

CAUSAS MÁS FRECUENTES DE INVALIDEZ TOTAL EN CUBA. 2008- 2012 MORE COMMON CAUSES OF TOTAL DISABILITY IN CUBA. 2008-2012

Waldo Jacobo Díaz Piñera¹

Luis García Mesa²

Tomasa María Linares Fernández³

Gladys Rabelo Padua⁴

Addys María Díaz Piñera⁵

Yodelys Pereda Sosa⁶

RESUMEN

El trabajo puede tener efectos positivos y adversos para la salud del trabajador; mientras, la disminución de la capacidad de trabajar puede causar pérdidas innumerables a la economía. Las condiciones de trabajo peligrosas o no controladas son serios problemas para la salud, la economía y el desarrollo social. Se realizó un estudio observacional, descriptivo y de corte transversal de los trabajadores peritados por invalidez total en la República de Cuba, con el objetivo de determinar la magnitud y relacionar las principales causas de invalidez total en el periodo de 2008 a 2012; el universo de estudio estuvo constituido por la totalidad de los trabajadores que recibieron dictamen de invalidez total. El diagnóstico de la enfermedad se clasificó según la XI Clasificación Internacional de Enfermedades. Las enfermedades del sistema ostiomioarticular constituyen la primera causa de invalidez total en el país, y las enfermedades del sistema nervioso y los tumores crecen a ritmo vertiginoso.

Palabras clave: invalidez total, enfermedad, capacidad de trabajo

ABSTRACT

The work can have positive and adverse effects on the worker's health; while, the decrease of work capacity can cause innumerable lost to the economy. The dangerous or not controlled working conditions are serious problems to the health, the economy and the social development. An observational, descriptive and transversal study was realized to the evaluated workers for total disability in Cuba, with the objective to determine the magnitude and relating the main causes of total disability during the period 2008-2012. The study universe was constituted by the total workers who have received dictum of total disability according to the XI International Disease Classification. The first cause of total disability in the country was musculoskeletal diseases, and nervous system and cancer growing to vertiginous rhythm.

Keywords: total disability, disease, work capacity

INTRODUCCIÓN

La invalidez total ocasiona gastos cuantiosos al presupuesto del Estado por concepto de seguridad social. La relación entre la salud y el desarrollo son indiscutibles, se reconoce que la salud es una resultante del proceso social, económico y político, y que es también un derecho humano fundamental. A su vez, una buena salud tiene un efecto benéfico sobre el nivel educacional, la productividad en el trabajo y el bienestar de la población¹.

El trabajo puede tener efectos positivos y adversos para la salud del trabajador; en tanto, la disminución de la capacidad de trabajar puede causar pérdidas innumerables a la economía. Las condiciones de trabajo peligrosas o no controladas son serios problemas para la salud, la economía y el desarrollo social. Mientras, una fuerza de trabajo saludable, motivada y productiva en óptimo estado es uno de los valores más importantes que tiene un país para su desarrollo socioeconómico².

La disminución de la capacidad en sus diferentes grados cada día se presenta en edades en que el individuo es más útil a la sociedad³. Hoy en los países del mundo occidental la valoración de las incapacidades constituyen una autentica especialidad, ya que la trascendencia de las decisiones a tomar exigen una certificación de la materia médica a aplicar con un cuerpo de doctrina propio para que la

¹ Médico especialista de I grado en Medicina General Integral y en Higiene y Epidemiología, y de II grado en Medicina del Trabajo, Máster en Salud de los Trabajadores, Investigador y Profesor Auxiliar. Departamento de Epidemiología, Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores, La Habana, Cuba

² Médico especialista de I grado en Medicina General Integral y en Nefrología, Máster en Medicina Natural y Tradicional, Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología, La Habana, Cuba

³ Médico especialista de I y II grados en Medicina del Trabajo, Máster en Salud de los Trabajadores, Investigadora y Profesora Auxiliar. Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores, La Habana, Cuba

⁴ Médico especialista de I grado en Medicina General Integral y en Higiene y Epidemiología, y de II grado en Medicina del Trabajo, Máster en Salud de los Trabajadores, Investigadora y Profesora Auxiliar. Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores, La Habana, Cuba

⁵ Médico especialista de I grado en Medicina General Integral y en Higiene y Epidemiología, Máster en Salud Pública, Investigadora Agregado. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología, La Habana, Cuba

⁶ Licenciada en Gestión de la Información y Salud. Departamento de Epidemiología, Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores, La Habana, Cuba

Correspondencia:

MSc Waldo Jacobo Díaz Piñera
Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores
Calzada de Bejuca km 7 1/2, Apartado 9064, CP10900, Arroyo Naranjo, La Habana, Cuba
E-mail: wam@infomed.sld.cu

misma se realice en cada caso concreto lo más justo o imparcial posible⁴.

En el informe titulado 'The Prevention of Occupational Diseases', publicado en ocasión del Día Mundial de la Seguridad y Salud en el Trabajo, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) señala que aunque las enfermedades profesionales causan un número de muertes seis veces mayor que los accidentes laborales, estos últimos reciben mayor atención. De los 2,34 millones de muertes anuales relacionadas con el trabajo, la gran mayoría -alrededor de 2,02 millones- son causados por enfermedades relacionadas con el trabajo. Esto representa un promedio diario de 5 500 muertes. Además, cada año ocurren alrededor de 160 millones de casos de enfermedades profesionales no mortales¹.

Este estudio tiene como objetivo determinar la magnitud y relacionar las principales causas de invalidez total en Cuba en el periodo 2008-2012, lo que nos permitirá tener una idea más real del problema y donde se pueda actuar para poner un coto a la misma, y de esta forma realizar en un futuro próximos estudios de intervención que permitan un manejo mejor de la administración con mayor equidad y justicia de los gastos ocasionados a la seguridad social.

MATERIAL Y MÉTODO

En relación con la metodología, se realizó un estudio observacional, descriptivo y de corte transversal de los

trabajadores peritados por invalidez total en la República de Cuba en el periodo comprendido entre el año 2008 y el 2012. El universo de estudio estuvo constituido por la totalidad de los trabajadores que recibieron dictamen de invalidez total. En cuanto a la operacionalización de las variables, el diagnóstico de la enfermedad (cualitativa nominal politómica) se clasificó según la XI Clasificación Internacional de Enfermedades.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Al analizar la tabla 1 de las principales causas de invalidez total, se puede apreciar que el peso de carga recae en cinco causas que son la de mayor incidencia presentes en todo el periodo estudiado, produciéndose solo variaciones discretas en cuanto a la posición que ocupan estas enfermedades:

- Enfermedades del sistema osteomioarticular y tejido conjuntivo.
- Enfermedades del aparato circulatorio.
- Enfermedades del sistema nervioso central y los órganos de los sentidos.
- Trastornos mentales.
- Tumores.

Tabla 1
Relación de las principales causas de invalidez total en la República de Cuba. 2008-2012

Causas	2008		2009		2010		2011		2012	
	N°	%								
Tumores	926	10,4	1 205	12,3	1 248	11,8	1 493	14,1	1 422	15,0
Enfermedades de las glándulas endocrinas	300	3,4	480	4,9	523	4,9	394	3,8	388	4,1
Trastornos mentales	1 220	13,7	1 267	12,9	1 285	12,1	1 155	10,9	1 031	10,9
Enfermedades del SNC y órganos de los sentidos	1 250	14,0	1 465	15,1	1 734	16,4	1 968	18,5	1 833	19,3
Enfermedades cardiovasculares	1 437	16,2	1 529	15,6	1 630	15,4	1 723	16,2	1 530	16,1
Enfermedades respiratorias	359	4,0	374	3,8	360	3,4	318	3,2	377	4,0
Enfermedades digestivas	147	1,7	178	1,8	196	1,9	151	1,7	148	1,6
Enfermedades genitourinarias	349	3,9	289	3,0	349	3,3	272	2,6	371	3,9
Enfermedades del Soma	2 258	25,4	2 182	22,3	2 435	23,0	2 273	21,4	1 871	19,7
Enfermedades hematopoyéticas	92	1,0	117	1,2	66	0,6	54	0,5	75	0,8

Fuente: parte abreviado mensual

Las enfermedades del sistema osteomioarticular y dentro de ellas los trastornos musculoesqueléticos, ocupan la posición cimera en todos los años estudiados, sobrepasando el 20 % de la totalidad, a excepción del año 2012, en que fue de 19,7 %, prácticamente 20 %. Los trastornos musculoesqueléticos se encuentran entre los problemas más importantes de salud en el trabajo, tanto en los países desarrollados como en los que están

en vías de desarrollo, afectando la calidad de vida de la mayoría de las personas durante toda su vida, y su costo anual es grande.

El Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo de los EE.UU. (NIOSH) define los desórdenes musculoesqueléticos como un grupo de condiciones que involucra a los nervios, tendones, músculos y estructuras de soporte como los discos intervertebrales. Ellos repre-

sentan un amplio rango de desórdenes, los cuales pueden diferir en cuanto a la severidad y posible efecto agudo o crónico⁵.

Las lesiones musculoesqueléticas (LME) son la causa más común de dolores severos de larga duración y de discapacidad física. Los estudios epidemiológicos realizados en diversos países muestran que las LME se presentan en las diversas actividades humanas y en todos los sectores económicos, e implica un inmenso costo para la sociedad (estimado en 215 mil millones de dólares por año, sólo en los Estados Unidos)⁵.

La mayoría de los trastornos musculoesqueléticos (TME) son lesiones acumulativas, resultantes de la exposición repetida a cargas de alta o baja intensidad a lo largo de un prolongado periodo de tiempo; producen molestias o dolor local y restricción de la movilidad, que pueden obstaculizar el rendimiento normal en el trabajo o en otras tareas de la vida diaria, con reducción de la funcionalidad del organismo y la incapacidad; sin embargo, los TME también pueden ser traumas agudos, como fracturas, que suceden en accidentes⁶.

Dentro de los principales factores de riesgo ergonómico asociados a los trastornos o desordenes musculoesqueléticos, se encuentran las posturas forzadas, los movimientos repetitivos y los esfuerzos musculares determinados por las acciones de manipulación de carga y movimientos forzados durante la actividad laboral. Los trabajadores con mayores riesgos de sufrir trastornos musculoesqueléticos son los estibadores, chóferes, maleteros, docentes, operarios, enfermeros, personal de mantenimiento, costureras, secretarias, trabajadores agrícolas, entre muchos más.

La relación entre los desórdenes musculoesqueléticos (DME) y los factores de riesgo en el trabajo aún permanece oscura; una importante razón de esta controversia es la naturaleza multifactorial de los mismos. El debate se enfoca sobre las causas, naturaleza, severidad, grado de relación con el trabajo, además del costo-beneficio de las posibles intervenciones. Según el National Research Council and Institute of Medicine, ninguno de los más comunes DME es únicamente explicado por los factores de riesgo en el trabajo; los mismos forman parte de un grupo de condiciones que la Organización Mundial de la Salud (OMS) define como '*desórdenes relacionados con el trabajo*', pueden ser causados, agravados, acelerados o exacerbados por la exposición en el lugar de trabajo, y ellos pueden estar asociados a condiciones del trabajo, características personales y otros factores socioculturales, que juegan un rol como factor de riesgo en el desencadenamiento de estas condiciones⁷.

El desacuerdo se centra en la relativa importancia de los múltiples e individuales factores en el desarrollo de los DMS. Evanoff y Rempel⁸ consideran que desde un punto de vista epidemiológico, esta relación es problemática porque, por ejemplo, hay varios desórdenes que

pueden ocurrir en manos, brazos y hombros, y que van desde artritis hasta atrapamiento nerviosos en su origen. Para complicar la situación, hay muy pocos criterios aceptados en cuanto a la definición de *caso* de muchos de los más comunes DMS. Hay una serie de factores que deben ser considerados en la relación entre los DMS y factores de riesgo en el trabajo⁸:

1. Aspectos físicos, organizacionales y sociales del lugar de trabajo.
2. Aspectos físicos y sociales de la vida fuera del lugar de trabajo, incluyendo actividades físicas (tareas en casa, deportes, programas de ejercicios), incentivos económicos y valores culturales.
3. Las características físicas y psicosociales del individuo.

Hoy en día estos trastornos cobran una enorme y creciente importancia, los cuales están relacionados con la carga física a que está expuesto un trabajador, existiendo datos que revelen la magnitud y el costo asociado.

Las enfermedades musculoesqueléticas son las causas más frecuentes de incapacidad en el mundo, lo que afecta gravemente la capacidad de las personas para desarrollar sus actividades habituales. Estas enfermedades figuran, además, entre las dolencias cuyo tratamiento es más costoso, debido a la atención a largo plazo que requieren, y consumen una media del 3 % del producto interno bruto (PIB) total de los países desarrollados. Por ello, y ante el incremento de su incidencia, la OMS prevé que los gastos económicos y sanitarios de estas patologías aumentarán drásticamente en el futuro⁹.

Los DMS son un problema común de salud reportado por los trabajadores europeos. El 30 % de estos trabajadores reporta molestias en la espalda, y el 17 % molestias en brazos y piernas. En Suecia fueron reportados durante 1998 10 444 casos de DMS en los lugares de trabajo, cerca del 67 % de todos los reportes de enfermedades ocupacionales registrados en ese país. El levantamiento de cargas pesadas fue la causa más común (4 600 casos), seguido por trabajo monótono en un lado del cuerpo (2 700 casos), y ritmo acelerado de trabajo y estrés (1 000 casos). El 52,5 % de estos casos fueron en hombres, mientras que 47,5 % fue en mujeres^{10,11}. La INE en España refiere que el tipo de discapacidad que tuvo mayor incidencia sobre la población en edad laboral en el 2010 fue el de las asociadas a deficiencias osteoarticulares, con 23,3 %¹², y en el en el año 2011 se comunicaron 197 381 accidentes de trabajo en jornada por sobreesfuerzo; esto supone un índice de incidencia de 1 353,6 accidentes de trabajo por cada 100 000 afiliados, con la contingencia de accidente de trabajo y enfermedad profesional cubierta¹³.

En los países en vías de desarrollo los gastos asociados a este tipo de dolencia se calcula en 100 000 millo-

nes de dólares, una cifra que casi duplica al total de ayuda exterior que llega a esos países¹⁴. Las diferencias en los factores socioeconómicos de algunos países influye en la magnitud de los resultados del dolor bajo de espalda; por ejemplo, en los Estados Unidos cerca del 2 % de la fuerza de trabajo (500 000 trabajadores), reporta compensación cada año por problemas de la espalda baja. En Gran Bretaña el dolor bajo de espalda fue la causa más frecuente de ausencia al trabajo, responsable del 12,5 % de todos los días de ausencia por enfermedad. En Canadá el número de días perdidos por problemas de espalda excedió los 21 millones, con un promedio de 21 días de ausencia por cada caso^{8,15}.

Las tasas de incapacidad por síntomas en manos y muñecas entre trabajadores adultos fueron valoradas por una gran encuesta de 44 000 trabajadores en los Estados Unidos (the National Health Interview Survey). De estos quienes habían trabajado en cualquier tiempo en los últimos 12 meses, el 22 % reportó algún disconfort en dedos, manos o muñecas en forma de dolor, entumecimiento, calambre o sensación de quemadura, por al menos uno o más días en los últimos 12 meses⁶.

Chiang et al. reportaron síntomas de epicondilitis en 14,5 % de los trabajadores de industrias procesadoras de pescados, problemas de hombro en el 30,9 % y síndrome del túnel carpiano en el 15%. De acuerdo al Bureau of Labor Statistics of the United States Department of Labor, los desórdenes de mano y muñeca cuentan con cerca del 55 % de todos los desórdenes por trauma repetitivo reportado por los trabajadores en industrias privadas de los Estados Unidos¹⁶.

En los Estados Unidos las lesiones musculoesqueléticas son la primera causa de discapacidad, y suman más de 131 millones de visitas de pacientes a los servicios médicos en el año. El aumento significativo de la incidencia y de la prevalencia de las LME en el miembro superior es del 60 % en ciertos puestos de trabajo, mientras que la lumbalgia es una sintomatología observable en todos los trabajadores, en toda la población y en todas las categorías profesionales, siendo la causa más frecuente de limitación de la actividad laboral en menores de 45 años; es la segunda causa más frecuente de consulta médica, la quinta razón más importante de hospitalización y la tercera razón de intervenciones quirúrgicas¹⁷.

En México el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) reportó en el 2000 que las lesiones musculoesqueléticas constituyeron solo el 0,6 % de los casos de las enfermedades profesionales evaluadas durante ese año, pero por otro lado estas lesiones generaron un 20 % de todos los casos de trabajadores que fueron pensionado por invalidez. El gran impacto económico de estas lesiones es debido a que estos problemas originan muchos días de ausentismo por su difícil tratamiento y una cantidad importante de recaídas, y dificulta para que los trabajadores se reincorporen a sus puestos. La relación

entre costos directos e indirectos de estas lesiones es de 1:4¹⁸.

En Colombia, un estudio realizado por el Instituto de Seguros Sociales en 1997 sobre el síndrome del túnel carpiano en 248 trabajadores de diferentes actividades económicas, mostró una prevalencia del 20,9 %, en primer lugar en el sector de alimentos, seguido por el sector de las flores. En un estudio del perfil epidemiológico de una administradora de riesgos profesionales en 1998, se encontró que en las empresas de más de 60 trabajadores, el 29 % de ellos estaban sometidos a sobreesfuerzo, y el 51 % a posturas inadecuadas en su labor. Se ha estimado que la incidencia de algunas enfermedades ocupacionales, entre las que figuran las LME, fue de 68 063 casos en 1985 y llegó a los 101 645 casos en el 2000⁶.

Estudios llevados a cabo por la Unión Europea ponen de manifiesto algunos datos muy significativos con respecto a la importancia de los trastornos musculoesqueléticos y a los factores que incrementan el riesgo de padecerlos:

- El grupo de mayor riesgo está formado por los trabajadores manuales (calificados o no).
- Los trabajadores de más edad son los que presentan más problemas relacionados con este tipo de trastornos.
- Los trabajadores con precariedad laboral están significativamente más expuestos a trabajos repetitivos y en posiciones dolorosas o cansadas.
- Las alteraciones en las extremidades superiores afectan más a las mujeres trabajadoras que a los hombres.

En España, según los datos de la quinta Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo, 4 de cada 5 trabajadores manifestaron sentir alguna molestia musculoesquelética derivada del trabajo. Por lo que se refiere a su localización, la frecuencia de respuestas mayor corresponde a la parte baja de la espalda, seguida del cuello y de la parte alta de la espalda; estas molestias junto a las de las extremidades superiores, han mostrado un continuo aumento en los últimos años.

Considerando las exposiciones más prolongadas a las distintas demandas físicas, las más frecuentes corresponden a posturas mantenidas y a movimientos repetitivos. Aunque estas patologías pueden tener un origen extralaboral, causados por actividades domésticas, práctica de deportes, etc., e incluso personal (por las características fisiológicas de las personas), generalmente son las condiciones de trabajo las que originan gran número de ellas o las agravan.

Las actividades laborales en las que pueden aparecer estas alteraciones cubren un amplio rango profesional: las personas que pasan muchas horas ante una pantalla de ordenador, las que manipulan directamente grandes pesos, las que realizan movimientos repetitivos o traba-

jan con posturas forzadas o inadecuadas, etc.¹⁸.

Resumiendo, podemos plantear que las enfermedades musculoesqueléticas son las causas más frecuentes de incapacidad en el mundo y en nuestro país, lo que afecta gravemente a la capacidad de las personas para desarrollar sus actividades habituales; los resultados del estudio permiten evidenciar que la aparición de las lesiones musculoesqueléticas está asociada en un gran porcentaje a factores de riesgo ergonómico (postura, fuerza, y movimiento) y que la categoría ocupacional que prevalece es en la de operarios, así como existe un predominio del sexo femenino, coincidiendo con los resultados de estudios realizados en Colombia y con el Observatorio Estatal de Condiciones de Trabajo del Instituto Nacional de Salud e Higiene del Trabajo de España^{6,19}, reafirmando sobre la afectación de que las lesiones o desordenes musculoesqueléticos ocupacionales son de origen biomecánico, lo que justifica la necesidad de implementación de un programa de vigilancia epidemiológica de la patología musculoesquelética para prevenir reducción en la productividad laboral, pérdida de tiempo del trabajo, incapacidad temporal o permanente e inhabilidad para realizar las tareas laborales propias de la ocupación, sumado a un incremento en los gastos por este tipo de lesión.

En relación con las enfermedades cardiovasculares, estas ocupan el segundo puesto en cuanto a la prevalencia presentada en los años 2008 y 2009, siendo relegada a un tercer puesto en los años siguientes; este grupo dado fundamentalmente por la hipertensión arterial y la cardiopatía isquémica, alcanza cifras estables durante el periodo estudiado que han oscilado entre 16,2 y 15,4 %, por lo que se puede observar que las variaciones han sido mínimas, siendo este tipo de afección la que presenta un comportamiento más estable.

La hipertensión arterial es una de las enfermedades no transmisibles más frecuente, considerada un problema de salud a escala mundial; del 15 al 30 % de la población adulta en la mayoría de los países padecen de hipertensión, aproximadamente 1 000 millones de personas son hipertensas y se espera que esta cifra aumente a 500 millones más para el 2015; la frecuencia de hipertensión aumenta con la edad, demostrándose que después de los 50 años casi el 50 % de la población padece la misma, y constituye el principal factor de riesgo de las enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares y renales, que son en la actualidad las principales causas de muerte en el mundo y generadoras de incapacidad temporal y definitiva en la población laboralmente activa¹⁹.

Según predicciones de la OMS para el año 2030, se mantendrá ocupando la primera y segunda posición sobre el resto de las causas de muerte en casi todos los países; la alta prevalencia de la hipertensión arterial puede ser explicada por múltiples factores de riesgos como la dislipidemia, obesidad, hábitos tóxicos, estrés,

falta de actividad física y envejecimiento, entre otros, lo que incrementan el riesgo cardiovascular en estos pacientes, por lo que podemos afirmar que en el desarrollo de la hipertensión arterial intervienen factores económicos, sociales, culturales, étnicos y ambientales²⁰.

Según estudios internacionales, la hipertensión arterial constituye un problema más importante en Europa que en los Estados Unidos (28 %) y Canadá (27 %); es más frecuente en seis países europeos: Alemania (55 %), Finlandia (49 %), España (47 %), Inglaterra (42 %), Italia y Suecia (38 %), que en los dos norteamericanos citados, lo cual puede estar asociado al consumo excesivo de nutrimentos, la obesidad, la falta de actividad física, el consumo de alcohol, los tóxicos ambientales, las situaciones generadoras de estrés y la susceptibilidad genética. La enfermedad cardiovascular constituye el primer factor de riesgo de muerte en la mujer y el segundo para los varones en el mundo occidental; sin embargo, la prevalencia suele ser mayor en hombres que en mujeres entre los 50 y los 60 años de edad^{21,22}.

Según los resultados de la III Encuesta Nacional de Factores de Riesgo realizada en 2010 en el país, la prevalencia global estimada de hipertensión arterial fue de 30,9 %, con una prevalencia de hipertensos conocidos de 22,4 % y una incidencia de 8,5 %²³.

Por más de 45 años las enfermedades del corazón constituyeron la primera causa de muerte de Cuba, la cual fue desplazada por los tumores malignos durante el 2012 dentro de ellas. La tendencia de la mortalidad por cardiopatía isquémica aguda ha sido ascendente desde el año 1980. En los últimos 15 años se perdieron como promedio 8 años de vida por cada 100 habitantes entre 1 y 74 años por esta causa; alrededor de 15 000 personas fallecen anualmente, por lo que ambas entidades tienen repercusión funcional, psicológica y orgánica que se traducen en invalidez e discapacidad, y a su vez repercuten en trastornos económicos, productivos y sociales para la familia, la empresa en que labora y el país^{24,25}.

Las enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos constituyeron el grupo de crecimiento más vertiginoso entre todas las causas de incapacidad, desplazando a las enfermedades cardiovasculares del segundo puesto entre todas las causas de incapacidad a partir del año 2010; comienza en el año 2008 (según la tabla 1) con un 14 %, luego 15,1 %, 16,4 %, 18,5 % y 19,3%, respectivamente, en los años sucesivos; este crecimiento está dado fundamentalmente por las enfermedades cerebrovasculares, donde la hipertensión arterial y la diabetes Mellitus constituyen factores de riesgo importantes para el desarrollo de esta enfermedad.

Las enfermedades cerebrovasculares se han mantenido como tercera causa de muerte para todas las edades; en los últimos años se reportan anualmente entre 7 000 y 8 000 fallecidos por esta causa, con una franca tendencia al ascenso; se perdieron como promedio entre 4 y 4,9 años de vida por cada 1 000 habitantes entre 1 y

74 años, al continuar el desplazamiento de la enfermedad a grupos de edades más jóvenes y la sobremortalidad femenina que presenta una tendencia al ascenso^{24,25}.

Los trastornos mentales constituyen la cuarta causa de invalidez total en el país en los años 2008-2010 (tabla 1), siendo desplazada a la quinta posición en los años 2011 y 2012, presentando variaciones en cuanto a frecuencia con un descenso en los últimos años de 13,7 % en el año 2008, y de 10,9 % en los años 2011 y 2012.

Hay que señalar que dentro de este grupo de enfermedades la depresión tiene un gran peso en la misma, se plantea que la depresión ya es la segunda causa de discapacidad en el mundo, en comparación con otras enfermedades y lesiones. El 4 % de la población está diagnosticada con un trastorno depresivo mayor, también llamado depresión clínica, y es la undécima de las principales causas de origen laboral en el 2010; según los resultados de un estudio reciente publicado en Plos Medicine, la afección también contribuye a la mortalidad para un número de otras afecciones²⁶.

La Universidad de Queensland y el Centro de Investigación de Salud Mental de Queensland (Australia), han recopilado la información necesaria para ello de todos los estudios de investigación publicados sobre el trastorno depresivo mayor y la distimia, una forma crónica de depresión más leve. Los datos utilizados se han centrado en la prevalencia, la incidencia y la duración de la depresión, lo que ayuda a determinar la carga de salud pública y social de la enfermedad en todo el mundo²⁷.

De acuerdo con el trabajo, Oriente Medio, África del Norte, Europa del Este y el Caribe (¡sorpresa!) son las regiones donde se sufren las tasas de depresión más altas del mundo (más del 5 % de las personas sufren la enfermedad). Al parecer, además, esto les está costando años de vida. Por el contrario, la depresión es supuestamente menor en Asia Oriental, seguida de Australia / Nueva Zelanda y el sudeste de Asia. Por países, el más depresivo es Afganistán, con más del 5 % de su población que sufre la enfermedad. El menos depresivo es Japón, con un 2,5 % de su población²⁷.

Aunque los científicos no pueden explicar de manera concluyente por qué la depresión es mucho más frecuente y dañina en algunos países que en otros, tienen algunas teorías. Entre estos motivos se incluyen los conflictos, que aumentan de forma considerable las tasas de depresión, y la presencia de epidemias graves. Por ejemplo, como dicen los investigadores, en el caso del norte de África / Oriente Medio, el conflicto en la región aumentó la prevalencia de la depresión. En el África Subsahariana, por otra parte, las enfermedades como la malaria y el SIDA han convertido a la depresión en una afección de alto riesgo. Como indica Caitlin Dewey en su artículo en un periódico norteamericano, científicos sociales y defensores de la salud pública han identificado otras causas ambientales para la depresión. Un documento de 2010 elaborado por el Inter-American Deve-

lopment Bank Found encontró, por ejemplo, que el desempleo, los bajos ingresos y las grandes desigualdades económicas se correlacionan con altos índices de depresión. También se encontró una relación entre la depresión y la edad: las personas de entre 16 y 65 años tienden a sufrir depresión a tasas mucho más altas²⁷.

Ese factor de la edad, junto con el crecimiento masivo de la población, explica el hecho de que la carga de depresión haya aumentado en casi una tercera parte desde 1990, aseguran los investigadores. Y no hay previsión de que estas cifras dejen de crecer por el envejecimiento de la población y porque las desigualdades cada vez son mayores²⁷.

Los tumores presentaron una tendencia creciente en cada uno de los años estudiados (tabla 1), aunque en el 2010 hubo un decrecimiento de 0,5 % con respecto al año anterior, y pasó a ocupar la cuarta posición como causa de incapacidad en los años 2011 y 2012.

Sobre cáncer se escribe mucho y cada vez más. Solamente en la base de datos Medline pueden encontrarse más de 1,17 millones de citas bibliográficas relacionadas con este tema a partir del 2000; los artículos periodísticos son probablemente aún más. El desafío del cáncer ocurre en tres planos: en las ciencias básicas, en las ciencias médicas y en las ciencias sociales, de donde deben surgir las bases científicas para una respuesta social organizada²⁸.

En el campo de la prevención, si bien tenemos causas identificadas (tabaquismo, alcohol, infecciones, hábitos nutricionales inadecuados, conducta sexual de riesgos, entre otros) que explican una parte importante de la incidencia de los tumores, el control de las mismas requiere la modificación de la conducta humana y un contexto socioeconómico que lo haga posible; el cambio del comportamiento humano es más un problema social que individual.

En el campo del diagnóstico temprano de la enfermedad, disponemos hoy de técnicas (citología de cuello uterino, mamografía, colonoscopia y otras) que podrían trasladar una parte importante del diagnóstico hacia las etapas donde la curación es posible, pero la transformación de esta potencialidad en impacto real en la salud requiere en muchos países un diseño de la interacción entre las poblaciones y los sistemas de salud que garantice la cobertura poblacional de estas intervenciones sanitarias y más aún la participación directa de la población en su implementación. En el campo de la terapéutica, el surgimiento de nuevos procedimientos de radioterapia, quimioterapia e inmunoterapia han sido el resultado de las ciencias biológicas y médicas, pero el acceso universal de las poblaciones a estas posibilidades de tratamiento es un problema social que requiere estudio y voluntad política²⁸.

Los tumores han pasado a ser la primera causa de muerte en el 2012, la primera causa de años de vida perdidos y el principal obstáculo que se interpone al

objetivo de sobrepasar la esperanza de vida de 80 años, a pesar de que se plantea que han comenzado a hacerse evidentes en algunos países las tendencias a la reducción de las tasas de mortalidad y los incrementos en las tasas de supervivencias en diferentes tipos de tumores, que los van transformando paso a paso en una enfermedad crónica, compatible con años de vida y con buena calidad de vida.

En las últimas décadas, los tumores se han consolidado como uno de los problemas sociosanitarios de mayor importancia en España, tanto por su elevada frecuencia, incidencia y prevalencia, como por las consecuencias que originan sobre la sociedad en términos de mortalidad, morbilidad, secuelas y costos económicos y sociales. Las cifras estimadas señalan el enorme impacto de los tumores, cifrando las pérdidas de productividad laboral en 3 824 millones de euros anuales (un 61 % asociada a mortalidad prematura, un 32 % a incapacidad permanente y un 7 % a incapacidad temporal). Asimismo, se ha estimado que las pérdidas de productividad ocasionadas por el cáncer de mama, de colon, de cérvix y de próstata ascienden a 289, 181, 43 y 32 millones de euros anuales, respectivamente²⁹.

Por comunidades autónomas se han encontrado importantes diferencias explicadas tanto por motivos epidemiológicos (diferencias en prevalencia y en mortalidad prematura ocasionadas por la enfermedad) como por aspectos económicos (diferencias importantes en relación a la población ocupada y en los salarios percibidos). Estos resultados se pueden comparar con las pérdi-

das de productividad estimadas para otro grupo de enfermedades de gran prevalencia y elevada mortalidad: las enfermedades isquémicas del corazón²⁹.

Utilizando la misma metodología en ambos trabajos, las pérdidas de productividad asociadas a las enfermedades isquémicas del corazón se estimaron en 1 079-1 136 anuales. Es decir, los costos indirectos asociados a tumores superan en cifras del 340 al 350 % a los costos indirectos asociados a las enfermedades isquémicas del corazón. Lógicamente, la puesta en funcionamiento o la potenciación de programas preventivos y la adopción de nuevos tratamientos o la ampliación de los ya existentes, puede derivar en un mayor coste sanitario, si bien habría que estudiar qué ganamos a cambio (por ejemplo, en términos de productividad no perdida o en términos de años de vida salvados)²⁹.

La revelación de los verdaderos costos de una enfermedad y la aplicación de criterios de racionalidad económica en la asignación de recursos, pueden hacer que las decisiones sean más racionales y la asignación de estos más transparente y eficiente²⁹.

En la tabla 2 aparecen las principales causas de invalidez total según tasas, donde se puede observar que los tumores son la única causa que presenta una tasa que aumenta a medida que transcurre el tiempo, es decir, por cada mil inválidos totales en el 2008, existían 91 inválidos totales que padecían tumores y 119, 121, 132 y 143, sucesivamente, en los años posteriores. Cada uno de los valores de las tasas fue redondeado porque estamos hablando de personas, o sea, trabajadores.

Tabla 2
Relación de las principales causas de invalidez total según tasas en la República de Cuba. 2008-2012

Causas	Años				
	2008	2009	2010	2011	2012
Tumores	90,9	118,5	120,5	132,1	143,2
Enfermedades de las glándulas endocrinas	29,4	47,2	50,4	34,9	39,1
Trastornos mentales	119,7	126,4	124,0	102,2	103,9
Enfermedades del SNC y órganos de los sentidos	122,7	170,6	167,4	174,1	184,1
Enfermedades cardiovasculares	141,0	160,3	157,3	152,4	154,1
Enfermedades respiratorias	35,2	36,8	34,7	28,1	37,9
Enfermedades digestivas	14,4	17,5	18,9	13,4	14,9
Enfermedades genitourinarias	34,3	28,4	33,7	24,0	37,3
Enfermedades del Soma	221,6	214,6	235,0	201,1	188,5
Enfermedades hematopoyéticas	9,0	6,4	6,3	4,7	7,5

Fuente: parte abreviado mensual

Leyenda: tasa x 1 000

Las enfermedades del sistema nervioso son después de las enfermedades del Soma, que son la primera causa de incapacidad y la de las tasas más altas con más de 200 trabajadores por cada año, la que presenta el creci-

miento más vertiginoso. En el año 2008, por cada mil inválidos totales, 123 presentaron este tipo de afección; en el año 2012, por cada mil inválidos totales, 185 presentaban este tipo de trastornos.

El resto de las enfermedades presentan irregularidades y variaciones que suben y bajan, por lo que su comportamiento es irregular.

Es común que en muchas ocasiones para tratar de jerarquizar un problema y actuar en consecuencia, se usen indicadores diseñados con otros fines y cuyo ejercicio único e indiscriminado parcializa la realidad. No obstante, existen indicadores básicos como los años de vida potencial perdidos (AVPP) para evaluar la importancia de la defunción y que consideran simultáneamente la cantidad de eventos ocurridos y el momento en que ocurren³⁰, teniendo sus detractores, que plantean que no recoge en su totalidad los efectos más amplios que se derivan de las intervenciones, efecto como la salud emocional y mental, el impacto en los cuidadores y la familia o los efectos no relacionados con la salud, tales como las consecuencias económicas y sociales, como es la pérdida del trabajo³¹.

De manera general, las enfermedades del Soma, y dentro de ellas las musculoesqueléticas, constituyen la primera causa de invalidez total en el país, mientras que las enfermedades del sistema nervioso y los tumores crecen a ritmo vertiginoso, pasando a ocupar la segunda y cuarta posiciones, respectivamente, en los últimos años como causas de invalidez total.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Internacional del Trabajo. Urge una acción mundial para combatir las enfermedades profesionales. Comunicado de prensa. 26 de abril del 2013. Día Mundial de la Seguridad y Salud en el Trabajo. Disponible en: communication@ilo.org.
2. Muruan CH. Prevención de riesgos ocupacionales y protección del medio ambiente. Santiago de Chile. 1995;6.
3. Fasecolda. Los sistemas de aseguramiento de los riesgos profesionales y en el trabajo. Colombia. Bogotá; 1998:7.
4. Ministerio de Salud Pública. Cuba. Resolución N° 157 de 1978. La Habana: Minsap; 1978.
5. Piedrahita H. Evidencias epidemiológicas entre factores de riesgo en el trabajo y los desórdenes musculoesqueléticos MAPFRE Medicina. 2004;15.
6. Vernaz P, Sierra CH. Dolor musculoesquelético y su asociación con factores de riesgo ergonómicos en trabajadores administrativos. Revista de Salud Pública (Colombia). 2005;7(3):317-26.
7. National Research Council and Institute of Medicine. Musculoskeletal disorder and workplace: low back and upper extremities. Panel on musculoskeletal disorder and the workplace. USA; 2001. p. 4-1-4-20.
8. Evanoff B, Rempel D. Epidemiology of upper extremity disorders. En: Katwoski W, Marras W. The Occupational Ergonomics Handbook. Boca Raton, Florida US: CRC Press; 1999. p. 763-73.
9. National Institute for Occupational Safety and Health. Fact sheet musculoskeletal disorders. Summary: What are work-related musculoskeletal disorders (WMSDs). 1997 [Internet] [citado 14 Ene 2014]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/niosh/muskdsk.html>.
10. European Agency for Safety and Health at Work. Work related neck and upper limb musculoskeletal disorders. 1999 [Internet] [citado 6 Feb 2014]. Disponible en: <http://agency.osha.eu.int/publications/reportshru/oc.html>.
11. Nordian H, Bengtsson B. Occupational accidents and work-related diseases in Sweden. Swedish Work Environment Authority: Central Supervision Department, Statistics Division; 2001.
12. Mano de obra, salarios y pensiones [Internet] [citado 9 Jul 2014]. Disponible en: <http://noticias.lainformación.com/>.
13. Ángeles V, Díaz C, Zimmermann, Galiana L. El trastorno musculoesquelético en el ámbito laboral en cifras. Departamento de Información e Investigación del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. MEYSS. España. Noviembre 2012. NIPO 272-13-027-7
14. Organización Mundial de la Salud. Programa de acción mundial para las personas con discapacidad. Ginebra: OMS; 2003.
15. Andersson G J. Epidemiology of back pain in industry. En: Katwoski W, Marras W. The Occupational Ergonomics Handbook. Boca Raton, Florida, USA: CRC Press; 1999. p. 913-32.
16. Chiang HC, Ko YC, Chen SS, Yu HS, Wu TN, Chang PY. Prevalence of shoulder and upper-limb disorders among workers in the fish-processing industry. Scandinavian Journal of Work Environmental Health. 2003;19: 126-31.
17. Hart LG, Deyo RA, Chericia AC. Pisy Office visis for back pain. Spine. 1995.
18. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Observatorio Estatal de Condiciones de Trabajo del INSHT [Internet] [citado 5 May 2014]. Disponible en: <http://encuestasnacionales.oect.es/>.
19. León JL, Pérez MD. Experiencia con el paciente en la consulta especializada de hipertensión arterial complicada. Revista Cubana de Medicina. 2009;48(4) [Internet] [citado 7 Ene 2014]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/med/vol48_4_09/med06409.htm.
20. Organización Panamericana de la Salud. Condiciones de salud y sus tendencias. Salud en las Américas. 2007. Washington, DC [Internet] [citado 7 Ene 2014]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/med/vol48_4_09/med06409.htm.
21. Vinaccia S, Quinceno JM, Gómez A, Montoya LM. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial leve. Rev. Diversitas: Perspectivas en Psicología. [Internet] [citado 15 May 2014]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794/.

22. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Encuesta nacional de factores de riesgo. La Habana: Inhem; 2010.
23. Sellén J. Hipertensión arterial: diagnóstico, tratamiento y control. La Habana: Editorial Universitaria del Ministerio de Educación Superior de la República de Cuba; 2008.
24. República de Cuba. Ministerio de Salud Pública. Proyecciones de la salud pública en Cuba para el 2015. La Habana: Editorial Ciencias Médica; 2006.
25. Estadísticas a propósito del Día Internacional de las Personas de Edad [Internet] [citado 4 Jul 2014]. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/INEGI/contenidos/español/prensa/default.asp269/>.
26. La depresión [Internet] [citado 4 Jul 2014]. Disponible en: www.medicina.com/la-depresion-ya-es-la-segunda-causa-de-discapacidad-en-el-mundo/.
27. Cavalli F. Cáncer, el gran desafío. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2012. ISBN978-959-212-809-5.
28. Oliva J, Lobo F, López J, Zozaya N, Romay R. Pérdidas de productividad laboral ocasionadas por los tumores en España. Working Paper 05-04 Economics Series; 2005.
29. Romeder JM, Mcwhinnie JR. Potential years of life lost between ages 1 and 70. An indicator of premature mortality for health planning. Int J Epidemiol. 1997;610:73-80.
30. La medición de la carga de enfermedad. Los conceptos de AVAC y AVAD [Internet] [citado 23 Jun 2014]. Disponible en: <http://www.eufic.org/article/es/artid/medición-carga-enfermedad-co.05/2011>.
31. Ghana Health Assessment Project Team. A quantitative method of assessing the health impact of different diseases in less developed countries. Int J Epidemiol. 1981;6:143-51.

Recibido: 2 de febrero de 2017

Aprobado: 20 de febrero de 2017