



SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP
República del Perú

San Isidro, 23 ABR. 2013

OFICIO MÚLTIPLE N° 16728-2013-SBS

Señor Doctor
PRESIDENTE DE COMITÉ MÉDICO
Presente.-

Asunto : Protocolo de evaluación y calificación de invalidez vinculado al Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)
Desarrollo del Sistema Evaluador de Invalidez

Me dirijo a usted, con relación al asunto de la referencia.

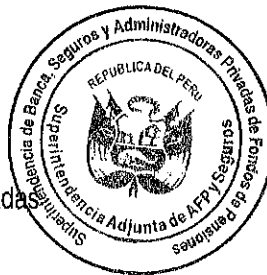
Sobre el particular, en virtud de la revisión efectuada a las normas de evaluación y calificación de invalidez, esta Superintendencia ha determinado como medida necesaria la implementación del "Protocolo de evaluación y calificación de invalidez vinculado al Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)", el mismo que fue desarrollado por la Comisión Técnica Médica, y que se adjunta al presente en calidad de anexo.



Finalmente, este Ente Supervisor requiere que lo establecido en el presente oficio sea implementado al día siguiente de su recepción.

Atentamente,


MICHEL CANTA TERREROS
Superintendente Adjunto de Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones y Seguros



CC : AFP Integra

AFP Horizonte

Profuturo AFP

Prima AFP

Adj.: Anexo con Protocolo de evaluación y calificación de invalidez vinculado al Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)



PROTOCOLO DE EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ VINCULADO AL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)

1. INFORMACIÓN GENERAL

El presente documento representa una herramienta a ser utilizada por los comités médicos del Sistema Privado de Pensiones (SPP), a efectos de determinar la condición de invalidez vinculada al Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).

Siendo ello así, de modo previo a establecer la asignación de porcentajes de menoscabo, a continuación se presentan aspectos generales a tener en consideración:

1.1 Factores a tener en cuenta

- a) Accesibilidad a terapia,
- b) Definición del umbral de CD4, e
- c) Impacto irreversible en la capacidad de trabajo.

1.2 Medición de la capacidad funcional

La capacidad funcional deberá ser medida por la combinación de las siguientes tres (3) condiciones:

- a) Capacidad para realizar actividades de la vida diaria,
- b) Mantenimiento de funcionamiento social, y
- c) Existencia demostrable de deficiencias en concentración, persistencia o ritmo que obstaculicen total o parcialmente el logro de tareas y objetivos de manera adecuada.

1.3 Categorías de evaluación funcional

A efectos de llevar a cabo la medición de la capacidad funcional, los comités deberán evaluar los siguientes dominios:

- a) Dominio físico (criterios objetivos basados en evaluación clínica y marcadores biológicos);
- b) Dominio mental; y,
- c) Dominio neurocognitivo.

1.4 Precisión en evaluaciones de Médico Consultor

Los médicos consultores en la oportunidad que remitan su informe de resultados de evaluación funcional -dominios-, deberán precisar, obligatoriamente, el tipo de herramienta o instrumento utilizado.

1.5 Diagnósticos que requieren evaluación especial

Las siguientes comorbilidades inducidas por VIH o su tratamiento, en virtud de su severidad clínica y de su impacto concomitante sobre la capacidad funcional, requieren la evaluación bajo el procedimiento especial. Por tanto, los comités deberán sustentar la asignación de invalidez en función de la Limitación funcional que causa (Limitación en las actividades de la Vida Diaria); de ser necesario el uso de otras herramientas (esferas



ANEXO N° 1 DE LA CARTA N° 005 -2013-CTM

mental o neurocognitiva), deberá adjuntarse un ejemplar con la explicación correspondiente.

- a) Diarrea,
- b) Polineuropatía sensitiva/sensorial distal,
- c) Desórdenes neurocognitivos asociados a VIH,
- d) Síndrome de emaciación asociados a VIH,
- e) Sarcoma de Kaposi,
- f) Lipoatrofia o lipohipertrofia, y
- g) Osteoporosis.

Asimismo, cabe señalar, que las precitadas condiciones serán consideradas para evaluación especial, siempre y cuando se trate de personas con infección establecida por VIH, en las cuales, la condición asociada ocasione una marcada limitación de la capacidad funcional en una o más de las siguientes áreas:

- a) Capacidad para desarrollar Actividades de la Vida Diaria,
- b) Mantenimiento de funcionamiento social, y/o
- c) No culminación de tareas en modo y tiempo apropiados debido a deficiencias en concentración, persistencia o ritmo.

1.6 Evaluación de Limitación de las Actividades de la Vida Diaria (LAVD) y/o instrumentales de la Vida Diaria

La evaluación de Limitaciones de Actividades de la Vida Diaria (LAVD) está basada en la inferencia que las limitaciones para realización de actividades básicas y/o instrumentales, y/o de comunicación y/o de eficiencia social, pueden extrapolarse a la capacidad laboral de la persona. Bajo ese contexto, la limitación en alguno de los tipos de actividad y su analogía con el tipo de trabajo permitiría equiparar la LAVD con la pérdida laboral. Por otro lado, en los casos que sea necesario, y, a efectos de determinar el grado de limitación, podrían realizarse evaluaciones que involucren las esferas psiquiátrica y neurocognitiva (neurología y/o neuropsicología).

2. PROCEDIMIENTO HABITUAL PARA DETERMINAR EL GRADO DE INVALIDEZ POR VIH

Para todos aquellos casos, que no se encuentran incluidos dentro de los grupos específicos que son señalados en el presente documento, se evaluará la condición de invalidez por aplicación de la clasificación propuesta por CDC¹ en el año de 1992.

2.1 Tiempo de reevaluación

Dado que la mejoría clínica con uso de terapia antirretroviral se verifica en uno (1) o dos (2) años, el periodo de reevaluación deberá ser establecido en un (1) año calendario.

2.2 Asignación de menoscabo de invalidez

El procedimiento habitual para asignar menoscabos de invalidez se encuentra establecido en el Cuadro N° 1, que a continuación se presenta:

¹ Corresponde a la clasificación propuesta por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.



ANEXO N° 1 DE LA CARTA N° 005 -2013-CTM

**Cuadro N° 1
Procedimiento habitual**

Tipo de Afiliado Solicitante	Requisito	Configuración	Clasificación CDC y CD4	Clasificación y menoscabo		Observaciones
1) Sin indicación de iniciar terapia		No configurado				
2) Con indicación de terapia, pero sin haber completado doce (12) meses de terapia		No configurado				Quedan exceptuados aquellos afiliados cuya determinación de CD4 es ≤ 50 cal/mm ³
3) Con indicación de terapia, pero con dificultades de acceso a la misma	Demostración documentaria	Configurado	Nadir	A1	10%	De existir posibilidades de acceso a la terapia, se determinará la No configuración.
				A2	20%	
				A3	50%	
				B1	50%	
				B2	50%	
				B3	67%	
C1, C2, C3	67%					
4) Con imposibilidad de terapia por falla severa de adherencia a la misma	Demostración documentaria e informe de Médico Consultor que acredite falla de adherencia	Configurado	Nadir	A1	10%	De existir posibilidades de adherencia a la terapia, se determinará la No configuración.
				A2	20%	
				A3	50%	
				B1	50%	
				B2	50%	
				B3	67%	
C1, C2, C3	67%					
5) Con terapia exitosa	Demostración documentaria e informe de Médico Consultor que acredite nueve (9) meses de terapia según protocolo actualizado	Configurado. Considerar solo las manifestaciones clínicas doce (12) meses antes de la calificación y luego de doce (12) meses de terapia.	Según CDC y CD4, habiendo completado 09 meses de terapia, según protocolo actualizado	A1	10%	
				A2	20%	
				A3	50%	
				B1	50%	
				B2	50%	
				B3	67%	
C1, C2, C3	67%					
6) Con fracaso terapéutico	Demostración documentaria e informe de Médico Consultor que acredite fracaso terapéutico	Configurado. Debe acreditarse fracaso terapéutico	Nadir	A1	10%	
				A2	20%	
				A3	50%	
				B1	50%	
				B2	50%	
				B3	67%	
C1, C2, C3	67%					
7) Con efecto colateral o adverso severo por terapia	Demostración documentaria e informe de Médico Consultor Especialista que acredite efecto colateral o adverso severo, atribuible a terapia		Según correspondencia de acuerdo a respuesta a terapia	A1	10%	
				A2	20%	
				A3	50%	
				B1	50%	
				B2	50%	
				B3	67%	
C1, C2, C3	67%					



ANEXO N° 1 DE LA CARTA N° 00 5 -2013-CTM

3. PROCEDIMIENTO ESPECIAL PARA DETERMINAR EL GRADO DE INVALIDEZ POR VIH

3.1 Invalidez de grado "Total" por condiciones especiales

Se otorgará invalidez de grado "Total", independientemente del acceso o no a Terapia Antirretroviral de Gran Actividad (HAART o TARGA), en cualquiera de las condiciones que se mencionan a continuación:

- a) Marcador de progresión de enfermedad (CD4) menor o igual a 50 cel/mm3,
- b) Condiciones asociadas a VIH que son inminentemente fatales o severamente incapacitantes².

3.1.1. Tiempo de reevaluación

Cabe señalar, que el tiempo de reevaluación será de seis (6) meses.

3.2 Asignación de menoscabo de invalidez

El procedimiento especial para asignar menoscabos de invalidez se encuentra establecido en el Cuadro N° 2 que a continuación se presenta:

**Cuadro N° 2
Procedimiento especial**

Tipo de Afiliado Solicitante	Requisito	Configuración	Clasificación CDC y/o CD4	Clasificación y menoscabo		Observaciones
1) Afiliado solicitante	CD4 ≤ 50 cel/mm3	Configurado	CD4 ≤ 50 cel/mm3		67%	Independiente de acceso a terapia antirretroviral de gran actividad. Requiere reevaluación periódica cada seis (6) a doce (12) meses (se espera mejora de valores de CD4, si hay acceso comprobado a terapia antirretroviral de gran actividad).
2) Afiliado solicitante	Condiciones inminentemente fatales o severamente	Configurado	Nivel de CD4, habitualmente < 200 cel/mm3		67%	Independiente de acceso a terapia antirretroviral de gran actividad. No requiere reevaluación antes de los doce (12) meses.
3) Afiliado solicitante	Otras condiciones asociadas a infección VIH	Configurado	Nivel de CD4	A3	50%	Independiente de acceso a terapia antirretroviral de gran actividad. La evaluación debe incluir herramientas de medición de Limitación de Actividades de la Vida Diaria e Instrumentales de la Vida Diaria; discapacidad mental y/o neurocognitiva. Algunas o varias de estas condiciones, en sí mismas, no son suficientes para asignación de menoscabo invalidante: solo lo son, en cuanto, causan limitación única o combinada, sobre alguno(s) de los dominios mencionados.
				B1	50%	
				B2	50%	
				B3	67%	
				C 1, C2, C3	67%	
4) Afiliado Solicitante	Otras condiciones no asociadas a infección VIH	Configurado	Nivel de CD4	A3	50%	Independiente de acceso a terapia antirretroviral de gran actividad, deberá evaluarse cada condición no asociada y combinarse con menoscabo por infección VIH.
				B1	50%	
				B2	50%	
				B3	67%	
				C 1, C2, C3	67%	

3.3 Invalidez de grado "Parcial" o "Total" por otras condiciones no asociadas - necesariamente- con VIH y evaluables de acuerdo a otro capítulo

Dado que la infección VIH, bajo el efecto de terapia antirretroviral de alta potencia, deviene en algunos casos en enfermedad crónica, las enfermedades que se listan a continuación deberán ser evaluadas -en combinación con las Secuelas de VIH- de modo especial:

² Con relación al presente punto, a continuación se precisan las condiciones a considerar:

- a) Demencia asociada a VIH,
- b) Enfermedad multicéntrica de Castleman,
- c) Sarcoma de Kaposi que compromete el parénquima pulmonar,
- d) Linfoma primario del sistema nervioso central, y
- e) Leucoencefalopatía multifocal progresiva.




ANEXO N° 1 DE LA CARTA N° 00 5 -2013-CTM

- a) Enfermedad cardiovascular,
- b) Enfermedad renal crónica, incluyendo nefropatía asociada a VIH,
- c) Diabetes,
- d) Hepatitis, y
- e) Neoplasias varias.

Asimismo, cabe precisar que el procedimiento que se aplicará es el de suma combinada.

- 3.3.1. **Tiempo de reevaluación**
No menor a doce (12) meses.

4. **CLASIFICACIÓN DE LA INFECCIÓN POR VIH PARA LOS ENFERMOS MAYORES DE 13 AÑOS**



CD4	CATEGORÍAS CLÍNICAS		
	A	B	C
> 500	A1	B1	C1
200 - 499	A2	B2	C2
< 200	A3	B3	C3

Fuente: Centers for Disease Control. MMWR 1992; 41 RR17: 1-7.





ANEXO N° 1 DE LA CARTA N° 005 -2013-CTM

Categoría Clínica	Descripción
A	
	1 Infección aguda por VIH.
	2 Linfadenopatía generalizada persistente.
	3 Infectado asintomático.
B	en enfermos con infección por VIH en los que no existan otras causas de inmunodeficiencia
	1 Angiomatosis bacilar.
	2 Candidiasis oral recurrente.
	3 Candidiasis vulvovaginal recurrente.
	4 Displasia cervical (moderada o grave) o carcinoma cervical in situ.
	5 Fiebre o diarrea de más de 1 mes de duración sin otra causa definida.
	6 Leucoplasia oral vellosa.
	7 Herpes zoster recurrente o multidermatómico.
	8 Púrpura trombocitopénica idiopática.
	9 Listeriosis.
	10 Enfermedad inflamatoria pélvica.
	11 Neuropatía periférica.
	12 Cualquier enfermedad cuyo curso, pronóstico o respuesta al tratamiento se vea alterado por la infección por VIH, según criterio médico.
C	Cuadros Clínicos Definitivos de Caso de SIDA (en enfermos con infección por VIH en los que no existan otras causas de inmunodeficiencia)
	1. Candidiasis traqueal, bronquial o pulmonar.
	2. Candidiasis esofágica.
	3. Carcinoma de cérvix invasivo.
	4. Coecidionemiasis diseminada (localización distinta o añadida a la pulmonar o a la de ganglios linfáticos torácicos o cervicales).
	5. Criptococosis extrapulmonar.
	6. Criptosporidiosis con diarrea de más de 1 mes de duración.
	7. Infección por citomegalovirus (localización distinta o añadida a la de hígado, bazo o ganglios linfáticos, con edad superior a 1 mes).
	8. Retinitis pos citomegalovirus.
	9. Encefalopatía por VIH (demencia subaguda asociada al SIDA).
	10. Infección por virus del herpes simple que produzca lesión mucocutánea de más de 1 mes de evolución o bronquitis, neumonitis o esofagitis (edad superior a 1 mes).
	11. Histoplasmosis diseminada (localización distinta o añadida a la pulmonar o a la de ganglios linfáticos torácicos o cervicales).
	12. Isosporidiosis con diarrea de más de 1 mes de duración.
	13. Sarcoma de Kaposi.
	14. Linfoma de Burkitt o equivalente.
	15. Linfoma inmunoblástico o equivalente.
	16. Linfoma primitivo de sistema nervioso central.
	17. Infección extrapulmonar o diseminada por Mycobacterium avium intracellulare o M. kansasii.
	18. Tuberculosis pulmonar.
	19. Tuberculosis extrapulmonar o diseminada.
	20. Infección diseminada por otras micobacterias.
	21. Neumonía por Pneumocystis carinii.
	22. Neumonía bacteriana recurrente (tres o más episodios anuales).
	23. Leucoencefalopatía multifocal progresiva.
	24. Sepsis recurrente por Salmonella no typhi.
	25. Toxoplasmosis cerebral (edad superior a 1 mes).
	26. Caquexia asociada al SIDA.

Fuente: Centers for Disease Control. MMWR 1982; 4: RR17: 1-7.





CONSIDERACIONES VINCULADAS AL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) Y DISCAPACIDAD

1. INTRODUCCIÓN

El presente documento revisa conceptos recientes sobre Enfermedad por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y sus consecuencias más importantes: discapacidad y muerte, el advenimiento de la terapia antirretroviral de gran actividad y su positivo impacto sobre la historia natural de la enfermedad, la importancia de los marcadores biológicos de enfermedad y de las clasificaciones existentes evolutivas de enfermedad, así como la relación de éstos con potencial discapacidad, y, finalmente, en función de lo anterior, define los diversos escenarios a los que puede enfrentarse, en la actualidad, la evaluación de discapacidad e invalidez en el SPP.

Los conceptos aquí reseñados se ajustan a los siguientes principios:

- Son reflejo de la práctica médica actual;
- Determinan la severidad con un grado importante de certeza;
- Usan evidencia objetiva, en cuanto sea posible;
- Incorporan funcionalidad laboral, en cuanto sea posible;
- Son simples y fáciles de implementar;
- Usan lenguaje flexible, reflejando los cambios en la enfermedad y el tratamiento a través del tiempo.

2. MARCO CONCEPTUAL

Desde su declaración, hace ya treinta (30) años, la epidemia de infección por VIH, ha evolucionado causando enfermedad, discapacidad y muerte. Sin embargo, en el tiempo, y, fundamentalmente, con la aparición de terapia antirretroviral de gran actividad (HAART o TARGA) ha devenido en enfermedad de naturaleza crónica en una importante proporción de casos. Aún cuando existen varias propuestas de seguimiento y definición de enfermedad, la mayoría de autoridades reconocen como válida y utilizada, la propuesta de CDC, en base a estadios de enfermedad.

No puede dejar de enfatizarse que, el pronóstico mejorado en VIH ha sido posible en base a la adhesión a potentes regímenes antirretrovirales, lo que, requiere acceso continuo al cuidado médico. Debe reconocerse, sin embargo, que, aún este acceso al sistema de salud no implica, necesariamente, el acceso a terapia antirretroviral de alta potencia. Asimismo, ni el acceso al sistema de salud y a la terapia antirretroviral de gran actividad aseguran el control de la enfermedad o el mantenimiento de las capacidades laborales (entre otras), pues, es posible la ocurrencia de falta de adherencia, resistencia a antirretrovirales, como causales de fracaso de control de enfermedad. Finalmente, es claro que, en nuestro país, muchos individuos afectados no acceden al sistema de salud y, por tanto, a la terapia antirretroviral de gran actividad. Entonces, la relación entre acceso al sistema de salud y, fundamentalmente, acceso a terapia antirretroviral es crítica, pues un punto de inflexión en la evolución del VIH ha sido la



ANEXO N° 2 DE LA CARTA N° 00 5 -2013-CTM

introducción de la mencionada terapia. Para los fines del presente protocolo, la accesibilidad a este tipo de terapia es central en la definición del umbral de CD4 a ser utilizado.

3. DISCAPACIDAD EN VIH

Aunque la enfermedad evolucionaba, inicialmente, de manera indefectible hacia la muerte, siempre fue posible, reconocer un rápido e irreversible impacto en la capacidad de trabajo del individuo afectado. En la actualidad, aún cuando los límites teóricos entre enfermedad y discapacidad son difusos, es evidente que la historia natural de la enfermedad ha sido alterada, positivamente, con el advenimiento de la terapia antirretroviral de gran actividad. Si bien para la estratificación de la discapacidad en enfermedad por VIH se mantienen criterios clínicos y de laboratorio como marcadores de discapacidad, resulta importante incorporar mediciones de funcionamiento relacionado con trabajo que complementen la evaluación de la declinación de la fisiología orgánica o física, ya que muchos pacientes con VIH muestran declinación en capacidades funcionales después del diagnóstico, conforme progresa la enfermedad; adicionalmente, condiciones comórbidas, a menudo, llevan a situaciones más incapacitantes de lo que podría predecirse de la suma de sus efectos individuales. Estas mediciones de capacidad funcional son críticas en la evaluación que define si los pacientes con VIH pueden participar en actividades sociales y laborales. Sin embargo, la revisión de la literatura no permite definir un solo examen que cumpla esa función. Es probable que, deban combinarse tres (3) condiciones que, permitirían un acercamiento al deterioro del funcionamiento: 1) capacidad para realizar actividades de la vida diaria, 2) mantenimiento de funcionamiento social, y 3) incapacidad en el logro de tareas y objetivos de manera adecuada debido a deficiencias en concentración, persistencia o ritmo.

3.1. Categorías de evaluación funcional

Existen tres (3) principales dominios de evaluación funcional: física, mental, y neurocognitiva. La medición de las limitaciones, en cada uno de estos dominios, ayuda a obtener una evaluación completa de la capacidad funcional de un individuo. A continuación, se presentan las descripciones de cada uno de los dominios:

Dominio físico:

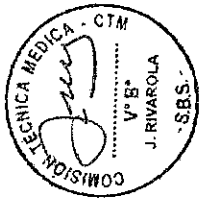
La funcionalidad física es la capacidad de realizar, independientemente, una actividad, la carencia de la cual puede ser una medida de la discapacidad física, asociada con condiciones médicas y efectos colaterales de tratamiento, enfermedad mental, y/o factores de estilo de vida. El dominio físico generalmente incluye criterios objetivos basados en evaluación clínica y marcadores biológicos. La medición de las capacidades individuales para realizar actividades de la vida diaria y actividades instrumentales de la vida diaria son otra manera de medir la capacidad funcional.

Dominio mental:

Los desórdenes del humor y el abuso de sustancias son comorbilidades comunes entre las poblaciones infectadas con VIH que pueden conducir a impedimento funcional y potencial discapacidad. Desórdenes mentales significativos tales como ansiedad y depresión son vistos en el veinticinco (25) a cincuenta por ciento (50%) de los pacientes con infección VIH. El alcoholismo puede ser un factor adicional.

Dominio neurocognitivo:

Las alteraciones neurocognitivas juegan un rol importante en la funcionalidad de los individuos infectados con VIH, aún entre los que reciben terapia antirretroviral. El VIH





ANEXO N° 2 DE LA CARTA N° 00 5 -2013-CTM

causa desórdenes neurocognitivos sea como efecto primario, directo de la infección VIH o como consecuencia de una infección oportunista. El aprendizaje y la adquisición de nueva información es uno de los más desafiantes problemas que enfrentan los individuos infectados con VIH. Otros problemas incluyen dificultad en mantener la atención, disturbios en funciones ejecutivas y dificultad en la adquisición de palabras.

3.2. Herramientas o Instrumentos para evaluación de capacidad funcional

Un test específico, objetivo y claro para medir como son afectados estos tres (3) dominios, en los sujetos infectados por VIH, no existe; sin embargo, existen herramientas separadas para estos fines.

La evaluación de estos dominios será obligatoria para la limitación de las Actividades de la Vida Diaria e Instrumentales de la Vida Diaria. La evaluación de los dominios mental y neurocognitivo será exigible en aquellos casos en que los Comités lo consideren conveniente; la(s) herramienta(s) que utilicen los consultores respectivos (Psiquiatra y/o Neurólogo y/o NeuroPsicólogo) deberán adjuntarse en el documento respuesta del Médico Consultor.

4. PROCEDIMIENTO ESPECIAL

4.1. Determinación de Invalidez Total

En cualquiera de las condiciones que se mencionan a continuación, procede la Declaración de Incapacidad Total por los Comités Médicos. Dicha declaración está basada en el estado actual del conocimiento sobre desarrollo evolutivo de infección por VIH y, para estas condiciones en particular, es independiente del acceso a terapia antirretroviral de gran actividad. Comprende las siguientes condiciones: a) Marcador CD4 menor o igual a 50 cel/mm³ y b) Condiciones asociadas a VIH que son inminentemente fatales o severamente incapacitantes.

a) Invalidez Total por Marcador de progresión de enfermedad:

El marcador de progresión de enfermedad es, sin duda, CD4, con valor de corte de 50 cel/mm³, para aquellos pacientes con/sin acceso a terapia antirretroviral por la razón que fuera (desconocimiento, falta de acceso, fracaso terapéutico, falta de adherencia, etc.). El CD4 es el más apropiado para la determinación de discapacidad atribuible a VIH, siendo un marcador directo del estadio de inmunodeficiencia inducida por VIH y de riesgo, en corto plazo, de morbilidad y mortalidad. Este marcador indiciario de pobre pronóstico es útil aún en ausencia de datos directos sobre funcionamiento y/o discapacidad. Este valor, en sí mismo, dado su comprobado valor pronóstico en la actualidad, no requiere que el afiliado tenga infección sintomática con VIH. Evidentemente, si el afiliado, ulteriormente, eleva su conteo de CD4, procedería una reevaluación de su discapacidad, en búsqueda de otras comorbilidades que influyeran sobre su capacidad funcional y laboral. En general, la mejoría clínica, con uso de terapia antirretroviral se verifica en uno (1) a dos (2) años, razón por la cual, las reevaluaciones periódicas anuales, estarían indicadas.



ANEXO N° 2 DE LA CARTA N° 00 5 -2013-CTM

b) Invalidez Total por Condiciones asociadas a VIH inminentemente fatales o severamente incapacitantes:

Aún en la era de potente terapia antirretroviral, los pacientes con VIH continúan experimentando condiciones muy agresivas, generalmente intratables, que son inminentemente fatales o severamente incapacitantes. Debe enfatizarse que tales condiciones no tienen respuesta o lo hacen muy limitadamente a la terapia establecida, aún cuando los pacientes se encuentren en terapia antirretroviral de gran actividad. El promedio de supervivencia para las personas afectadas por estas condiciones varía entre tres (3) a veinticuatro (24) meses. La presencia de estas condiciones, independientemente del valor de CD4, debe ser catalogada como invalidez permanente. Su reevaluación procede anualmente, salvo aquellas condiciones que a juicio de los Comités Médicos, puedan acogerse a condiciones excepcionales (dictámenes en periodos transitorios de invalidez).

<p align="center">Condiciones severamente incapacitantes o de desenlace inminentemente fatal</p> <p>La presencia documentada de una de las siguientes condiciones debe ser considerada como Invalidez Total</p> <p>Demencia asociada a VIH Enfermedad multicéntrica de Castleman Sarcoma de Kaposi que compromete el parénquima pulmonar Linfoma primario del sistema nervioso central Leucoencefalopatía multifocal progresiva</p>



4.2. Determinación de Invalidez Parcial o Total para otras condiciones especiales

En este acápite se encuentran incluidas: a) Otras condiciones asociadas a Infección VIH, con repercusión extraordinaria sobre los dominios funcional y/o mental y/o neurocognitivo; b) Otras condiciones no asociadas (necesariamente) con VIH y evaluables de acuerdo a otros capítulos.

a) Invalidez Parcial o Total por otras condiciones asociadas a Infección VIH:

Como se ha mencionado, en el contexto de terapia antirretroviral de gran actividad, la presencia de una infección oportunista o la manifestación del VIH únicamente es insuficiente para declarar a una persona incapaz para el trabajo. Por tanto, aún cuando la literatura no es clara, la combinación de severidad clínica y una limitada capacidad funcional pueden permitir establecer una apropiada determinación de discapacidad. La lista adjunta hace referencia a una serie de condiciones en las que puede ser apropiado evaluar grado de severidad y alteración de capacidad funcional:



ANEXO N° 2 DE LA CARTA N° 00 5 -2013-CTM

Condiciones asociadas a HIV cuya severidad clínica e impacto sobre capacidad funcional requieren evaluación especial

Las siguientes comorbilidades inducidas por VIH o su tratamiento, en virtud de su severidad clínica y de su impacto, concomitante sobre la capacidad funcional, requieren evaluación especial

Diarrea;
Polineuropatía sensitiva/sensorial distal;
Desórdenes neurocognitivos asociados a VIH;
Síndrome de emaciación asociados a VIH;
Sarcoma de Kaposi;
Lipoatrofia o lipohipertrofia; y
Osteoporosis.

Estas condiciones deben ser consideradas para evaluación especial, cuando se diagnostican en una persona con infección establecida por VIH y limitación marcada en la capacidad funcional en una ó mas de las siguientes áreas:

Capacidad para desarrollar actividades de la Vida Diaria;
Mantenimiento de funcionamiento social; y/o
No culminación de tareas en modo y tiempo apropiados debido a deficiencias en concentración, persistencia o ritmo.

Síntomas tales como fatiga, malestar general y dolor deben considerarse si se encuentra que limitan el funcionamiento.

En estas condiciones, los Comités deberán llevar a cabo, evaluaciones especializadas por Médico Consultor, con herramientas que demuestren grado de Limitación de las Actividades de la Vida Diaria y/o Instrumentales de la Vida Diaria; asimismo, deberán realizarse evaluaciones de las esferas psiquiátrica y neurocognitiva (Neurología y/o NeuroPsicología). Tal como se ha mencionado, las herramientas para tales fines deberán incluirse en el reporte final del Médico Consultor; deberá adjuntarse la calificación y su significado para conocimiento e interpretación del Comité Médico solicitante. Las reevaluaciones no podrán ser inferiores a seis (6) meses.

- b) Incapacidad Parcial o Total por otras condiciones no asociadas (necesariamente) con VIH y evaluables de acuerdo a otros capítulos:

Es claro, en la actualidad que la infección VIH, bajo el efecto de terapia antirretroviral de gran actividad, ha devenido en enfermedad crónica. Esta situación ha abierto un escenario en el que condiciones tales como enfermedad cardiovascular y otras neoplasias (no asociadas, necesariamente, a VIH), sino mas bien, características del



ANEXO N° 2 DE LA CARTA N° 00 5 -2013-CTM

envejecimiento, se han ido asociando a infección VIH, y siendo motivo de morbi – mortalidad. Estas condiciones deben ser evaluadas en función de lo señalado en otros capítulos del Manual de Evaluación y Calificación del Grado de Invalidez (MECGI). En esta situación, el menoscabo obtenido por evaluación de otras secuelas de enfermedades no asociadas a VIH, deberán ser combinadas con aquellas producto de VIH (aplica mecanismo de suma combinada). Las reevaluaciones deberían programarse anualmente.

A continuación se presenta la lista:

Lista de condiciones no necesariamente asociadas a HIV cuya severidad clínica e impacto sobre capacidad funcional requieren evaluación especial

Estas condiciones son las siguientes, pero no están limitadas a:

- Enfermedad cardiovascular;
- Enfermedad renal crónica, incluyendo nefropatía asociada a VIH;
- Diabetes;
- Hepatitis; y
- Neoplasias varias.



5. **PROCEDIMIENTO HABITUAL**

5.1. **Determinación de grados de Discapacidad e Invalidez basados en la calificación CDC**

Para todos aquellos casos en, los cuales, no se cumplan los requisitos antes mencionados para declaración de Invalidez Total (Conteo de CD4 \leq 50 cel/mm³, y/o presencia de condiciones asociadas a VIH inminentemente fatales o severamente incapacitantes, y/o presencia de otras condiciones asociadas a Infección VIH, con repercusión extraordinaria sobre los dominios funcional y/o mental y/o neurocognitivo y/o otras condiciones no asociadas (necesariamente) con VIH y evaluables de acuerdo a otros capítulos, se aplicarán los criterios de evaluación definidos conforme a la clasificación propuesta por CDC en el año 1992.

Se reconocen, sobre esta base, siete (7) tipos de afiliados solicitantes:

- a) Afiliado solicitante sin indicación de tratamiento,
- b) Afiliado solicitante bajo observación y tratamiento,
- c) Afiliado solicitante con indicación de terapia pero sin accesibilidad,
- d) Afiliado solicitante con terapia fracasada por falla severa de adherencia,
- e) Afiliado solicitante con terapia exitosa,
- f) Afiliado solicitante con terapia fracasada, y
- g) Afiliado solicitante con efecto(s) colateral(es) o adverso(s) severo(s) por terapia.



ANEXO N° 2 DE LA CARTA N° 00 5 -2013-CTM

A continuación se desarrolla, cada una de las categorías de los afiliados solicitantes:

- a) Los afiliados solicitantes sin indicación de tratamiento por no cumplir requisitos para iniciar terapia. No configuran para calificación.
- b) Los afiliados solicitantes bajo observación y tratamiento son los que no cumplen con el período mínimo de nueve (9) meses para evaluar los resultados de la terapia, debiendo posponerse la calificación. El informe del Interconsultor fundamentará esta condición. No configurado para calificación.
- c) Los afiliados solicitantes con indicación de terapia pero sin accesibilidad, la cual deberá estar debidamente documentada en Historia clínica, y/o información socio – laboral y/u otro tipo de información accesible. Se clasifican CDC (Nadir) A3, B1 y B2 con Menoscabo global de Persona = 50%. Los afiliados solicitantes en etapa B3 y C con Menoscabo Global de la Persona de 67%.
- d) Los afiliados solicitantes con terapia fracasada por falla severa de adherencia. Se clasifican CDC (Nadir) A3, B1 y B2 con Menoscabo global de Persona = 50%. Los afiliados solicitantes en etapa B3 y C con Menoscabo Global de la Persona de 67%.
- e) Los afiliados solicitantes con terapia exitosa serán clasificados según CDC y Conteo de CD4, luego de completados nueve (9) meses de terapia, según protocolo actualizado. La terapia exitosa estará definida de acuerdo a criterios clínicos y de laboratorio.

Para efectos de calificación se determinará CD4 al momento de la presentación y serán consideradas las patologías B o C ocurridas una vez completados nueve (9) meses de terapia, que se hayan presentado durante los doce (12) meses precedentes a la calificación.

No se considerarán las patologías B o C anteriores a la terapia.

Corresponderá otorgar los siguientes menoscabos:

A1 = 10%

A2 = 20%

A3, B1 y B2 = 50%

B3 y C = 67%

- f) Los afiliados solicitantes con terapia fracasada son aquellos en quienes la TARGA no logra suprimir la Carga Viral a niveles de indetectabilidad después de nueve (9) meses de terapia ininterrumpida, o bien, cuando después de haberla logrado, la Carga Viral reaparece en niveles significativos, teniéndose la certeza que existe adherencia al tratamiento por parte del afiliado solicitante. La calificación se establece por el uso conjunto de la clasificación CDC y Carga Viral. Si la Carga Viral es ≥ 10000 copias, el afiliado solicitante sube de dos (2) a tres (3) en la clasificación CDC; si la Carga Viral es < 10000 copias, permanece en la clase CDC.
- g) Los afiliados solicitantes con efecto(s) colateral(es) o adverso(s) severo(s) por terapia se pueden presentar con daño permanente o incapacitante sobre diversos sistemas, entre los que destacan: músculo-esquelético, cardiovascular, nefrológico, gastrointestinal y linforeticular. Estos se clasifican en función del capítulo correspondiente y en suma combinada a esta clasificación.



ANEXO N° 2 DE LA CARTA N° 00 5 -2013-CTM

Lo señalado para el afiliado solicitante en el literal g, en lo relativo a la suma combinada, es diferente de la condición del afiliado solicitante que se encuentra ubicado en las clases B o C de la clasificación CDC. Para esto debe reconocerse que es frecuente que, en una misma categoría clínica e inmunológica, estén incluidos enfermos con grados de discapacidad muy diferente; por ejemplo, la categoría C3 de adultos infectados, se refiere tanto a enfermos que han sufrido enfermedades definitorias de SIDA curables (tuberculosis pulmonar, candidiasis esofágica) como a enfermos con ceguera por retinitis debida a citomegalovirus o enfermos hemipléjicos por encefalitis por Toxoplasma.

Por tanto, el grado de discapacidad incluido en cada clase de la infección por VIH es el atribuible a la enfermedad índice (la que está incluida en la clase B o C) y dependerá de sus secuelas, si las hubiera, o de su cronicidad. Por este motivo, en el caso de la infección por VIH no se combinará el porcentaje de discapacidad atribuible a ésta con el derivado de la enfermedad índice de las categorías clínicas.

5.2. Clasificación de la Infección por VIH para los enfermos mayores de 13 años

CD4	CATEGORÍAS CLÍNICAS		
	A	B	C
> 500	A1	B1	C1
200 - 499	A2	B2	C2
< 200	A3	B3	C3

Fuente: Centers for Disease Control. MMWR 1992; 41 RR17: 1-7.



Handwritten mark or signature



ANEXO N° 2 DE LA CARTA N° 00 5 -2013-CTM

Categoría Clínica	Descripción
A	
1	Infección aguda por VIH.
2	Linfadenopatía generalizada persistente.
3	Infectado asintomático.
B	en enfermos con infección por VIH en los que no existan otras causas de inmunodeficiencia
1	Angiomatosis bacilar.
2	Candidiasis oral recurrente.
3	Candidiasis vulvovaginal recurrente.
4	Displasia cervical (moderada o grave) o carcinoma cervical in situ.
5	Fiebre o diarrea de más de 1 mes de duración sin otra causa definida.
6	Leucoplasia oral vellosa.
7	Herpes zoster recurrente o multidermatómico.
8	Púrpura trombocitopénica idiopática.
9	Listeriosis.
10	Enfermedad inflamatoria pélvica.
11	Neuropatía periférica.
12	Cualquier enfermedad cuyo curso, pronóstico o respuesta al tratamiento se vea alterado por la infección por VIH, según criterio médico.
C	Cuadros Clínicos Definitorios de Caso de SIDA (en enfermos con infección por VIH en los que no existan otras causas de inmunodeficiencia)
1.	Candidiasis traqueal, bronquial o pulmonar.
2.	Candidiasis esofágica.
3.	Carcinoma de cérvix invasivo.
4.	Coccidiosis diseminada (localización distinta o añadida a la pulmonar o a la de ganglios linfáticos torácicos o cervicales).
5.	Criptococosis extrapulmonar.
6.	Criptosporidiosis con diarrea de más de 1 mes de duración.
7.	Infección por citomegalovirus (localización distinta o añadida a la de hígado, bazo o ganglios linfáticos, con edad superior a 1 mes).
8.	Retinitis pos citomegalovirus.
9.	Encefalopatía por VIH (demencia subaguda asociada al SIDA).
10.	Infección por virus del herpes simple que produzca lesión mucocutánea de más de 1 mes de evolución o bronquitis, neumonitis o esofagitis (edad superior a 1 mes).
11.	Histoplasmosis diseminada (localización distinta o añadida a la pulmonar o a la de ganglios linfáticos torácicos o cervicales).
12.	Isosporidiosis con diarrea de más de 1 mes de duración
13.	Sarcoma de Kaposi.
14.	Linfoma de Burkitt o equivalente.
15.	Linfoma inmunoblástico o equivalente.
16.	Linfoma primitivo de sistema nervioso central.
17.	Infección extrapulmonar o diseminada por Mycobacterium avium intracelulare o M. kansasii.
18.	Tuberculosis pulmonar.
19.	Tuberculosis extrapulmonar o diseminada.
20.	Infección diseminada por otras micobacterias.
21.	Neumonía por Pneumocystis carinii.
22.	Neumonía bacteriana recurrente (tres o más episodios anuales).
23.	Leucoencefalopatía multifocal progresiva.
24.	Sepsis recurrente por Salmonella no typhi.
25.	Toxoplasmosis cerebral (edad superior a 1 mes).
26.	Caquexia asociada al SIDA.

Fuente: Centers for Disease Control, MMWR 1992; 41 RR:7: 1-7.



Handwritten mark or signature.



ANEXO N° 2 DE LA CARTA N° 00 5 -2013-CTM

Flujograma general para determinación de la condición de invalidez -Marco conceptual-

¿El afiliado se encuentra trabajando o desempeñando alguna actividad generadora de ingresos?



¿El afiliado tiene impedimento severo o combinación de impedimentos que limite, significativamente, su capacidad física o mental para realizar actividades laborales básicas?



El Comité Médico debe determinar si la condición satisface los criterios médicos definidos en el Manual y/o en los protocolos respectivos (¿cumple o es médicamente equivalente a?)

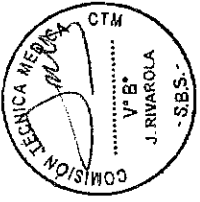


Considerando la capacidad residual funcional del individuo y las demandas físicas y mentales del trabajo realizado en el pasado (últimos 12 meses), ¿el impedimento no le permite realizar alguna actividad laboral pasada?



Considerando la capacidad residual funcional del individuo, edad, educación y experiencia laboral pasada, ¿el afiliado es capaz de realizar cualquier otro trabajo?

[Handwritten signature]



[Handwritten signature]