

Hospital Docente Clínico Quirúrgico de 10 de Octubre.  
Servicio Nacional de Reumatología.

### **Caracterización de la invalidez laboral por enfermedades Reumáticas en el municipio 10 de Octubre, estudio de seis años.**

Dra. Prada Hernández Dinorah M.\*, Dr. Molinero Rodríguez Claudino\*\*, Dr. Gómez Morejón Jorge A.\*, Dra. Reyes Pineda Yusimí\*, Dra. Siñani Butron Cintya J. \*\*\*

\* Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral, 1er Grado en Reumatología

\*\* Especialista de 1er Grado en medicina interna, 2do Grado en Reumatología

\*\*\*Residente de 3er año en Reumatología.

#### **Resumen**

Se realiza un estudio epidemiológico de tipo descriptivo y retrospectivo con el propósito de caracterizar el comportamiento de la invalidez laboral por enfermedades reumáticas en el municipio 10 de octubre durante un período de 6 años (1995-2000). Se revisaron todos los dictámenes de peritaje médico de los pacientes peritados durante este período. De los 4838 pacientes peritados 1014 (21 %) eran portadores de enfermedades reumáticas, superada solamente por las enfermedades psiquiátricas (22,2%). La patología más frecuente lo constituyó la espondiloartrosis (39,4%) seguido en orden de frecuencia los Reumatismos de partes blandas (15,6 %), la sacrolumbalgia (12,2 %) y las patologías de rodilla (11,4 %). El sexo femenino (76,2 %) y la categoría ocupacional obrera (40,8 %) y empleados (35,8 %) fueron las más afectadas. A los grupos etáreos de 51-55 (30,1 %) y 46-50 (28,3 %) le correspondió el mayor número de pacientes peritados. Predominó la invalidez total (33,3 %) siendo en este grupo la espondiloartrosis la de mayor porcentaje (54,7 %), le siguió la invalidez temporal (28,4 %) constituyendo la sacrolumbalgia la entidad más frecuente en este grupo (50 %). En nuestro estudio los días perdidos laborables ascendieron a 184867. La duración media de baja laboral por enfermedades reumáticas fue de 30,3 días por proceso correspondiendo a la sacrolumbalgia el mayor número (38,2 días) seguido por la espondiloartrosis (33,9días) y las patologías de rodilla (33,2días). Los costos indirectos ascendieron a \$ 6'780,152.00.y el 61,1 % del gasto total fue consumido por los pacientes portadores de Espondiloartrosis seguido por los reumatismo de partes blandas 24,3 % y la sacrolumbalgia 18,9%.

#### **Introducción**

Las enfermedades reumáticas clasifican entre las enfermedades crónicas no transmisibles, son causas del 40 % de las enfermedades crónicas y más de la mitad de los casos de invalidez prolongada (1) (2). Las enfermedades musculoesqueléticas constituyen la principal causa de morbilidad entre los adultos de países desarrollados, así como de incapacidad laboral entre los

18-64 años (3). Como consecuencia de su alta morbilidad generan gran demanda asistencial, sobre todo en consulta externa. En el Reino Unido suponen el 10 % de las consultas médicas y el 15% de los referidos al reumatólogo (4), en Estados Unidos se

estimó que en un periodo de un año 41,18 millones de pacientes requirieron 315 millones de visitas médicas, de estas visitas 91 millones fueron por causas musculoesqueléticas (5).

Su impacto socioeconómico es muy grande y se deriva tanto de los costos directos como indirectos. En personas laboralmente activas la importancia de los costos indirectos es superior a los directos. El impacto económico de los diferentes procesos reumáticos difiere según sus características clínicas y su gravedad. Al cierre de 1995, en Cuba habían 1.325.165 pensionados lo que representa que uno de cada diez habitantes está protegido por la seguridad social y el factor invalidez se correspondía con el 23,7 % del total de pensionados y de ellos el 50 % eran pacientes reumáticos (3).

Los trastornos musculoesqueléticos tienen un alcance mundial y afectan tanto a países industrializados con moderna tecnología como a países en vías de desarrollo, ejercen un gran impacto tanto a nivel del individuo que las padece como para la sociedad, su elevada incidencia, la tendencia a la cronicidad, su efecto negativo sobre la calidad de vida y su relación con el mundo laboral hacen que representen uno de los principales problemas de salud en la población en general.

### **Material y Método**

Se revisan 4838 dictámenes de peritaje médico del municipio 10 de Octubre correspondientes a los años 1995- 2000. Se estudió el comportamiento general de las distintas especialidades que fueron peritadas, se dividieron en cantidad de peritados por especialidades y se relacionaron con las enfermedades reumáticas. De los 4838 dictámenes revisados, 1014 correspondieron a enfermedades reumáticas, lo que constituyó el universo de nuestro estudio. Las patologías reumáticas peritadas fueron espondiloartrosis, reumatismos de partes blandas, sacrolumbalgias, patología de rodilla (lesión de menisco, condromalacia, plica sinovial, sinovitis vellonodular pigmentada, etc.), OA en otras localizaciones, espondiloartropatías, otras conectivopatías y artropatía por cristales), las mismas fueron desglosadas en seis grupos etáreos (30-35, 36-40, 41-45, 46-50, 51-55, 56-60 años). Se estudiaron los parámetros en relación con el sexo, categoría ocupacional (obrero, empleado, técnico y profesional) y grado de invalidez (invalidez total, parcial permanente, temporal y sin invalidez para el trabajo), así como se definieron los días perdidos laborales, la duración media de invalidez laboral (días) y los costos indirectos. Para determinar los costos indirectos (dinero aportado por la seguridad social) por días perdidos laborales, se utilizó el salario promedio anual de la población trabajadora en los años estudiados (\$ 260), según los datos oficiales del Comité Estatal de Trabajo y Seguridad Social (CETSS), pues, la planilla de dictamen de peritaje medico no recoge el salario devengado de cada paciente.

Se creó una base de datos para lo cual se utilizó el programa computarizado para el análisis epidemiológico EPI-INFO. Se realiza el análisis estadístico y procesamiento de la información con el paquete de programas SPSS en su versión 10.0.

Se efectuó un análisis exploratorio con el objetivo de conocer el comportamiento global de las principales variables y se expresaron los resultados en tablas de contingencia y gráfica empleándose para cada categoría el análisis de distribución y porcentaje.

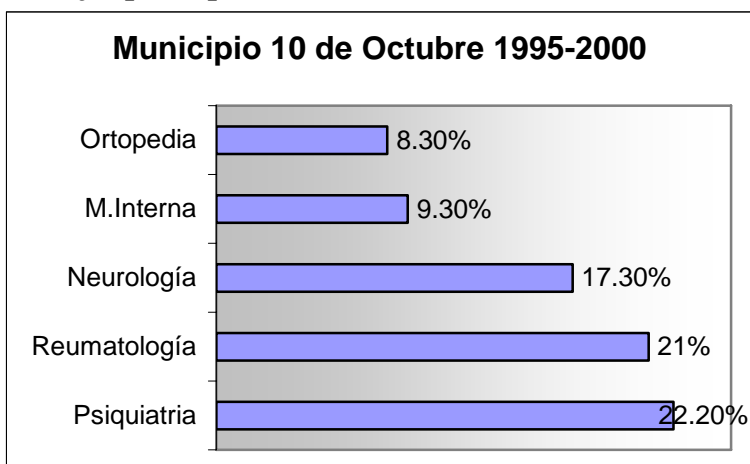
## Resultados y Discusión

En el presente estudio tenemos un total de 1014 pacientes que presentaron diagnóstico de enfermedades reumáticas representando el 21% de los pacientes peritados en el periodo estudiado, superados sólo por los pacientes con enfermedades psiquiátricas (22,2%) (Gráfico N° 1).

El mayor porcentaje de invalidez total correspondió también a las enfermedades psiquiátricas con 6,9 % (gráfico N° 2), seguidas muy de cerca por las enfermedades reumáticas (6,4%). En una investigación realizada por la Dirección Nacional de Estadística del MINSAP (1994) en la consulta de peritaje médico se comprobó que la incapacidad permanente para todo tipo de trabajo fue precisamente la correspondiente a enfermedades reumáticas que en nuestro medio representan la primera causa de invalidez (3). En un estudio publicado en el 2001, en la Revista Cubana de Reumatología, encontramos que durante el año 1995 las enfermedades reumáticas ocuparon el segundo lugar entre las enfermedades peritadas en el municipio 10 de Octubre y el primer lugar en invalidez permanente (6).

### Gráfico N° 1

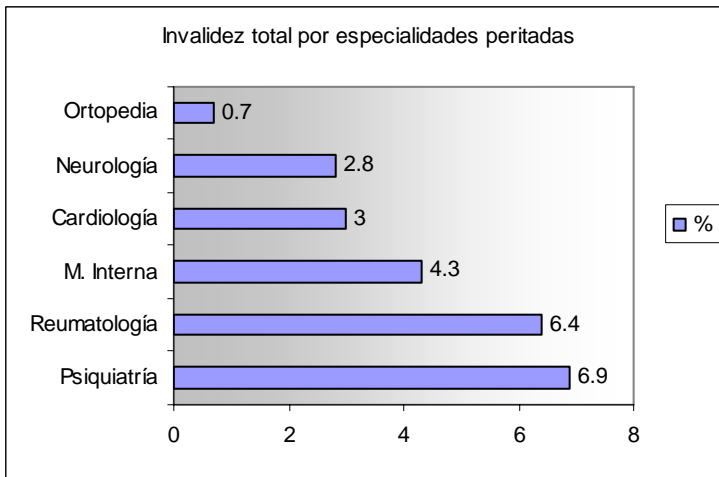
#### Peritajes por especialidades



Fuente: Dictámenes de peritaje médico

En España alrededor de la mitad de la población sufre una enfermedad reumática aguda o crónica y el 50% de las incapacidades laborales se deben a problemas músculo-esqueléticos, según datos expuestos durante el XVII Congreso de Reumatología, celebrado recientemente en Córdoba (2006). En el plano sociolaboral constituyen la segunda causa de incapacidad temporal, después de las enfermedades respiratorias y la primera causa de incapacidad laboral a largo plazo (1) (2).

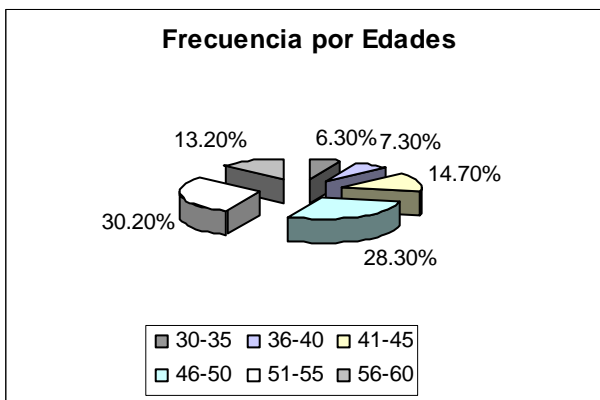
Gráfico N° 2



Fuente: Dictámenes de peritaje médico

En cuanto a la frecuencia por edad (Gráfico N° 3), el mayor número de pacientes correspondió al grupo etáreo entre 51-55 años (30,2 %), seguida por el grupo de 46-50 años (28.3 %).

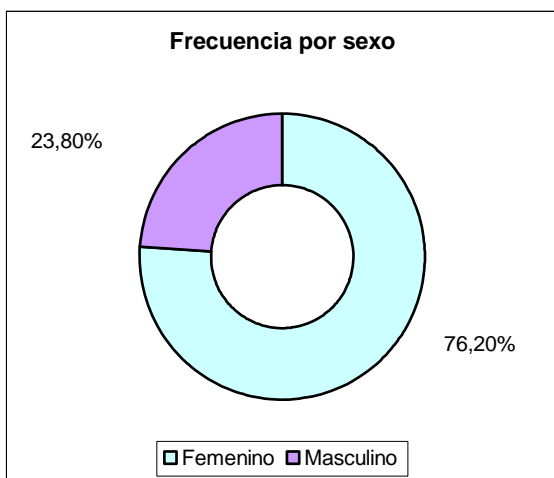
Gráfico N° 3



Fuente: Dictámenes de peritaje médico

Es importante señalar que en todos los grupos de edades predominó el sexo femenino, 76,2 % (gráfico N° 4) y (Tabla N° 1). Resultados que coinciden con toda la literatura revisada, son múltiples los estudios epidemiológicos nacionales e internacionales que evidencian la alta frecuencia del sexo femenino en las enfermedades reumáticas, existiendo estudios que vinculan, por ejemplo, mayor prevalencia de lumbalgia en las mujeres trabajadoras relacionadas, además de las actividades laborales con las actividades domésticas. Los resultados encontrados en nuestro estudio pueden ser atribuibles además, a la elevada incorporación y participación de la mujer en las diferentes actividades laborales y sociales en nuestro país.

Gráfico N° 4

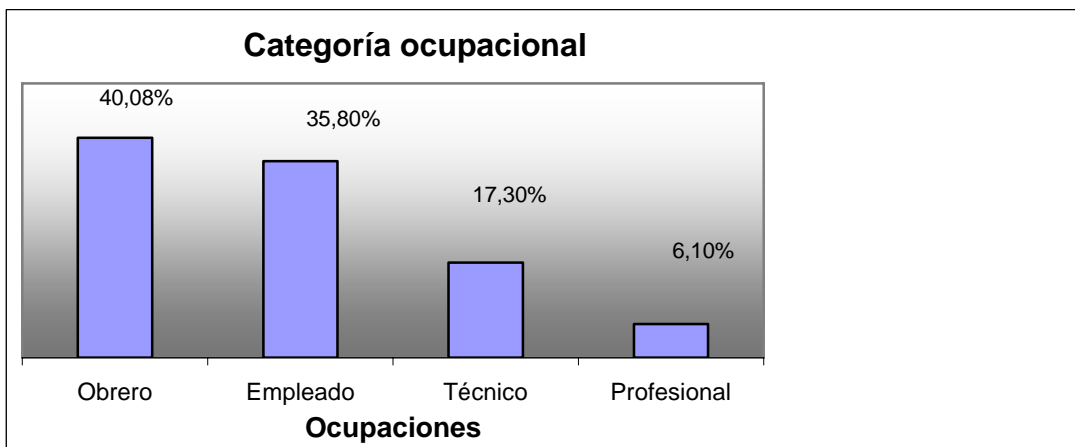


Fuente: Dictámenes de peritaje médico

La categoría ocupacional (Gráfica N°), más representada fueron los obreros (40%) y empleados (35,8%).

Al vincular el comportamiento de la edad, el sexo, y la categoría ocupacional nuestro resultados son similares a los reportados por otros autores, donde se demuestran que las enfermedades reumáticas son mas frecuentes a medida que aumenta la edad, en el sexo femenino y en personas con ingresos mas bajos y de menos nivel educacional (7)(8).

Gráfico N° 5



Fuente: Dictámenes de peritaje médico

**Tabla N° 1**

Comportamiento de las enfermedades reumáticas según el sexo

Relación de las enfermedades y el sexo				
Enfermedades Reumáticas	Femenino		Masculino	
	N°	%	N°	%
Espondiloartrosis N° 400 (39,4%)	296	74	104	36
R. P. Blandas N°159 (15,6%)	139	34,7	20	5
Sacrolumbalgia N°124 (12,2%)	79	63,7	45	36,2
Patología de rodilla N°116 (11,4%)	88	75,8	28	24,1
Art. Reumatoide N°82 (8%)	75	91,4	7	8,5
OA en otras localizaciones N°74 (7,2%)	62	83,7	12	16,2
Espondiloartropatías N° 24 (2,3%)	16	66,6	8	33,3
Otras Conectivopatías N°18 (1,7%)	18	100		
Artropatía por Cristales N°17 (1,6%)			17	100
Total	773	76,2	241	23,7

Fuente: Dictámenes de peritaje médico

En la tabla N° 1 podemos observar que la espondiloartrosis ocupó el lugar más relevante con un 39,4 % seguida no muy de cerca de los reumatismos de partes blandas 15,6%, la sacrolumbalgia 12,2% y la patología de rodilla 11,4%.

Según un estudio COPCORD realizado por Reyes Llerena en su tesis doctoral sobre la prevalencia de las enfermedades reumáticas en Cuba encontró una prevalencia de osteoartritis en la comunidad de 20,41% I. C. [19,02-21,87] (9).

La OA es la enfermedad reumática más común causante de síntomas y discapacidad, de mayor prevalencia a nivel mundial y la afectación de la columna vertebral es una de las localizaciones más frecuentes (6)(7)(9) (10)(11)(12)(13)(14)(15)(16)(17)(18) (19)(20).

En nuestro país los niveles de salud son comparados con países desarrollados y el incremento considerable de las expectativas de vida hace que al igual que los países industrializados la evolución de la población tiende a estar compuesta por personas de más edad donde la longevidad es cada vez mayor y con ello hay un aumento progresivo de los procesos crónicos degenerativos (12).

Si dentro del dolor crónico excluimos los pacientes oncológicos y el dolor neuropático, nos queda un grupo de pacientes con características propias que su principal causa de dolor es la patología degenerativa y/o inflamatoria. Según, el Dr. Abramson, del Departamento de Reumatología de la Universidad de Nueva York, tan sólo en Estados Unidos se ven aquejadas por este padecimiento más de 500 mil personas anualmente (13), y muchos pacientes tienen que reducir su horario de trabajo o abandonar el trabajo de forma prematura. En España la prevalencia de osteoartritis oscila entre el 24 y 43% con una frecuencia mayor en las mujeres (2) (15) (21). Según estudios EPISER se han reportado que existen 200 mil personas con A. R. y 6 millones con OA de rodillas, manos y columna (10).

Se ha calculado que el 30% de la población adulta tiene problemas de artrosis, 20% dolor de espalda, la artritis reumatoide y la espondilitis anquilopoyética afectan entre el 1 y 0,3 % respectivamente (15).

Los reumatismos de partes blandas son muy comunes y causan un sufrimiento considerable, afecciones como el síndrome del túnel del carpo, la epicondilitis, epitrocleitis, tendinitis del manguito de los rotadores, tendinitis calcificante, entre otras son reconocidas como enfermedades reumáticas muy relacionadas con el ambiente laboral (2)(15). Ese estudio mostró una prevalencia del 6.4% cifra no despreciable aunque su frecuencia real no ha sido claramente establecida. Nuestros resultados confirman que en nuestro país, también es evidente la elevada prevalencia de estos procesos como causa de invalidez para el trabajo.

La fibromialgia aunque no se mostró significativa en nuestro estudio, tiene una elevada prevalencia en la consulta médica diaria y su frecuencia oscila entre el 2% de la población, más frecuente en las mujeres entre los 30 y 69 años, existiendo reportes en nuestro país de la enfermedad en hombres y en la población infantil.

La artrosis vertebral está descrita como la primera causa de lumbalgia después de los 50 años (15)(17)(18)(19)(21)(22) (23)(24)(25)(26)(27). En Cuba Gil Reyes y Cols., en un estudio comunitario realizado en la ciudad de la Habana hallaron una prevalencia del 5,7% para el dolor lumbar más frecuente en el sexo masculino, con una edad promedio de 36 años asociado a notables índices de incapacidad laboral (28). En otro estudio realizado en nuestro país sobre epidemiología de los trastornos del SOMA en el ambiente laboral Robaina Aguirre y Cols., encontraron una prevalencia de sacrolumbalgia de 46.9 % seguida de la OA 17,2%, bursitis y sinovitis 11,1% más frecuente en el sexo femenino y en los pacientes entre 40 y 59 años (8).

La artritis reumatoide tiene una prevalencia mundial entre 0,5 a 1%, su prevalencia ha sido subestimada, y en nuestro medio estudios realizados por Reyes Llerena y cols., la sitúan en el 2,7 % en el estudio piloto que representa una tasa elevada (9). No obstante en el estudio de tesis doctoral con un mejor tamaño muestral y diseño, la halló en el 1.24%.

Al relacionar estas enfermedades con la edad (tabla N° 2) encontramos que la espondiloartrosis predominó en todos los grupos estudiados aumentando su frecuencia a partir de la cuarta década de la vida con un pico importante entre los 51-55 años (42,2%) los reumatismos de partes blandas predominaron en los grupos de 51-55 y 46-50 años con un 28,9 % y 25,7 % respectivamente. En cuanto a la sacrolumbalgia predominó el grupo entre 46-50 años (26,6 %) seguido por los pacientes comprendidos entre los 36-40 y 51-55 años con igual porcentaje de afectación (20,9%). En las patología de rodilla su incremento fue proporcional a la edad hasta los 55 años, con cifras más altas en los pacientes entre 46 y 50 años (22,4%), la artritis reumatoide, la osteoartritis en otras localizaciones y la artropatía por cristales se mostraron con mayor frecuencia en los pacientes entre 40 y 55 años, mientras otras conectivopatías fueron mas frecuentes entre los 30 y 45 años. La OA enfermedad degenerativa aumenta su frecuencia después de los 50 años, la prevalencia de osteoartritis varía según la edad entre 25 y 35 años 0,1 %, entre 35 y 65 años 30% y mayor

de 80 años 80%, la edad constituye junto con otros factores un riesgo importante para esta enfermedad (10)(17)(18)(22)(23).

La edad más frecuente de los pacientes con lumbalgia oscila entre la tercera y cuarta década de la vida. En Estados Unidos hay estudios que señalan la lumbalgia como la primera causa de incapacidad en menores de 45 años (25). En la mayoría de los estudios internacionales se señala que la espondiloartrosis lumbar tiene una elevada frecuencia en los pacientes a partir de los 50 años (1)(2)(7)(10)(15) (16)(17)(18). Estudios imagenológicos por T.A.C. demuestran que la artrosis interapofisaria lumbar es casi constante a partir de 45 años (26)(27). La hernia discal y la espondiloartropatías son más frecuentes antes de los 45 años (2)(15)(21).

Estudios realizados en Madrid señalan a los trastornos internos de rodilla dentro de las primeras cinco causas de invalidez laboral (29).

Al analizar el grado de invalidez para el trabajo (Tabla N° 3) predominó la invalidez total (33,3%). En este grupo la espondiloartrosis ocupó el lugar más relevante (54,7%) seguida de la A. R. (34,1%), mientras que la invalidez temporal representó un 28,4% y es sobresaliente que el 50% de los pacientes con sacrolumbalgia presentaron invalidez temporal para el trabajo, seguida por las patología de rodilla y el reumatismo de partes blandas con un 49,1% y 33,9% respectivamente. Nosotros en estudios anteriores realizados en el municipio 10 de Octubre (6) y San José de las Lajas (14) obtuvimos resultados similares donde la espondiloartrosis constituyó la enfermedad más frecuente y con mayor invalidez total. Estudios realizados en la provincia de Matanzas Rodríguez Noel y cols. (11) y Villa Clara Borges Alberto y cols. (20) se encontraron resultados similares donde la enfermedad mas frecuente fue la osteoartrosis y la espondiloartrosis la primera causa de invalidez total.

El 2,8% de la población española refiere estar en incapacidad laboral o permanente, la cual esta causada en el 49% de los casos por un problema reumático (10), estudios realizados en Guadalajara, España en 1998 se reportó que de las 460 invalidez para el trabajo por enfermedades reumáticas el 81,3 % fueron invalidez total (7); En otro estudio realizado en la Comunidad Autónoma de Madrid sobre incapacidad temporal de origen musculoesquelético se reportó que las cinco patologías más frecuentes fueron trastornos de la columna dorso lumbar, reumatismo de partes blandas, contractura muscular, trastornos de la columna cervical y los trastornos internos de rodilla, la patología dorso lumbar fue la primera causa de invalidez temporal 45% (29). Según estudio de EPISER las enfermedades reumáticas están relacionadas con el 50,7 % de las incapacidades laborales y la OA es la causa mas frecuente de invalidez total y temporal (19). El Dr. Tornero Molina en un estudio realizado en Guadalajara España durante 10 años asegura que las enfermedades reumáticas constituyeron la primera causa de invalidez permanente, la tercera de invalidez transitoria y el 50% de invalidez permanente corresponde a la OA. (10), reporta además que la artrosis del esqueleto axial, la hernia discal y la estenosis degenerativa del canal raquídeo son causas muy frecuentes de invalidez permanente (7).



**Tabla N° 2**

Relación de las enfermedades Reumáticas y los grupos etéreos.

Enfermedades reumáticas	30-35		36-40		41-45		46-50		51-55		56-60		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Espondiloartrosis	11	2,7	12	3	36	9	109	27,2	169	42,2	63	16	400	39,4
R. P. Blandas	13	8,1	7	4,4	30	19	41	25,7	46	28,9	22	14	159	15,6
Sacrolumbalgia	14	11	26	21	18	15	33	26,6	26	20,9	7	5,6	124	12,2
Patología de rodilla	14	12	21	18	24	21	26	22,4	25	21,6	6	5,1	116	11,4
Art. Reumatoidea	2	2,4	2	2,4	10	8,6	37	31,8	18	15,2	13	11	82	8
OA en otras localizaciones	-	-	3	4	14	18	30	40,5	15	12,9	12	10	74	7,2
Espondiloartropatías	3	13			7	29	8	33,3	4	16,6	2	6,3	24	2,3
Otras conectivopatias	7	39	3	17	5	28	2	11,1			1	5,1	18	1,7
Artropatía por cristales	-	-	-	-	5	29	1	5,8	3	17,6	8	47	17	1,6

Fuente: Dictámenes de peritaje médico

**Tabla N° 3**

Relación de las enfermedades reumáticas y el grado de invalidez laboral

Enfermedades reumáticas	GRADOS DE INVALIDEZ									
	Invalidez Total		Parcial Permanente		Invalidez temporal		sin invalidez		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	n°	%
Espondiloartrosis	219	54,7	72	18	56	14	53	13,2	400	39,4
R. P. Blandas	16	10	24	15	54	33,9	65	40,8	159	15,6
Sacrolumbalgia	32	25,8	13	10,4	62	50	17	13,7	124	12,2
Patología de rodilla	4	3,4	7	6	57	49,1	48	41,3	116	11,4
Art. Reumatoidea	28	34,1	6	7,3	27	32,9	21	25,6	82	8
OA en otras localizaciones	23	31	8	10,8	17	22,9	26	35,1	74	7,2
Espondiloartropatías	8	33	4	16,6	4	16,6	8	33	24	2,3
Otras conectivopatias	4	22,2	2	11,1	6	33,3	6	33,3	18	1,7
Artropatía por cristales	4	23,5	4	23,5	5	29,4	4	23,5	17	1,6
Total	338	33,3	140	13,8	288	28,4	248	24,4	1014	100

Fuente: Dictámenes de peritaje médico

La artritis reumatoide genera no solo incapacidad temporal sino, también permanente hasta un 16 % de los casos, el 40% perciben subsidios por invalidez y se constatan pérdidas laborales en el 75% de los trabajadores activos en un año, más de la mitad de los pacientes con artritis reumatoide son población laboralmente activa (10), en un estudio realizado en

Holanda el empleo había disminuido en 48% a los 2,8 años en pacientes con artritis reumatoide (30).

Como se observa en la tabla N° 4 en nuestro estudio los costos indirectos (dinero aportado por la seguridad social) ascendieron a \$ 6780152.00 y el 61,1% del gasto total fue consumido por los pacientes con espondiloartrosis que representó el 39,4% de los procesos de baja laboral, la duración media de la incapacidad laboral por enfermedades reumáticas fue de 30,3 días/proceso.

Las cinco patologías más frecuentes y su duración media en días de incapacidad laboral fueron: espondiloartrosis 39,4% (33,9días), reumatismos de partes blandas 11,4% (15,2días), sacro-lumbalgias 12,2% (38,2 días), patología de rodilla 11,4% (33,2días), y artritis reumatoide 8%(30,7días) el resto de las enfermedades representaron una frecuencia muy baja en el estudio.

Según reportes de la literatura revisada la duración de las bajas laborales provocadas por las enfermedades reumáticas es superior a la producida por otras patologías con una media de 49 días por proceso (10)(25). En Estados Unidos en un estudio realizado en 1991 se observó que las personas con enfermedades crónicas tenían una media de 40 días de actividad limitada al año por cualquier causa, de las cuales 19,5 días fueron atribuidas a enfermedades reumáticas con un costo total de 149,000 millones de dólares equivalentes al 2,5 % del PIB (5).

La Osteoartritis de cadera y rodilla también contribuyen a elevados costos indirectos y directos en la población norteamericana dada su alta morbilidad, disminución de la capacidad funcional y de la calidad de vida (31). La lumbalgia en E.U. genera costos muy elevados (50 billones/año) y los costos indirectos superan ampliamente los costos directos (23). Aproximadamente el 2% de la fuerza laboral norteamericana recibe pensiones por discapacidad por dolor vertebral cada año (7).

El costo económico asociado a la artrosis representa una tercera parte de los gastos generales provocados por la baja de invalidez permanente registrados en España (10). La Sociedad Española del Dolor (SED) informó en enero del 2006 que la repercusión social de la lumbalgia es alarmante y que la duración media de baja por esta causa es de 41 días/año, los costos anuales superan los 6000 millones de Euros (22).

En Québec entre los años 1980-1990 se comprobó que el costo total por lumbalgia representaba el 27 % de las indemnizaciones de las afecciones laborales. En Nueva Zelanda las lesiones de la columna lumbar son la causa más frecuente de incapacidad laboral (23). En el Reino Unido la lumbalgia es responsable del 12,5% de los días de baja laboral, en Suecia supone el 13,5% de todos los días de baja (25).

Al relacionar los costos indirectos por lumbalgia y PIB, encontramos un comportamiento elevado en varios países: (32).

1990 Suecia US \$ 240 millones (1,7% PIB),  
1991 Holanda US \$ 4.600 millones (1,7% PIB),  
1995 Finlandia US \$ 732 millones (0,8% PIB),

2000 EusKadi US \$197,36 millones (0,58% PIB).

Varios estudios sobre dolor crónico no oncológico incluyen entre las causas más frecuentes la lumbalgia, la osteoartritis de otras localizaciones, espondiloartrosis, cefalea tensional, dolor neuropático y otros, el gasto por esta causa supone entre el 2,2% y 2,8% del PIB, de los países industrializados, en E. U. en la década pasada ocasionó un gasto anual superior a 90.000 millones en promedio y a nivel mundial genera costos de más de 100 billones anuales (12)(23).

Se ha calculado que la repercusión económica asociado a los costos por enfermedades reumáticas puede corresponder al 2,5% PIB en los países industrializados (12).

Es importante señalar que en esta investigación sólo evaluamos los costos indirectos (dinero aportado por la seguridad social para incapacidad laboral) cuyos valores son relevantes, teniendo en cuenta que en nuestro país los servicios de salud son gratuitos.

Si fuéramos a evaluar los costos totales (indirectos y directos) generados por estas patologías, serían extremadamente altos y con gran impacto socio-económicos, pues dichos costos incluyen además los gastos empleados en cada visita médica, hospitalización, medios diagnósticos, tratamiento farmacológico, cirugía, rehabilitación, entre otros, todo lo cual son gastos sufragados por el presupuesto del estado, (constituyendo gastos presupuestarios).

#### Tabla N° 4

Relación entre la frecuencia de enfermedades reumáticas, total de días perdidos laborales, duración media de baja por invalidez laboral (días) y los costos indirectos

Enfermedades Reumáticas	Total de días laborales perdidos	Duración media de invalidez laboral (Días)	Costos Indirectos	
			Gastos presupuestarios	%
Espondiloartrosis 39,4%	81510	33,9	\$ 4.147200	61,1
R. P. Blandas 15,6%	14520	15,2	\$ 1.648512	24,3
Sacrolumbalgia 12,2%	28980	38,2	\$ 1.285632	18,9
Patología de rodilla 11,4%	23160	33,2	\$ 1.202688	17,7
Artritis Reumatoides 8%	15120	30,7	\$ 850176	12,5
OA en otras localizaciones 7,2%	13650	30,7	\$ 767232	11,3
Espondiloartropatías 2,3%	3600	25,2	\$ 248832	3,6
Otras conectivopatías 1,7%	2700	25	\$ 186624	2,7
Artropatías por cristales 1,6%	1620	15,8	\$ 176256	2,7
Total 100%	184860	30,3	\$ 6.780152	100

Fuente: Dictámenes de peritaje médico

### Conclusiones

- Las enfermedades reumáticas ocuparon el segundo lugar de peritajes médicos solamente superados por las enfermedades psiquiátricas.
- El sexo femenino suele ser el más afectado así como la categoría ocupacional de los obreros.
- El reumatismo degenerativo del esqueleto axial constituyó la principal causa de peritaje en nuestro medio (municipio 10 de Octubre), seguido por los reumatismos de partes blandas y la sacrolumbalgia.
- La espondiloartrosis fue la enfermedad que causó mayor invalidez total, mientras la mitad de los pacientes con sacrolumbalgia presentaron invalidez temporal para el trabajo.
- Las enfermedades reumáticas en nuestro estudio condicionan costos indirectos elevados cuyo alcance resulta millonario..

### Recomendaciones

- Continuar el estudio de la problemática de las enfermedades reumáticas y la búsqueda de soluciones que permitan apalar su impacto social y económico.
- Promover y profundizar los programas de salud dirigidos a la prevención, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de las enfermedades reumáticas.

### Bibliografía

1. Lawrence R.C. Hochberg MC, Kelsey J.L. y col. Estimates of prevalence of selected arthritis and musculoskeletal diseases in the United States. *J. Rheumatology* 1989; 16:427-41
2. Candelas G. Jover JA. Impacto de las enfermedades reumáticas *Remicadex*.2003, 106:747-751
3. Reyes Llerena, Guibert M, y Cols. Actualización acerca del impacto de las enfermedades reumáticas sobre la calidad de vida en Cuba. *Revista cubana de Reumatología*. 1998:12.
4. Peacock D. Cooper C. Epidemiology of Rheumatic disease. *Curr Op Rheum* (1995); 7:82-6
5. Yelin E., Callahan LF. The economic cost and social and psychological impact of musculoskeletal conditions. *Arthritis Rheum* 1995, 38:1351-62
6. Molinero Rodríguez C., Prada Hernández DM., Gómez Morejón J. Impacto Laboral Por Enfermedades Reumáticas En El Municipio 10 De Octubre, *Revista Cubana de Reumatología*, Vol. III, N° 1, 2001, Pag. 38.
7. Tornero Molina J. Discapacidad laboral en la lumbalgia *Avances Reuma Salamanca* 13/02/07 Pg 55
8. Robaina Aguirre C. y Col. Epimiología de los Transtornos del SOMA con el Ambiente laboral *Rev. Cubana Med. General Integral* 2000/16 (6):531-39
9. Reyes Llerena Gil; Prevalencia Comunitaria de las Enfermedades Reumáticas. Estudio COPCORD en Cuba. Tesis doctoral 2005
10. Los Reumatismos. Publicación oficial de la sociedad española de reumatología Marzo a abril del 2004; N° 4 pagina 9 año 2000.

11. Rodríguez N, Cruz CR.; Taylor B. Impacto laboral por enfermedades reumáticas en las provincias de Matanzas. *Revista cubana de Reumatología*; Vol N°III, N° 7 y 8. 2005 (ABSTRAC).
12. Casals M, Samper D. Epidemiología Prevalencia y calidad de vida del dolor crónico no Oncológico. *Estudio ITACA Rev. Soc. Esp. Dol.* 11:260-269, 2004
13. Abramson SB, Attur M, Yazici Y. "Prospects for disease modification in osteoarthritis". *Nat Clin Pract Rheumatol.* 2006 Jun; 2(6):304-12.
14. Molinero Rodríguez C, Prada Hernández D, Yulmis Rodríguez. Repercusión laboral por enfermedades reumáticas en el municipio San José de las Lajas. *Prov Habana* 2004. (ABSTRAC).
15. Manual De La Sociedad Española, Reumatología de las Enfermedades Reumáticas 2000: 96.
16. Abordaje multidisciplinario del dolor de espalda. *Revista Sociedad Española del Dolor.* 11:119-121. 2004.
17. Tema monográfico. Lumbalgia. J. L. Peña Sagrado y colaboradores. 2003.
18. Paulino Tevar. J, Miranda Gallardo MD, Cuadra Díaz J. Epidemiología, Morbilidad de la artrosis, *Dolor*; 1999: 14 77-81
19. Laffon A. Prevalencia e impacto de las enfermedades reumáticas en la población adulta española. *Estudio EPISER MSD y Sociedad Española de Reumatología.* Madrid. 2001
20. Borges A, Otero Z. y cols. Incapacidad Laboral Permanente por Enfermedades Reumáticas En Villa Clara en el año 1996-1997. 2001. (ABSTRAC).
21. Deyo R.A. Loeser J.D, Bigos S.J, Herniated Lumbar Intervertebral Disc. *Ann Intern Med* 1990: 112: 598- 603.
22. Spine : La red Española de investigaciones con dolencias de espalda. *Jano on line y agencias* 10/01/2006. 15.02. La lumbalgia es la causa más frecuente de limitación de la actividad laboral según un informe de la SER.
23. Agustín Espejo G. Dolor crónico no Oncológico. Visión general. *Med wave*, año 3; N° 8, Edición septiembre 2003.
24. Texto Traumatología (pagina Web) Universidad Católica de Chile. [Trau\\_Secc 02/Trau\\_01.html](#) 21k – 20 Mayo. 2005.
25. Muñoz – Gómez J. Epidemiología de dolor lumbar crónico, *Avances en Reuma.* Salamanca 13/02/03, 10:55 Pag 23.
26. Revel M. Capacity of The Clinical Picture To Characterize Low Back Pain Release by Fused Joint Anesthesia. *Spine* 1998; 23:1972-7.
27. Reyes Llerena G, Porro Novo J, Hernández Martínez A, Dolor Lumbar Bajo, Enfoque Clínico-Terapéutico y de Rehabilitación Precoz, *Revista Cubana De Reumatología* Vol. III N°1: 65; 2001.
28. Penedo Coello A; Reyes Llerena G. y Cols, Prevalencia De Las Enfermedades reumáticas e Invalidez Asociada En Población Cubana atendida por el Médico de Familia; Aplicación del Instrumento COPCORD. *Rev. Cubana de Reumatología*, Vol.III, N°1, 2001, Pag. 30.
29. Blanco M., Candela G, Molina M. Característica de la incapacidad temporal de origen musculoesquelético en la comunidad autónoma de Madrid durante 1 año. *Revista Española de reumatología*, 2005; 32 (3); 106-11.

30. Van Joarsveld. Effects of Rheumatoid Arthritis on employment and social Participation during the firts years of disease in Netherlans Br J. Rheumatol 1998;37:848-853
31. Gupta S, Hawker GA, Laporte A, Croxford R, Coyte PC. The economic burden of disabling hip and knee osteoarthritis (OA) from the perspective of individuals living with this condition. Rheumatology Oxford 2005;44:1531-7.
32. Perez Tiernos S, Martinez de la Eranueva R, Ruiz Téllez. Impacto sanitario, económico, y social del dolor lumbar en la Comunidad Autónoma del País Vasco. Osteba. Sep.2003