

## PERITAJE MÉDICO LABORAL. UNA VISIÓN HISTÓRICA DE SUS RESULTADOS. CUBA 1995-2006

## OCCUPATIONAL AND MEDICAL SURVEY. A HISTORICAL VISION OF ITS RESULTS. CUBA 1995-2006

Waldo Díaz Piñera<sup>1</sup>

Yamilé García Villar<sup>2</sup>

Tomasa María Esther Linares Fernández<sup>3</sup>

Gladys Rabelo Padua<sup>4</sup>

Heliodora Díaz Padrón<sup>5</sup>

### RESUMEN

En el año 1994 se pone en vigor en Cuba la Resolución N° 52 del Ministerio de Salud Pública, vigente hasta el momento, que derogó a la N° 157 de 1978 debido a la necesidad de perfeccionar el Peritaje Médico Laboral como sistema acorde con los niveles alcanzados por el Sistema Nacional de Salud, y de establecer mecanismos de control más efectivos sobre la expedición de los dictámenes médicos que garanticen su calidad a los fines del procedimiento pericial y la seguridad social. En el año 1995 hubo un crecimiento desmedido de la invalidez total (28 607 casos), lo cual no se correspondía con los indicadores de salud que presentaba el país, por lo que se inicia una revisión del cumplimiento de la Resolución N° 52 en cuanto a organización, estructura y emisión de dictámenes, detectándose desviaciones en cuanto a la invalidez total, lo que llevó a proponer resoluciones complementarias, a establecer normas metodológicas, modificar estructuras y a elevar el nivel científico técnico de sus integrantes, lográndose resultados con equidad y justicia, pero reduciendo los índices de jubilación por edad / invalidez de 37,3 a 10,6, y la tasa de invalidez total de 935/10<sup>5</sup> trabajadores a 235,6, lo que ha representado un ahorro en los gastos de la seguridad social de miles de millones de pesos.

**Palabras clave:** invalidez total, seguridad social, peritaje médico laboral

### ABSTRACT

In 1994 the Resolution N° 52 of the Cuban Ministry of Public Health derogated the Resolution N° 157/1978 because of the need to improve the medical labor agreement for invalidation of workers as a system according to the levels achieved by the National Health System, and to establish more effective control mechanisms about the expedition of judgments that guarantees its quality in the expert procedure and social security. In 1994 there was an excessive rise in total invalidity (28 607 cases) which did not correspond with the health indicators that our country showed. For this reason, a revision of the fulfillment of the Resolution about organization, structure and pass judgment was made, detecting deviations about total invalidity which led to propose complementary resolutions, establish meth-

odological norms, modify structures and to increase the technical scientific levels of the staff, achieving the results with equality and justice, where the index of age invalidity decreased from 37,3 to 10,6, and the rate of total invalidity decreases from 935/10<sup>5</sup> workers to 235,6, which we have now, and this represented savings in expenses of Social Security of thousands of millions of Cuban pesos.

**Key words:** total invalidity, social security, occupational and medical survey

### INTRODUCCIÓN

El elemento básico de la Seguridad Social lo constituye la existencia del pleno empleo, pues sólo cuando el hombre obtiene por el trabajo los ingresos necesarios para satisfacer sus necesidades materiales y espirituales, logra su plena seguridad. Es por ello que la atención de la salud de los trabajadores tiene en nuestra patria notables implicaciones legales, una profunda repercusión económica, tanto individual como social, y una inestimable significación humana<sup>1</sup>.

El 1° de enero de 1980 se pone en vigor la Ley N° 24 de Seguridad Social de 1979. Su campo de aplicación incluye a todos los trabajadores asalariados y cubre los riesgos de enfermedad común, accidente de origen común, accidentes del trabajo, enfermedad profesional, maternidad, invalidez total, invalidez parcial, vejez y muerte. Su contenido armoniza el régimen de prestaciones con las condiciones del desarrollo socio-económico del país y asegura una distribución más justa de los fondos destinados a la Seguridad Social<sup>1</sup>.

En caso de enfermedad o accidente, además de la atención médico-hospitalaria gratuita, los trabajadores reciben prestaciones monetarias denominadas subsi-

<sup>1</sup> Médico especialista de II grado en Medicina del Trabajo y de I grado en Medicina General Integral y en Higiene y Epidemiología, Master en Salud de los Trabajadores, Investigador Agregado, Profesor Asistente. Vicedirección de Epidemiología, Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores, La Habana, Cuba

<sup>2</sup> Médico especialista de I grado en Medicina General Integral y en Nefrología, Aspirante a Investigadora, Profesora Instructor. INE, La Habana, Cuba

<sup>3</sup> Médico especialista de II grado en Medicina del Trabajo, Master en Salud de los Trabajadores, Investigadora Auxiliar, Profesora Auxiliar. Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores, La Habana, Cuba

<sup>4</sup> Médico especialista de II grado en Medicina del Trabajo y de I grado en Medicina General Integral y en Higiene y Epidemiología, Master en Salud de los Trabajadores, Investigadora Agregado, Profesora Instructor. Vicedirección de Epidemiología, Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores, La Habana, Cuba

<sup>5</sup> Ingeniera química, Master en Salud de los Trabajadores, Investigadora Auxiliar, Profesora Instructor. Departamento de Riesgos Químicos, Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores, La Habana, Cuba

#### Correspondencia:

MSc Waldo Díaz Piñera

Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores

Calzada de Bejucal km 7 ½, Apartado 9064, CP10900, Arroyo Naranjo, Ciudad de La Habana, Cuba

E-mail: [insatepi@infomed.sld.cu](mailto:insatepi@infomed.sld.cu)

dios, que reemplazan los salarios dejados de percibir como consecuencia de su incapacidad temporal. Esta incapacidad puede prevenir la enfermedad común, la enfermedad profesional, el accidente de origen común o el accidente del trabajo.

Un conjunto de disposiciones emanadas del Ministerio de Salud Pública regulan la prueba de la incapacidad temporal. El certificado médico acredita el comienzo de la incapacidad y el proceso de la lesión o la enfermedad; cada certificado no puede consignar un período mayor de 30 días como tiempo de ausencia por lesión o por enfermedad, y por eso este documento es expedido cada vez que en el curso del tratamiento médico, el facultativo considere necesario prorrogar la inactividad del enfermo o el lesionado. En la enfermedad de larga duración o en la lesión que requiere de un largo tratamiento, se exige que la Comisión de Peritaje Médico Laboral examine periódicamente al trabajador por lo menos cada 26 semanas <sup>1</sup>.

El Peritaje Médico Laboral (PML) es el procedimiento médico-legal que realiza la comisión de forma colegiada para dictaminar el grado de capacidad residual que tiene un trabajador, porque su puesto de trabajo tiene su basamento legal y científico en la Resolución N° 52 de 1994, lo cual significó, en lo político, la aplicación consecuente de uno de los logros más importantes de la Revolución Cubana, la Seguridad Social; en lo económico, el pago de la prestación correspondiente de acuerdo a grado de incapacidad; en lo social, la separación de una persona del contexto de la sociedad laboral; todo lo cual trasciende los límites propios del sector de la salud <sup>2</sup>.

Hoy en los países del mundo occidental la valoración de las incapacidades constituyen una auténtica especialidad, ya que la trascendencia de las decisiones a tomar exigen una certificación de la materia a aplicar, con un cuerpo de doctrina propia para que la misma se realice en cada caso concreto lo más justa o imparcial posible. En Alemania lo realiza el médico o institución tratante, en España una comisión de evaluación de incapacidades, en Francia el Consejo de Administración o Comité restringido de la Caja Primaria, visto el dictamen del Consejo Médico. En nuestra América, Argentina presenta comisiones médicas y una comisión central a través del método de tablas de evaluación de incapacidades laborales; Colombia, por medio de la Junta de Calificación de Invalidez con el Manual Único. En Costa Rica lo realiza el médico tratante con una tabla de porcentaje; en Chile las mutualidades a sus afiliados a través de las Normas para la Calificación y Evaluación del Grado de Invalidez, así como el listado de impedimentos físicos; en México lo realiza el Instituto Mexicano del Seguro Social a través de la tabla de evaluación de incapacidad con un mínimo y un máximo <sup>3,4</sup>.

La no existencia de referencias de estudios anteriores de esta magnitud, así como de la información que refleja, justifican la realización de este trabajo para futuras intervenciones, el cual tiene como objetivo determinar la magnitud y el comportamiento de la

invalidez total en Cuba en el período 1995-2006 por el método evaluativo de la legislación vigente.

## MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal a la totalidad de trabajadores que se le otorgó el dictamen de invalidez total en los años 1995-2006 por las Comisiones Provinciales de PML, expresados en las conclusiones del modelo (87-10) de PML establecido en la Resolución Ministerial N° 52 de 1994. Las variables seleccionadas fueron la edad, el sexo, los años de trabajo, la categoría ocupacional, el sector económico al cual pertenecían y la enfermedad o patología por la cual se le dictaminó una invalidez total. Se conformó la base de datos utilizando el programa Excel, y los resultados se expresaron en forma de tablas y gráficos.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La invalidez total se define como la disminución de la capacidad física o mental que impide al trabajador continuar trabajando, o que reduce notoriamente su capacidad residual de trabajo, impidiéndole desempeñar con asiduidad un empleo y sostenerse económicamente <sup>1</sup>.

En la tabla 1 se puede observar el comportamiento de la jubilación por edad y por invalidez en el país en el período 1990-1995, donde se destaca un aumento creciente y desmesurado de la invalidez en estos años, que alcanza su máxima expresión en la cifra de 28 607 trabajadores en el año 1995, para un índice de jubilación por edad e invalidez de 37,3, también por encima de lo establecido internacionalmente, que establece que las pensiones por edad deben ser de 75% y de 25% por invalidez, aunque esto es relativo, ya que la variable de la edad es volitiva, es decir, que depende de la voluntad de los trabajadores de jubilarse cuando cumplen la edad reglamentada de 60 años para los hombres y de 55 para las mujeres con 25 años de servicios. Este aumento estuvo influenciado por tres factores fundamentales:

- La situación socioeconómica del país.
- Una creciente presión por la parte administrativa para resolver con la jubilación o por prolongados certificados, problemas de trabajadores con limitaciones, inclusive por falso paternalismo.
- Falta de control por los organismos administrativos que están facultado para ello.

Todo esto propició que la máxima dirección del Estado hiciera un llamamiento de alerta en este sentido, y que al Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores le asignaran la tarea en esta actividad. A finales del propio año 1995 se traza la estrategia a seguir para lograr poner coto a esta situación, que no se correspondía con los indicadores de salud que presentaba el país <sup>5-8</sup>.

Tabla 1

Comportamiento de las pensiones otorgadas por edad e invalidez en la República de Cuba en el período 1990-1995

| Año  | Nº de pensiones |          |               | Índice E/I |
|------|-----------------|----------|---------------|------------|
|      | Total           | Por edad | Por invalidez |            |
| 1990 | 59 339          | 43 949   | 15 390        | 26,0       |
| 1991 | 53 350          | 38 966   | 17 584        | 31,1       |
| 1992 | 74 111          | 50 458   | 23 653        | 31,9       |
| 1993 | 71 053          | 43 756   | 27 302        | 33,4       |
| 1994 | 55 956          | 37 617   | 22 339        | 37,3       |
| 1995 | 76 635          | 48 028   | 28 607        | 37,3       |

La estrategia puede ser resumida de la forma siguiente:

- Reforzamiento de los controles y actividades conjuntas entre los Ministerios de Salud Pública y de Trabajo y Seguridad Social.
- Completamiento y nombramiento de las comisiones de PML a los niveles nacional, provincial y municipal.
- Realización de talleres a los niveles provincial y regional para elevar la preparación científico-técnica de los integrantes de las comisiones.
- Implementación de la Resolución Ministerial N° 12, las Instrucciones correspondientes de los diferentes viceministros, las Orientaciones Metodológicas N° 1 de 1995 y la N° 2 de 1996, la Resolución N° 6 de 1996 y la Resolución N° 13 de 1997.
- Implementación de un sistema de vigilancia.
- Asesoramiento de la Comisión Nacional de PML a las comisiones provinciales, y de éstas a las municipal.

pales.

- Orientación de las investigaciones científicas del Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores (INSAT), en coordinación con el Instituto de Estudios e Investigaciones del Trabajo (IEIT), hacia la identificación de las principales causas de jubilación.
- Realización de talleres de normas metodológicas por especialidades, para que todas las comisiones trabajen en forma homogénea.

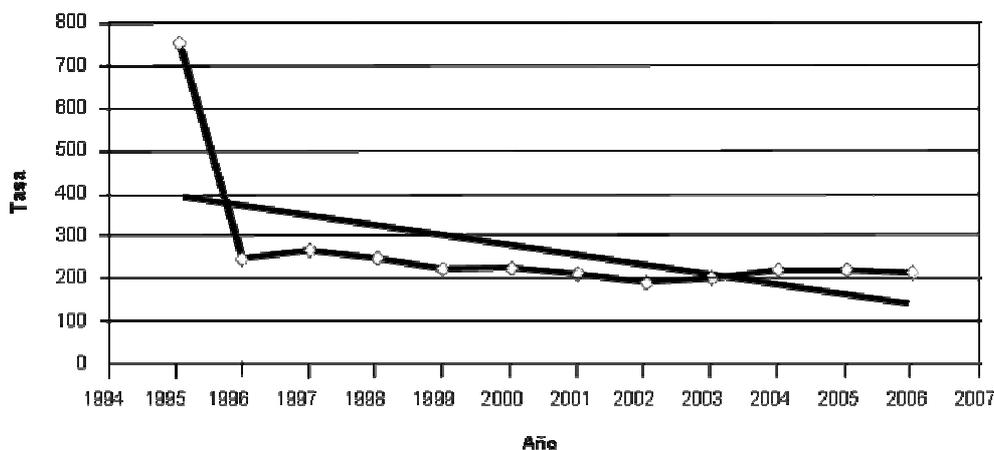
La tabla 2 muestra el impacto de las medidas trazadas en la estrategia, donde se disminuye en casi 18 000 trabajadores de invalidez total y el índice de pensiones por edad/invalidez en 23,7, que a partir de ese momento se encuentra por debajo del 25% establecido internacionalmente. A partir de aquí, en los años subsiguientes el comportamiento de la invalidez total toma una tendencia decreciente (figura 1).

Tabla 2

Comportamiento de las pensiones otorgadas por edad y por invalidez en la República de Cuba en el período 1995-2006

| Año  | Nº de pensiones |          |               | Índice E/I |
|------|-----------------|----------|---------------|------------|
|      | Total           | Por edad | Por invalidez |            |
| 1995 | 76 635          | 48 028   | 28 607        | 37,3       |
| 1996 | 55 968          | 34 223   | 10 633        | 23,7       |
| 1997 | 44 739          | 37 538   | 7 201         | 16,3       |
| 1998 | 49 923          | 42 264   | 7 299         | 14,6       |
| 1999 | 47 316          | 38 849   | 6 371         | 14,0       |
| 2000 | 54 707          | 42 785   | 9 710         | 17,7       |
| 2001 | 55 898          | 46 489   | 9 409         | 16,8       |
| 2002 | 58 987          | 52 569   | 6 418         | 10,9       |
| 2003 | 71 641          | 65 279   | 6 362         | 8,9        |
| 2004 | 65 493          | 58 135   | 7 358         | 11,2       |
| 2005 | 68 109          | 61 168   | 6 941         | 10,2       |
| 2006 | 67 721          | 60 545   | 7 176         | 10,6       |

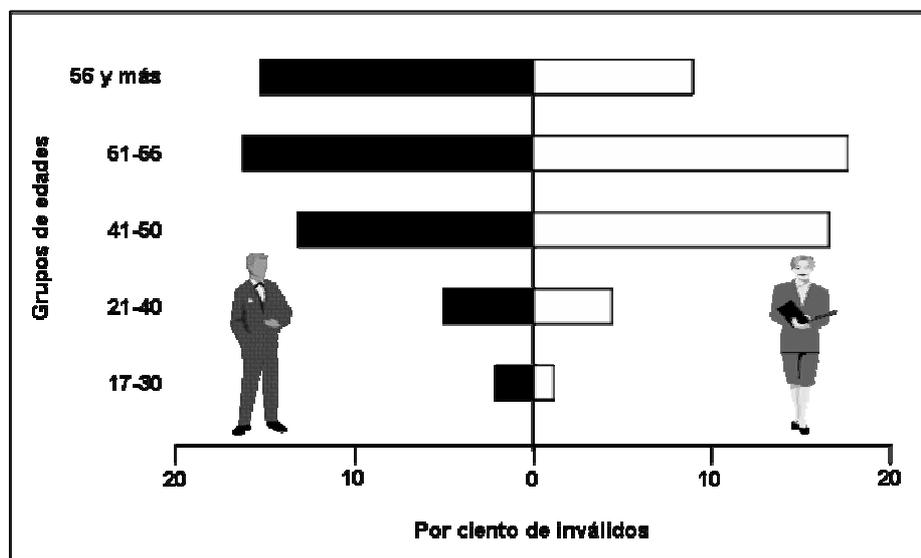
**Figura 1**  
Comportamiento de la tasa de invalidez total de la República de Cuba en el período 1995-2006



En la figura 2 se puede observar el comportamiento en cuanto a edad y sexo, donde no existen diferencias significativas entre ambos sexos a pesar de que el femenino, en virtud de sus funciones fisiológicas y de la conjugación del rol productivo con sus funciones domésticas, ha sido más susceptible a enfermar. El grupo de edad más representativo es el de 51-55 años para ambos sexos, seguido por el de 41-50, que coincide con lo reportado en el estudio de la invalidez total

en Cuba durante 1998<sup>9</sup>. Llama la atención que el sexo femenino tiene un buen porcentaje en el grupo de 56 y más, siendo la edad de jubilación para las mujeres de 55 años, pero generalmente se corresponde con personas que comienzan a trabajar a edades avanzadas, lo que hace que no tengan los años requeridos para la jubilación por edad y, por tanto, tienen que recibirla por invalidez<sup>9,10</sup>.

**Figura 2**  
Distribución de los inválidos totales según grupos de edades y sexo. República de Cuba. 1997-2006



En la figura 3 se observa que existe una proporcionalidad directa entre los años de trabajos y el número de inválidos totales, donde el grupo de 26 años y más alcanza el mayor porcentaje con un 38%, y el de 21-25 años con 27%. Estos dos grupos se caracterizan por ser individuos que generalmente presentan edades por encima de los 45 años, donde ya comienzan a observarse cambios en el desempeño físico, psicológico y psicomotor como resultado del envejecimiento, así

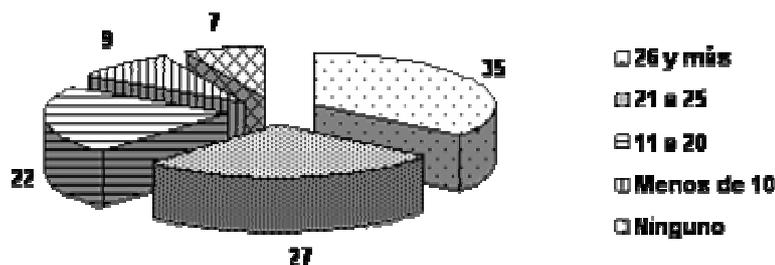
que puede conllevar a limitaciones en la capacidad de trabajo en ciertos puestos<sup>11</sup>.

Las enfermedades músculo esqueléticas (figura 4), primera causa de invalidez en nuestro país y en correspondencia con lo que ocurre en el mundo desarrollado, hoy en día logran una enorme y creciente importancia, por cuanto están relacionadas con la carga física a que se ve expuesto un trabajador, existiendo datos que revelan la magnitud y el costo asociado. En

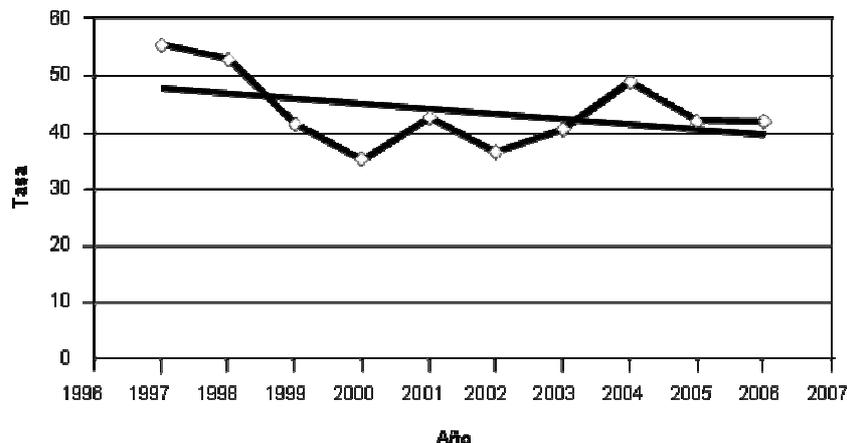
Suecia es el tipo más común de lesiones en trabajadores y se debe a sobreesfuerzos, los cuales originan el 18% del total de lesiones ocupacionales; en Gran Bretaña, los trastornos músculo-esqueléticos representan sobre el 20-23% del total de enfermedades laborales; en EEUU representan el 25% de las lesiones ocu-

pacionales; en España un 25% del total, según el Ministerio de Trabajo; y en México alcanzó cifras de 32% en el año 1999, principalmente padecimientos que generaron invalidez, según el Instituto Mexicano de Seguridad Social <sup>12,13</sup>.

**Figura 3**  
Relación de los años de trabajo de los inválidos totales. República de Cuba. 1997-2006



**Figura 4**  
Relación de las enfermedades músculo esqueléticas como causa de invalidez total. República de Cuba. 1997-2006



Las enfermedades cardiovasculares (figura 5), segunda causa de invalidez total en el país, representa la primera causa en los países desarrollados, coincidiendo con lo reportado por el IMSS, siendo la hipertensión arterial la causa más frecuente de este tipo de invalidez.

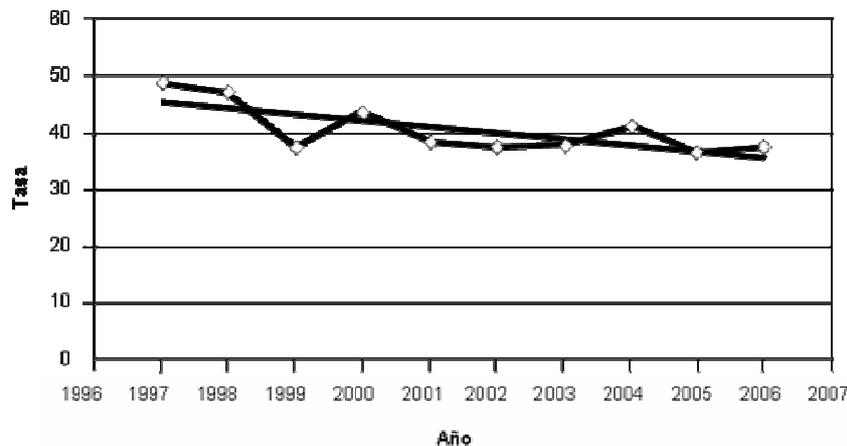
Los trastornos mentales (figura 6) son la tercera causa, aunque también con tendencia decreciente, siendo fundamentalmente trastornos neuróticos, que se caracterizan por una reacción global del individuo con disminución funcional y progresivo de la capacidad intelectual y física por el trabajador, que disminuye la motivación y la satisfacción para desarrollar sus funciones y tareas, el agotamiento físico y el desequilibrio emocional, y que provocan pérdida de la produc-

tividad y creatividad <sup>14</sup>.

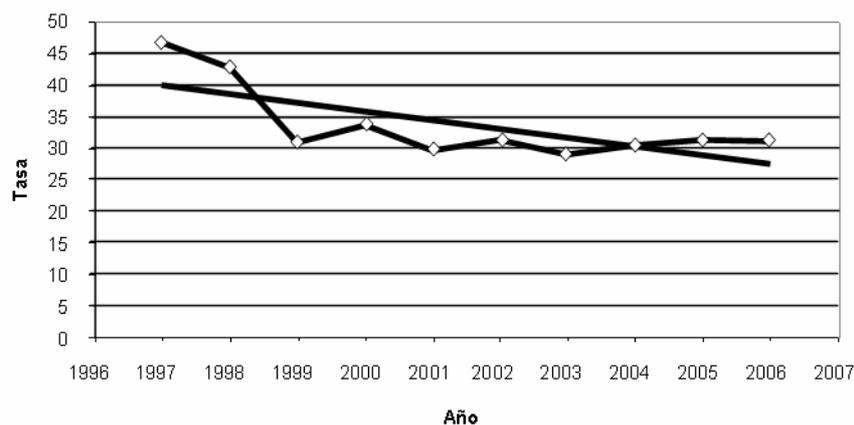
Queremos hacer un llamamiento de alerta con la insuficiencia renal crónica y los tumores (figuras 7 y 8), que presentan en el período una tendencia ascendente, sobre todo la insuficiencia renal crónica, que es llamativa por el aumento de los números de casos de diabéticos tipo II, enfermedad muy relacionado con la obesidad, de hipertensos mal controlados y de trabajadores con glomerulopatías. También hay que destacar que el pesquisaje es mayor; ejemplo de ello es el estudio realizado por Herrera et al en la Isla de la Juventud <sup>15</sup>.

Las enfermedades del Sistema Nervioso y órganos de los sentidos conforman otro grupo que viene presentando una tendencia ascendente, aunque de forma muy discreta (figura 9).

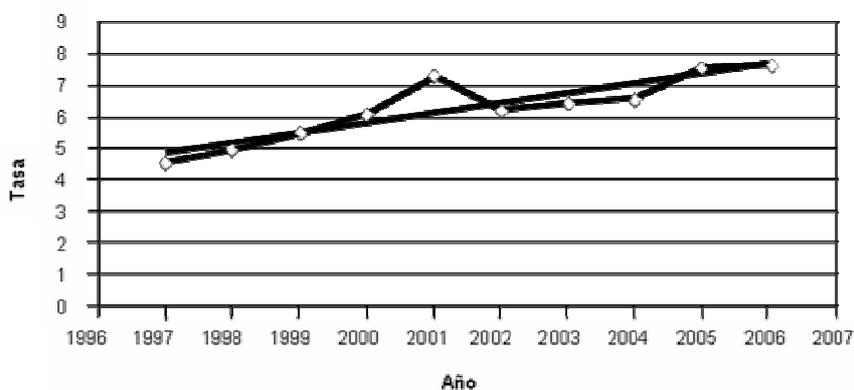
**Figura 5**  
**Relación de las enfermedades cardiovasculares como causa de invalidez total. República de Cuba. 1997-2006**



**Figura 6**  
**Relación de trastornos mentales como causa de invalidez total. República de Cuba. 1997-2006**



**Figura 7**  
**Relación de la enfermedad renal crónica como causa de invalidez total. República de Cuba. 1997-2006**



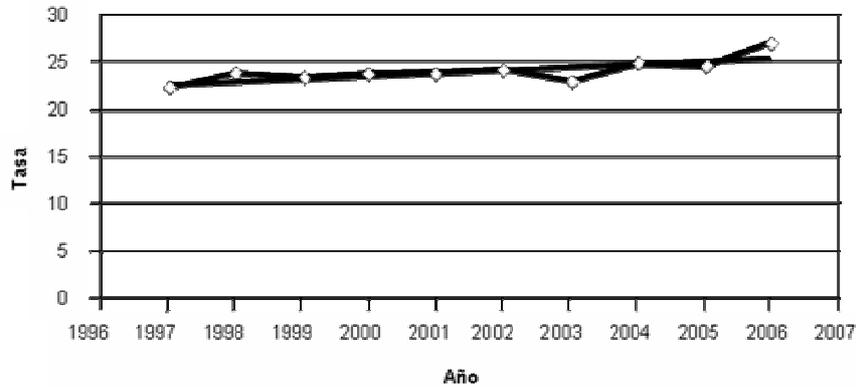
En cuanto a la categoría ocupacional, se pone de manifiesto que es la de obrero u operario la más afectada, esto relacionado frecuentemente con un bajo nivel cultural, además de tratarse de labores que requieren de grandes exigencias físicas en sus puestos de trabajo

que pueden generar desgaste, fatiga y estrés, entre otros, lo cual, a corto y largo plazos, originan trastornos en el trabajador (figura 10). La categoría dirigente presente tuvo una baja incidencia, a pesar de existir la creencia de que el dirigente está sometido a una carga

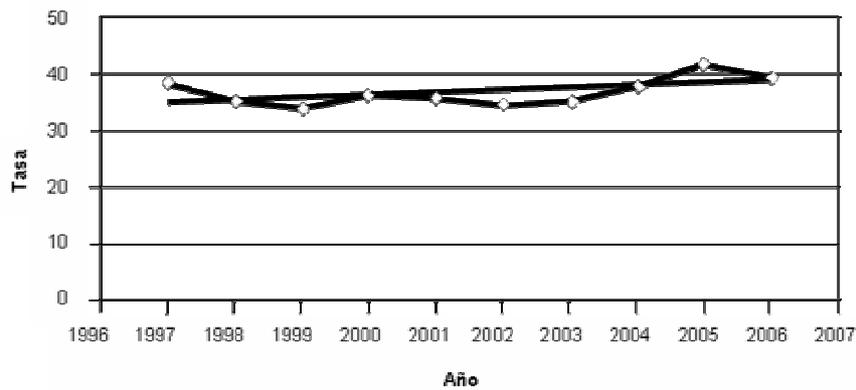
psíquica típica dada por una carga de trabajo, ansiedad y el estrés. Esto no coincide con los resultados obtenidos en estudios realizados con anterioridad en las

provincias de Ciudad de La Habana y Santiago de Cuba, donde predominaron las categorías de técnicos y de servicios, respectivamente<sup>16,17</sup>.

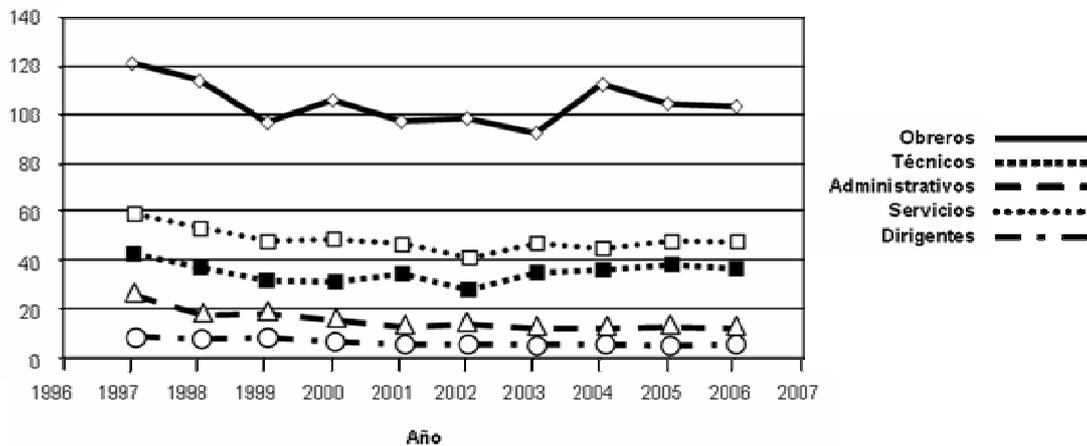
**Figura 8**  
Relación de los tumores como causa de invalidez total. República de Cuba. 1997-2006



**Figura 9**  
Relación de las enfermedades del Sistema Nervioso y órganos de los sentidos como causa de invalidez total. República de Cuba. 1997-2006



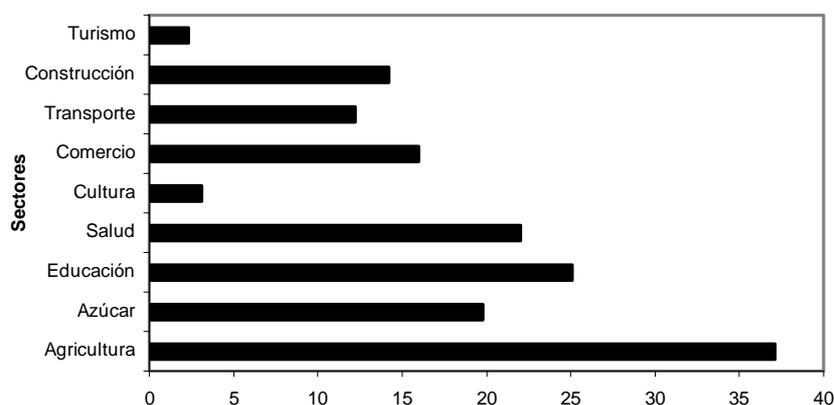
**Figura 10**  
Distribución de la categoría ocupacional de los inválidos totales. República de Cuba. 1997-2006



En relación con los sectores de la Economía (figura 11), son la agricultura, la educación y la salud los que muestran la mayor incidencia. En la agricultura se plantea que es una de las ocupaciones más peligrosas del mundo. Los trabajadores agrícolas no sufren sólo traumatismos, sino están también en contacto con animales transmisores de enfermedades y productos

agroquímicos venenosos<sup>18</sup>. Los sectores de cultura y turismo presentan menores incidencias, por lo que inferimos que esto se deba a las condiciones relativamente buenas de remuneración y estimulación que ostentan los trabajadores de estos sectores, que hacen que los gastos de la seguridad social a corto y a largo plazo sean menores.

**Figura 11**  
**Comportamiento de la invalidez total por sectores de la Economía. República de Cuba. 1997-2006**



De manera general, los resultados actuales están influenciado por la inadecuada selección del personal, la incorporación tardía al trabajo, un inadecuado seguimiento en ocasiones del estado de salud de los trabajadores, la no estimación y evaluación de los factores de riesgos en los diferentes puestos de trabajo de forma correcta, y la pobre utilización de las medidas de rehabilitación y readaptación.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Conferencia Interamericana de Seguridad Social. La seguridad social en Cuba. Ed. actualizada. Serie monográfica 25. México: CISS; 2000.
2. Ministerio de Salud Pública. Resolución Ministerial N° 52 de 1994. La Habana: MINSAP; 1994.
3. Comparación de los sistemas de aseguramiento de los riesgos del trabajo. Bogotá; 2002.
4. Ministerio de Trabajo y Bienestar Social. Manual único para la calificación de invalidez. Decreto N° 692-1436 de 1995. Bogotá: MTBS; 1995.
5. Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores. Informe del análisis del comportamiento de la invalidez en Cuba en el período 1991-1995. La Habana: INSAT; 1996.
6. Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores. Informe de la seguridad social. Reperitación. La Habana: INSAT; 1997.
7. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Anuario Estadístico. La Habana: MTSS; 1998.
8. Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores. Balance de seguridad social en Cuba. La Habana: INSAT; 1998.
9. Díaz W. Invalidez total. Cuba 1998. Trabajo para optar por el título de Máster en Salud de los Trabajadores. La Habana: Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores; 2000.
10. Sánchez L, Yans L. El abordaje de la salud de los trabajadores en el escenario de reajuste económico, reconversión industrial y los cambios tecnológicos. Salud de los Trabajadores 1995;31(3):35-41.
11. Organización Mundial de la Salud. El envejecimiento y capacidad de trabajo. Serie de Informes Técnicos. Ginebra: OMS; 2000. p. 8-25.
12. Software de manipulación manual de cargos del Instituto de Biomecánica. Lesiones músculo esqueléticas asociadas a la carga física en el puesto de trabajo. Estado actual de conocimiento. Valencia, España: Instituto de Biomecánica 1999. p. 38-42.
13. Salazar B. Accidentes y enfermedades más frecuentes en la población trabajadora. 76 casos clínicos. México: Instituto Mexicano de Seguridad Social; 1996. p. 93.
14. Oficina Panamericana de la Salud. Temas de salud mental en la comunidad. Washington: OPS; 2003 p. 15.
15. Herrera R et al. Estudio epidemiológico en la comunidad de enfermedad renal crónica, enfermedad cardiocerebral, hipertensión arterial y diabetes mellitus en la Isla de la Juventud. 2007.
16. Linares ME. Evaluación epidemiológica de la incapacidad laboral en trabajadores de la salud. La Habana: Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores; 1999.

17. Pérez C. Comportamiento de las enfermedades psiquiátricas como causa de la incapacidad laboral. Santiago de Cuba; 1995.
18. Banco Mundial. Informe sobre el desarrollo mundial. Invertir en salud. Washington: Banco Mundial; 2003. p. 58.
- 

**Recibido:** 14 de junio de 2008

**Aprobado:** 14 de julio de 2008