

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL LITORAL.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.

CARRERA DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA LEGAL.

TRABAJO FINAL INTEGRADOR.

EPIDEMIOLOGÍA DE LOS RETIROS POR INVALIDEZ DEL SISTEMA INTEGRADO PREVISIONAL ARGENTINO
(SIPA) EN LA PROVINCIA DE ENTRE RIOS.

DIRECTOR: PASCUAL PIMPINELLA.

ALUMNO: NICOLÁS M. KURGANSKY.

AÑO 2018.

INDICE.

1.	Resumen.....	3
2.	Introducción.....	4
3.	Objetivos.....	6
4.	Metodología.....	7
5.	Resultados.....	9
6.	Conclusión.....	32
7.	Bibliografía.....	36

RESUMEN.

INTRODUCCIÓN: estudio epidemiológico de los Retiros por Invalidez y Edad Avanzada en la provincia de E R de 2013 a 2016.

OBJETIVOS: mapa epidemiológico de las principales causas de retiro por invalidez; prevalencia por sexo; edad; pluri patología y relacionar dichos resultados con las publicaciones previas.

MATERIAL y MÉTODO: trabajo descriptivo retrospectivo longitudinal evaluando los Retiros Transitorios por Invalidez y Edad Avanzada desde el año 2013 a 2016 en la Provincia de Entre Ríos, utilizando la base de datos de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo. Variables a evaluar: edad, sexo del solicitante y su relación con la patología causal y el lugar de origen. La patología que dio origen al beneficio y presencia de pluri patología.

RESULTADOS: total de Retiros Transitorios por Invalidez 1358 (36.72%). Localidades 121, 71 rurales y 50 urbanas. Media Provincial de Jubilaciones 0.19%. Promedio rural 0.24% (0.024⁰/₀₀) y urbano 0.13% (0.013⁰/₀₀). Total de RTI de origen rural 176 (12.96%) y de origen urbano 1182 (87.04%). Promedio de edad de 54.18 años. Promedio de edad por sexo, hombres 54.68 años y mujeres 51.93 años. Promedio hombres de origen rural 56.40 años y 54.58 años urbano. Población femenina, promedio 51.4 años rural y 53.08 urbano. Retiros 1111 (81.81%) masculinos y 247 (18.18%) femeninos. 957 (86.13%) de los masculinos fueron de origen urbano y 154 (13.87%) fueron de origen rural. De los 247 RTI femeninos, 225 (91.10%) fueron urbanos y solo 22 (8.90%), de origen rural. Causal del RTI en el total de la población estudiada, oncológico 19.94% Cardiopatía Coronaria 10.59% tercero ACV que se mantuvo en hombres siendo en mujeres osteoarticular 42.91%, Diabetes 30.76% y tumores 29.14%.

CONCLUSION: se pudo estudiar todas las variables y comprobar causas de RTI distintas las reportadas a nivel nacional.

INTRODUCCIÓN.

La seguridad social en general y los sistemas previsionales en particular tienen entre sus objetivos brindar protección a los individuos que no pueden seguir generando ingresos laborales por vejez, invalidez o fallecimiento. En Argentina, la Ley 24.241 (que comenzó a operar en 1994) creó el Sistema Integrado Previsional Argentino (SIPA) y estableció la prestación del retiro por invalidez para aquellos afiliados que se incapaciten física o intelectualmente en forma total (66% o más) y que no hayan alcanzado la edad requerida para solicitar la jubilación ordinaria.

La misma Ley 24.241 estableció que las Comisiones Médicas funcionaran bajo la órbita de la Superintendencia de AFJP (SAFJP) con la función de evaluar la incapacidad de los trabajadores, tanto del régimen público de reparto como del de capitalización individual, de acuerdo a un conjunto específico de normas de evaluación del grado de invalidez, reglamentadas por el Decreto N° 478/98 (Baremo). Luego del 2008 las Comisiones Médicas pasaron a la órbita de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo debido a la disolución de la SAFJP.

La actividad de las Comisiones Médicas ha sido detallada en trabajos previos (Grushka y De Biase, 2003) y la experiencia comparada con la de otros países latinoamericanos que reformaron sus sistemas previsionales (Grushka y Demarco, 2003). Resultados preliminares del impacto de los retiros por invalidez en el régimen de capitalización individual fueron presentados por Altieri (2002) en un estudio sobre la siniestralidad según edad y sexo.

Este trabajo tiene el objetivo realizar un análisis epidemiológico de los retiros por invalidez en el área de cobertura de la Comisión Médica Jurisdiccional Número 8 de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo (Provincia de Entre Ríos), desde el año 2013 hasta el 2016. Se plantea evaluar variables como: edad de los solicitantes: edad promedio de mujeres y hombres que acceden al beneficio (global y por año), edad promedio de hombres y mujeres según su origen rural o urbano. Sexo del solicitante: frecuencia de retiros por sexo (global y anual), frecuencia de retiros por sexo y relación con su origen rural o urbano. Patología que dio origen al beneficio: frecuencia de patologías que dieron origen al beneficio (global y anual) Frecuencia de patologías según sexo; Frecuencia de patologías según el origen rural o urbano. Lugar de origen del solicitante: rural o urbano, Uni o pluri patología: frecuencia global y anual. Con dichos datos se plantea además realizar una comparación con los disponibles en los trabajos referidos con anterioridad (que representan los periodos 2000 a 2006) dado que no existe otra información disponible al respecto. Dado que no existen datos epidemiológicos de la región en lo referente a Retiros por Invalidez, considero

de gran trascendencia el aporte que puede realizar este trabajo para entender cuál es el perfil de dichos retiros, considerando como hipótesis de trabajo que los causales de los beneficios en la zona de influencia de la Comisión Médica Número 8 (Paraná, Entre Ríos) son diferentes a los publicados en trabajos previos que tuvieron como población de estudio a todo el país.

OBJETIVOS.

1. Realizar un mapa epidemiológico de las principales causas de retiro por invalidez en la Provincia de Entre Ríos en el período 2013 a 2016 y relacionarlas con el sexo, la edad y el origen (rural o urbano del beneficiario).
2. Evaluar la prevalencia por sexo de los retiros por invalidez en la Provincia de Entre Ríos en el período 2013 y 2016.
3. Evaluar la edad promedio, el rango de edad, la mediana de edad de retiros por invalidez en la Provincia de Entre Ríos en el período 2013 y 2016.
4. Evaluar la pluri patología en el acceso a los retiros por invalidez en la Provincia de Entre Ríos en el período 2013 y 2016.
5. Relacionar dichos resultados con las publicaciones previas intentando confirmar o descartar la Hipótesis planteada acerca de la diferencia causal en entre la región de influencia de la CMN°8 y el resto de la Argentina.

METODOLOGÍA.

Se plantea realizar un trabajo descriptivo retrospectivo longitudinal evaluando los Retiros Transitorios por Invalidez desde el año 2013 a 2016 en la Provincia de Entre Ríos, utilizando como fuente de información, la base de datos de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo de la Comisión Médica Jurisdiccional N°8 (Paraná).

Se considera este periodo de tiempo dada la mayor representatividad de la muestra debido a una consideración técnica en cuanto a la utilización de la normativa y las auditorías realizadas por la SRT sobre la CMJN⁸.

Teniendo en cuenta que las CMJ realizan Dictámenes a diversos tipos de solicitantes: Ley de ciegos, Minusválidos, Derechohabientes, Autónomos, Edad Avanzada, Retiro Transitorio por Invalidez y Retiro Definitivo por Invalidez, se evaluarán solo los retiros transitorios por invalidez y los retiros por edad avanzada, dado que representan los retiros de trabajadores activos por causa de enfermedad durante tres años. Dichos beneficios impactan directamente en la actividad laboral de los solicitantes, dado que implican la baja laboral. Para alcanzar dichos beneficios es necesario que el solicitante presente un porcentaje de incapacidad laborativa por Baremo Dec. 478/98 del 66% incluyendo los factores de ponderación, como la edad y el nivel educativo y un factor complementario definido según criterio médico y que puede representar hasta un 10%. Se considera que dado que el beneficio requiere un 66% de incapacidad, es una muestra representativa de invalidez (gravedad de las patologías de base y sus secuelas) con respecto a beneficios como la minusvalía (que requiere 33% de incapacidad para acceder al beneficio). Por otro lado no se consideraran los trámites de ciegos ni derechohabientes, dado que en el universo de solicitantes existe una alta proporción de individuos que nunca trabajaron en forma remunerada y padecen patologías congénitas.

Las variables a evaluar serán la edad del solicitante y el sexo. Estos datos permitirán realizar un perfil de los beneficiarios de los retiros y relacionar estas variables con otras como la patología de origen y el lugar de origen.

La patología que dio origen al beneficio, dentro de la cual se considerara como representativa a la patología que mayor porcentaje de incapacidad otorgue. Aunque se considerara otra variable que representa la presencia o no de otras patologías (uni o pluripatología).

Se considerara la zona de origen del solicitante que permitirá evaluar la zona como rural o urbana y definir la prevalencia de patologías por región (dato de potencial valor epidemiológico). Se tomaran como referencias de Rural o Urbano las definiciones censales de 2010 de la República Argentina que establecieron como rural a las poblaciones de menos de 2000 habitantes y centros urbanos a las poblaciones de más de 2000 habitante.

Se evaluaron 3698 Retiros Transitorios por Invalidez y edad avanzada en el período desde 2013 hasta 2016. Del total se evaluaron por año en 2013: 929, en 2014: 936, en 2015: 993 y en 2016: 840.

Se utilizó como software el programa Excel de Microsoft, para realizar los cálculos, las tablas y los gráficos (que se adjuntas en Anexo).

Se realizó una búsqueda caso por caso en la base de datos de la CMJ N8 desde el 2013 al 2016, años completos. Se registró en plantilla Excel cada una de las variables de los Retiros Transitorios por Invalidez y los trámites por Edad Avanzada. Luego se trabajó cada variable utilizando dicha base de datos, en forma individual y comparativa.

RESULTADOS.

Datos generales.

El **total de Retiros Transitorios por Invalidez otorgados** entre 2013 y 2016 fue de 1358 (36.72%). Cuando analizamos por año: en 2013: 335 (36%), en 2014: 319 (34.08%), en 2015: 372 (37.46%) y en 2016: 329 (39.16%).

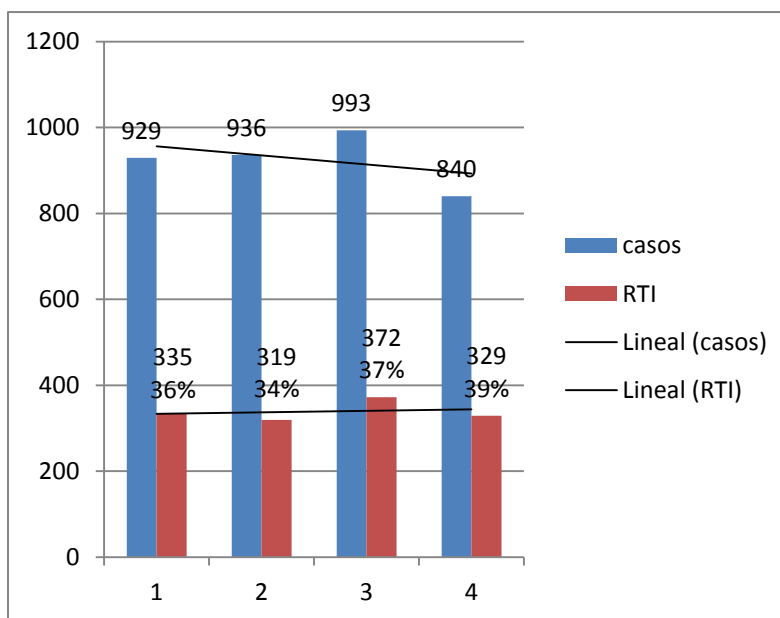


Gráfico 1 Trámites de RTI realizados en CMN°8 desde 2013 a 2016.

Localidad de Origen de los Retiros por Invalidez

1. CANTIDAD DE LOCALIDADES EVALUADAS: 121, de las cuales 71 fueron rurales y 50 urbanas. Se considera Rural a localidades con menos de 2000 habitantes, según lo establecido en el último Censo Nacional del año 2010 (definición establecida por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe –CEPAL- y en el Instituto Geográfico Argentino).
2. Se realizó el cálculo del porcentaje de jubilaciones por localidad, tomando como referencia la población de cada localidad en el censo 2010, calculando como media provincial 0.19%:

Tabla 1 Porcentaje de Retiros Transitorios por Invalidez por localidad.

N° de Retiros	Localidad	Población	Porcentaje
1	ARROYO BURGOS	58	1,72
3	ALDEA SANTA MARÍA	302	0,99
1	SAUCE NORTE	121	0,82
1	CASEROS	138	0,72
2	PBO. CAZES.	345	0,57
2	LAS MOSCAS	447	0,44
1	PERUCHO VERNA	245	0,4
1	PUEBLO LIEBIG	255	0,39
2	CNIA. FREITAS	522	0,38
2	ESTACION SOLA	533	0,37
1	CNIA. CRESPO	264	0,37
1	ESTACION LIBAROS	270	0,37
6	BENITO LEGEREN	1639	0,36
1	ALDEA SALTO	282	0,35
1	LA PICADA	281	0,35
1	CNIA. BRUGO	294	0,34
1	DURAZNO	294	0,34
5	ARANGUREN	1571	0,31
3	PRONUNCIAMIENTO.	976	0,3
2	PEDERNAL	648	0,3
2	RACEDO	648	0,3
4	STA. ANITA	1380	0,28
3	GILBERT	1097	0,27
1	ALDEA SAN RAFAEL	368	0,27
3	ALDEA BRASILEIRA	1135	0,26
6	GDOR. MANSILLA	2296	0,26
1	ALDEA SAN JUAN	387	0,25
55	CRESPO	22203	0,24
11	HASENKAMP	4925	0,22

1	ESCRITURA	453	0,22
5	CNIA. ADELA	2335	0,21
2	EL PINGO	931	0,21
18	URDINARRAIN	8986	0,2
5	VALLE MARIA	2427	0,2
6	SAUCE DE LUNA	2998	0,2
3	VILLA MANTERO	1495	0,2
6	PTE. AVELLANEDA	3084	0,19
7	SEGUI	3885	0,18
3	SAN GUSTAVO	1618	0,18
14	MA. GRANDE	7694	0,18
2	ALDEA SAN ANTONIO	1091	0,18
3	VILLA URQUIZA	1615	0,18
1	NUEVA ESCOCIA	528	0,18
1	ALDEA SPATZENKUTTER	541	0,18
23	SAN SALVADOR	13228	0,17
19	VILLA ELISA	11117	0,17
6	UBAJAY	3507	0,17
2	PRIMERO DE MAYO	1167	0,17
1	GUALEGUAYCITO	564	0,17
16	BASAVILBASO	9742	0,16
3	HERRERA	1767	0,16
1	CNIA. OFICIAL N° 14	600	0,16
1	ROCAMORA	596	0,16
65	GUALEGUAY	43009	0,15
15	VIALE	9641	0,15
6	VA. DEL ROSARIO	3973	0,15
1	ARROYO BARÚ	632	0,15
4	VILLA CLARA	2790	0,14
1	CNIA. LA PAZ	670	0,14
33	LA PAZ	24716	0,13
27	DIAMANTE	19930	0,13

9	LARROQUE	6451	0,13
8	CERRITO	5729	0,13
1	LARRALDE	750	0,13
1	RAICES DEL NORTE	741	0,13
11	BOVRIL	8790	0,12
7	HERNANDARIAS	5770	0,12
4	GRAL. CAMPOS	3149	0,12
3	EST. GRANDE/CNIA YERUA/CALABACILLAS	2374	0,12
39	CHAJARI	34848	0,11
11	SAN BENITO	9324	0,11
7	MACIA	6306	0,11
5	LUCAS GONZALEZ	4364	0,11
2	CEIBAS	1773	0,11
2	HERNANDEZ	1795	0,11
2	PIEDRAS BLANCAS	1767	0,11
1	OSVALDO MAGNASCO	892	0,11
1	MOJONES	886	0,11
261	PARANA	247863	0,1
106	GUALEGUAYCHU	102421	0,1
35	VICTORIA	32411	0,1
10	RAMIREZ	9222	0,1
7	VA. LIBERTADOR SAN MARTÍN.	6545	0,1
5	GRAL.GALARZA	4741	0,1
1	CNIA. SAN CIPRIANO	946	0,1
17	SAN JOSE	18178	0,09
64	CONCEPCION DEL URUGUAY	80000	0,08
29	VILLAGUAY	34730	0,08
21	NOGOYA	23702	0,08
1	ENRIQUE CARBO	1193	0,08
135	CONCORDIA	170033	0,079

1	LAS GARZAS	1322	0,075
13	FEDERAL	18015	0,07
3	ORO VERDE	4116	0,07
2	CNIA. AYUI GRANDE	2770	0,07
3	IBICUY	4900	0,06
2	LOS CHARRUAS	3306	0,06
1	SAN ANTONIO	1483	0,06
1	COLONIA ELIA	1566	0,06
1	PUERTO RUIZ	1543	0,06
1	TABOSSI	1542	0,06
10	STA. ELENA	17883	0,05
8	ROSARIO DEL TALA	13723	0,05
1	PTO. YERUA	1696	0,05
1	SANTA ANA	1795	0,05
1	SAN JUSTO	1726	0,05
30	COLON	62160	0,04
1	LA CRIOLLA	2382	0,04
4	SAN JOSE DE FELICIANO	10282	0,038
1	CNIA. ENSAYO	4143	0,02
1	SAN JAIME DE LA FRONTERA	4337	0,02
1	VILLA PARANACITO	4215	0,02
30	FEDERACION	17547	0,01

Como se puede visualizar en la tabla, de las 36 localidades que se encuentran por encima del promedio provincial de Retiros Transitorios por Invalidez (RTI), 29 son rurales, siendo la localidad de Arroyo Burgos (58 habitantes) con el 1.72% (0.172⁰/₀₀), la que mayor porcentaje de RTI presentó, igualmente muy por debajo del promedio calculado por los trabajos de Grushka et al (2003 al 2006) que media 1.9⁰/₀₀ para la región del Noreste. Las 25 localidades del inicio de la tabla fueron rurales. La Localidad rural con menor porcentaje de RTI en el estudio, fue La Criolla, con 0.04% (0.004⁰/₀₀). El promedio de porcentajes de jubilaciones por invalidez en las poblaciones rurales fue de 0.24% (0.024⁰/₀₀) y en las poblaciones urbanas del 0.13% (0.013⁰/₀₀), esto a pesar de que del total de jubilados, los provenientes de poblaciones urbanas fueron 1282 y solo 76 rurales. La localidad urbana con mayor porcentaje de

jubilados por invalidez fue Gobernador Mansilla (N°26 por porcentaje de RTI) con un porcentaje del 0.26% (0.026⁰/₁₀₀). De las ciudades, la primera por porcentaje de RTI fue Crespo, con un 0.24% (0.024⁰/₁₀₀) en el N° 31. La localidad urbana con menor porcentaje de RTI fue Federación, con el 0.01% (0.001⁰/₁₀₀), siendo además la localidad entrerriana con menor porcentaje de RTI.

El total de RTI de origen rural fue de 176 (12.96%) y de origen urbano 1182 (87.04%).

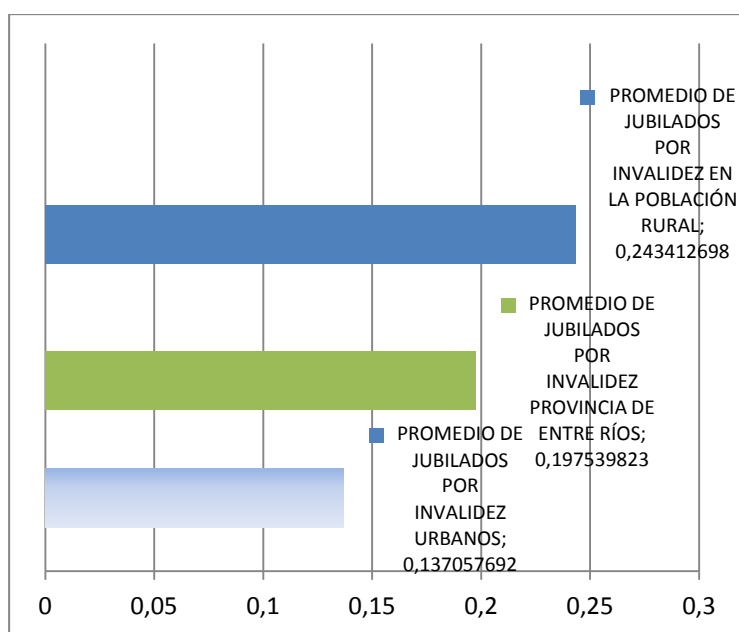


Gráfico 1 Promedio de RTI en poblaciones rurales y urbanas en relación al promedio de la Provincia de Entre Ríos.

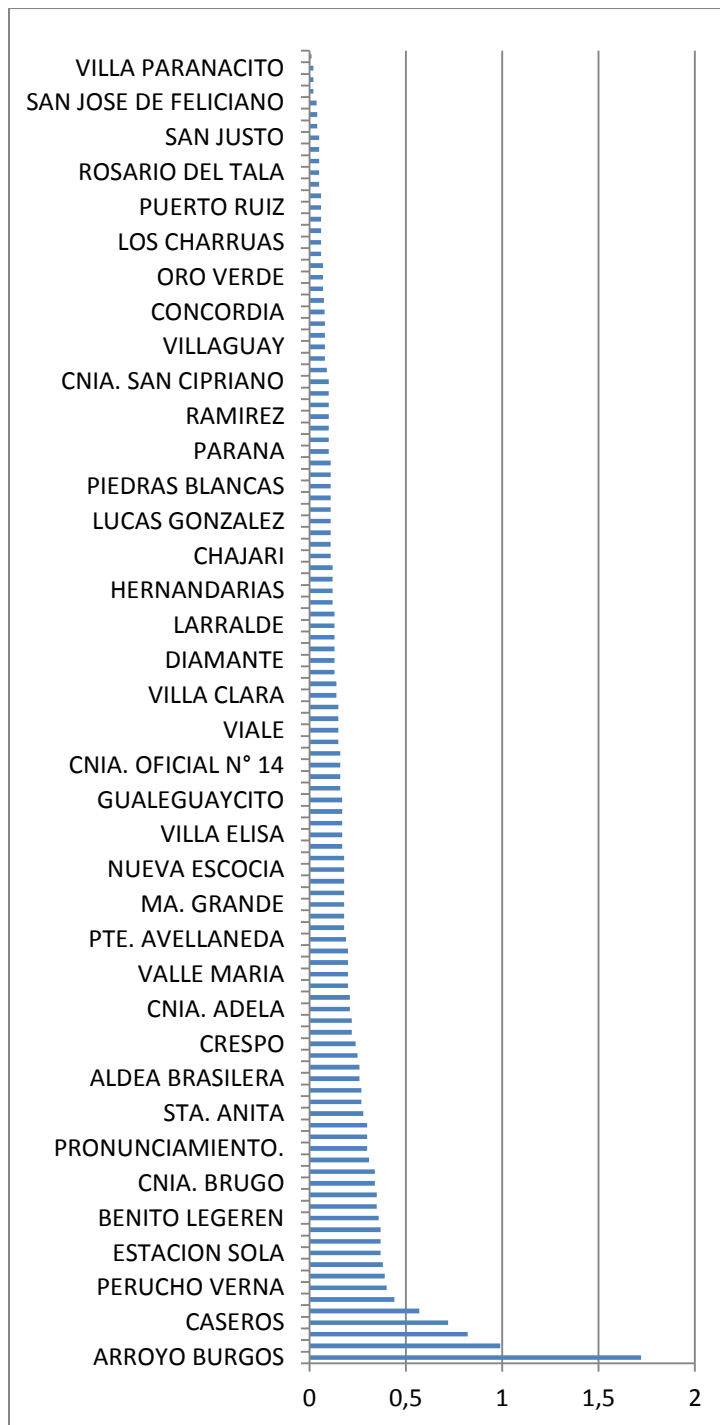


Gráfico 3 Porcentaje de RTI por localidad en la Provincia de Entre Ríos.

Evaluación según la edad del solicitante.

El promedio de edad fue de 54.18 años, con un rango de 21 a 66 años, una mediana de 56 años y un modo de 59 años. Cuando se calculó el promedio de edad por sexo, los resultados fueron de 54.68 años para los hombres y de 51.93 años para las mujeres. Cuando se agregó a la evaluación el origen rural o urbano, el promedio de edad de los RTI de hombres de origen rural fue de 56.40 años y los de origen urbano 54.58 años. En el caso de la población femenina, las edades de acceso al RTI fueron de un promedio de 51.4 años en las mujeres de origen rural y de 53.08 años en las mujeres de origen urbano.

Cuando se discriminó por año la variable edad, los resultados fueron: en el año 2013 el promedio de edad fue de 54 años, la mediana de 57 años, el rango de 21 a 66 años y la moda de 61 años. La media de edad en mujeres en 2013 fue de 52.68 años y en los hombres fue de 54.37 años. En el año 2014 el promedio de edad bajó a 53.4 años, la mediana de 55 años, el rango de 26 a 66 años y la moda de 54 años. La media de edad en mujeres en 2013 fue de 52.17 años y en los hombres fue de 53.71 años. En el año 2015 el promedio de edad fue de 55 años, la mediana de 57 años y la moda de 63 años. El rango fue de 23 a 66 años. La media de edad en mujeres en 2013 fue de 52.17 años y en los hombres fue de 55.67 años. Por último, en el año 2016 el promedio de edad fue de 54.01 años, la mediana de 56 años y la moda de 59 años. El rango fue de 27 a 65 años. La media de edad en mujeres en 2013 fue de 50.78 años y en los hombres fue de 54.80 años.

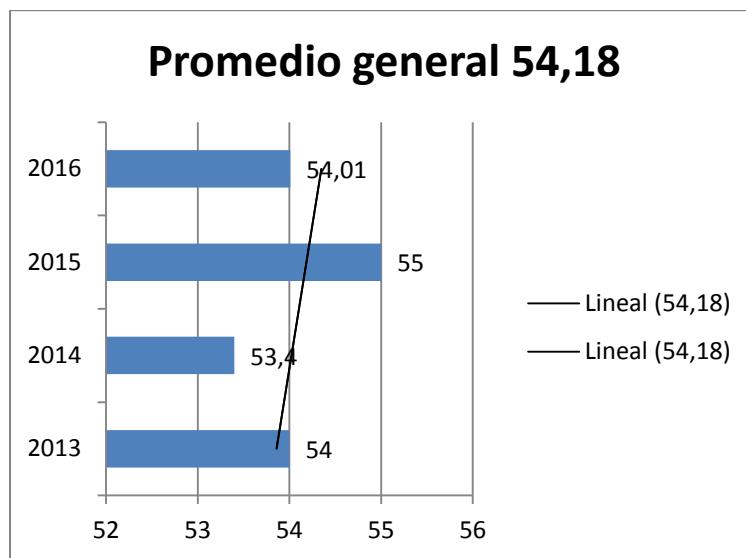


Gráfico 2 Promedios de edad por año.

Variable sexo

Del total de Retiros por Invalidez otorgados, 1111 (81.81%) fueron masculinos y 247 (18.18%) fueron femeninos.

Cuando se discriminó sexo según el origen de los 1111 RTI masculinos, 957 (86.13%) fueron de origen urbano y 154 (13.87%) fueron de origen rural. De los 247 RTI femeninos, 225 (91.10%) fueron urbanos y solo 22 (8.90%), de origen rural.

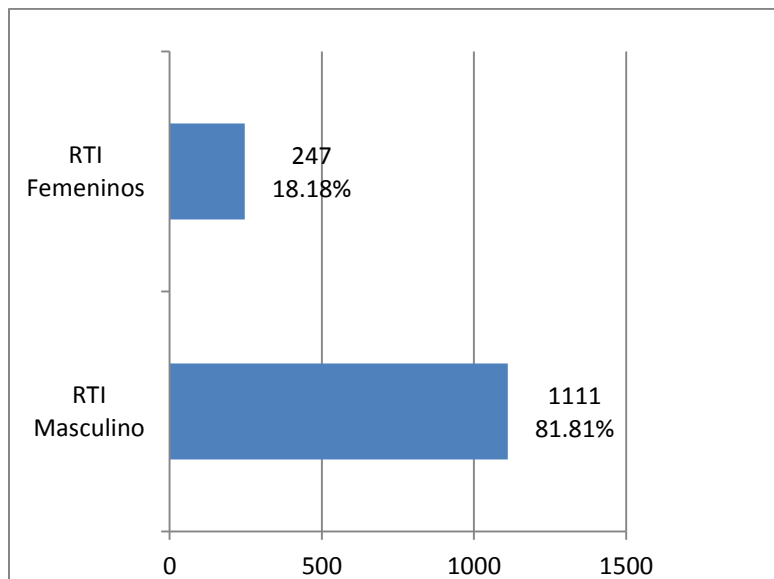


Gráfico 3 Cantidad de RTI por sexo.

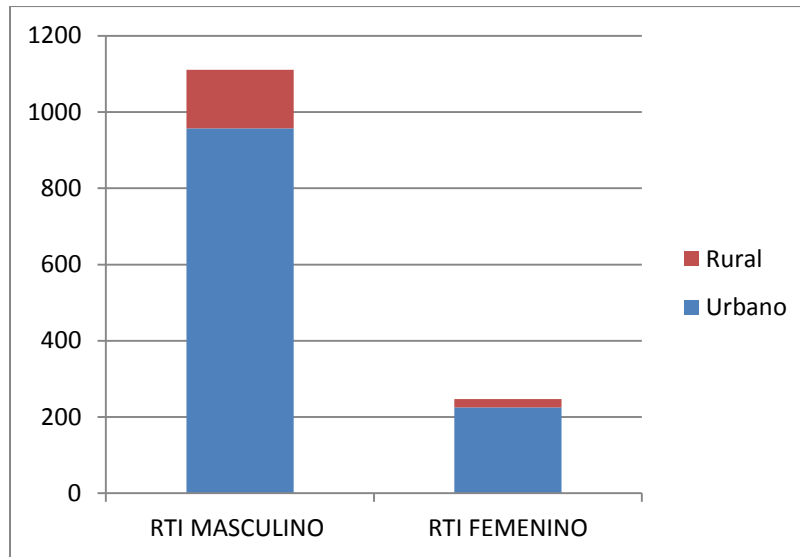


Gráfico 4 Cantidad de RTI por sexo y origen.

Tipo de Enfermedad.

Cuando se analizó el motivo causal del RTI en el total de la población estudiada, se evidenció una gran prevalencia de patología oncológica (todos los tipos de cáncer) 19.94% como causal de invalidez, superando casi con el doble de casos a la Cardiopatía Coronaria 10.59% (segunda en prevalencia). Aun sumando la segunda y tercera causas de invalidez, considerando a los Accidentes Cerebrovasculares como patología endotelial (vascular) 19.93%, no se alcanza el porcentaje de la patología oncológica. Otro punto llamativo del análisis es la prevalencia de Cáncer de Colon como causal de invalidez, en el noveno lugar, con un porcentaje del 3.97%, por encima del Sme. Cerebral Orgánico (que incorpora a las secuelas neurológicas postraumáticas y las demencias) 3.4% y de la Insuficiencia Renal 2.9%. Dentro de las quince primeras causales de invalidez en la Provincia de Entre Ríos hay tres tipos de cáncer: Colon, Pulmón y Mama, estos dos últimos se encuentran solo por detrás de la Insuficiencia Renal como causa de invalidez, en los puestos doce y trece respectivamente. Si sumamos estos tres tipos de cáncer como causa de invalidez, alcanzamos el 50% de todos los cánceres.

Se debe aclarar que algunas clasificaciones no son enfermedades en sí mismas sino agrupaciones sistémicas de enfermedades, como “osteoarticular” (incluye secuelas de fracturas, cirugías del aparato osteoarticular, artrosis, Artritis Reumatoide, osteomielitis, gota, etc...), “visual”: cataratas, glaucoma, maculopatías, retinitis pigmentaria, etc...) o “hipoacusia”: todas las causas otorrinolaringológicas de hipoacusia. Se debe aclarar además que en el análisis se tomaron las causas que mayor porcentaje

arrojaron en el cálculo de incapacidad, esto quiere decir que no necesariamente fueron causas únicas en cada caso particular, sino las más importantes (aunque no necesariamente correspondieron al 66% o más de incapacidad per se en cada caso de RTI).

Tabla 2 Prevalencia de las distintas enfermedades como causal de RTI.

1	CÁNCER (TODOS LOS TIPOS)	271	19,94%
2	CARDIOPATÍA CORONARIA	144	10,59%
3	ACV	127	9,34%
4	OSTEOARTICULAR	122	8,90%
5	DIABETES	90	6,60%
6	VISUAL	88	6,47%
7	EPOC	85	6,20%
8	MIOCARDIOPATÍAS	70	5,15%
9	CÁNCER DE COLON	54	3,97%
10	SME CEREBRAL ORGÁNICO	47	3,40%
11	INSUFICIENCIA RENAL	40	2,90%
12	CÁNCER DE PULMÓN	32	2,35%
13	CÁNCER DE MAMA	31	
14	HIPERTENSIÓN ARTERIAL	27	
15	FLEBOPATÍA PERIFÉRICA	22	
16	VALVULOPATÍAS CARDÍACAS	18	
17	PARKINSON	18	
18	ARTRITIS REUMATOIDEA	17	
19	CANCER CEREBRAL	16	
20	ARRITMIA	15	
21	HIPOACUSIA	14	
22	HEPATOPATÍA CRÓNICA	14	
23	ESQUIZOFRENIA	13	
24	CÁNCER GÁSTRICO	11	
25	CÁNCER DE PRÓSTATA	10	
26	ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA	10	
27	CÁNCER DE RIÑÓN	9	

28	PARAPRESIA/PARAPLEJÍA	9	
29	MIELOMA MÚLTIPLE	9	
30	ESCLEROSIS MÚLTIPLE	9	
31	PERSONALIDADES AN/NEUROSIS	9	
32	CÁNCER DE LARINGE	8	
33	CÁNCER DE PÁNCREAS	8	
34	DEPRESIÓN	8	
35	CÁNCER DE CAVIDAD ORAL	8	
36	CÁNCER DE OVARIO	7	
37	LINFOMAS NO HODGKIN	7	
38	SARCOMAS	7	
39	POLINEUROPATÍAS	7	
40	MELANOMA	7	
41	CÁNCER DE CUELLO UTERINO	6	
42	CÁNCER DE ESÓFAGO	6	
43	ESCLEROSIS LAT. AMIOTRÓFICA	6	
44	ENFERMEDAD BIPOLAR	5	
45	DISTROFIAS MUSCULARES	5	
46	CÁNCER DE VEJIGA URINARIA	5	
47	RETRASO MENTAL	5	
48	EPILEPSIA	5	
49	HIV	5	
50	ANEURISMA DISECANTE DE AORTA	5	
51	EVENTRACIÓN GIGANTE	4	
52	CÁNCER TESTICULAR	4	
53	CÁNCER DE PRIMARIO DESCONOCIDO	4	
54	LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO	3	

55	CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS	3	
56	CÁNCER HEPÁTICO	3	
57	LINFOMAS HODGKIN	3	
58	COREA	3	
59	CA DE CABEZA Y CUELLO	3	
60	CA DE INTESTINO DELGADO	3	
61	ESCLERODERMIA	3	
62	LESIÓN DEL PLEXO BRAQUIAL	2	
63	LEUCEMIA LINF. AGUDA	2	
64	CARCINOMA BASOCELULAR	2	
65	MIATENIA GRAVIS	2	
66	AMILOIDOSIS	1	
67	ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL	1	
68	CA DE GLANDULAS SALIVALES	1	
69	TERATOMAS	1	
70	PSORIASIS	1	
71	LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA	1	
72	CÁNCER DE TIROIDES	1	
73	HIPERTENSIÓN PULMONAR	1	
74	ESTRECHEZ URETRAL	1	
75	ATAXIA	1	
76	DIVERTICULITIS COMPLICADA	1	
77	MESOTELIOMA	1	
78	SMES. VESTIBULARES	1	

Relación de frecuencia de patologías por sexo.

Al discriminar por sexo y teniendo en cuenta el predominio del sexo masculino en la población estudiada, vemos que en la población masculina se mantiene una prevalencia relativa similar a la del análisis de la población general, predominando los tumores como causal de invalidez, seguidos por la Cardiopatía Coronaria y los Accidentes Cerebrovasculares.

PATOLOGÍAS	CASOS	PORCENTAJE MASCULINO SOBRE EL TOTAL	PORCENTAJE MASCULINO EN RELACIÓN A LA POBLACIÓN MASCULINA
TUMORES	196	14,42%	17,64%
CARDIOPATÍA CORONARIA	135	9,90%	12,15%
ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR	111	8,16%	9,99%
OSTEOART.	107	7,80%	9,63%
DIABETES	77	5,66%	6,93%
VISUAL	66	4,85%	5,94%
EPOC	71	5,22%	6,39%
MIOCARDIOP	60	4,41%	5,40%
CÁNCER DE COLON	47	3,45%	4,23%
SME. CEREBRAL ORGÁNICO	42	3,09%	3,78%
INS. RENAL	31	2,28%	2,79%
CA. DE PULMON	29	2,13%	2,61%

Tabla 3 Prevalencia de las distintas enfermedades como causal de RTI en hombres.

Cuando evaluamos la causa de invalidez en el sexo femenino, nos encontramos con un cambio notable en las prevalencias de las patologías en relación a la evaluación general y la del sexo masculino. Observamos que la primera causa de invalidez en las mujeres de la provincia de Entre Ríos es la osteoarticular, con un 42.91%, seguida en segundo lugar por la Diabetes 30.76% (que ocupa el cuarto lugar en el análisis de la población general y el quinto en el análisis de los hombres) y los tumores en el tercer lugar 29.14%. A pesar de la menor prevalencia de los tumores en las mujeres en relación a los hombres, vemos que el Cáncer de Colon se encuentra séptimo como causa de invalidez en las mujeres (estando noveno en la evaluación general y de los hombres), superando incluso al Cáncer de Mama (número 10) y demostrando la importancia de esta patología como causal de invalidez en la Provincia de Entre Ríos, independientemente del sexo. La Cardiopatía Coronaria y los Accidentes Cerebrovasculares resultaron mucho menos frecuentes como causa de invalidez en las mujeres, ocupando los puestos 11 y 12.

PATOLOGÍAS	CASOS	PORCENTAJE FEMENINO SOBRE EL TOTAL
OSTEOARTICULAR	106	7,79
DIABETES	76	5,59%
TUMORES	72	5,29%
EPOC	71	5,22%
VISUAL	65	4,78%
MIOCARDIOPATÍAS	60	4,41%
CÁNCER DE COLON	44	3,23%
SME. CEREBRAL ORGÁNICO	40	2,94%
INSUFICIENCIA RENAL	31	2,28%
CÁNCER DE MAMA	29	2,13%
ACCIDENTE CEREBROVASCULAR	16	1,17%
CARDIOPATÍA CORONARIA	9	0,66%

Tabla 4 Prevalencia de las distintas enfermedades como causal de RTI en mujeres.

Considerando la importancia de la patología oncológica como causal de invalidez, se procedió a realizar un sub análisis de los casos oncológicos por sexo y el lugar de origen (rural o urbano). Para ello, se evaluó la población de las cinco ciudades más pobladas de la provincia (que representaran más del 50% de la población de cada sexo) y un número de poblaciones rurales equivalente, que represente una muestra superior al 50% de la población rural analizada.

Cuando se analizó la prevalencia de la patología oncológica en la población de hombres de origen urbano y rural, se abordó a un porcentaje del 9.5% de casos de RTI causados por patologías oncológicas en hombres urbanos versus 12.98% en hombres rurales, tomando como referencia las muestras antedichas y los casos de RTI en hombres de origen rural y urbano.

Cuando se analizó la prevalencia de la patología oncológica en la población de mujeres de origen urbano versus rural, se encontró una situación inversa a la detectada en hombres, con un 21.33% de mujeres urbanas en las muestras analizadas, jubiladas por cáncer, contra un 0% de mujeres rurales jubiladas por cáncer en las localidades seleccionadas.

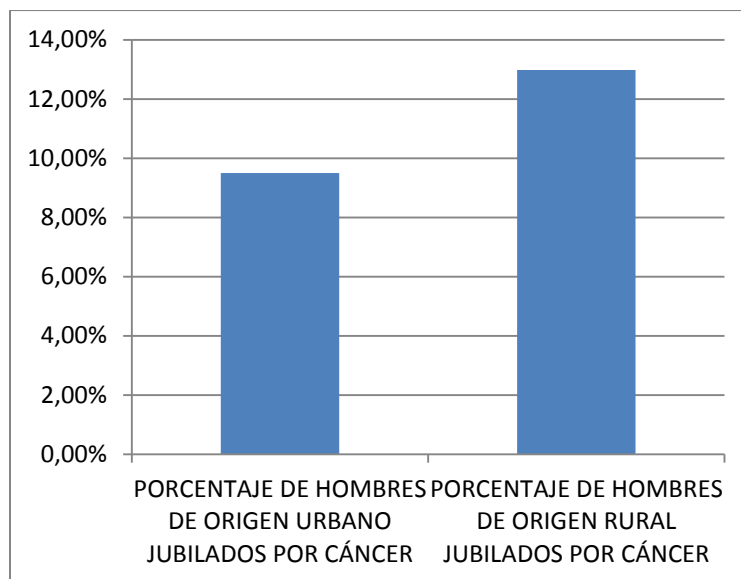


Gráfico 7 Relación del origen y el sexo masculino con el cáncer como causal de RTI.

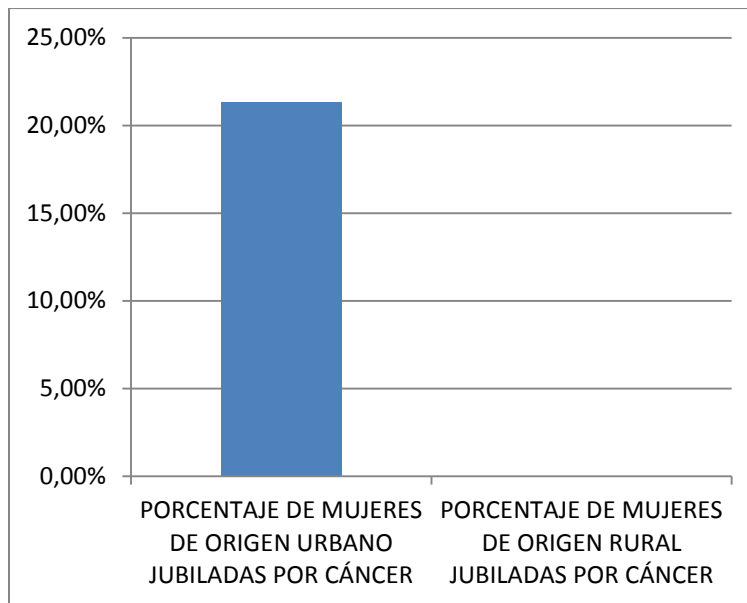


Gráfico 8 Relación del origen y el sexo femenino con el cáncer como causal de RTI.

A pesar de que estos resultados provienen de un sub análisis, podemos observar que en la Provincia de Entre Ríos la patología oncológica como causa de invalidez es más prevalente en la mujeres urbanas que en las rurales y en los hombres rurales en relación a sus homólogos urbanos. Ello implicaría que el origen rural per se no sería la variable relacionada con el riesgo de enfermarse de una enfermedad oncológica, sino probablemente las tareas desarrolladas en el área rural por los individuos de cada sexo.

Polienfermedad.

Se entiende por polienfermedad a la presencia de más de una causa patológica para la obtención de un RTI. La presencia de polienfermedad se considera un indicador de complejidad en el análisis de los solicitantes del beneficio. El porcentaje de retiros con polienfermedad en la población general analizada fue superior (55.67%). Cuando se realizó el análisis por año, dicha diferencia se mantuvo, siendo más marcada en el año 1015 (62.46%).

Cuando se realizó el análisis discriminando el sexo, se aprecia una distribución similar en el sexo masculino. En el caso de las mujeres, el porcentaje de RTI con polienfermedad es inferior, lo cual implica causas únicas más incapacitantes.

Se realizó un análisis de la relación entre la presencia de polienfermedad por sexo y origen del solicitante. Los resultados evidenciaron el cambio de frecuencia de la presencia o no de polienfermedad cuando se

agrega al análisis el origen del solicitante, siendo más frecuente cuando el origen es urbano, sin importar el sexo. Esto indicaría que los solicitantes de origen urbano que se jubilan lo hacen con mayor frecuencia obteniendo el porcentaje incapacitante como consecuencia de múltiples entidades, mientras que los retiros de origen rural presentan entidades únicas con una mayor jerarquía incapacitante.

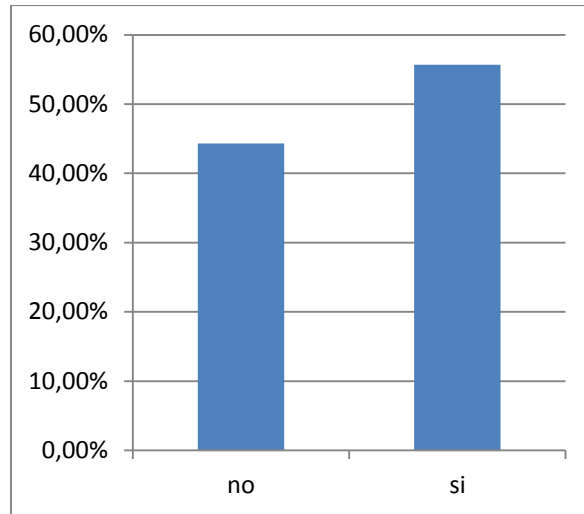


Gráfico 9 Polienfermedad en la población analizada.

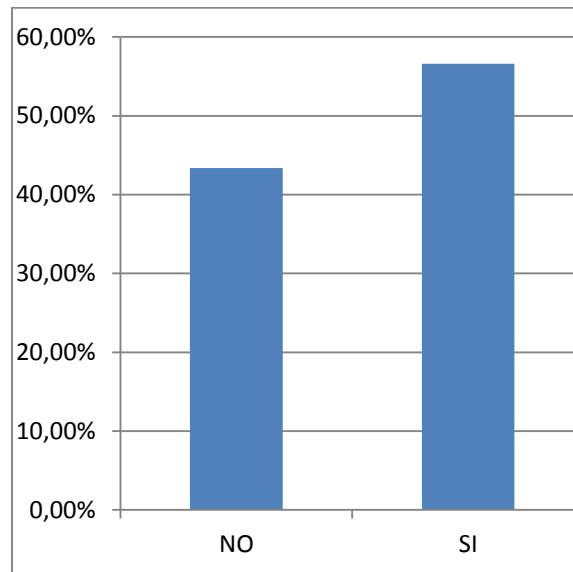


Gráfico 10 Polienfermedad en la población masculina.

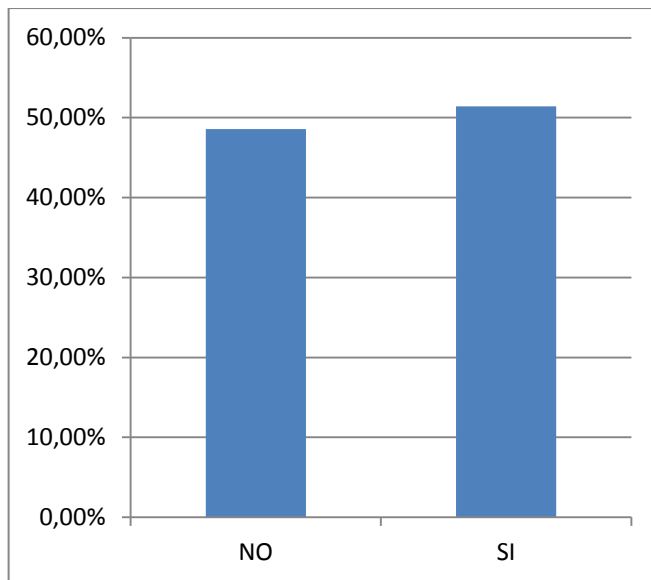


Gráfico 11 Polienfermedad en la población femenina.

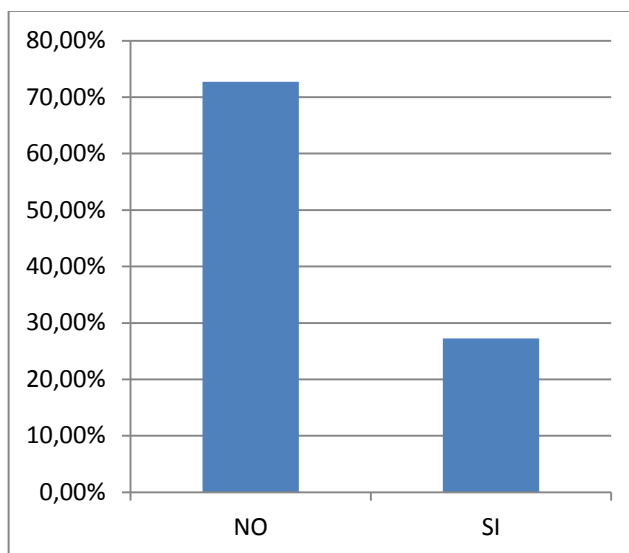


Gráfico 5 Polienfermedad en varones de origen rural.

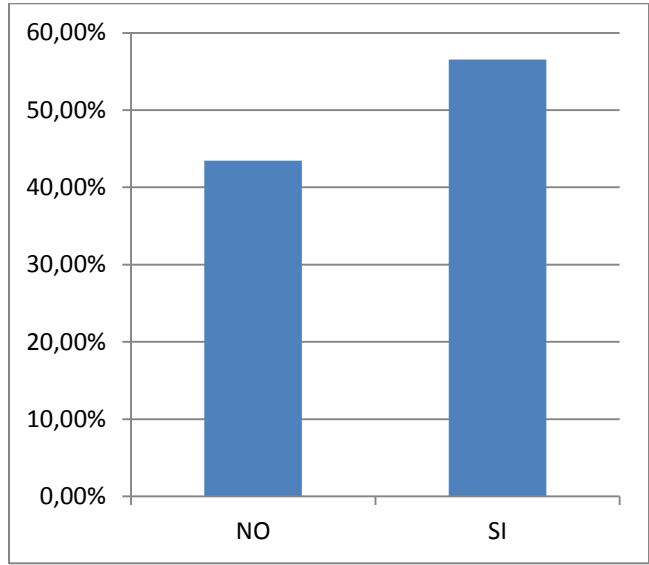


Gráfico 13 Polienfermedad en varones de origen urbano.

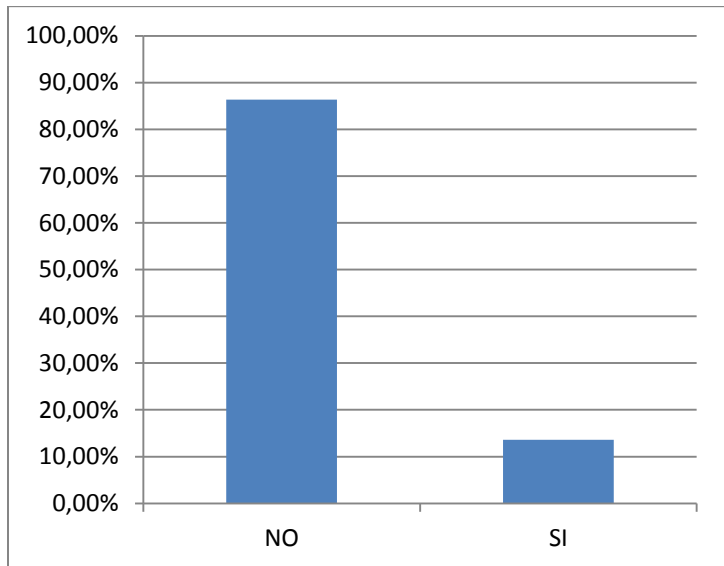


Gráfico 14 Polienfermedad en mujeres de origen rural.

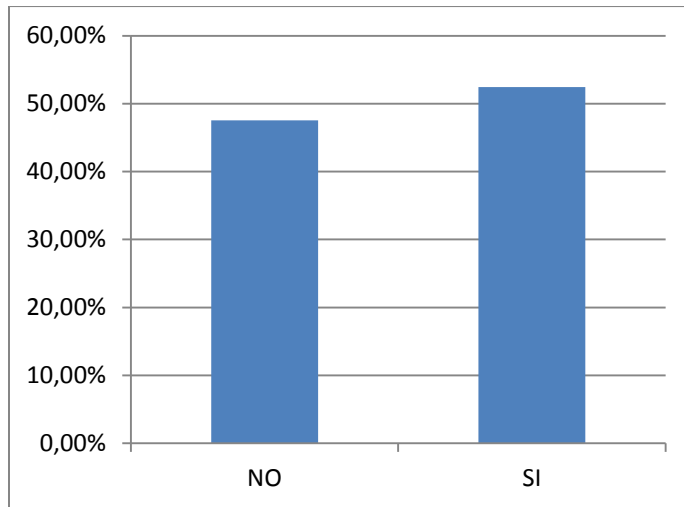


Gráfico 15 Polienfermedad en mujeres de origen urbano.

CONCLUSION.

1. Obtuvieron su RTI mayor cantidad de solicitantes de origen urbano 1182 (87.04%) que rural 176 (12.96%) en el período 2013 a 2016 en la Provincia de Entre Ríos, considerando que, de una población total de 1235994 habitantes, 1059494 (85.71%) es urbana y 176500 (14.29%) es rural (según el Censo 2010), dicha representación poblacional se mantuvo.
2. A pesar de ello, cuando consideramos el impacto de los RTI por localidad (teniendo en cuenta los habitantes de cada localidad según el censo 2010) los RTI afectaron proporcionalmente más a las poblaciones de origen rural que urbano.
3. El promedio de solicitantes que accedieron a un RTI entre el 2013 y el 2016 en la Provincia de Entre Ríos, fue del 36.67%. El año con menor proporción de RTI fue 2014, con 34.08% y el mayor fue 2016, con 39.16%. Tomando como referencia el único trabajo disponible (Grushka y De Biasse, 2003 y Grushka y Demarco, 2003) con actualizaciones hasta el 2006, el promedio nacional de Dictámenes positivos de RTI entre 1998 y 2006, fue del 62.22%, el porcentaje en Entre Ríos está muy por debajo de dicha referencia.
4. Con respecto a la edad de acceso al RTI, el promedio para el período 2013 a 2016 fue de 54.18 años. Los hombres obtuvieron su RTI a una edad en promedio superior a las mujeres (54.68 años vs. 51.93 años). Dicha diferencia se acrecentó en la población rural. Los hombres de origen rural accedieron al RTI en promedio a una edad de 56.40 años y las mujeres de origen rural a una edad promedio de 51.4 años. Los hombres de origen urbano siguieron la tendencia (aunque con menor diferencia entre sexos) 54.58 años vs. 53.08 años. Tomando como referencia Nacional los trabajos disponibles antedichos, la edad promedio Nacional está referida como 54 años. “Mayor por dos años en hombres que en mujeres”. En este estudio la diferencia de edad entre hombres y mujeres fue superior.
5. Obtuvieron el RTI más hombres que mujeres (81.81% vs 18.18%). Como se describió en el punto 1, la cantidad de RTI fue mayor tanto en hombres como en mujeres de origen urbano, aunque dicha diferencia fue aún mayor entre mujeres (91.10% vs 8.9%) que en hombres según su origen (86.13% vs 13.87%). Estos datos coinciden con los trabajos de Grushka et al, 2003, en donde se demuestra una clara hegemonía masculina en la “región del Noreste” (88.1%).

6. Cuando analizamos las causales de invalidez, encontramos grandes diferencias con las referencias nacionales, cumpliéndose con el objetivo de confirmar la hipótesis de estudio. Esto dado que a nivel nacional predominó la patología cardiovascular con 27%, en segundo lugar las del Sistema Nervioso con 16% y del Psiquismo en el tercer lugar, con el 10%. Las Neoplasias en el cuarto lugar con el 7%. Por el contrario el Cáncer fue la causal de invalidez más importante entre los años 2013 y 2016 en la Provincia de Entre Ríos (19.94%), seguido por la Cardiopatía Coronaria (10.59%) y el Accidente Cerebrovascular (9.34%), que no llegaron a equiparar al primero cuando se sumaron. Es decir claramente el Cáncer fue más invalidante que la patología cardio y neurovascular en la Provincia de Entre Ríos, entre los años 2013 y 2016. Dentro de los tipos de Cáncer destacó el Cáncer de Colon (3.97%), que superó a entidades muy invalidantes como la Demencia, las secuelas de Traumatismos Cráneo Encefálicos y a la Insuficiencia Renal. La frecuencia de las causales de invalidez fueron muy diferentes cuando se discriminó por sexo. Los hombres mantuvieron en general la distribución antedicha, pero en las mujeres, la causa más importante de invalidez fue la patología del aparato osteoarticular (7.79%), seguido por la diabetes (5.59%) y en tercer lugar el Cáncer (5.29%). En el caso de las mujeres la patología endotelial fue mucho menos importante, siendo el ACV más frecuente que la Cardiopatía Coronaria (1.17% vs 0.66%). Es de remarcar que el Cáncer de Colon en las mujeres, superó al de mama como causal de invalidez (3.23% vs. 2.13%).
7. Los hombres de origen rural presentaron con mayor frecuencia Cáncer como motivo de su RTI que los hombres de origen urbano (12.98 vs. 9.5%) pero cuando se analizó la diferencia en las mujeres, se obtuvo un resultado sorprendente, en las mujeres urbanas el Cáncer superó como causa invalidante a la misma causal para los hombres independientemente de su origen (ver porcentaje ut supra) como así también en las mujeres rurales (21.33% vs 0%). Es decir que el cáncer fue una causal muy frecuente de retiro en mujeres cuando se discriminó su origen, incluso más importante que en los hombres.
8. Cuando se evaluó la multi causalidad de invalidez (polienfermedad), quedó claro que fueron más los casos que accedieron al RTI por multicausalidad que por una causa única (55.67% vs 44.33%), independientemente del año que se evaluó. Los resultados evidenciaron el cambio de frecuencia de la presencia o no de polienfermedad cuando se agrega al análisis el origen del solicitante, siendo más frecuente cuando el origen es urbano, sin importar el sexo. Esto indicaría que los solicitantes de origen urbano que se jubilan lo hacen con mayor frecuencia obteniendo el porcentaje incapacitante como

consecuencia de múltiples entidades, mientras que los retiros de origen rural presentan entidades únicas con una mayor jerarquía incapacitante.

La fortaleza de este estudio fue la fuente de la información (altamente confiable dado que es la base de datos en donde quedan registrados todos los Dictámenes de los beneficios otorgados) y el hecho de que se estudió el universo total de los casos de RTI y de Retiros por Edad Avanzada. La debilidad del estudio fue la escasez de datos nacionales con los cuales comparar los resultados (pocos estudios realizados a nivel nacional y ninguno local) y el hecho que se compararon datos con discordancia temporal.

A pesar de ello considero que el trabajo nos brinda una imagen clara de la realidad de los Retiros por Invalidez en la zona de influencia de la Provincia de Entre Ríos, permitiendo además representar los motivos más frecuentes de invalidez y su impacto sobre la Salud Pública de la región. Sería interesante y enriquecedor replicar este trabajo en otras regiones del país con el objeto de obtener datos que nos permitan entender la realidad de otras regiones y poder compararlos entre sí. Estos datos, al impactar en temas de Salud Pública podrían utilizarse con el objeto de planificar políticas de prevención primaria y secundaria.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Pascualini CD (2008). *La investigación en medicina: Bases teóricas y prácticas Elementos de Bioestadística*; Buenos Aires, Argentina, Medicina.
2. Varios; *Censo Argentino 2010* (2010); Buenos Aires, Argentina. Instituto nacional de Estadísticas y Censos.
3. De La Agrza, Toledo E. (2012) *El trabajo no clásico, organización y acción colectiva*. México: Plaza y Valdez.
4. Folger, R (1998); *Organizational justice and human resource management*; Londres. RU. Foundation for organizational science,
5. Goitía Villalobos Fajardo, H. (2004). *Protocolo para la determinación del origen de las patologías derivadas del estrés*. Bogotá – Colombia. Ministerio de Protección social.
6. Hirata, H. Kergeroat D. (1997). *La división sexual del trabajo: permanencia y cambio. Trabajo y sociedad/Centro de estudios de la mujer de Chile*. PIETTE/CONICET. Buenos Aires, Argentina.
7. J. casas Anguita, J. R. Repullo Labrador y J. Donado Campos. (2003). *La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (I)*. Atención Primaria; 31(8):527-38.
8. J. casas Anguita, J. R. Repullo Labrador y J. Donado Campos. (2003). *La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (II)*. Atención Primaria; 31(9):592-600.

9. Johnson J. V. y Hall, E M. (1995). *Class work and health, Society and Health*, Nueva York, EUA. Oxford University Press.
10. Laurell, A.C. (2000) *Investigación Sobre la salud de los trabajadores*. Washington, EUA. (Serie Palex Salud y Sociedad 2000) N°3.
11. Matías Belliard, Marcelo De Biase y Carlos Grushka. (2007). *La Invalidez en el Sistema Previsional Argentino*. IX Jornadas Argentinas de Estudios de Población. Huerta Grande, Córdoba, Argentina; Asociación de Estudios de Población de la Argentina.
12. Mc. Girr, C. J. *Guidelines for abstracting*. (1973). Tech. Commun. 25(2):2-5.
13. Mendízabal N. (2006). *Los componentes de diseño flexible en la investigación cualitativa*. Barcelona, España; Gedisa.
14. Mitchell, J. H. (1968) *Writing for professional and technical journals*. Nueva York, EUA. Wiley and Sons, Inc.
15. Neffa J. C. (2015); *Los Riesgos psicosociales en el trabajo, Contribución a su estudio*. Primera Edición; CABA, Argentina; CEIL – CONICET.
16. O'Connor, M y F. P. Woodford. (2006). *Writing scientific papers in English: an ELSE-Ciba foundation guide for authors*. Amsterdam; Associated Scientific Publishers.
17. Olga Arguedas-Arguedas (2009); “*El Ángulo del Investigador Consejos prácticos para escribir un protocolo de investigación*”; San Jose de Costa Rica; Acta méd. Costarric. Vol 51 (4), octubre-diciembre.
18. Pájaro D. (2002). *La formulación de la hipótesis*. Cinta de Moebio. Santiago, Chile. Facultad de Ciencias Sociales. n° 15. Universidad de Chile.

19. Ratnoff, O.D. (1981). *How to read a paper*. Nueva York, EUA. Praeger.
20. Ricardo J. Esper, Rogelio A. Machado. (2008). *La investigación en medicina: Bases teóricas y prácticas*; Buenos Aires, Argentina. La Prensa Médica.
21. Robert A. Day. (2005). "*Cómo escribir y publicar trabajos científicos*"; Tercera edición en español; Twenty-third Street, NW Washington, DC 20037, EUA. Publicación Científica y Técnica No. 598. 525
22. Robert A. Day. (2005). *Como escribir y publicar trabajos científicos*; 525 23St; NW Washington, DC 20037; EUA.OPS; OMS.
23. Stapleton P. (2005) *Writing research papers: an easy guide for non native English speakers*. Canberra, Australia; Australian Centre for international Agricultural Research.
24. Varios. (Septiembre 2001). *Marco conceptual del sistema de estadísticas e indicadores del Sistema Integrado Previsional Argentino*; 2º Edición; Buenos Aires; Argentina; ANSES.