



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

**Principales Patologías Asociadas al Dictamen de Invalidez
En Primer nivel de Atención**

TESIS QUE PRESENTA

DRA. MAYRA DENISSE ZARATE VAZQUEZ

PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

TUTORES DE TESIS

Dra. Patricia Maya Flores

Médico adscrito al servicio de Salud en el Trabajo
Unidad de Medicina Familiar No. 9

Dra. Ivonne Analí Roy García

Profesor Titular de la Residencia de Medicina Familiar
Unidad de Medicina Familiar No. 28 Gabriel Mancera.

Ciudad de México a 28 de Marzo del 2016.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimiento

Quiero agradecer antes que nada a Dios por darme fortaleza en cada momento de mi vida, porque cuando más duro parece el camino, es Él quien aclara mi pensar y mí sentir, quien me hace reflexionar sobre mis buenas y malas decisiones, para retomar y seguir el camino...

A mi Madre, quien siempre ha estado a mi lado, quien ha sido ejemplo de vida y mi motivo para seguir adelante, porque es guerrera sin escudo y sin espada, quien de frente siempre a la vida dando su mejor cara, nos ha enseñado que esta vida no es de los débiles, si no de los que dejaron de serlo...

A mis asesores que en forma incondicional me brindaron su apoyo para lograr esta tesis, con su experiencia y consejos me fueron llevando de la mano para lograrlo...

Porque alguien sabio algún día me dijo...

“Cuando vayan mal las cosas, como a veces suelen ir, cuando ofrezca tu camino sólo cuéstate que subir, cuando tengas poco haber pero mucho que pagar y precises sonreír aún teniendo que llorar, cuando ya el dolor te agobie y no puedas más sufrir.....descansar a caso debes...

¡Pero nunca desistir!”

ÍNDICE

RESUMEN.....	5
INTRODUCCIÓN.....	6
<i>1. MARCO TEÓRICO.....</i>	<i>7</i>
1.1. Antecedentes.....	7
1.2. Definición.....	15
1.3. Epidemiología y etiología.....	19
<i>2. JUSTIFICACIÓN.....</i>	<i>25</i>
<i>3. PREGUNTA DE INVESTIGACION.....</i>	<i>26</i>
<i>4. OBJETIVOS.....</i>	<i>26</i>
4.1. Objetivo general.....	26
4.2. Objetivos específicos.....	26
<i>5. MATERIALES Y MÉTODOS.....</i>	<i>27</i>
5.1. Tipo de estudio.....	27
5.2. Población, lugar y tiempo.....	27
5.3. Tipo de muestreo y tamaño de la muestra.....	27
5.4. Criterios de selección.....	28
5.4.1. Inclusión.....	28
5.4.2. Exclusión.....	28
5.4.3. Eliminación.....	28
5.5. Variables de estudio y definiciones operacionales.....	29
5.6. Instrumentos de recolección de datos.....	30
5.7. Método de recolección de datos.....	31
5.8. Análisis estadístico.....	31

5.9. Resultados.....	32
6.0. Análisis.....	50
6.1. Discusión.....	54
6.2. Conclusiones.....	56
7. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	57
8. LITERATURA CITADA	
8.1 Referencias Bibliográficas.....	58
8.2 Citas Bibliográficas.....	59
ANEXOS.....	60
Recursos.....	65

Principales Patologías asociadas a Dictamen de Invalidez en Primer nivel de Atención

* Mayra Denisse Zárate Vázquez (Autor), Médico Residente en Medicina Familiar UMF 28 (dr.mayra.zarate@hotmail.com),

* Ivonne Analí Roy García (Asesor), Médico Familiar Adscrito UMF 28 (ivonne.roy@imss.gob.mx).

* Patricia Maya Flores (Asesor) Médico Adscrito Salud en el Trabajo UMF No.9 (patricia.maya@imss.gob.mx).

RESUMEN

Introducción

La seguridad social es la protección que la sociedad otorga contra las contingencias económicas y sociales derivadas de la pérdida de ingresos a consecuencia de enfermedades, maternidad, riesgos de trabajo, invalidez y muerte, incluyendo la asistencia médica, de acuerdo a la Organización Internacional del Trabajo. El Seguro de Invalidez y Vida protege los medios de subsistencia de los asegurados y sus familias, garantizando el derecho a la salud y a la asistencia médica, en caso de accidente o enfermedad que ocurra fuera del entorno laboral y que tenga como consecuencia un estado de invalidez o, incluso, la muerte. Alrededor del 50.9% de los adultos activos laboralmente en Los Estados Unidos de América tienen al menos una enfermedad crónica y el 26% más de dos comorbilidades. En el 2011, 13.1% de esta población tenía un grado de invalidez, incluidos en éstos que el 46.35% eran adultos mayores de 75 años. En el 2011, diez de las 15 principales causas de muerte fueron las enfermedades crónicas como enfermedades cardiovasculares, neoplasias malignas, enfermedad crónica de la vía respiratoria inferior, síndrome nefrítico y nefrótico y nefrosis.

Objetivo

Se identificaron cuáles fueron las principales patologías que generaron dictámenes de invalidez durante el periodo comprendido del 2010 al 2014, en la Unidad de Medicina Familiar No. 9

Diseño

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo.

Material y métodos

El estudio se realizó de Abril a Julio del 2015. Se revisó el expediente clínico de cada paciente con dictamen de invalidez durante el periodo comprendido del 2010 al 2014.

Resultados

Con un total de 298 pacientes dictaminados como invalidez, de los cuales se obtuvo que el grupo más afectado fue el de 41 a 60 años, género masculino 61.9% y femenino 37.8%. Ocupación: servicios 94.6%. Del IMC: peso normal 52%, sobrepeso 23.8%, obesidad grado 1 11.7%, obesidad grado 2 5.7%. APNP: sedentarios 54.5%, alcoholismo 3.3%, tabaquismo 10%, alcohol + tabaco 5%, ninguno 20.4%. AHF: Ninguno 60.9%, DM 18.4%, HAS 7.7%, HAS + DM + Cáncer 5.4%. APP: DM + HAS 19.1%, DM 17%, HAS 8%, HAS + DM + Cáncer 6%. Principales causas de invalidez: Complicaciones DM 26.4%, Cáncer terminal 16.7%, Degenerativos musculoesquelético 12.4%, Trastornos Neurológicos 12.4%, EVC 10.7%.

Conclusiones

Durante el periodo del 2010 al 2014 las principales enfermedades generadoras de estado de invalidez fueron Diabetes Mellitus, Cáncer Terminal y Trastornos Degenerativos del Sistema Musculo esquelético, mayor afectación género masculino edad media entre los 41 a 60 años. Se apreció una relación directa entre los antecedentes heredofamiliares, los personales patológicos y no patológicos con la presencia de enfermedades crónico- degenerativas y el desarrollo de complicaciones. Con incremento en el número de dictámenes de invalidez durante el año 2014.

Palabras clave: Patologías, Invalidez, Primer nivel de Atención.

INTRODUCCIÓN

La seguridad social es la protección que la sociedad otorga contra las contingencias económicas y sociales derivadas de la pérdida de ingresos a consecuencia de enfermedades, maternidad, riesgos de trabajo, invalidez y muerte, incluyendo la asistencia médica, de acuerdo a la Organización Internacional del Trabajo. El Seguro de Invalidez y Vida protege los medios de subsistencia de los asegurados y sus familias, garantizando el derecho a la salud y a la asistencia médica, en caso de accidente o enfermedad que ocurra fuera del entorno laboral y que tenga como consecuencia un estado de invalidez o, incluso, la muerte. Alrededor del 50.9% de los adultos activos laboralmente en Los Estados Unidos de América tienen al menos una enfermedad crónica y el 26% más de dos comorbilidades. En el 2011, 13.1% de esta población tenía un grado de invalidez, incluidos en éstos que el 46.35% eran adultos mayores de 75 años. En el 2011, diez de las 15 principales causas de muerte fueron las enfermedades crónicas como enfermedades cardiovasculares, neoplasias malignas, enfermedad crónica de la vía respiratoria inferior, síndrome nefrítico y nefrótico y nefrosis.

El estado de invalidez es definido por la Ley del Seguro Social en el artículo 119, que a la letra dice: “Para los efectos de esta Ley, existe invalidez cuando el asegurado se halle *imposibilitado para procurarse, mediante un trabajo igual, una remuneración superior al cincuenta por ciento de su remuneración habitual* percibida durante el último año de trabajo y que esa imposibilidad derive de una enfermedad o accidente no profesionales”. [4]

La dictaminación del estado de invalidez deberá ser realizada por los servicios médicos institucionales, a través del dictamen médico correspondiente, en el que se consideran la determinación del estado físico funcional del trabajador y la información médica, técnica y social que se requiera. [4]

I. MARCO TEÓRICO

1.1. Antecedentes

Seguridad social en México

La seguridad social es la protección que la sociedad otorga contra las contingencias económicas y sociales derivadas de la pérdida de ingresos a consecuencia de enfermedades, maternidad, riesgos de trabajo, invalidez y muerte, incluyendo la asistencia médica, de acuerdo a la Organización Internacional del Trabajo (OIT). [1]

Actualmente según datos de la OIT sólo el 20 por ciento de la población mundial tiene una cobertura adecuada en materia de seguridad social mientras que más de la mitad no dispone de ninguna forma de protección social. Esto inquieta ya que la seguridad social tiene repercusión en todos los sectores de la sociedad. [1]

Dentro de los principales objetivos de la seguridad social se encuentran, mantener la calidad de vida, reducción de la desigualdad, integración social, eficiencia, factibilidad social. Es importante recalcar que la seguridad social está regida por disposiciones legislativas y/o reglamentarias para así poder definir los derechos y obligaciones de las empresas, entidades y gobiernos que participen en su funcionamiento y financiamiento de las instituciones encargadas. [1]

En el siglo XIX la previsión social se desarrolla bajo diversas formas, ya que el paso de la industrialización, especialmente en Europa, planteo nuevos problemas sociales y económicos. La seguridad social es el resultado de ésta evolución, ya que se hacían progresos materiales y al haber una reforma en la producción se creaban diversas formas de empleo y de ahí nuevas necesidades. Con esta revolución surgieron los primeros indicios de la clase laboral y el propietario, es decir, aquellos que no tienen los medios de producción pero que utilizaron su fuerza de trabajo para producir. [1]

El primer sistema nacional de seguridad social se implantó entre 1883 y 1889 en Alemania, con el canciller Otto Von Bismarck y cubría las pensiones de vejez y prestaciones de enfermedad. [1]

Posteriormente en la conferencia de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) en 1944 plantea los principios para la asistencia social. También la Organización de las Naciones Unidas (ONU) instituyó en su artículo 25 que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado. [1]

Antecedentes en México

La base Constitucional del Seguro Social en México se encuentra en el artículo 123 en la Carta Magna promulgada el 5 de Febrero de 1917. [1]

En 1929 el congreso de la Unión realizó una modificación a la fracción XXIX que incluye invalidez de vida del artículo 123 para la expedición de la Ley del Seguro Social que incluía seguros de invalidez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, de enfermedades y accidentes. [1]

El 19 de Enero de 1943 se publica la Ley del Seguro Social ahí se determina que la finalidad de la seguridad social es garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual. Se decreta entonces la creación de un organismo público descentralizado con personalidad y patrimonio propios, denominado Instituto Mexicano del Seguro Social, el cual comienza en marcha enero de 1943. Este instituto implementó el Seguro de Invalidez, Vejez, Cesantía en Edad Avanzada y Muerte (IVCM). Con una población que asciende a 46 millones 813, 307 personas, con un total de asegurados permanentes de 12 millones 410, 533 y un total de pensionados de 222, 472. [1]

Después de haber realizado una profunda evaluación el 21 de diciembre de 1995 se dividió el seguro de IVCM en dos partes, el seguro de Invalidez y Vida (IV), siendo el IMSS el proveedor del mismo, y el seguro de Cesantía en Edad Avanzada y vejez, que sumado al

seguro de retiro conformaría el seguro de retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez (RCV). [1]

El Seguro de Invalidez y Vida protege los medios de subsistencia de los asegurados y sus familias, garantizando el derecho a la salud y a la asistencia médica, en caso de accidente o enfermedad que ocurra fuera del entorno laboral y que tenga como consecuencia un estado de invalidez o, incluso, la muerte. Este seguro se divide en dos ramos: Invalidez y Vida. El ramo de Invalidez protege al asegurado de la contingencia de quedar imposibilitado para procurarse, mediante un trabajo igual, una remuneración superior a 50 por ciento de su remuneración habitual percibida durante el último año de trabajo y que esa imposibilidad derive de una enfermedad o accidente no profesionales. El ramo de Vida cubre la contingencia del fallecimiento del asegurado o del pensionado de invalidez, otorgando a sus beneficiarios pensiones de viudez, orfandad y ascendencia. [2]

El Seguro de Invalidez y Vida cubre a 16'220,14074 trabajadores con las prestaciones en dinero señaladas previamente y es financiado con 2.5 por ciento del salario base de cotización para cada trabajador. La cuota se integra de manera tripartita, a los patrones, a los trabajadores y al Gobierno Federal, les corresponde cubrir 1.75 por ciento, 0.625 por ciento y 0.125 por ciento, sobre el salario base de cotización, respectivamente. Durante 2013, el Instituto otorgó, con cargo a este seguro, pensiones temporales y definitivas por un monto de 8,174 millones de pesos, cifra 2.7 por ciento mayor en términos reales a la de 2012. [2]

El capítulo III, correspondiente al Seguro de Riesgos de Trabajo, mostró que México, en términos internacionales, cuenta con un número de dictámenes por accidentes y enfermedades incapacitantes para el trabajo relativamente alto. De igual forma, el número de casos de invalidez en relación con su población asegurada se considera relativamente alto. En este Instituto, la tasa de pensionados por el Seguro de Invalidez y Vida por cada 1,000 asegurados ascendió a 1.56 en 201377. [2]

El Instituto ha tomado medidas para la prevención de enfermedades y accidentes no profesionales, para proteger la salud y prevenir la discapacidad, a través de los servicios de medicina preventiva y programas específicos de difusión para la salud, prevención y rehabilitación de la discapacidad. [2]

En adición a lo anterior, durante 2013, la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, instrumentó acciones dirigidas a mejorar la calidad y calidez de los servicios. De manera particular, dichas acciones estuvieron dirigidas a la correcta prescripción de incapacidades y el consecuente pago de subsidios y a la adecuada dictaminación médica del estado de invalidez para el pago de pensiones. Los objetivos son claros: otorgar la incapacidad y pagar el subsidio o la pensión de manera transparente y ágil, sin mayor trámite, cuando así proceda. Vigilando que el otorgamiento de la prestación sea a quien le corresponde y conforme a lo previsto en la Ley del Seguro Social. [2]

Cuadro IV.1.

Prestaciones del Seguro de Invalidez y Vida

Tipo de prestación	Concepto y fundamento en la Ley del Seguro Social	Descripción
El asegurado que sufra un accidente o enfermedad no profesional, que resulte en estado de invalidez tiene derecho a las siguientes prestaciones:		
En especie	Asistencia médica quirúrgica	Artículo 120, fracción III
	Asistencia farmacéutica	
	Asistencia hospitalaria	
Asegurados	En dinero (con cargo al SEM)	Subsidio por incapacidad temporal para el trabajo. Artículos 96 y 98
	En dinero (con cargo al SIV)	Pensión temporal por invalidez. Artículo 120, fracción I, 121 y 141
	En dinero (con cargo al SIV)	Pensión definitiva por invalidez. Artículo 120, fracción II, 121, 122 y 141
Al fallecimiento del asegurado o pensionado, los beneficiarios tienen derecho a las siguientes prestaciones:		
En especie	Asistencia médica quirúrgica	Artículo 127, fracción V
	Asistencia farmacéutica	
	Asistencia hospitalaria	
Beneficiarios	En dinero	Pensiones. Artículos 127 al 137

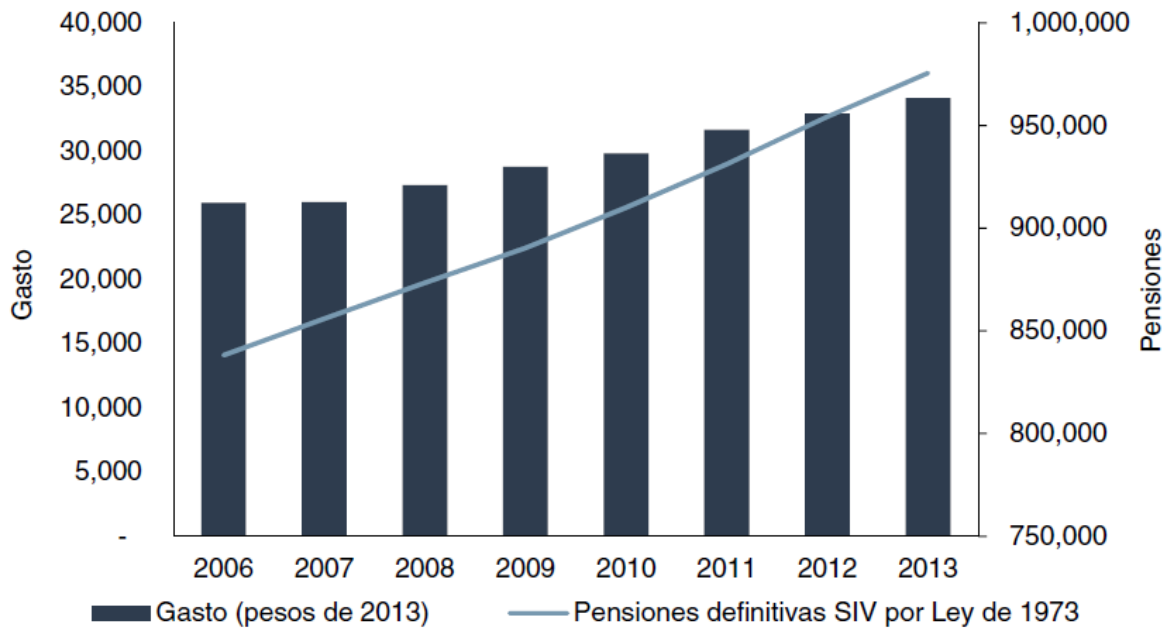
Seguro de Invalidez y Vida. Capítulo IV. Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS.

El goce de los subsidios por incapacidad temporal tiene un límite de 52 semanas, prorrogables por 26 más. Transcurrido ese plazo, de continuar el padecimiento se dictaminará la invalidez y el trabajador tendrá derecho a acceder a una pensión con carácter de temporal o definitiva. Los asegurados que, como resultado de la valoración médica, obtienen un dictamen de invalidez temporal acceden a una pensión de la misma naturaleza por periodos renovables, en los casos en que existe la posibilidad de recuperación para el trabajo. Si de una valoración médica se determina el estado la invalidez de naturaleza permanente para un asegurado, se otorgará a éste una pensión definitiva, que puede ser concedida bajo la Ley del Seguro Social de 1973 o por la Ley del Seguro Social de 1997. El trabajador podrá elegir acceder al régimen de aquélla, si cuenta con cotizaciones previas a julio de 1997. Una pensión de esta naturaleza constituye un pasivo a cargo del Gobierno Federal. [2]

Las otorgadas en el régimen de la Ley de 1997 se denominan rentas vitalicias y son compradas por el Instituto al sector asegurador. Las pensiones otorgadas a los beneficiarios en caso de fallecimiento del trabajador o del pensionado por invalidez son también de carácter definitivo. Las gráficas IV.5 y IV.6 muestran el número de casos y el gasto que observaron las pensiones definitivas: por Ley de 1973 y por Ley de 1997, respectivamente. [2]

Gráfica IV.5.

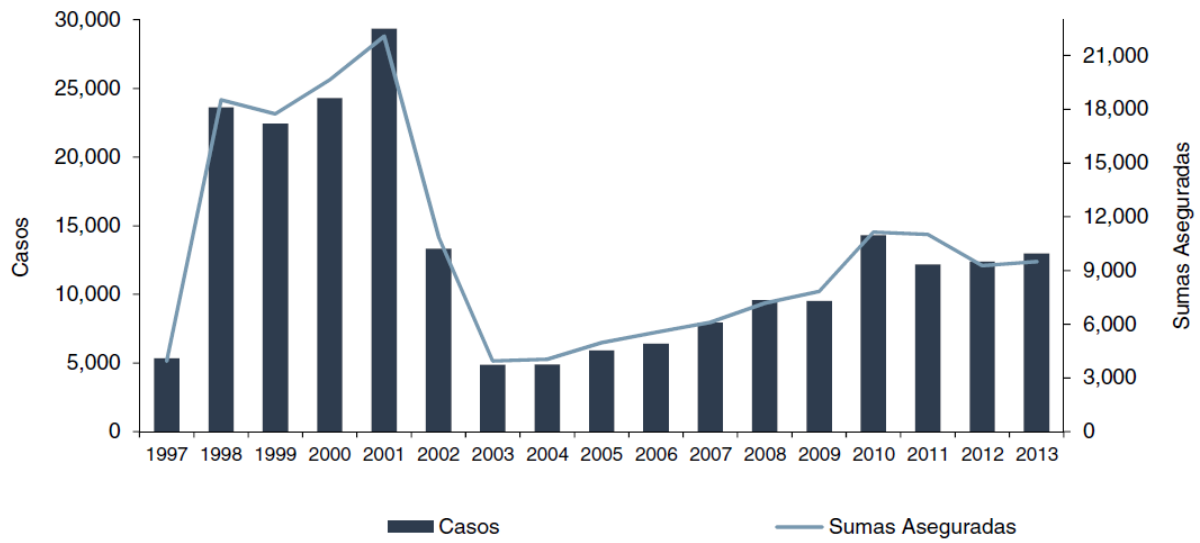
Pensiones definitivas vigentes y gasto en el Seguro de Invalidez y Vida por Ley del Seguro Social de 1973, 2006- 2013
(casos y millones de pesos de 2013)



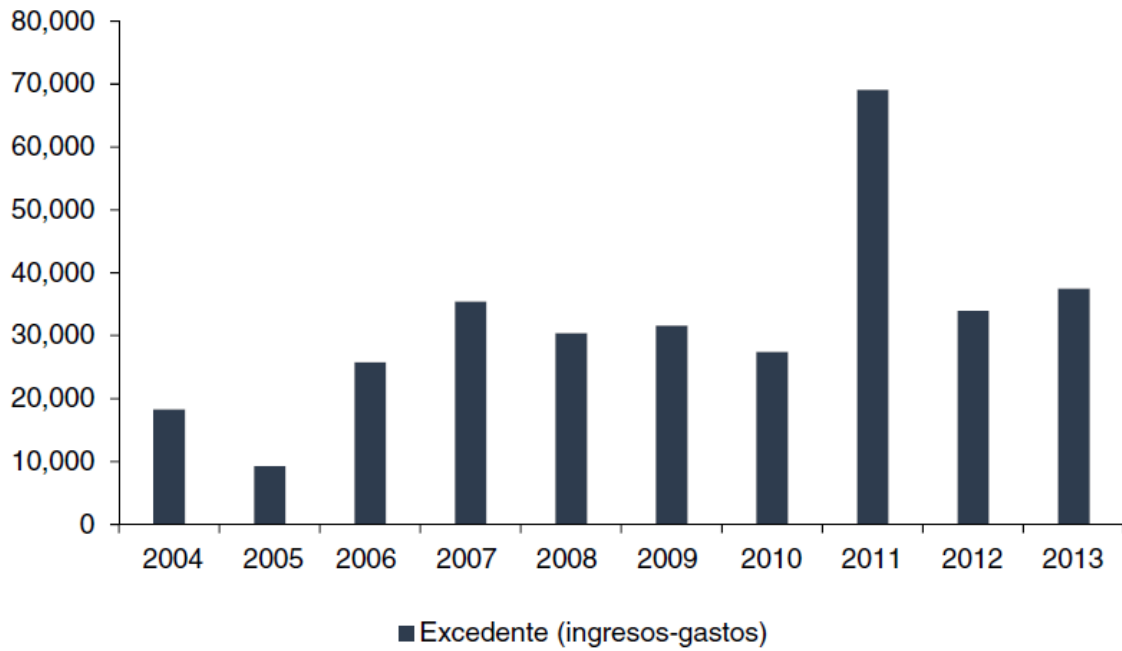
Seguro de Invalidez y Vida. Capítulo IV. Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS.

La gráfica IV.5 muestra que durante 2013 las pensiones definitivas otorgadas por la Ley de 1973, observaron un aumento de 2.2 por ciento. Por su parte, la gráfica IV.6 muestra que el número de rentas vitalicias presentó un aumento de 2.4 por ciento respecto a 2012, lo cual aunado a una caída de la tasa de interés técnico para el cálculo del precio de las rentas vitalicias contribuyeron al crecimiento de 4.6 por ciento real en el gasto por sumas aseguradas. La proporción de personas que obtienen rentas vitalicias, respecto al total de pensiones otorgadas por el Seguro de Invalidez y Vida, se incrementa año con año –16 por ciento en 2006 a 20 por ciento en 2013–. Este factor resulta determinante en el creciente gasto observado y se origina porque cada vez menos trabajadores cotizaron bajo la Ley de 1973. [2]

Gráfica IV.6.
Rentas vitalicias y sumas aseguradas del Seguro de Invalidez y Vida, 1997- 2013
 (casos y millones de pesos de 2013)



Gráfica IV. 7.
Excedentes de ingresos sobre gastos del Seguro de Invalidez y Vida, 2004- 2013
 (millones de pesos de 2013)



Seguro de Invalidez y Vida. Capítulo IV. Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS.

1.2. Definición de Invalidez

Entendiendo como Invalidez a la reducción de la capacidad funcional para llevar una vida cotidiana útil. La invalidez es el resultado no sólo de un impedimento físico o mental sino también de la inadaptación del individuo a ese impedimento. [3]

El estado de invalidez es definido por la Ley del Seguro Social en el artículo 119, que a la letra dice: “Para los efectos de esta Ley, existe invalidez cuando el asegurado se halle imposibilitado para procurarse, mediante un trabajo igual, una remuneración superior al cincuenta por ciento de su remuneración habitual percibida durante el último año de trabajo y que esa imposibilidad derive de una enfermedad o accidente no profesionales”. [4]

La dictaminación del estado de invalidez deberá ser realizada por los servicios médicos institucionales, a través del dictamen médico correspondiente, en el que se consideran la determinación del estado físico funcional del trabajador y la información médica, técnica y social que se requiera. [4]

Para fines de revisar la precedencia o improcedencia y, en su caso, resolver lo conducente respecto del dictamen de invalidez, los equipos médicos interdisciplinarios de Salud en el Trabajo serán facultados para validar que el dictamen esté elaborado con base a la normatividad establecida, así como los casos de controversia que el Consejo Técnico le requiera. [4]

En el estudio para determinar un posible estado de invalidez, el médico de salud en el trabajo requiere del médico tratante, una evaluación médica integral y actualizada que incluya la historia narrativa del proceso de atención médica del asegurado, así como el resumen

clínico que contenga: exploración física, estudios de laboratorio, pruebas de gabinete, evaluación de esquemas rehabilitatorios, estudios complementarios, compilación de diagnósticos e impresiones clínicas, estimación de la fecha probable de recuperación parcial o completa, o de irreversibilidad de la enfermedad. [4]

La referencia a los servicios de Salud en el Trabajo para determinar el probable estado de invalidez deberá realizarse cuando se agote el tratamiento médico y de rehabilitación y el médico tratante identifique que no existe posibilidad de reincorporación laboral. [4]

Cabe señalar que el Médico de los servicios de Salud en el Trabajo deberá recibir al asegurado derivado de Medicina Familiar o de otros especialistas de 2º o 3er nivel de atención, y completar el estudio médico integral, en aquellos donde a su juicio falte alguna interconsulta, estudio de laboratorio o gabinete, para considerar el estudio integral. [4]

Los médicos de Salud en el Trabajo deben tomar en cuenta que la recuperación que menciona la Ley del Seguro Social, se refiere a la repercusión de la capacidad para desempeñar el trabajo y no solo la recuperación de la enfermedad. [4]

La norma que establece las disposiciones para la dictaminación de la invalidez Clave 2000- 001- 004, estable que los médicos de los servicios operativos de Salud en el Trabajo, determinarán la existencia o no del estado de invalidez de acuerdo a los Procedimientos, para Dictaminar la Invalidez clave 2330-003- 001 y para Determinar el Porcentaje Global de Pérdida de la Capacidad para el Trabajo clave 2330-003-002, sin marcar el carácter temporal o definitivo del dictamen. Será el coordinador delegacional de Salud en el Trabajo el que determine el carácter temporal o definitivo del dictamen de invalidez. [4]

El artículo 120 de la Ley del Seguro Social enuncia, “El estado de invalidez da derecho, en los términos de esta Ley y sus reglamentos, al otorgamiento de las prestaciones siguientes: Pensión Temporal; Pensión Definitiva” [4]

El artículo 121 de la propia Ley, define: “Pensión temporal es la que otorgue el Instituto con cargo a este seguro, por periodos renovables al asegurado en los casos de existir posibilidad de repercusión para el trabajo, o cuando por la continuación de una enfermedad no profesional, se termine el disfrute del subsidio y la enfermedad persista. Es pensión definitiva, la que corresponde al estado de invalidez que se estima de naturaleza permanente”. [4]

Por su parte el Reglamento de Servicios Médicos vigente, en su artículo 34 determina que, “El dictamen que se emita podrá calificar la invalidez como temporal o permanente. El carácter temporal de la invalidez se establecerá cuando médicamente se determine que existe posibilidad de recuperación para el trabajo; en este caso se realizará la revaloración médica del pensionado dentro de los dos años siguientes al de la fecha de expedición del dictamen, para definir si existe recuperación para el trabajo o continúa dictaminándose la invalidez con carácter temporal por periodos renovables de dos años. El dictamen definitivo considerará el estado de invalidez de naturaleza permanente, cuando médicamente se establezca la imposibilidad de mejoría y recuperación de la capacidad para el trabajo”. [4]

Aclarando que el periodo de revaloración de un asegurado con dictamen de invalidez temporal puede ubicarse en un plazo mínimo de 6 meses y máximo de 24 meses. [4]

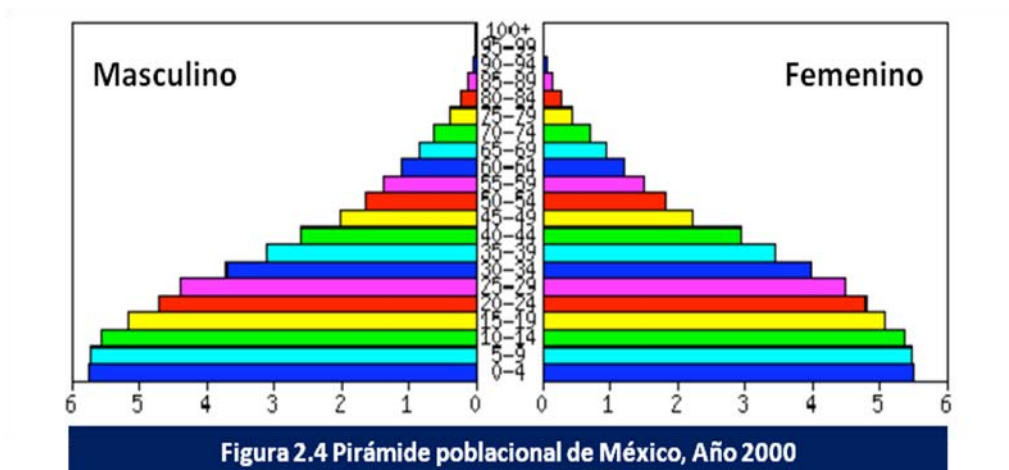
Para determinar el carácter de la invalidez se debe considerar una combinación de factores relacionados con:

- El agotamiento o no, de las posibilidades de tratamiento médico antes del término máximo establecido en la Ley del Seguro Social para la prescripción de incapacidades temporales (78 semanas)
- El pronóstico y la evolución de los padecimientos del asegurado
- La posibilidad de mejora del estado funcional del asegurado con el envío a rehabilitación para el trabajo, aunque la enfermedad no desaparezca
- La coexistencia de enfermedades asociadas que compliquen el estado de salud del asegurado
- La edad del trabajador
- La capacidad del trabajador para allegarse de ayudas técnicas que le permitan superar su discapacidad. [4]

La suma del puntaje obtenido orientará al médico dictaminador y de los Coordinadores Delegacionales de Salud en el Trabajo, para determinar el *carácter Temporal o Definitivo* del dictamen de invalidez. [Anexo 1, 2]

1.3. Epidemiología y Etiología

Aunado al incremento en los gastos destinados al seguro de Invalidez y Vida, cada día se incrementa más la población de edad avanzada, lo que es fácil apreciar en la campana de Gauss poblacional proyectada hacia el 2050 donde se relaciona directamente con un incremento en la prevalencia de enfermedades crónico degenerativas y sus complicaciones, con el consecuente aumento de pensiones por invalidez. [5]



U.S. Census Bureau, International Data Base. <http://www.census.gov/ipc/www/idbpyr.html>

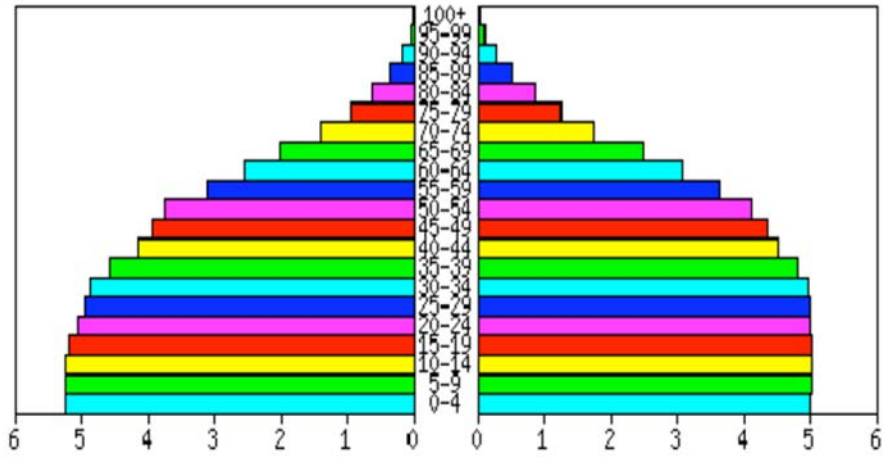


Figura 2.5 Pirámide Poblacional de México, año 2025

U.S. Census Bureau, International Data Base. <http://www.census.gov/ipc/www/idbpyr.html>

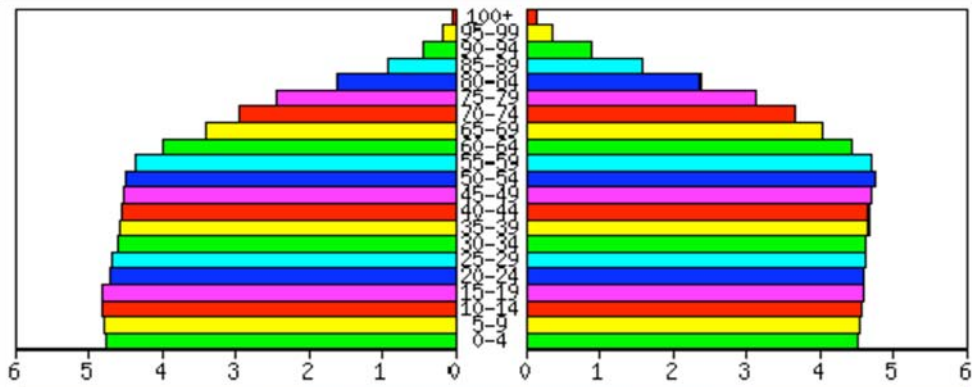


Figura 2.6 Pirámide Poblacional de México, Año 2050

U.S. Census Bureau, International Data Base. <http://www.census.gov/ipc/www/idbpyr.html>

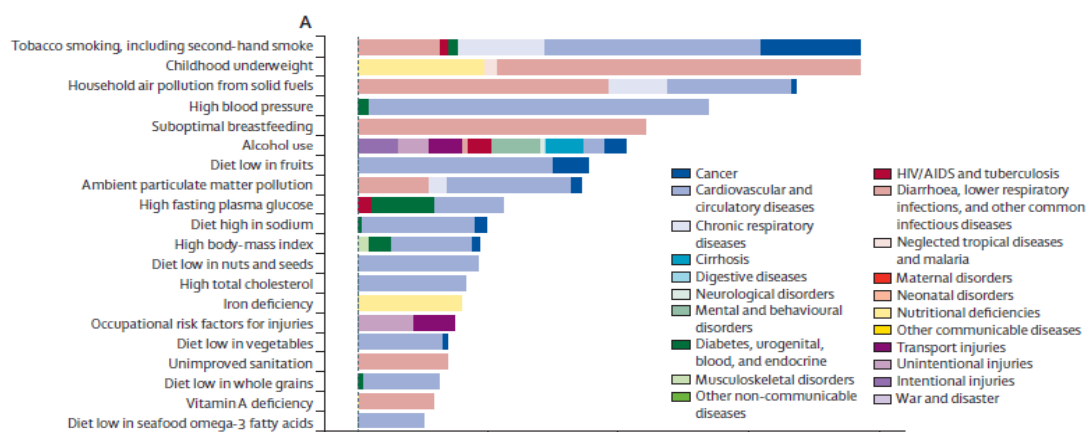
De acuerdo a la Actualización 2010, la Carga Global de Enfermedades habla del incremento de las enfermedades infecciosas, así como no infecciosas como causa prematura de muerte o invalidez. Sin embargo la tendencia global incluye como factores de riesgo la hipertensión arterial, tabaquismo activo y pasivo, índice de masa corporal elevado (IMC), inactividad física, consumo de alcohol, así como dietas bajas en frutas y verduras y elevadas en sodio y grasas saturadas. [6]

En los Estados Unidos de América, las enfermedades crónicas son la principal causa de deficiencia sanitaria, invalidez y muerte. Alrededor del 50.9% de los adultos tienen al menos una enfermedad crónica y el 26% más de dos comorbilidades. En el 2011, 13.1% de la población tenía un grado de invalidez, incluidos en éstos que el 46.35% eran adultos mayores de 75 años. En el 2011, diez de las 15 principales causas de muerte fueron las enfermedades crónicas como enfermedades cardiovasculares, neoplasias malignas, enfermedad crónica de la vía respiratoria inferior, síndrome nefrítico y nefrótico y nefrosis. Reportando que la provisión de cuidados de salud a la gente con enfermedades crónicas es muy costosa; en el 2010, los gastos de cuidados médicos de la población con enfermedad crónica, mayores de 65 años, fue mayor a 300 billones de dólares, con 93% incluido en gastos de soporte de personas con más de dos enfermedades crónicas. En forma similar, la pérdida de la productividad por enfermedades crónicas. [6]

Por lo anterior la prioridad nacional de los Estados Unidos Americanos en relación a la salud incluye la prevención del desarrollo de enfermedades crónicas, así como la detección oportuna de dichas enfermedades, retrasando su progresión, mitigando las complicaciones y optimizando la calidad de vida y disminuyendo la demanda de atención a los servicios de salud. La prevención y mejor control de las enfermedades crónicas reduce el riesgo de complicaciones. La CDC (Centers for Disease Control and Prevention) recomienda la combinación de cuatro factores que inciden en el riesgo de padecer enfermedades crónicas: 1) Un adecuado programa epidemiológico, 2) promoción a la salud, 3) intervenciones al

sistema de salud con uso de servicios de prevención, 4) programas en las comunidades de servicios de salud. [6]

En un estudio de análisis sistemático del Estudio del Costo Global de las Enfermedades en el 2010, donde se evaluaron los factores de riesgo y factores clave para daño atribuible, publicado por la revista Lancet en el 2012, donde el objetivo principal de dicho estudio fue detectar los principales factores de riesgo asociados a enfermedades crónicas con alto riesgo de complicaciones. En los siguientes gráficos se aprecian los resultados observados. [7]



Stephen S Lim, Theo Vos, Abraham D Flaxman, Goodarz Danaei, Et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990- 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet 2012; 380: 2224- 60.

En México...

De acuerdo con la clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, al año 2010, las personas que tienen algún tipo de discapacidad son 5 millones 739 mil 270, lo que representa 5.1% de la población total. De los cuales de cada 100 personas con discapacidad: 39% la tienen porque sufrieron alguna enfermedad, 23% están afectados por edad avanzada, con un total de 62% del total de causas de discapacidad en nuestro país son potencialmente prevenibles. [8]

Porcentaje de la población con discapacidad según causa de la misma, Año 2010.



INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010, *Cuestionario ampliado*. Estados Unidos Mexicanos/Población con discapacidad.
<http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/discapacidad.aspx?tema=P>

Las principales causas de años de vida saludable perdidos en nuestro país que se calcula en relación al indicador AVISA. Este indicador tiene la gran virtud que permite medir los años generados por problemas de salud que no llevan a la muerte.

En el siguiente cuadro se presentan las principales causas de AVISA perdidos por sexo en México en 2005. Como puede observarse los padecimientos que generan mayor AVISA son la diabetes, depresión unipolar en las mujeres, así como enfermedades cardiovasculares principalmente isquemia miocárdica las cataratas, osteo- artritis, enfermedad de Alzheimer y el asma bronquial, así como la cirrosis, consumo de alcohol, los accidentes y lesiones. [9]

Principales causas de AVISA perdidos por sexo, México 2005.			
Mujeres		Hombres	
Causa	%	Causa	%
Depresión unipolar mayor	6.5	Afecciones originadas en el periodo perinatal	5.9
Diabetes mellitus	6.3	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	5.1
Afecciones originadas en el periodo perinatal	5.3	Consumo de alcohol	4.8
Anomalías congénitas	4.3	Agresiones y homicidios	4.6
Enfermedades isquémicas del corazón	2.8	Accidentes de tránsito	4.6
Osteo-artritis	2.3	Diabetes mellitus	4.5
Cataratas	2.2	Anomalías congénitas	4.0
Enfermedades cerebro-vasculares	2.2	Enfermedades isquémicas del corazón	3.5
Demencia y enfermedad de Alzheimer	2.1	Depresión unipolar mayor	2.6
Asma	2.0	Peatón lesionado	2.2
Total (millones de AVISA)	6.9	Total (millones de AVISA)	8.4

Programa Nacional de Salud 2007- 2012 Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. Secretaría de Salud, México. Primera Edición, 2007.

2. JUSTIFICACIÓN

Todo individuo tiene derecho a la seguridad social. De acuerdo a lo establecido por la Organización Internacional del Trabajo, donde plantea los principios para la asistencia social, en común con la Organización de las Naciones Unidas donde establece que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado. Esto en el sentido de seguridad social incluida ya en las prestaciones médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social.

En los últimos años se ha generado un incremento en el número de dictámenes de invalidez debido a enfermedades crónicas o derivado de sus complicaciones, con repercusión en la población económicamente activa, en su calidad de vida, así como en el presupuesto destinado al seguro de Invalidez y Vida, con impacto económico a nivel institucional, ya que durante el 2012, el Instituto Mexicano del Seguro Social otorgó, con cargo a este seguro, un monto de 8, 174 millones de pesos, 2.7 por ciento mayor en términos reales a la del 2012.

Cada día se incrementa más la población de edad avanzada, lo que es fácil apreciar en la campana de Gauss proyectada hacia el año 2050, lo que se relaciona directamente con una mayor prevalencia de enfermedades crónicas degenerativas y por tanto mayor causa de invalidez.

Sin embargo un nivel de vida adecuado no significa el sólo contar con el derecho a una pensión por invalidez. Como médicos del Primer Nivel de Atención, es de nuestro interés, identificar cuáles son las principales patologías que generan invalidez, así como los antecedentes familiares y personales, con el objetivo de incidir en ellos en forma oportuna como medida preventiva del desarrollo de padecimientos crónicos y sus complicaciones, con aumento en los años de vida saludables, disminuyendo el número de dictámenes de invalidez, con mejora en la calidad de vida de cada individuo.

Se obtendrá un diagnóstico situacional, el cual será un precedente para la elaboración de estrategias encaminadas a realizar prevención primaria y secundaria a fin de retrasar la aparición de complicaciones de las enfermedades asociadas a invalidez y disminuir de esta manera el impacto del dictamen de invalidez.

3. PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuáles fueron las principales patologías que generaron dictamen de invalidez durante el periodo comprendido del 2010 al 2014, en el Primer Nivel de Atención?

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo general

Identificar cuáles fueron las principales patologías que generaron dictámenes de invalidez durante el periodo comprendido del 2010 al 2014, en la Unidad de Medicina Familiar No. 9

4.2. Objetivos específicos

1. Determinar el número de casos de invalidez por año, del 2010 al 2014.
2. Conocer la distribución de estados de invalidez de acuerdo a género.
3. Conocer la distribución de estados de Invalidez de acuerdo a grupos etarios.
4. Conocer los antecedentes personales patológicos, no patológicos y heredofamiliares asociados.

5. MATERIALES Y MÉTODOS

El presente estudio se llevó a cabo en el servicio de Salud en el Trabajo de la Unidad de Medicina Familiar No. 9 del Instituto Mexicano del Seguro Social, a través de la revisión de expedientes clínicos de los trabajadores con dictamen de invalidez con captura de datos del formato ST- 4, mediante cédula expofeso creada por la autora del protocolo.

5.1. Tipo de estudio: Descriptivo, retrospectivo.

5.2. Población, lugar y tiempo

Se recabó información del expediente clínico de los pacientes atendidos en el servicio de Salud en el Trabajo, a quienes se les dictaminó estado de invalidez, con formato ST- 4 [Anexo 1], durante el periodo comprendido del año 2010 al 2014, dicha información se recabó en Junio del presente año en la Unidad de medicina Familiar No. 9, del Instituto Mexicano del Seguro Social. Posterior a la aprobación por el comité de investigación del SIRELCIS.

5.3. Tipo de muestreo y tamaño de la muestra

Se analizó el total de los expedientes de aquellos pacientes que tuvieron dictamen de invalidez en el periodo de 2010 al 2014 mediante el formato ST- 4.

5.4. Criterios de selección

5.4.1. Criterios de Inclusión:

- Expedientes con registro de edad de los trabajadores mayor a 18 años, que cuente con dictamen de invalidez y formato ST4, dictaminados del 2010-2014.
- Con un mínimo de 250 semanas cotizadas al Seguro Social. En caso de invalidez superior al 75 por ciento, se requiere de 150 semanas de cotización.
- Cuando el asegurado se halle imposibilitado para procurarse, mediante un trabajo igual, una remuneración superior al 50 % de su remuneración habitual percibida durante el último año de trabajo y que esa imposibilidad derive de una enfermedad o accidente no profesional.

5.4.2. Criterios de exclusión

- Pacientes calificados como riesgo de trabajo.

5.4.3. Criterios de eliminación

- Expedientes incompletos.

5.5. Variables del estudio y definiciones operacionales

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Codificación de datos
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento.	Edad a la que fue realizado el dictamen de invalidez. Obtenido de la revisión del expediente de salud en el trabajo.	Cuantitativa	Edad en años.
Grupo Etario	Conjunto de personas que corresponden a un mismo rango de edad.	Obtenido de la revisión del formato ST-4, en relación a la edad del paciente y clasificándolo en grupos.		<ol style="list-style-type: none"> 18-25 años. 26-30 años. 31-40 años. 41-50 años. 51-60 años. 61-70 años. 71-80 años.
Sexo	Diferencia física y constitutiva del hombre y de la mujer.	Obtenido de la revisión del expediente de salud en el trabajo.	Cualitativa/Nominal. Dicotómica	1=Masculino 2=Femenino
Ocupación	Trabajo que una persona realiza a cambio de dinero y de manera más o menos continuada	Obtenido de la revisión del expediente de salud en el trabajo.	Cualitativa/ Nominal.	<ol style="list-style-type: none"> Administración Producción Transformación. Construcción.. Servicios
Índice de Masa Corporal (IMC)	Medida de asociación entre la masa y la talla de un individuo.	$IMC = \frac{masa}{estatura^2}$ Se tomará a partir del formato para dictamen de invalidez (formato ST-4) Talla y peso. Inciso 23.	Cuantitativa	<ol style="list-style-type: none"> IMC <19= bajo peso IMC de 20- 24= peso normal IMC de 25-29= sobrepeso IMC de 30-34= obesidad I IMC de 35- 39= obesidad 2 IMC > 40= obesidad 3
Antecedentes Heredo-Familiares (AHF)	Apartado de la Historia clínica que hace mención de las enfermedades y afecciones presentes en una familia.	Obtenido de la revisión del expediente de salud en el trabajo.	Cualitativa/ Nominal.	<ol style="list-style-type: none"> Hipertensión arterial. Diabetes Mellitus tipo 1 ó 2 Enfermedades mentales Enfermedades cardiovasculares Cáncer Alergias Malformaciones Ninguno. Hipertensión y Diabetes. Hipertensión, diabetes y cancer.
Antecedentes Personales No Patológicos (APNP)	Apartado de la historia clínica que hace mención a los hábitos de alimentación, ejercicio, consumo de alcohol. Tabaquismo, drogas.	Se tomará a partir del formato para dictamen de invalidez ST- 4. Inciso 23.	Cualitativa/ Nominal.	<ol style="list-style-type: none"> Alcoholismo. Tabaquismo. Drogadicción. Sedentarismo. Ninguno. Alcoholismo, tabaquismo. Alcoholismo, sedentarismo. Tabaquismo, sedentarismo. Alcoholismo, tabaquismo y sedentarismo.
Antecedentes Personales Patológicos (APP)	Apartado de la historia clínica que hace referencia a los antecedentes del paciente de enfermedades, cirugías previas, traumatismos, transfusionales.	Se tomará a partir del formato para dictamen de invalidez ST- 4. Inciso 23.	Cualitativa/ Nominal.	<ol style="list-style-type: none"> Hipertensión arterial. Diabetes Mellitus tipo 1 ó 2 Enfermedades mentales Enfermedades cardiovasculares Cáncer Fracturas Congénitas

Diagnóstico	Procedimiento por el cual se identifica una enfermedad, entidad nosológica, síndrome o cualquier estado patológico o de salud ("estado de salud").	Se tomará a partir del formato para dictamen de invalidez ST- 4. Inciso 25.	Cualitativa/ Nominal.	<ol style="list-style-type: none"> 8. Trastornos neurológicos. 9. Ninguno. 10. Infecciones. 11. Inmunológicos. 12. Otros. 13. Hipertensión y Diabetes. 14. Hipertensión, Diabetes y Cáncer.
Motivo del dictamen de invalidez				<ol style="list-style-type: none"> 1. Complicaciones de Hipertensión Arterial. 2. Complicaciones de Diabetes mellitus 3. Enfermedades cardiovasculares. 4. Enfermedad Renal Terminal – NO de origen diabético. 5. Enfermedades mentales. 6. Cáncer 7. Padecimientos degenerativos del sistema musculoesquelético. 8. Amaurosis de origen no diabético. 9. Enfermedad Cerebro Vascular. 10. Trastornos neurológicos. 11. Hepatopatías. 12. Otros. 13. Inmunológicos. 14. Infecciosos. 15. Otras neumopatías. 16. Neumopatía Obstructiva Crónica (EPOC)
Año del dictamen de invalidez		Se tomará a partir del formato para dictamen de invalidez ST- 4.	Cuantitativa.	<ol style="list-style-type: none"> 1. 2010. 2. 2011. 3. 2012. 4. 2013. 5. 2014.

5.6. Instrumentos de recolección de datos

Cédula expreso creada por la autora del protocolo para recolección de datos a partir del Formato ST- 4 del expediente clínico de los pacientes atendidos en el Servicio de Salud en el Trabajo con dictamen de invalidez durante el Periodo 2010- 2014.

5.7. Método de recolección de datos

Durante Junio del 2015, se llevó a cabo el análisis del formato ST- 4 por parte de la autora del protocolo, de los pacientes atendido en el servicio de Salud en el Trabajo para dictamen de invalidez durante el periodo comprendido del año 2010 al 2014. Previa autorización por la jefatura del servicio de Salud en el Trabajo, bajo la supervisión de la Dra. Patricia Maya Flores, médico especialista en Salud en el Trabajo y asesor del presente protocolo.

5.8. Análisis estadístico

Para el análisis de datos se utilizó el programa estadístico SPSS v19. Para el análisis de las variables nominales (Edad, grupo etario, género, ocupación, IMC, AHF, APNP, APP, Diagnóstico motivo de invalidez y año del dictamen) se realizó mediante tablas de distribución de frecuencias y porcentajes, para las variables ordinales y variables cuantitativas que tengan libre distribución se realizó el cálculo de mediana. Para las variables cuantitativas con distribución normal (edad, IMC) se realizó cálculo de media.

5.9. Resultados

El presente estudio se llevó a cabo en el servicio de Salud en el Trabajo de la Unidad de Medicina Familiar No. 9 del Instituto Mexicano del Seguro Social. Se obtuvo un total de 298 pacientes con dictamen de invalidez durante un periodo de cinco años del 2010 al 2014.

Tabla 1. Grupo Etario

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	18- 25	2	.7	.7	.7
	26-30	6	2.0	2.0	2.7
	31-40	38	12.7	12.8	15.4
	41-50	100	33.4	33.6	49.0
	51-60	131	43.8	44.0	93.0
	61-70	17	5.7	5.7	98.7
	71-80	4	1.3	1.3	100.0
	Total	298	99.7	100.0	
Total		299	100.0		

Se realizaron siete categorías por grupos etarios, de los cuales al grupo de 18 a 25 años corresponde el 0.7% del total de los pacientes (n=2), de 26 a 30 años 2% del total (n= 6/ acumulado 2.7%), de 31 a 40 años con 12.8% (n= 38/ acumulado 15.4%), de 41 a 50 años con 33.6% (n= 100/ acumulado 49%), de 51 a 60 años 44% (n= 131/ acumulado 93%), de 61 a 70 años 5.7% (n= 17/ valor acumulado 98.7%) y de 71 a 80 años 1.3% (n= 4/ acumulado 100%).

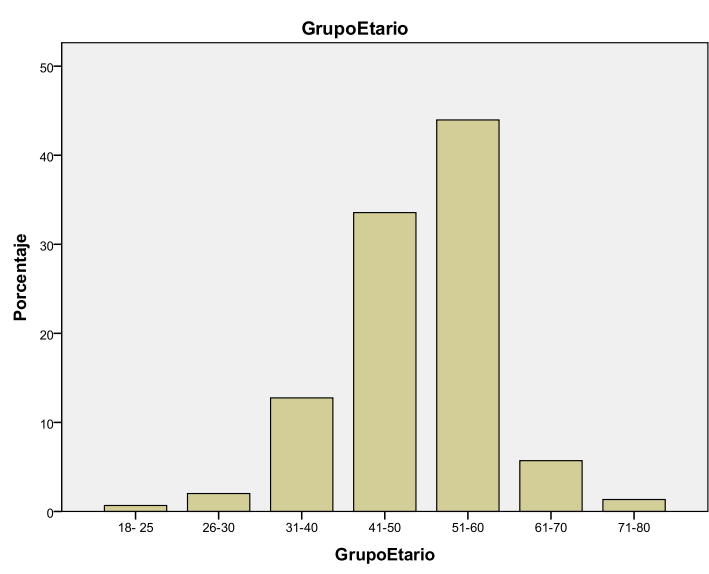


Tabla 2. Género

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
MASCULINO	185	61.9	61.9	62.2
FEMENINO	113	37.8	37.8	100.0
TOTAL	298	100.0	100.0	

Se categorizó a los pacientes en dos grandes grupos en relación al género en femenino y masculino, de los cuales el masculino obtuvo el 61.9% (n= 185), y el género femenino un 37.8% (n= 113) de 298 pacientes en total.

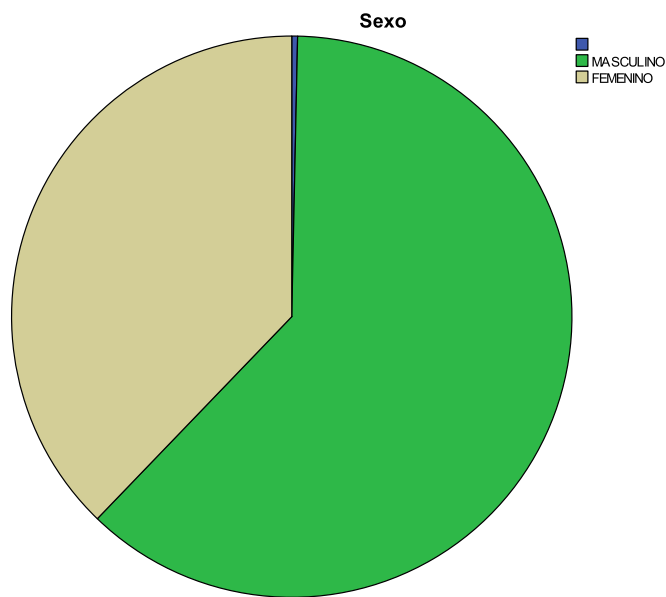


Tabla 3. Índice de Masa Corporal

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
BAJO PESO	20	6.7	6.7	6.7
PESO NORMAL	155	51.8	52.0	58.7
SOBREPESO	71	23.7	23.8	82.6
OBESIDAD 1	35	11.7	11.7	94.3
OBESIDAD 2	17	5.7	5.7	94.3
OBESIDAD 3	0	0	0	100.0
TOTAL	298	99.7	100.0	

En relación a la variable Índice de Masa Corporal (IMC) se categorizaron seis grupos: bajo peso con un 6.7% del total (n= 20), peso normal con el 52% (n= 155/ acumulado del 58.7%), sobrepeso con 23.8% (n= 71/ acumulado 82.6), obesidad grado 1 con el 11.7% (n=35/ acumulado 94.3%), obesidad grado 2 con 5.7% (n= 17/ acumulado 100), obesidad grado 3 sin reporte de ningún caso.

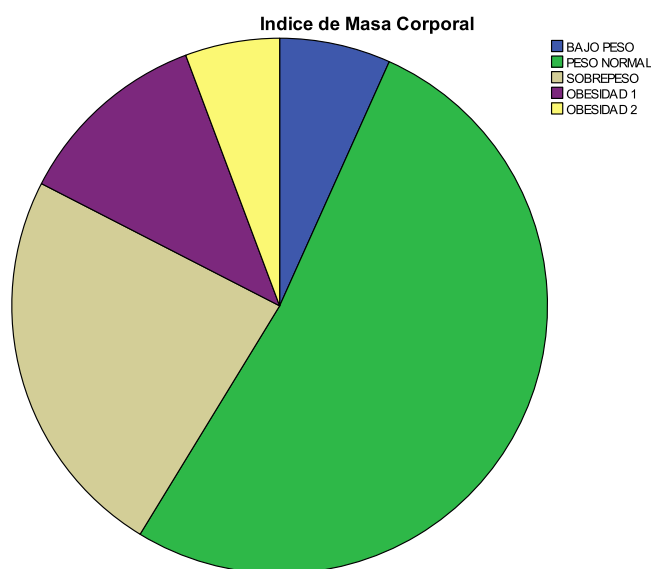


Tabla 4. Ocupación

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
ADMINISTRACIÓN	7	2.3	2.3	2.7
PRODUCCIÓN	4	1.3	1.3	4.0
TRANSFORMACIÓN	3	1.0	1.0	5.0
CONSTRUCCIÓN	1	.3	.3	5.4
SERVICIOS	283	94.6	94.6	100.0
TOTAL	299	100.0	100.0	

Con respecto a la ocupación, el 2.3% correspondiente al área Administrativa, en cuanto a la Producción con 1.3%, el área de Transformación 1.0%, Construcción con 0.3% y el Área de Servicios con el mayor porcentaje de 94.6% del total.

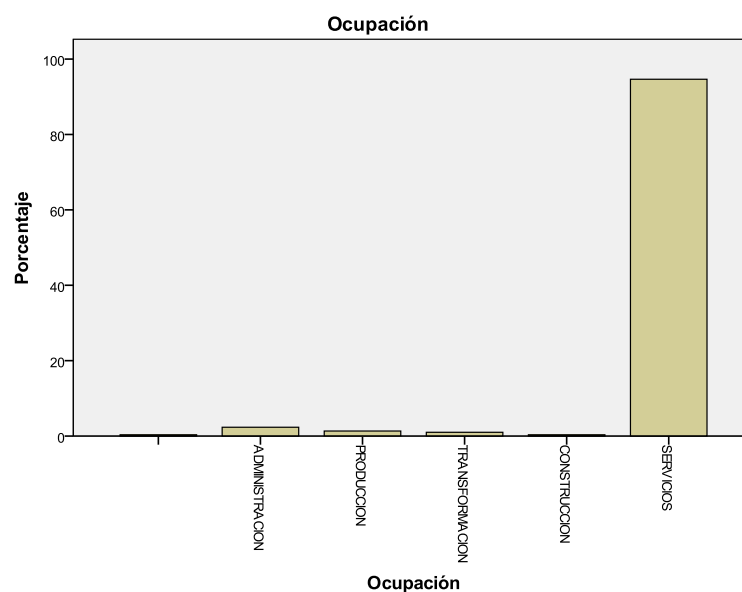


Tabla 5. Antecedentes Heredo Familiares

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
HAS	10	3.3	3.3	3.7
HAS, DM2, CÁNCER	16	5.4	5.4	9.0
DM2	55	18.4	18.4	27.4
ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES	3	1.0	1.0	28.4
CÁNCER	9	3.0	3.0	31.4
NINGUNO	182	60.9	60.9	92.3
HAS, DM2	23	7.7	7.7	100.0
TOTAL	298	100.0	100.0	

Se obtuvo que el 3.3% tuvo antecedentes de Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) (n=10), el 18.4% antecedentes de Diabetes Mellitus 2 (DM2) (n=55), el 3% antecedentes de Cáncer (n=9), el 5.4 % antecedentes de HAS + DM2 + Cáncer (n=16), el 1.0% Enfermedades Cardiovasculares (n=3), el 60.9% Sin antecedentes y el 7.7% antecedentes de HAS + DM2 (n= 23).

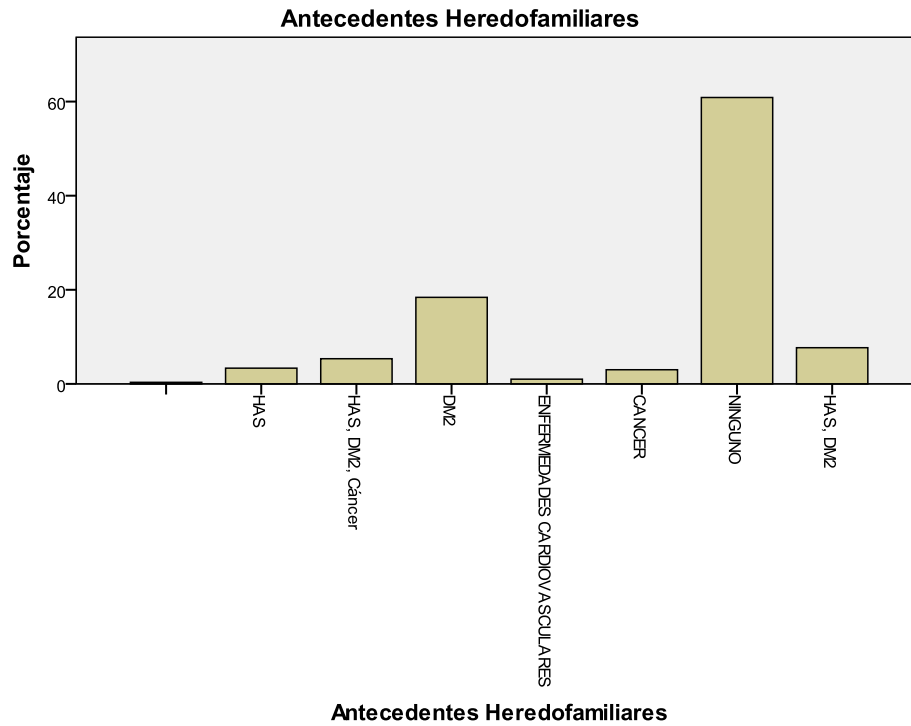


Tabla 6. Antecedentes Personales NO Patológicos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
ALCOHOLISMO	10	3.3	3.3	3.7
TABAQUISMO	30	10.0	10.0	13.7
SEDENTARISMO	163	54.5	54.5	68.2
NINGUNO	61	20.4	20.4	88.6
ALCOHOLISMO, TABAQUISMO	15	5.0	5.0	93.6
ALCOHOLISMO, SEDENTARISMO	3	1.0	1.0	94.6
TABAQUISMO, SEDENTARISMO	10	3.3	3.3	98.0
ALCOHOL, TABACO, SEDENTARIO	6	2.0	2.0	100.0
TOTAL	298	100.0	100.0	

En relación a los Antecedentes Personales NO Patológicos, fueron clasificados en ocho grupos. Encontramos que el Alcoholismo estuvo presente en el 3.3% (n=10), el Tabaquismo en un 10% (n= 30), los pacientes fueron Sedentarios en un 54.5% (n= 163), combinación de Alcoholismo + Tabaquismo en el 5.0% (n= 15), Alcoholismo + Sedentarismo en 1.0% (n= 3), Tabaquismo + Sedentarismo 3.3% (n= 10). Alcoholismo + Tabaquismo + Sedentarismo en un 2.0% (n= 6) y Sin ningún antecedente no patológico el 20.4% (n= 61).

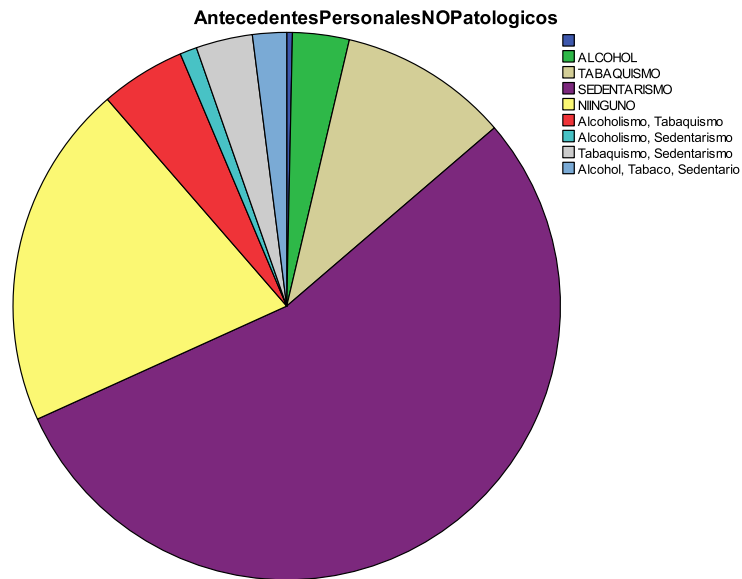


Tabla 7. Antecedentes Personales Patológicos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
HAS	24	8.0	8.0	8.4
INFECCIONES	7	2.3	2.3	10.7
INMUNOLOGICOS	7	2.3	2.3	13.0
OTROS	11	3.7	3.7	16.7
HAS, DM2	57	19.1	19.1	35.8
HAS, DM2, CANCER	18	6.0	6.0	41.8
DM2	51	17.1	17.1	58.9
ENFERMEDADES MENTALES	2	.7	.7	59.5
ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES	2	.7	.7	60.2
CANCER	6	2.0	2.0	62.2
FRACTURAS	1	.3	.3	62.5
TRASTORNOS NEUROLOGICOS	11	3.7	3.7	66.2
NINGUNO	101	33.8	33.8	100.0
TOTAL	298	100.0	100.0	

En relación a los Antecedentes Personales Patológicos (APP), observamos que el 8.0% tuvo antecedentes de HAS (n= 24), el 2.3% infecciones (n= 7), 2.3% Enfermedades de origen Inmunológico (n= 7), Otras enfermedades 3.7% (n= 11), antecedentes de HAS + DM2 en un 19.1% (n= 57), con HAS + DM2 + Cáncer en un 6.0% (n= 18), con antecedentes de DM2 el 17.1% (n= 51), enfermedades mentales 0.7% (n= 2), enfermedades cardiovasculares 2.0% (n= 6), Cáncer 2.0% (n= 6), Fracturas 0.3% (n= 1), Trastornos Neurológicos 3.7% (n= 11), Sin antecedentes patológicos el 33.8% (n= 101).

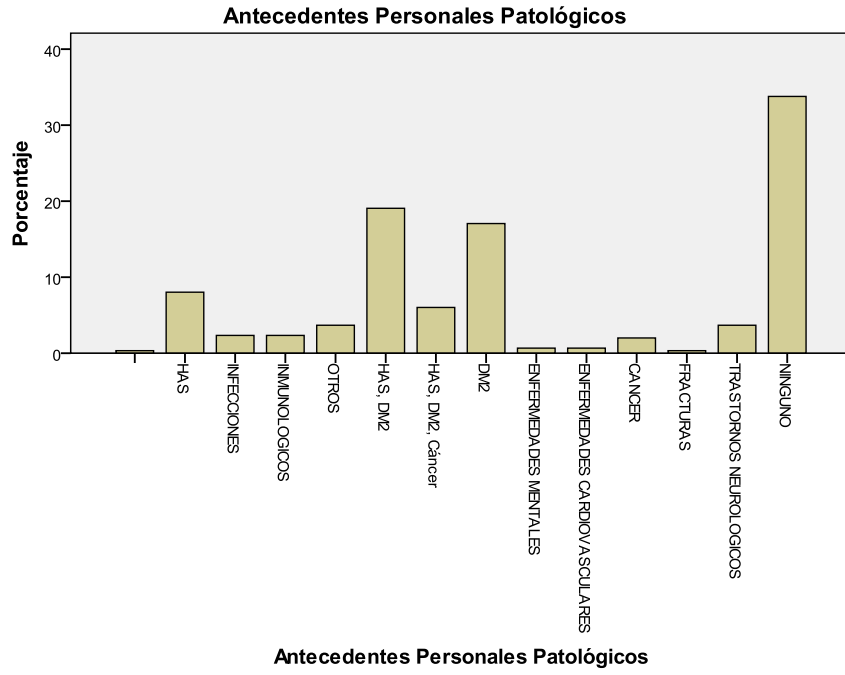


Tabla 8. Diagnóstico

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
COMPLICACIONES HAS	9	3.0	3.0	3.3
TRASTORNOS NEUROLÓGICOS	37	12.4	12.4	15.7
HEPATOPATÍAS	4	1.3	1.3	17.1
OTROS	2	.7	.7	17.7
INMUNOLÓGICOS	6	2.0	2.0	19.7
INFECCIOSOS	5	1.7	1.7	21.4
OTRAS NEUMOPATÍAS	4	1.3	1.3	22.7
EPOC	2	.7	.7	23.4
COMPLICACIONES DM2	79	26.4	26.4	49.8
ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES	13	4.3	4.3	54.2
ERC TERMINAL NO DM2/ HAS	11	3.7	3.7	57.9
ENFERMEDADES MENTALES	1	.3	.3	58.2
CÁNCER TERMINAL	50	16.7	16.7	74.9
DEGENERATIVOS MUSCULOESQUELÉTICO	37	12.4	12.4	87.3
AMAUROSIS NO DM2/ HAS	6	2.0	2.0	89.3
EVC	32	10.7	10.7	100.0
TOTAL	298	100.0	100.0	

Con un total de 16 categorías diagnósticas por frecuencia en ST- 4, se obtuvo que de 299 pacientes dictaminados como sí de invalidez el 3.0% fue por complicaciones de HAS (N= 9), el 12. 4% por Trastornos Neurológicos (n= 37), Hepatopatías 1.3% (n= 4), Otros 0.7% (n= 2), Inmunológicos 2.0% (n= 6), Infecciosos 1.7% (n= 5), Otras Neuropatías 1.3% (n= 4), Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) en 0.7% (n= 2), Complicaciones de DM2 26.4% (n= 79), Enfermedades Cardiovasculares 4.3% (n= 13), Enfermedad Renal Crónica (ERC) Terminal de origen NO Diabético e Hipertenso 3.7% (n= 11), Enfermedades Mentales 0.3% (n= 1), Cáncer Terminal 16.7% (n= 50), Degenerativos del Sistema Músculo-Esquelético 12.4% (n= 37), Amaurosis de origen NO Diabético e Hipertenso 2.0% (n= 6), Evento Vascular Cerebral (EVC) secuelas en 10.7% (n= 32).

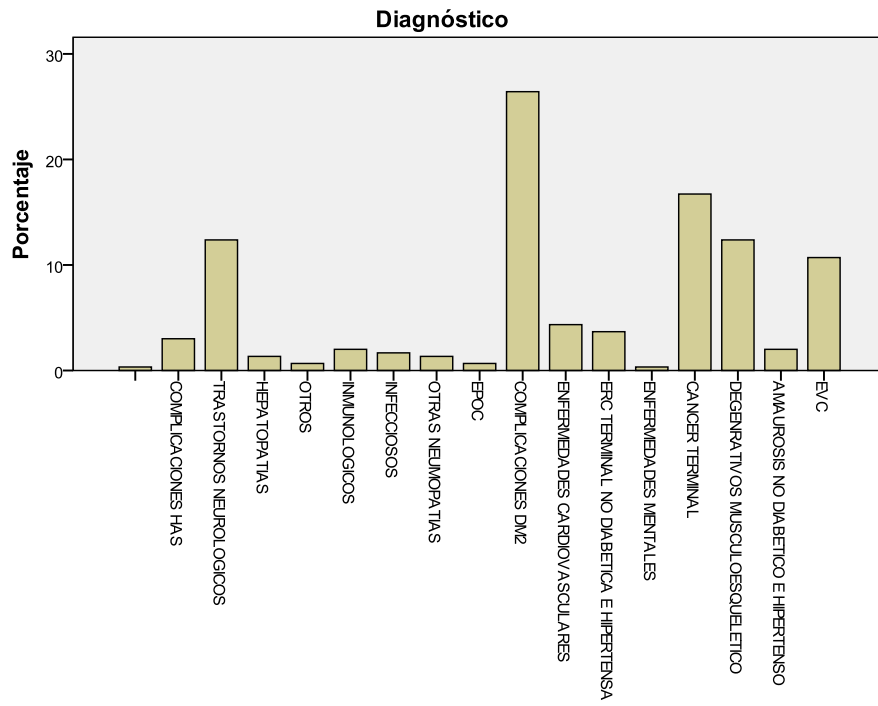


Tabla 9. Año Dictamen

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
2010	46	15.4	15.4	15.4
2011	64	21.4	21.5	36.9
2012	65	21.7	21.8	58.7
2013	41	13.7	13.8	72.5
2014	82	27.4	27.5	100.0
TOTAL	298	99.7	100.0	

Los dictámenes que fueron considerados para el presente estudio mediante formato ST-4, se llevaron a cabo en un periodo de cinco años (del 2010 al 2014), donde se aprecia que el 15.4% fue dictaminado el año 2010 (n= 46), el 21.4% en el año 2011 (n= 64), el 21.7% en el 2012 (n= 65), el 13.7% el 2013 (n= 41) y el 27.4% el año 2014 (n= 82).

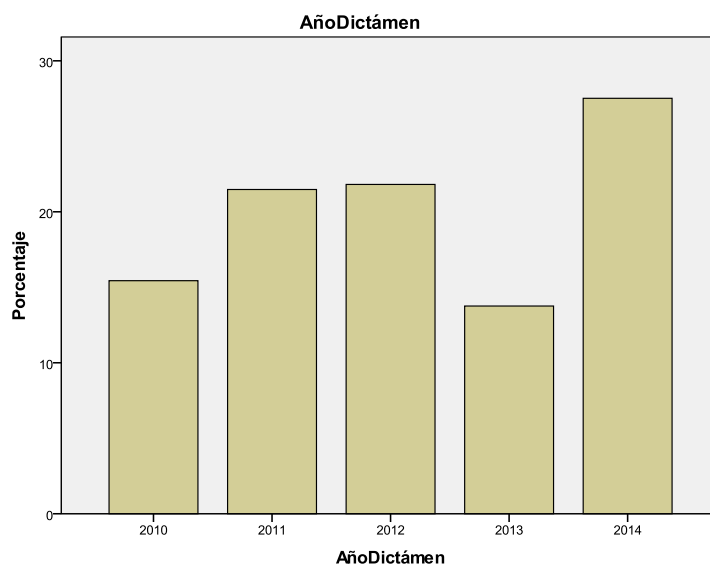


Tabla 10. Grupo Etario

	Grupo Etario
	Media
Diagnóstico	.
COMPLICACIONES HAS	4.56
TRASTORNOS NEUROLÓGICOS	4.19
HEPATOPATÍAS	5.00
OTROS	4.00
INMUNOLÓGICOS	4.33
INFECCIOSOS	3.80
OTRAS NEUMOPATÍAS	4.25
EPOC	5.00
COMPLICACIONES DM2	4.63
ENFERMEDADES	4.62
CARDIOVASCULARES	
ERC TERMINAL NO DM2/ HAS	4.09
ENFERMEDADES MENTALES	4.00
CÁNCER TERMINAL	4.24
DEGENERATIVOS	4.51
MUSCULOESQUELÉTICO	
AMAUROSIS NO DM2/ HAS	4.00
EVC	4.34

Las complicaciones asociadas a HAS se presentaron con una frecuencia media de 4.56 (correspondiente al grupo 4= de 41- 50 años), Trastornos Neurológicos frecuencia media de 4.19 (grupo 4= de 41- 50 años), Hepatopatías frecuencia media de 5.00 (grupo 5= de 51- 60 años), Otros 4.00 (grupo 4= de 41- 50 años), Inmunológicos 4.33 (grupo 4= de 41- 50 años), Infecciosos 3.80 (grupo 3= de 31- 40 años), Otras Neumopatías 4.25 (grupo 4= de 41- 50 años), EPOC 5.00 (grupo 5= de 51- 60 años), Complicaciones DM2 4.63 (grupo 4= de 41- 50 años), Enfermedades Cardiovasculares 4.62 (grupo 4= de 41- 50 años), ERC Terminal NO de origen Diabético e Hipertenso 4.09 (grupo 4= de 41- 50 años), Enfermedades Mentales 4.00 (grupo 4= de 41- 50 años), Cáncer Terminal 4.24 (grupo 4= de 41- 50 años),

Degenerativos del Sistema Músculo- Esquelético 4.51 (grupo 4= de 41- 50 años), Amaurosis de origen NO Diabético e Hipertenso 4.00 (grupo 4= de 41- 50 años), EVC 4.34 (grupo 4= de 41- 50 años).

Tabla 11. Género

	Género	
	Masculino	Femenino
Diagnóstico		
COMPLICACIONES HAS	6	3
TRASTORNOS NEUROLÓGICOS	27	10
HEPATOPATÍAS	2	2
OTROS	1	1
INMUNOLÓGICOS	0	6
INFECCIOSOS	5	0
OTRAS NEUMOPATÍAS	2	2
EPOC	0	2
COMPLICACIONES DM2	57	22
ENFERMEDADES	7	6
CARDIOVASCULARES		
ERC TERMINAL NO DM2/ HAS	7	4
ENFERMEDADES MENTALES	0	1
CÁNCER TERMINAL	24	26
DEGENERATIVOS	22	15
MUSCULOESQUELÉTICO		
AMAUROSIS NO DM2/ HAS	3	3
EVC	22	10

Del diagnóstico motivo del dictamen de invalidez en relación al género, se encontró que de las complicaciones asociadas a HAS el 66.6% fueron del género masculino y el 33.3% femenino (6 y 3 casos respectivamente). Trastornos Neurológicos el 72.9% fueron del género masculino y el 27.1% femenino (27 y 10 casos respectivamente), Hepatopatías el 50% fueron del género masculino y el 50% femenino (2 y 2 casos respectivamente), Otros el 50% fueron del género masculino y el 50% femenino (1 y 1 casos respectivamente),

Inmunológicos el 0.0% fueron del género masculino y el 100% femenino (0 y 6 casos respectivamente), Infecciosos el 100% fueron del género masculino y el 0.0% femenino (5 y 0 casos respectivamente), Otras Neumopatías el 50% fueron del género masculino y el 50% femenino (2 y 2 casos respectivamente), EPOC el 0.0% fueron del género masculino y el 100% femenino (0 y 2 casos respectivamente), Complicaciones DM2 el 72% fueron del género masculino y el 28% femenino (57 y 22 casos respectivamente), Enfermedades Cardiovasculares el 53.8% fueron del género masculino y el 46.2% femenino (7 y 6 casos respectivamente), ERC Terminal NO de origen Diabético e Hipertenso el 63.6% fueron del género masculino y el 36.4% femenino (7 y 4 casos respectivamente), Enfermedades Mentales el 0.0% fueron del género masculino y el 100% femenino (0 y 1 casos respectivamente), Cáncer Terminal el 48% fueron del género masculino y el 52% femenino (24 y 26 casos respectivamente), Degenerativos del Sistema Músculo- Esquelético el 59.45% fueron del género masculino y el 40.55% femenino (22 y 15 casos respectivamente), Amaurosis de origen NO Diabético e Hipertenso el 50% fueron del género masculino y el 50% femenino (3 y 3 casos respectivamente), EVC el 68.75% fueron del género masculino y el 31.25% femenino (22 y 10 casos respectivamente).

Tabla 12. Año de Dictamen

	Año Dictamen				
	2010	2011	2012	2013	2014
	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento
DIAGNÓSTICO	0	0	0	0	0
COMPLICACIONES HAS	1	3	1	0	4
TRASTORNOS NEUROLÓGICOS	8	3	9	6	11
HEPATOPATÍAS	1	1	0	1	1
OTROS	0	1	1	0	0
INMUNOLÓGICOS	2	0	0	1	3
INFECCIOSOS	2	0	2	0	1
OTRAS NEUMOPATÍAS	0	2	1	0	1
EPOC	0	1	0	0	1
COMPLICACIONES DM2	11	21	14	10	23
ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES	4	1	4	2	2
ERC TERMINAL NO DM2/ HAS	2	1	3	2	3
ENFERMEDADES MENTALES	0	0	0	0	1
CÁNCER TERMINAL	4	17	9	7	13
DEGENERATIVOS MUSCULOESQUELÉTICOS	4	9	11	5	8
AMAUROSIS NO DM2/ HAS	1	0	3	1	1
EVC	6	4	7	6	9

Del diagnóstico motivo del dictamen de invalidez en relación al año en que se llevaron a cabo, se encontró que las *complicaciones asociadas a HAS* se presentaron: 2010= 1 caso, 2011= 3, 2012= 1, 2013= 0, 2014= 4. *Trastornos Neurológicos* 2010= 8, 2011= 3, 2012= 9, 2013= 6, 2014= 11. *Hepatopatías* 2010= 1, 2011= 1, 2012= 0, 2013= 1, 2014= 1. *Otros* 2010= 0, 2011= 1, 2012= 1, 2013= 0, 2014= 0. *Inmunológicos* 2010= 2, 2011= 0, 2012= 0, 2013= 1, 2014= 3. *Infecciosos* 2010= 2, 2011= 0, 2012= 2, 2013= 0, 2014= 1. *Otras Neumopatías* 2010= 0, 2011= 2, 2012= 1, 2013= 0, 2014= 1. *EPOC* 2010= 0, 2011= 1, 2012= 0, 2013= 0, 2014= 1. *Complicaciones DM2* 2010=11, 2011= 21, 2012= 14, 2013=1 0, 2014= 23. *Enfermedades Cardiovasculares* 2010= 4, 2011= 1, 2012= 4, 2013= 2, 2014= 2.

ERC Terminal NO de origen Diabético e Hipertenso 2010= 2, 2011= 1, 2012= 3, 2013= 2, 2014= 3. *Enfermedades Mentales* 2010= 0, 2011= 0, 2012= 0, 2013= 0, 2014= 1. *Cáncer Terminal* 2010= 4, 2011= 17, 2012= 9, 2013= 7, 2014= 13. *Degenerativos del Sistema Músculo- Esquelético* 2010= 4, 2011= 9, 2012= 11, 2013= 5, 2014= 8. *Amaurosis de origen NO Diabético e Hipertenso* 2010= 1, 2011= 0, 2012= 3, 2013= 1, 2014= 1. *EVC* 2010 = 6, 2011= 4, 2012= 7, 2013= 6, 2014= 9.

6.0. Análisis

El presente estudio se llevó a cabo en el departamento de Salud en el Trabajo de la Unidad de Medicina Familiar No. 9, bajo el título: “Principales Patologías Asociadas al Dictamen de Invalidez en Primer Nivel de Atención”, con un estudio descriptivo, retrospectivo, donde el objetivo principal fue identificar las principales patologías que generaron dictámenes de invalidez durante el periodo comprendido del 2010 al 2014, así como determinar el número de casos de invalidez por año, conocer la distribución de estados de invalidez de acuerdo a edad y género, además de los antecedentes personales patológicos, no patológicos y heredofamiliares asociados y la fluctuación de dictámenes de invalidez en los cinco años.

En cuanto a los grupos etarios se realizaron siete categorías de 18 a 25 años, de 26 a 30 años, de 31 a 40 años, de 41 a 50 años, de 51 a 60 años, de 61 a 70 años y de 71 a 80 años. Se obtuvo que el grupo más afectado fue el que se encuentra entre los 51 a 60 años con un total de 131 pacientes correspondiente al 44% del total de los dictámenes de invalidez, seguidos del cuarto grupo de 41 a 50 años con un total de 100 pacientes con un 33.6%, en tercer lugar el grupo de los 31 a 40 años con un 38 casos 12.8% del total, con lo que se demuestra que los grupos más afectados fueron aquellos pacientes que se encuentran en edad productiva con familias dependientes de ellos, con impacto económico familiar, institucional y nacional. Los grupos menos afectados fueron de 61 a 70 años con 17 casos 5.7%, de 26 a 30 años con 6 casos con 2%, de 71 a 80 años 4 casos con el 1.3% y de 18 a 25 años sólo 2 casos con 0.7% del total.

De éstos pacientes dictaminados con estado de invalidez el género mayormente afectado fue el masculino con un total de 185 pacientes con un 61.9%. El género femenino con 113 casos correspondientes al 37.8% del total de 299 pacientes durante los cinco años de estudio.

Se tomó a consideración la ocupación laboral sólo como antecedente, de los cuales la mayoría ubicados en el área de servicios de atención al cliente con un 94.6%, seguido del área

administrativa con un 2.3%, el área de transformación con el 1.0% y construcción del 0.3%. Los cuales no tuvieron mayor relevancia como determinante del estado de invalidez.

Dentro de las variables de estudio se consideró el Índice de Masa Corporal, con seis categorías desde bajo peso hasta obesidad grado 3, obteniendo como resultado, que de los pacientes dictaminados la mayor parte obtuvo un peso normal con un total de 155 casos equivalente al 52%, seguido de la categoría de sobrepeso con un total de 71 casos con 23.8%, la tercer categoría por frecuencia fue obesidad grado 1 con un total de 35 pacientes con 11.7% del total. La categoría correspondiente a obesidad grado 2 obtuvo tan sólo el 5.7% con un total de 17 casos y ninguno de los pacientes presentó obesidad grado 3. Con lo anterior podemos ver que de acuerdo a nuestra población de estudio la mayoría no tuvo problemas de peso, sin embargo un porcentaje nada despreciable presentó al menos sobrepeso u obesidad grado 1 y 2. Esto se refleja en los antecedentes personales no patológicos que veremos a continuación.

De los Antecedentes Personales NO Patológicos, se obtuvo que poco más de la mitad eran pacientes sedentarios con un total de 163 casos conformando el 54.5% lo cual se asocia en forma directa con la presencia de sobrepeso u obesidad como factor de riesgo. Además fueron tomados en cuenta otros antecedentes como el alcoholismo que se presentó en un 3.3% de la población en estudio con un total de 10 casos. El tabaquismo en un 10% con 30 casos. Sin embargo cuando se asocia el consumo de ambas sustancias se incrementa su prevalencia con un registro de pacientes que consumen tanto alcohol como tabaco con un total de 15 casos con 5%, más no así asociando los tres factores alcoholismo, tabaquismo y sedentarismo fue tan sólo del 2% con 6 casos. Afortunadamente el 20.4% de todos los pacientes no tenían ningún antecedente de ésta índole. Por lo que no fueron considerados de impacto como factores de riesgo para presentar enfermedades generadoras de invalidez.

Los antecedentes heredo- familiares se seleccionaron de acuerdo a la frecuencia con que se presentan en los pacientes dictaminados mediante formato ST-4. Se obtuvo que el 60.9% no tuvo ningún antecedente familiar, sin embargo el 18.4% tuvo antecedentes de Diabetes

Mellitus tipo 2, el 7.7% antecedentes de Hipertensión Arterial Sistémica aunado a Diabetes Mellitus tipo 2. El 5.4 % tuvo antecedentes tanto de HAS, DM2 y Cáncer, el 3.3% tuvo antecedentes de Hipertensión Arterial Sistémica, 3% antecedentes de Cáncer y el 1.0% Enfermedades Cardiovasculares.

De lo anterior cabe señalar que de los pacientes con antecedentes de enfermedades crónicas en su familia, se obtuvo un reflejo de enfermedades como personales patológicas, de tal manera, que la mayoría de los pacientes tuvieron antecedentes de Hipertensión Arterial aunado a Diabetes Mellitus con un total de 57 casos con 19.1% del total. En forma aislada Diabetes Mellitus con 51 pacientes correspondiente al 17.1%. Antecedentes de Hipertensión en forma aislada en el 8% de los casos con un total de 24. La asociación de Hipertensión Arterial Sistémica con Diabetes Mellitus y Cáncer en un 6% con 18 casos en total. Con menor impacto las enfermedades infecciosas, así como de origen Inmunológico con el 2.3% respectivamente. Haciéndose menos notorias las Enfermedades Mentales con sólo el 0.7%, Enfermedades Cardiovasculares 2%, antecedentes de Cáncer 2%, Trastornos Neurológicos 3.7%, Fracturas 0.3% y catalogadas como Otras enfermedades por su menor frecuencia con un 3.7%. Cabe mencionar que la tercera parte de los 298 pacientes no contaba con ningún antecedente de enfermedades crónicas en un 33.8%.

Y a su vez aquellos pacientes que presentaron antecedentes de enfermedades crónicas como diabetes e hipertensión arterial o cáncer fueron las causas de las complicaciones que llevaron al paciente a generar su estado de invalidez, pues con un registro de 16 enfermedades como principales generadoras del dictamen de invalidez. Las complicaciones de la Diabetes Mellitus (incluidas retinopatía diabética y nefropatía diabética crónica terminal) con un total de 79 pacientes con 26.4%, seguido de cáncer terminal con un total de 50 pacientes correspondiente al 16.7% y los Trastornos Degenerativos del Sistema Músculo-Esquelético con un 12.4% con 37 casos. En cuarto lugar los Trastornos Neurológicos el 12.4% con 37 casos seguido de las secuelas secundarias a Evento Vascular Cerebral (EVC) en un 10.7% con 32 casos. Menos frecuentes las Enfermedades Cardiovasculares 4.3% (n= 13),

Enfermedad Renal Crónica (ERC) Terminal de origen NO Diabético e Hipertenso 3.7% (n= 11). El 3.0% fue por complicaciones de HAS (N= 9), Amaurosis de origen NO Diabético e Hipertenso 2.0% (n= 6), Inmunológicos 2.0% (n= 6), Infecciosos 1.7% (n= 5), Otras Neumopatías 1.3% (n= 4), Hepatopatías 1.3% (n= 4), Otros 0.7% (n= 2) Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) en 0.7% (n= 2), Enfermedades Mentales 0.3% (n= 1).

Del diagnóstico motivo del dictamen de invalidez en relación al grupo etario, se encontró que las tres enfermedades mayormente relacionadas al dictamen de invalidez como complicaciones asociadas a Diabetes Mellitus 2, Cáncer terminal y los Trastornos Degenerativos del Sistema Músculo-Esquelético el grupo etario más afectado fueron de los 41 a 50 años. Así mismo para las complicaciones asociadas a Hipertensión Arterial Sistémica, Trastornos Neurológicos, de origen Inmunológico, otras Neumopatías, Enfermedades cardiovasculares, ERC Terminal NO de origen Diabético e Hipertenso, Enfermedades Mentales, Degenerativos del Sistema Músculo- Esquelético, Amaurosis de origen NO Diabético e Hipertenso, secuelas por Evento Vascular Cerebral. Las hepatopatías y la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica afectaron más al grupo de los 51 a 60 años. Los procesos infecciosos a edad más joven de los 31 a 40 años. En todas las enfermedades motivo de invalidez el género mayor mente afectado fue el masculino, excepto en los trastornos de origen inmunológico que afectó más al género femenino.

Con relación a las enfermedades que generaron estado de invalidez, se observa que hay una fluctuación importante en la prevalencia de las mismas, así en la tabla correspondiente por año de dictamen, se aprecia que tuvieron su mayor prevalencia en el año 2011, con un descenso notable durante el 2012 proyectado también hacia el año 2013. Sin embargo en el último año de estudio el 2014 se incrementó nuevamente la prevalencia en forma exponencial de todos los padecimientos sin excepción de alguno y fue el año en el que se dictaminó el mayor número de casos de invalidez.

6.1. *Discusión*

De acuerdo a de la literatura citada en el presente protocolo haciendo mención a lo ejemplificado en el gráfico IV. 5 Pensiones Definitivas y Gasto en el Seguro de Invalidez y Vida por Ley del Seguro Social se observa un incremento en el número de pensiones registradas del año 2006 al 2013 con pico máximo en el último año, con un número de pensiones que osciló a 950, 000 con un gasto nacional de 35, 000 millones de pesos sólo registrados para el año 2013. En los resultados obtenidos en el presente estudio se aprecia claramente que a pesar de que la mayor prevalencia de dictámenes de invalidez fue en el año 2010, 2011, 2012 con descenso notable en el 2013, se incrementó el número de dictámenes para el año 2014. Del total de dictámenes registrados en el periodo comprendido del 2010 al 2014 observamos que el género predominante fue el masculino con un total de 61.9% y el femenino 37.8%.

De acuerdo a lo señalado por el Census de Bureau, International Data Base, U.S. donde se hace referencia a la campana de Gauss donde se registra un incremento en la población de los 40 a los 59 años proyectada al año 2020 y al año 2050, con lo cual se incrementa la población joven que se estimada para el año 2050 se esperaría fueran productivos aún con una adecuada calidad de vida, sin embargo vemos que el grupo etario mayormente afectado en nuestra población de estudio fue precisamente el que se esperaría fuera productivo, sin embargo sucede lo contrario siendo el grupo con mayor dictámenes por invalidez.

De acuerdo a lo señalado por el estudio de la Carga Global de Enfermedades llevado a cabo en el 2010, en los Estados Unidos de América, y publicado por la Revista Lancet 2010, donde se detectaron factores de riesgo asociados a la presencia de enfermedades infecciosas y no infecciosas como causantes de muerte prematura o invalidez, se mencionan la Hipertensión Arterial Sistémica, el tabaquismo, dislipidemia, dieta alta en sodio, dieta baja en vegetales (asociados a cáncer y Diabetes Mellitus), contaminación ambiental (asociado a

cáncer) y el sobrepeso u obesidad (asociados a cáncer, Diabetes Mellitus y alteraciones musculoesqueléticas). En nuestro estudio se encontraron como factores de riesgo el sobrepeso y obesidad grado 1 y 2, que ascienden a casi el 40% del total de la población dictaminada por invalidez, sin embargo no se encontró una relación directa con alguna enfermedad en específico. De los antecedentes heredofamiliares se encontró que el 24% tenía familiares con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial Sistémica y el 3% cáncer. Como antecedentes Personales Patológicos el 44% tienen Hipertensión Arterial Sistémica y Diabetes Mellitus. Como factores evitables el tabaquismo el 10%, alcoholismo 3.3% y sedentarismo en el 54%. Dichos factores de riesgo coinciden con la literatura mencionada, sin embargo en el presente estudio no fue posible detectar otros factores de riesgo de relevancia clínica como los hábitos de alimentación, los cuales no son medibles pues contienen un valor subjetivo y que no fueron registrados en el formato ST- 4, así como el grado de contaminación ambiental asociado a cáncer.

Finalmente de acuerdo a lo citado en el Censo de Población y Vivienda, INEGI 2010. De la población con algún grado de invalidez, el 39.4% correspondía a enfermedades potencialmente prevenibles, lo que es comparable con la Diabetes Mellitus como primera causa generadora de invalidez en nuestro estudio. Sin embargo de acuerdo a lo registrado por el AVISA 2005, donde la depresión ocupaba el primer lugar como causa de pérdida de años de vida saludable y que la diabetes Mellitus se encontraba en segundo lugar, esto ha dado un giro de 180 grados, pues hoy en día las enfermedades crónico degenerativas como la diabetes Mellitus, el cáncer terminal y los trastornos degenerativos del sistema musculoesquelético ocupan los primeros lugares como generadoras de estados de invalidez en la población que se esperaba fuera económicamente activa.

6.2. Conclusiones

De lo anterior podemos concluir que durante el periodo comprendido del 2010 al 2014 las tres principales enfermedades generadoras de estado de invalidez fueron las enfermedades crónico- degenerativas, en primer lugar las complicaciones de la Diabetes Mellitus, en segundo lugar Cáncer Terminal y en tercer lugar Los Trastornos Degenerativos del Sistema Musculo esquelético, con mayor afectación del género masculino en edad reproductiva a edad media entre los 41 a 60 años. Se apreció una relación directa entre los antecedentes heredofamiliares, con la presencia de enfermedades crónico- degenerativas y el desarrollo de complicaciones. Sin embargo no hubo asociación directa con los antecedentes personales no patológicos ni con el índice de Masa Corporal, excepto en los pacientes con secuelas por Evento Cerebral Vascular en quienes se registró tabaquismo, sobrepeso y sedentarismo. Se observa que el número de dictámenes de invalidez se ha incrementado durante el último año, cuando había presentado un descenso notable en los dos años previos, lo que nos lleva a pensar qué factores de riesgo se encuentran incidiendo en forma directa sobre este impacto en la salud con disminución del AVISA (años de vida saludable), el cual ya dista bastante del registro en nuestro país por parte de la secretaría de salud en su informe 2007- 2012 donde los padecimientos como el cáncer terminal y los Trastornos Degenerativos del Sistema Musculo esquelético aún no han sido incluidos. Por lo anterior es importante incluir a todas las unidades de medicina familiar de la delegación para tener un diagnóstico más representativo que permita realizar acciones de prevención en el Instituto Mexicano del Seguro Social y de esta manera disminuir el número de casos de invalidez con mejora en la calidad de vida de nuestros pacientes y sus familias, así como mejorar el impacto económico que se genera a nivel Institucional.

7. **CONSIDERACIONES ÉTICAS**

El presente protocolo no comprende infracción alguna al principio ético en la investigación en seres humanos establecido por la Declaración de Helsinki de la Asamblea Médica Mundial en su última revisión 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013. [10]

Este protocolo sigue el Reglamento de la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos en Materia de Investigación para la Salud de 1987, las Normas Oficiales Mexicanas 031 SSA2 1999 y 167 SSA1 1997, así como la Norma Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social. Con una **Investigación tipo I, sin riesgo**: con empleo de técnicas y métodos de investigación documental retrospectiva, sin intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio. [11]

No existen conflictos de interés ni participación de terceros que impongan corresponsabilidad ó beneficio pecuniario a los participantes del protocolo. Será sometido a revisión por el comité de investigación, quedando pendiente la ejecución del mismo hasta contar con la autorización de dicho comité mediante el otorgamiento de número de registro.

Los beneficios que se obtendrán de la ejecución del presente protocolo convergen en la obtención de datos del formato ST- 4 para dictamen de invalidez con la descripción de las principales patologías que los generan, así como los factores de riesgo involucrados, con el objeto de incidir en ellos como estrategia de reducción del número de dictámenes de invalidez a nivel institucional.

8. LITERATURA CITADA

8.1 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Eduardo Macías, et. Al. “El Sistema de pensiones en México dentro del Contexto Internacional”. Ed Themis, México, 1993.
2. Seguro de Invalidez y Vida. Capítulo IV. Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS.
3. Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud en Rehabilitación Médica. Segundo Informe. Ginebra 1969.
4. Procedimiento para la Dictaminación de Invalidez 2330- 003- 001. Dirección de Prestaciones Médicas. Instituto Mexicano del Seguro Social. Unidad de Organización y Calidad, Actualización 2012.
5. U.S. Census Bureau, International Data Base. <http://www.census.gov/ipc/www/idbpyr.html>
6. Ursula E Bauer, Peter A Briss, Richard A Goodman, Barbara A Bowman. Prevention of chronic disease in the 21st century: elimination of the leading preventable causes of premature death and disability in the USA. *Lancet* 2014; 384: 45- 52.
7. Stephen SL, Theo V, Abraham DF, Goodarz D, Et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990- 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012; 380: 2224- 60.
8. INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010, *Cuestionario ampliado*. Estados Unidos Mexicanos/Población con discapacidad. <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/discapacidad.aspx?tema=P>
9. Programa Nacional de Salud 2007- 2012 Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. Secretaría de Salud, México. Primera Edición, 2007.
10. Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos de la Asamblea Médica Mundial en su última revisión 64^a Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013.
11. REGLAMENTO de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>

8.2 CITAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ley Federal del Trabajo. Diario Oficial de la Federación 1 de abril de 1970, Estados Unidos Mexicanos. Última reforma publicada DOF 30 de noviembre de 2012.
2. Ley General de Salud. Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984, Estados Unidos Mexicanos. Última reforma publicada DOF 04-06-2014.


ANEXOS

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividades	Marzo- Abril 2015	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015
Elaboración de protocolo	x			
Registro ante el Comité Local de Investigación en Salud- IMSS		x		
Muestreo y selección			x	
Trabajo de campo: Recolección de datos y captura		x	x	
Análisis y procesamiento de la información				x
Procesamiento estadístico del estudio				x
Elaboración del reporte final				x

ANEXO 1

(anverso)



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS
COORDINACION DE SALUD EN EL TRABAJO

ESTADO

DICTAMEN DE INVALIDEZ ST-4

DATOS DEL PATRON O DE LA EMPRESA

701 RAZON SOCIAL		801 NOMBRE PATRONAL APT	
41 RUCRUCIO, CALLE, NUMERO Y COLONIA		81 ACTIVIDAD O CERO	
CUBA	CODIGO POSTAL	ESTADO	

DATOS DEL ASEGURADO

71 APELLIDOS, NOMBRE, ALFABETIZADO Y SEXO		81 NOMBRE DE SEGURO SOCIAL	
41 CURP		81 ACTIVIDAD O CERO	
701 OCUPACION	711 TIPO DE RESULTADO	721 FUND	731 FUND
701 DIRECCION CALLE, NUMERO, COLONIA Y TELEFONO		741 UNIDAD DE ADOLESCENCIA	
CUBA	CODIGO POSTAL	ESTADO	

TIPO DE DICTAMEN

701 MODIFICACION DE SUPLENIR	711 MODIFICACION APT	721 MODIFICACION SUPLENIR APT	
701 SUPLENIR	711 MODIFICACION	711 SUPLENIR	711 SUPLENIR
		NUMERO DE DEPENDIENTE LABORAL	PERIODO DEL LAUDO O CONVEDNO

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

211 DESCRIPCION DEL PADECIMIENTO ACTUAL Y EXPLORACION FISICA QUE FUNDAMENTE EL ESTADO DE INVALIDEZ	FECHA PROBABLE DE INICIO DEL PADECIMIENTO	DIA	MES	AÑO
	FECHA DE PRUEBA OTRA PARA DICTAMEN DE INVALIDEZ			

311 RESULTADO Y RESULTADO DE LOS ESTUDIOS DE LABORATORIO Y QUIMICA QUE ESTEN EN RELACION DIRECTA CON EL PADECIMIENTO EN ESTUDIO

2330-009-004

ANEXO 2



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Factores a considerar para evaluar la capacidad de recuperación funcional para el trabajo de un trabajador dictaminado como inválido

Factor	Ponderación Posible		Calificación asignada
1. ¿Acumuló incapacidad temporal por 76 semanas, es decir, venció el término de ley para pago de subsidios y la incapacidad para trabajar persiste?	No	0	
	Sí	1	
2. ¿Se agotaron las posibilidades terapéuticas (Médicas, Quirúrgicas o Rehabilitatorias) y la enfermedad persiste?	Tratamiento no agotado	0	
	Tratamiento agotado	1	
3. ¿El Pronóstico funcional del padecimiento tiende hacia?	Mejoría	0	
	Agravamiento	1	
4. ¿Existen otras enfermedades asociadas al padecimiento principal del asegurado?	Existentes sin complicaciones	0	
	Existentes con complicaciones	1	
5. ¿Existen posibilidades de recuperación de la funcionalidad y de reincorporación laboral con rehabilitación para el trabajo, aunque exista duda razonable con respecto a la recuperación de la enfermedad?	Altas	0	
	Bajas	1	
6. ¿El Estado de la enfermedad y su historia natural actual se encuentra en una etapa?	Temprana	0	
	Avanzada	1	
7. ¿La evolución del padecimiento al momento actual ha sido?	Buena / Insidiosa	0	
	Mala	1	
8. ¿El tiempo de evolución del padecimiento ha sido?	Corto / Agudo	0	
	Largo / Crónico	1	
9. ¿Cuál es la edad del trabajador?	Adulto (<50 años)	0	
	Adulto (>50 años)	1	
10. ¿Tiene capacidad de allegarse ayudas técnicas para superar su discapacidad?	Alta	0	
	Baja	1	
SUMA/ DECISION			

2330-006-001

ANEXO 3

Posibilidades de recuperación para el Trabajo	Puntos	Carácter dictamen
Nulas	9-10	Definitivo
Bajas	7-8	Definitivo
Regulares	5-6	Temporal
Altas	0 a 4	Temporal

ANEXO 4

Cédula expreso creada por autora del protocolo para recolección de datos del formato ST- 4

No	NSS	Nombre Paciente	Edad	Sexo	Ocupación	IMC	AHF	APNP	Diagnóstico Motivo Invalidez	Año Dictamen
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

RECURSOS

Físicos:

Equipo informático: computadora, unidad Flash drive USB

Software estadístico

Acceso al Sistema de Información y Atención Integrada a la Salud.

Acceso al Expediente Clínico. Se realizará la revisión de los expedientes clínicos en búsqueda de la edad de diagnóstico y comorbilidades asociadas al TDAH en el momento del diagnóstico y las actuales. Así se determinará la edad con mayor asociación al desarrollo de las mismas.

Humanos:

Capturista de datos.

Analista de información estadística.