica.
- No deben tenerse en cuenta otras condiciones económicas propias de la persona o de la familia, así como otros beneficios suplementarios: mesadas pensionales, indemnizaciones, subsidios, auxilios entre otros, que se puedan obtener a futuro.

Tabla 11. Relación de las categorías para el área de aprendizaje y aplicación de conocimiento con sus valores máximos individuales

1.	Aprendizaje y aplicación del conocimiento (valor máximo posible .0)	CLASES X (Según escala de calificación)				
		Nivel de gravedad, excluyentes entre los cinco indicadores				
		A	B	C	D	E
		0.0	0.2	0.4	0.6	0.8
1.1	Mirar: Usar el sentido de la vista intencionalmente para apreciar estímulos visuales, como ver un acontecimiento deportivo o niños jugando.					
1.2	Escuchar: Usar el sentido del oído para apreciar estímulos auditivos, como escuchar la radio, música o una lección.					





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

1.3	Pensar: Formular y manipular ideas, conceptos e imágenes, tanto orientadas como no a metas específicas, y que pueden ir acompañadas o no, como crear una ficción, probar un teorema, jugar con ideas, hacer una tormenta de ideas, meditar, valorar o ponderar, especular o reflexionar					
1.4	Resolver problemas y tomar decisiones: Encontrar soluciones a problemas y situaciones detectando y analizando las consecuencias, desarrollando opciones y soluciones, evaluando efectos potenciales de las soluciones y ejecutando la solución escogida, como resolver una disputa entre dos personas					
1.5	Llevar a cabo tareas simples: Llevar a cabo, acciones sencillas o complejas y coordinadas relacionadas con los componentes mentales y físicos implicados en una tarea, como iniciar una tarea, organizar el tiempo, espacio y materiales para una realizar una tarea, llevarla a cabo, completarla y mantener la actividad.					
2.	Comunicación (valor máximo posible 4.0)	A	B	C	D	E
	Nivel de gravedad, excluyentes entre los cinco indicadores	0.0	0.2	0.4	0.6	0.8
2.1	Comunicarse con recepción de mensajes verbales					
2.2	Comunicarse con recepción de mensajes escritos: Comprender el significado literal e implícito de mensajes que están estructurados a través del lenguaje escrito (incluido Braille), como seguir eventos políticos en el periódico o entender el mensaje de una escritura religiosa o de una historia.					
2.3	Habla: Producir palabras, frases y párrafos en mensajes hablados con significado literal e implícito, como la habilidad de expresar un hecho o contar una historia en lenguaje oral.					
2.4	Mensajes escritos: La habilidad de producir mensajes con significado literal o implícito, expresados mediante el lenguaje escrito, como escribir una carta a un amigo.					
2.5	Conversación: Iniciar, sostener y finalizar un intercambio de pensamientos e ideas, llevado a cabo a través de lenguaje hablado, escrito, de signos u otras formas de lenguaje, con una o más personas conocidas o extraños, en un ambiente formal o informal.					
3.	Movilidad (valor máximo posible 4.0)	A	B	C	D	E
	Nivel de gravedad, excluyentes entre los cinco indicadores	0.0	0.2	0.4	0.6	0.8
3.1	Mantener la posición del cuerpo: Mantener el cuerpo en la misma posición durante el tiempo necesario, como permanecer sentado o permanecer de pie en el trabajo o colegio.					





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -MINS/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

3.2	Levantar y llevar objetos: Levantar un objeto y llevarlo de un sitio a otro, como levantar una taza o llevar a un niño de una habitación a otra.					
3.3	Uso fino de la mano: Realizar acciones coordinadas relacionadas con manejar, recoger, manipular y soltar objetos, utilizando una mano, los dedos y el pulgar (los dedos de la mano), como levantar monedas de una mesa, o girar un tirador/perilla/picaporte.					
3.4	Uso de la mano y el brazo: Realizar las acciones coordinadas que se requieren para manipular y mover objetos utilizando las manos y los brazos, como girar tiradores/perillas/picaportes o lanzar o coger un objeto					
3.5	Andar y desplazarse por el entorno: Avanzar sobre una superficie a pie, paso a paso, de manera que al menos un pie esté siempre en el suelo, como caminar hacia delante, hacia atrás o de lado.					
4.	Cuidado Personal (valor máximo posible 4.0)	A	B	C	D	E
	Nivel de gravedad, excluyentes entre los cinco indicadores	0.0	0.2	0.4	0.6	0.8
4.1	Lavarse: Lavarse y secarse todo el cuerpo o partes del cuerpo, utilizando agua y materiales o métodos apropiados de lavado y secado, como bañarse ducharse, lavarse las manos y la cara, el pelo; y secarse con una toalla					
4.2	Higiene personal relacionada con los procesos de excreción: Planificación y ejecución de la eliminación de residuos humanos (menstruación, orinar y defecar) y la propia limpieza posterior					
4.3	Vestirse: Llevar a cabo las acciones coordinadas relacionadas con ponerse y quitarse ropa y calzado en el orden correcto y de acuerdo con las condiciones climáticas, como poner, colocar y quitar, camisas, faldas, blusas, pantalones, ropa interior, medias, sombreros, guantes, abrigos, zapatos, botas, sandalias y zapatillas/pantufias.					
4.4	Comer y beber: Llevar a cabo las tareas y acciones coordinadas relacionadas con comer y beber la comida o bebida que está servida, llevarla a la boca y consumirla de una manera culturalmente aceptable, en un contexto/entorno uniforme, cortar o partir la comida en pequeños trozos, abrir botellas y latas, usar cubiertos.					
4.5	Cuidado de la propia salud: Asegurar la salud y bienestar físico y mental, en un contexto/entorno uniforme, como mantener una dieta balanceada/equilibrada, un nivel adecuado de actividad física, una temperatura corporal adecuada, prevenir daños para la salud, seguir prácticas sexuales seguras, incluyendo el uso de preservativos, seguir los planes de inmunización y realizar exámenes físicos regulares.					
5	Vida Doméstica (valor máximo posible 2.0)	A	B	C	D	E



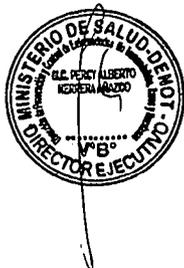
C. DIAZ V.





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

	Nivel de gravedad, excluyentes entre los cinco indicadores	0.0	0.2	0.4	0.6	0.8
5.1	Adquisición de un lugar para vivir: Comprar, alquilar, amueblar y organizar una casa, apartamento u otra vivienda					
5.2	Adquisición de bienes y servicios: Seleccionar, obtener y transportar todos los bienes y servicios necesarios para la vida diaria, como seleccionar, obtener, transportar y almacenar comida, bebida, ropa, productos de limpieza, combustible, artículos para la casa, utensilios, baterías de cocina, aparatos domésticos y herramientas; procurarse servicios y utilidades domésticas					
5.3	Realizar los quehaceres de la casa: Ocuparse de la casa limpiándola, lavando la ropa, usando aparatos domésticos, almacenando comida y eliminando la basura, como barrer, pasar el trapeador, limpiar las encimeras, paredes y otras superficies; recoger y eliminar la basura de la casa; ordenar habitaciones, armarios y cajones; recoger, lavar, secar, doblar y planchar ropa; limpiar calzado; utilizar escobas, cepillos y aspiradoras; utilizar lavadoras, secadoras y planchas					
5.4	Cuidado de los objetos del hogar: Mantener y reparar los objetos del hogar y otros objetos personales, incluyendo la casa y su contenido, la ropa, los vehículos y los dispositivos de ayuda y el cuidado de plantas y animales, como pintar o empapelar las habitaciones, reparar los muebles, reparar las cañerías, asegurarse de que los vehículos funcionan adecuadamente, regar las plantas, cuidar y alimentar mascotas y animales domésticos.					
5.5	Ayudar a los demás: Ayudar a miembros de la casa y a otras personas en su aprendizaje, en la comunicación, en el auto cuidado o en el desplazamiento dentro o fuera de la casa; preocuparse por el "bienestar" de los miembros de la casa y de otras personas					
6	Vida Económica (valor máximo posible 2.0)	Porcentaje		Situación del evaluado		
	Nivel de gravedad, excluyentes entre los cinco indicadores					
6.1	Transacciones Económicas básicas: Participar en cualquier forma de transacción económica básica, como usar dinero para comprar comida o hacer trueques, intercambiar bienes o servicios; o ahorrar dinero.	0%				
6.2	Transacciones económicas complejas: Participar en cualquier forma de transacciones económicas complejas que implican el intercambio de capital o de propiedades y la creación de beneficios o valor económico, como comprar un negocio, fábrica, o equipo, mantener una cuenta bancaria, o comerciar con mercancías.	1%				
6.3	Autosuficiencia económica: Tener el control sobre recursos económicos, obtenidos de fondos públicos	2%				





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -MINS/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

o privados, con el objetivo de garantizar una seguridad económica para las necesidades presentes y futuras. Incluye: recursos económicos personales y derechos sobre economía pública					
---	--	--	--	--	--

(*)Fuente: Adaptación del Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507. Ministerio de Trabajo. Colombia. 2014

El valor final de la calificación de la restricción en la participación se obtiene realizando una suma aritmética de los resultados obtenidos por cada categoría.

6.2.2.3 Evaluación y calificación de la edad

Se asignará una única categoría, teniendo en cuenta la edad cronológica a la fecha de la calificación de la incapacidad laboral

Tabla 12. Porcentaje asignado por edad

CATEGORÍA	PORCENTAJE
Mayor o igual a 18 años, menor de 30 años	0%
Mayor o igual a 30 años, menor de 40 años	0.5%
Mayor o igual a 40 años, menor de 50 años	1.0%
Mayor o igual a 50 años , menor de 60 años	2.0%
Mayor o igual a 60 años	3.0%

(*)Fuente: Adaptación del Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507. Ministerio de Trabajo. Colombia. 2014

6.2.2.4 Criterios para calificar a las personas en edad económicamente activa, pensionistas que trabajan, adultos mayores que trabajan; y adultos mayores que trabajan y ya no lo hacen como consecuencia de la(s) deficiencia(s)

Criterio	Número de Categorías	Valor máximo
Rol Laboral	6	35%
Restricción en la Participación	6	22%
Edad	5	3%

Para obtener el porcentaje final de la calificación del rol laboral y restricción en la participación de las personas en edad económicamente activa y adultos mayores que trabajan, se suman aritméticamente los valores obtenidos del rol laboral, restricción en la participación y de la edad . El valor final no puede ser mayor al 50%.

Rol laboral y Restricción en la participación = Restricciones y Capacidades Laborales + Restricción en la participación + Edad





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

**6.2.3 EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DE LA RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN
DE LS PERSONAS QUE NO HAN TENIDO UN ROL LABORAL.**

La evaluación y calificación de la restricción en la participación en este grupo poblacional considera las habilidades motoras, de procesamiento y comunicación; y el nivel de dependencia requerido para la ejecución de actividades de la vida diaria

Tabla 13. Clasificación del nivel de dependencia en la restricción en la participación

Clase	Categoría de la Restricción en la participación	Porcentaje asignado
A	Participa sin dificultad-no dependencia. Con las habilidades motoras, de procesamiento y de comunicación cuenta con la capacidad para iniciar, desarrollar y finalizar actividades de uso de tiempo libre y esparcimiento y otras áreas ocupacionales tales como: alimentación, la higiene y vestido, el desplazamiento entre otras. No requiere de ayudas. Es independiente	0%
B	Ligera restricción de la participación-no dependencia. Con las habilidades motoras, de procesamiento y de comunicación cuenta con la capacidad para iniciar, desarrollar y finalizar actividades de uso de tiempo libre y esparcimiento y otras áreas ocupacionales tales como: alimentación, la higiene y vestido, el desplazamiento entre otras requiere de mayor tiempo; no requiere de ayudas para las actividades. Es independiente. NO DEPENDENCIA	10%
C	Moderada restricción de la participación -dependencia moderada. Con las habilidades motoras, de procesamiento y de comunicación cuenta con la capacidad para iniciar, desarrollar y finalizar la adquisición del conocimiento, del cuidado personal, de la movilidad, la ejecución de las tareas básicas o las escolares, el juego y la comunicación mediante el uso de ayudas técnicas para la ejecución de las actividades de juego-estudio. DEPENDENCIA MODERADA.	25%
D	Severa Restricción de la participación-dependencia severa. Con las habilidades motoras, de procesamiento y de comunicación cuenta con la capacidad para iniciar, desarrollar y finalizar actividades de uso de tiempo libre y esparcimiento y otras áreas ocupacionales tales como: alimentación, la higiene y vestido, el desplazamiento entre otras amerita la ayuda de otras personas para el desarrollo de las actividades. La persona presenta una DEPENDENCIA SEVERA.	35%
E	Completa Restricción de la Participación - dependencia Grave-completa. Con las habilidades motoras, de procesamiento y de comunicación cuenta con la capacidad para iniciar, desarrollar y finalizar actividades de uso de tiempo libre y esparcimiento y otras áreas ocupacionales tales como: alimentación, la higiene y vestido, el desplazamiento entre otras, mediante ayudas técnicas y/o ayuda personal no realiza las actividades. DEPENDENCIA GRAVE-COMPLETA.	50%

(*)Fuente: Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507. Ministerio de Trabajo. Colombia. 2014





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -MINS/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

Criterios para calificar a las personas que no han tenido un rol laboral

Criterio	Número de Categorías	Valor máximo
Restricción en la participación	5	50%

La calificación de la restricción en la participación no puede ser mayor al 50%.

6.3 CALIFICACIÓN DEL MENOSCABO DE LA CAPACIDAD LABORAL.

6.3.1 Para la calificación del menoscabo de la capacidad laboral se realiza una suma aritmética del porcentaje de la calificación de las deficiencias y el porcentaje de lo obtenido de la calificación del Rol laboral y rol de la participación, según los grupos poblacionales.

Calificación de la Incapacidad laboral en población económicamente activa, pensionistas que trabajan, adultos mayores que trabajan y adultos mayores que trabajaron y ya no lo hacen como consecuencia de la(s) deficiencia(s)

CALIFICACION DE LAS DEFICIENCIAS	CALIFICACIÓN DEL ROL LABORAL Y RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN		
Deficiencias	Restricciones y Capacidades Laborales	Restricción en la participación	Edad
50%	25%	22%	3%
≤ 100%			

Calificación de la Incapacidad laboral en personas que no han tenido un rol laboral

CALIFICACIÓN DE LAS DEFICIENCIAS	CALIFICACIÓN DE LA RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN
Deficiencias	Restricción en la Participación
50%	50%
≤100%	



7. RESPONSABILIDADES

7.1 En el Nivel Nacional

El Ministerio de Salud, a través de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, es responsable de la difusión de la presente Norma Técnica de Salud hasta el nivel regional, así como de brindar la asistencia técnica necesaria para su implementación, supervisar y evaluar su aplicación en el sector.

7.2 En el Nivel Regional

Las DIRESA/GERESA/DIRIS son responsables de la difusión de la presente Norma Técnica de Salud en su respectivo ámbito o jurisdicción, así como de brindar asistencia técnica, implementarla y hacer cumplir lo establecido, monitorear, supervisar y evaluar su cumplimiento.

Las Sanidades de las Fuerzas Armadas, de la Policía Nacional del Perú, y el Seguro Social de Salud - EsSalud, son responsables de la difusión de la presente Norma Técnica de Salud en su jurisdicción, de su implementación, así como de brindar la asistencia





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

técnica necesaria, capacitación y de supervisar su aplicación en su ámbito de competencia, a través de sus procedimientos institucionales.

7.3 En el Nivel Local

Los establecimientos de salud son responsables de aplicar y cumplir lo dispuesto en la presente Norma Técnica de Salud en lo que corresponda.

8. DISPOSICIONES FINALES

8.1 La Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública del Ministerio de Salud, a través de la Dirección de Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles, Raras y Huérfanas (DENOT), es responsable de establecer la metodología y el plan de capacitación nacional de la presente Norma Técnica de Salud, así como su implementación.

8.2 La Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública del Ministerio de Salud, a través de la Dirección de Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles, Raras y Huérfanas (DENOT), es responsable de establecer la metodología y el plan de capacitación nacional para la formación de médicos facilitadores.

9. ANEXOS

Anexo 1: Instructivo de valoración de los requerimientos del puesto de trabajo.

Anexo 2: Calificación del rol laboral.





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -MINS/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

ANEXO 1

INSTRUCTIVO DE VALORACIÓN DE LOS REQUERIMIENTOS DEL PUESTO DE
TRABAJO

1. Carga Mental y Carga Emocional

Grado	% del Tiempo de Trabajo
1	Menos de 20%
2	20 a 40%
3	Mayor a 40 menos de 60%
4	Mayor a 60%

2. Carga Física

2.1 Carga biomecánica por postura /repetitividad:

Grado	% del Tiempo de Trabajo
1	Menos de 20%
2	20 a 40%
3	Mayor a 40 menos de 60%
4	Mayor a 60%

2.2 Manejo de cargas:

Grado	Tipo de Trabajo		% del Tiempo de Trabajo
	varones	mujeres	
1	Menos de 3	Menos 3	Sin tiempo
2	3 a 15	3 a 9	0 a 40%
3	2 a 15 16 a 25	3 a 9 10 a 15	Mayor a 40 0 a 20
4	16 a 25 Mayor a 25	10 a 15 Mayor a 15	Mayor a 20 Sin tiempo



2.3 Trabajo de precisión:

Grado	Tipo de Trabajo	% del Tiempo de Trabajo
1	Sencilla	Sin tiempo
2	Compleja media	Menor a 40%
3	Compleja media	Mayor a 40
4	Compleja elevada	Sin tiempo



2.4 Sedestación mantenida y Bipedestación:

Grado	% del Tiempo de Trabajo
1	Menos de 20%



NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

2	20 a 40%
3	Mayor a 40 menos de 60%
4	Mayor a 60%

2.5 Marcha por terreno irregular:

Grado	Tipo de Trabajo	% del Tiempo de Trabajo
1	Llano con pequeños desniveles o escalones	Menos de 20%
2	Llano con medianos desniveles o escalones	20 a 40%
3	Llano con medianos desniveles o escalones	Mayor a 40 menos de 60%
4	Irregular con medianos niveles o escalones	Mayor a 60%
	Irregular con medianos niveles o escalones	
	Irregular con grandes desniveles o escalones	

3. Requerimientos Visuales

3.1 Agudez Visual

Grado	Tipo de Trabajo	Agudeza Binocular
1	Trabajos de baja exigencia visual	Menos de 0.3
2	Trabajos de baja-mediana exigencia visual, incluidos trabajos en altura	0.3 a 0.4
3	Trabajos de media-alta exigencia visual, incluidos trabajos en alturas.	0.5 a 0.7
4	Trabajos de muy altos requerimientos visuales, incluidos trabajos de precisión y aquellos sometidos a importantes riesgos (pilotos, bomberos).	0.8 a 1

3.2 Campo Visual

Grado	Tipo de Trabajo	Campo Visual
1	Trabajos de baja exigencia visual	Menos de 20° centrales
2	Trabajos de baja-mediana exigencia visual,	20 a 30° centrales
3	Trabajos de media-alta exigencia visual, incluidos trabajos en alturas	Mayor a 30° centrales
4	Trabajos de muy altos requerimientos visuales, incluidos trabajos de precisión y aquellos sometidos a importantes riesgos (pilotos, bomberos).	Completo en ambos ojos

4. Requerimientos Auditivos

Grado	Tipo de Trabajo	UAM (dB)
1	Trabajos de baja exigencia auditiva. No requieren mantener conversación. No requieren control de señales acústicas	Mayor a 60





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

2	Trabajos de mediana a baja exigencia auditiva. Requieren mantener una conversación en tonalidad normal	50-60
3	Trabajos de media-alta exigencia auditiva. Requieren mantener una conversación en voz baja o en ambientes ruidosos	26-49
4	Trabajos de muy altos requerimientos auditivos, incluidos músicos profesionales y aquellos sometidos a importantes riesgos (pilotos, bomberos, etc.).	Menos de 25

5. Requerimientos fonatorios:

- Audibilidad: El trabajador debe tener la capacidad para hablar a un nivel suficiente como para ser oído. Se considera 25% cuando debe mantenerse en lugares con ruido leve y la audición debe ser mantenida en el tiempo.
- Inteligibilidad: El trabajador debe mantener un porcentaje superior al 90% de las palabras identificables, de ser así se le da un valor del 25%.
- Eficiencia funcional: Será eficiente cuando se alcancen al menos 80-100 palabras por minuto. Si es así se le da un valor del 25%.
- Análisis perceptual con la escala GRBAS: la escala de Hirano se aplicará de la siguiente forma (G: grado global de conservación vocal. R: sin aspereza o pulsos glóticos B: voz aérea por glotis suficiente. A: fonación espontánea suficiente para el puesto. S: tensión vocal o impresión auditiva sin esfuerzo. Cada ítem se califica de 0-3 (0= normal; 1= leve; 2= moderado; 3= severo). La sumatoria de valores inferiores a 5 se consideran de baja exigencia. Si es de baja exigencia un valor del 25%.

Grado	Tipo de Trabajo	% de tiempo
1	Baja exigencia fonatoria	Menos del 5%
2	Trabajos de baja – media exigencia fonatoria Requieren comunicación hablada	5 a 49%
3	Trabajos de mediana – alta exigencia fonatoria. Requieren el uso profesional de la voz	50 a 80%
4	Trabajos de alta exigencia fonatoria. Uso de voz profesional muy exigente	Mayor a 80%



6. Requerimientos de olfato y/o gusto:

Grado	% de tiempo
1	0 al 10%
2	11 al 20%
3	21 al 30%
4	Mayor a 30%





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

7. Sensibilidad:

7.1 Superficial:

Grado	Tipo de Trabajo	% de tiempo
1	Trabajos de baja exigencia sensorial superficial. No requiere empleo de la sensibilidad termo-algésica (o ausencia de riesgos termo-algésicos), y/o sensibilidad táctil. Ejemplos: personal directivo de empresas y comercios, analistas, etc.	Menos del 5%
2	Trabajos de baja-media exigencia de la sensibilidad superficial termo-algésica y/o táctil, de su empleo poco frecuente, y aquellos sometidos a ligeros riesgos termoalgésicos. Ejemplos: vendedores comercio, operadores de instalaciones y maquinaria, etc.	5 a 49%
3	Trabajos de media-alta exigencia de la sensibilidad superficial termo-algésica y/o táctil, de su empleo frecuente, y aquellos sometidos a moderados riesgos termoalgésicos. Ejemplos: enfermeros, cocineros, etc.	50 a 80%
4	Trabajos de muy alta exigencia de la sensibilidad termoalgésica y/o táctil, de su empleo muy frecuente, y aquellos sometidos importantes riesgos termo-algésicos. Ejemplos: atletas y deportistas, bomberos, etc.	Mayor a 80%

7.2 Profunda o propioceptiva:

Grado	Tipo de Trabajo	% de tiempo
1	Trabajos de baja exigencia sensorial profunda. No requiere empleo de la sensibilidad profunda (barestésica, batiestésica, estereognósica), coordinación o estabilidad. Ejemplos: empleados de contabilidad, telefonistas, etc.	Menos del 5%
2	Trabajos de baja-media exigencia de la sensibilidad profunda (barestésica, batiestésica, estereognósica), coordinación o estabilidad, o su requerimiento es poco frecuente. Ejemplos: técnicos de la educación, vendedores de comercio, etc.	5 a 49%
3	Trabajos de media-alta exigencia de la sensibilidad profunda (barestésica, batiestésica, estereognósica), coordinación o estabilidad, o su requerimiento es frecuente. Ejemplos: artistas de artes plásticas y visuales auxiliares de vuelo, etc.	50 a 80%
4	Trabajos de muy alta exigencia de la sensibilidad (barestésica, batiestésica, estereognósica), coordinación o estabilidad, o de su requerimiento es muy frecuente. Ejemplos: pilotos de aviación, coreógrafos y bailarines, etc.	Mayor a 80%





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

ANEXO 2
CALIFICACIÓN DEL ROL LABORAL

Una vez identificado el puntaje de comparación de requerimientos y capacidades, se asignará el porcentaje adecuado según la siguiente tabla:

PUNTAJE	DEFINICIÓN	PORCENTAJE
0	Sin limitaciones en el puesto de trabajo original	0
1	Limitaciones leves para la actividad laboral en el puesto de trabajo original	5%
2	Limitaciones moderadas para la actividad laboral en el puesto de trabajo original	10%
3	Con limitaciones severas para la actividad laboral del puesto de trabajo original	15%
4	Con limitaciones severas para la actividad laboral del puesto de trabajo original y limitaciones leves para actividades laborales de otro puesto de trabajo	20%
5	Sin posibilidad de realizar actividades laborales	25%





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

10. BIBLIOGRAFÍA

- 10.1 Bietti, María. Personas con discapacidad e inclusión laboral en América Latina y el Caribe Principales desafíos de los sistemas de protección social. Naciones Unidas - Comisión Económica para América Latina (CEPAL). 2023.
- 10.2 Organización Internacional del Trabajo. Estrategia y plan de acción para la inclusión de la discapacidad 2014-2017. Ginebra.
- 10.3 Decreto 1507/2014, de 12 de agosto del 2014 que aprueba el Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional. Ministerio de Trabajo. Colombia. 2014.
- 10.4 Acuerdo No. 0305-2018, del 28 de noviembre del 2018 que aprueba el Manual de Calificación de la Discapacidad. Dirección Nacional de Normatización, Dirección Nacional de Discapacidades del Ministerio de Salud Pública. Ecuador. 2018
- 10.5 Manual de buenas prácticas para la inclusión laboral de personas con discapacidad. Fundación Descúbreme. Chile. 2021.
- 10.6 Resolución Ministerial 0756, del 22 de diciembre del 2022. Manual de Proceso y Procedimientos para la Calificación, registro y Carnetización de discapacidad. Ministerio de Salud y Deportes. Estado Plurinacional de Bolivia. 2022.
- 10.7 Resolución Administrativa APS/DPC N° 710-2012, del 10 de setiembre del 2012, que aprueba el Procedimiento para determinar la causa y origen de la invalidez y fallecimiento en el sistema integral de pensiones. Bolivia. 2012
- 10.8 Estrategia Española Sobre Discapacidad 2022-2030; para el acceso, goce y disfrute de los derechos humanos de las personas con discapacidad. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. Aprobada por Consejo de Ministros. España.2022.
- 10.9 Real Decreto 888/2022, del 18 de octubre, por el que se establece el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad. España. 2022.
- 10.10 Teófila V-HM, Jesús T-GM, M. C-GL, de la Torre María Victoria R-Í, Encarna A-J, José A-BM, et al. Discapacidad e incapacidad laboral en España. Actualización legislativa 2016.
- 10.11 García Herrera M. Las guías de valoración de los requerimientos laborales en la Incapacidad Laboral: la Guía de Valoración Profesional del INSS, el mercal y la Guía Mejorada del Instituto de Biomecánica de Valencia. Med Segur Trab (Madr) [Internet]. 2014. Disponible en internet: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0465-546X2014000500014
- 10.12 Tordoya J, Jimmy E. Guía metodológica para elaborar el diagnóstico fisioterapéutico según la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF), de la discapacidad y de la salud. Gac médica boliv [Internet]. 2016 Disponible en internet: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-29662016000100011
- 10.13 Cañón L, Rafael J. Calificación y valoración de la enfermedad profesional: análisis de la situación actual y propuestas de mejora. Med Segur Trab (Madr) [Internet]. 2016;62:87-95. Disponible en internet: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2016000400009





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -MINS/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

- 10.14 Vicente Pardo, José M. La valoración de la profesión, del trabajo, de la ocupación, y de las tareas en el procedimiento de valoración de la capacidad laboral en materia de seguridad social. Rev. Medicina y Seguridad del Trabajo (Internet) 2014; 60 (237) 660-674. Octubre - diciembre 2014. Disponible en internet: <https://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v60n237/inspeccion1.pdf>
- 10.15 Gordillo E, Marcone P, Ritter P, Veas J. Reflexión sobre la equidad del sistema de calificación médica para invalidez en Chile. Rev Med Chil [Internet]. 2021;149(6):906-12. Disponible en internet: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872021000600906
- 10.16 Delgado-Carrillo, Mercedes J.; Chávez-Prado, Jorge E.; Sancan-Moreira, Mercy T. Importancia de la evaluación clínica en la discapacidad. Dom. Cien., ISSN: 2477-8818 Vol. 5, núm. 3, pp. 71-87. Julio 2019.
- 10.17 Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Clasificador Nacional de Ocupaciones 2015. Basado en la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones 2008 elaborado por la Organización Internacional del Trabajo. Estadísticas. 2012. En Disponible en internet: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/4123438/Clasificador%20Nacional%20de%20Ocupaciones%202015.pdf?v=1676476271>
- 10.18 Instituto de Seguridad Social, Manual de Evaluación de Requerimientos para la Valoración de la Capacidad Laboral (MERCAL-2008). España.
- 10.19 Organización Mundial de la Salud, Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud-CIF, OMS: 2001.
- 10.20 Organización Mundial de la Salud-Departamento de Enfermedades No Transmisibles. Informe mundial sobre la visión, . 2020
- 10.21 Asociación Médica Estadounidense/AMA "Pautas para la Evaluación de Impedimentos Permanentes" ("Guidelines to the Evaluation of Permanent Impairment"), Quinta edición 2005-EEUU.
- 10.22 Asociación Médica Estadounidense/AMA "Pautas para la Evaluación de Impedimentos Permanentes" ("Guidelines to the Evaluation of Permanent Impairment"), Sexta edición 2023-EEUU
- 10.23 Normas para la evaluación y calificación del Grado de Invalidez de los trabajadores afiliados al nuevo Sistema Previsional. Séptima Edición. 2022-Chile
- 10.24 Hearing Conservation Manual 5th edition. Alice H. Suter. Council for Accreditation in Occupational Hearing Conservation. (CAOHC)
- 10.25 Fundamentals of Audiology for the speech-language pathologist. Deborah R. Welling, AuD, CCC-A, FAAA. Second Edition. 2019
- 10.26 Handbook of Clinical Audiology. Seventh Edition. Jack Katz PhD. 2015
- 10.27 Superintendencia de Banca, Seguros y Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones. Manual de Evaluación y Calificación del Grado de Invalidez. Perú 1995.
- 10.28 Kielhofner G. Modelo de Ocupación Humana Teoría y aplicación. Cuarta edición. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana. 2011





NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 223 -Minsa/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE APRUEBA EL INSTRUMENTO QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA
EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL

- 10.29 De las Heras CG. Modelo de Ocupación Humana. Madrid: Síntesis; 2015.
- 10.30 De las Heras CG. Manual para el curso: Actualización de la Integración de a Teoría y Aplicación del Modelo de Ocupación Humana. Málaga, 2018

