

HOSPITAL DOCENTE "GENERAL CALIXTO GARCIA" DEPARTAMENTO DE PERITAJES CIUDAD DE
LA HABANA

La patología interna determinante de invalidez. Experiencia de la Comisión de Peritaje Médico del hospital docente "General Calixto García" *

Por el Dr.: ALFREDO NASIFF HADAD**

Nasiff Hadad, A. *La patología interna determinante de invalidez. Experiencia de la comisión de peritaje médico del hospital docente "General Calixto García". Rev Cub (Med (Supl.) 21: 1, 1982.*

Se plantea que la interacción de los factores biológicos, fisicoquímicos, psíquicos y sociales influyen sobre el hombre y su salud. Se analiza el trabajo como factor morbígeno, lo que se realiza en cierta porción del abundante material de estudio constituido por los trabajadores sometidos a peritaje médico—laboral por la Comisión de Peritaje Médico de que el autor forma parte. Se estudiaron 3 599 expedientes clínicos de los trabajadores domiciliados en los municipios Habana Vieja y Centro Habana sometidos a peritación durante el año de 1975. A los jubilados en edad laboral se les realizó una entrevista en el hogar. El estudio demostró diferencias entre el número de peritados de uno y otro policlínico, además fue más frecuente en pacientes con salarios bajos, trabajos rudos y bajo nivel de escolaridad. La osteoartritis, los trastornos psiquiátricos y las enfermedades crónicas no transmisibles que tienen atención dispensanzada en el policlínico en la comunidad, fueron los diagnósticos más frecuentes. Aunque la comisión médica es la responsable de la calidad del peritaje, existen otros factores negativos que influyen en el mismo. Se considera el examen preempleo como el método idóneo para iniciar el expediente de salud de todo aspirante a un trabajo, así como que a la rehabilitación no se le ha dado la importancia que tiene para el porvenir laboral del trabajador.

INTRODUCCION

Los estudios de incapacidad laboral temporal como tales, se iniciaron en la segunda mitad del siglo pasado en algunas ciudades de Europa Occidental¹, determinados

* Presentado en el I Congreso Panamericano de Ciencias Forenses.

** Especialista de I grado en medicina interna. Hospital docente "General Calixto García".

fundamentalmente por el aumento de la enfermedad laboral, consecuencia directa del auge del desarrollo industrial, fenómeno bien estudiado por *Carlos Marx*, sobre todo en Inglaterra, a mediados del pasado siglo.

La supervivencia del ser humano condicionada por el instinto de conservación y lograda en función de factores socioeconómicos, científicos y técnicos, se traduce en un innegable aumento de los promedios de vida², que en nuestro país bordea los 70 años. Esto ofrece posibilidades al hombre de mantenerse activo como trabajador durante más tiempo, lo que inevitablemente lleva implícita la aparición de enfermedades crónicas en los mismos, aun en edad laboral¹.

En cumplimiento de la ley 1100 de 1963, el Ministerio de Salud Pública promulgó ese año la resolución No. 21, mediante U cual se impartían a sus unidades ejecutivas los parámetros por seguir para las prestaciones de servicios de los obreros con enfermedad común o accidente del trabajo. Nace así el peritaje, rudimentario en sus inicios, pero que logra poco a poco darle solución al problema del obrero enfermo y su grado de incapacidad.

El hecho de que un internista aborde este tema lo justifica la visión integral que tenemos de la medicina moderna. Si la enfermedad y la salud se estudian separadamente del ambiente físico, biológico y social en que ellas se producen, no es posible entender cabalmente su mecanismo. El médico práctico que observa la enfermedad sólo como un cuadro clínico y no en su contenido social, no está ejerciendo medicina social y no está cumpliendo, por tanto, la función social de su profesión.

Cuando Hipócrates estimuló a los médicos de su tiempo a estudiar las relaciones del hombre con su modo de vida indicó a la medicina el camino por seguir para encontrar la expresión total de su finalidad.

En el futuro se hablará sólo de medicina, porque no se concibe una medicina que no sea a la vez preventiva, curativa y social.

Conocimos el peritaje al comenzar a trabajar en una de sus consultas del policlínico "Asclepios", de la Ciudad de la Habana. Sus características distan mucho de la acostumbrada consulta externa. El nexo entre lo médico y lo laboral en el contexto de lo legal, dominan el desarrollo de la misma. Muchas fueron las experiencias en los primeros contactos, y muchas las cosas que llamaron nuestra atención: ¿Por qué es tan numerosa la consulta de peritajes? ¿Qué criterios tiene el médico para considerar incapacitado a un obrero en relación con su puesto de trabajo?

¿Tendrían solución muchas de estas cosas en la consulta del policlínico, si el obrero y el médico no tuvieran el peritaje en el cual apoyarse? ¿Hasta qué punto es el peritaje, en ocasiones, la solución a un inflicto laboral y no de salud? ¿Qué función desarrolla el internista en estas situaciones? Decidimos dilucidar estos problemas por medio de un trabajo de investigación que concluimos el pasado año. Por la extensión del mismo no es posible presentarlo íntegramente, por lo que hemos extraído un resumen, considerando los aspectos más importantes del referido trabajo.

MATERIAL Y METODO

Estudiamos todos los pacientes que asistieron durante el año 1975, a consulta de peritaje en el policlínico "Asclepios", con domicilio en los municipios Habana Vieja y Centro Habana de la provincia Ciudad de la Habana.

Este universo fue dividido en tres grupos:

Grupos A: jubilados que tenían la edad requerida para retirarse Grupo B: peritados que no fueron jubilados Grupo C: jubilados en edad laboral.

A los de los grupos B y C se les hizo una encuesta retrospectiva donde se recogían los datos de la historia clínica y del modelo 87—10 de peritaje.

Además, a los pacientes del grupo C se les realizó una entrevista en su domicilios Esta recogía datos generales, laborales y aspectos de salud.

RESULTADOS Y DISCUSION

Según datos de la Dirección Nacional de Estadística, en el año 1975 se efectuaron en Cuba 66 545 peritajes, de los cuales fueron jubilados la cuarta parte de los pacientes. En nuestra investigación encontramos el 15,69% (grupos A y C). No es coincidencia que la mayoría de los jubilados tuvieran trabajos rudos y salarios bajos, esto unido al poco nivel de escolaridad de los pacientes peritados, los hace ver su trabajo como causa directa de sus padecimientos. Esta actitud que sobreviene el estado de su enfermedad no se ve compensada por la rehabilitación, y así lo demuestran las cifras de nuestro estudio. Sobre este particular insistiremos posteriormente.

En nuestra casuística fue más frecuente la jubilación en hombres (56%) que en mujeres (44%). Es mayor el porcentaje de hombres trabajadores en nuestro medio.

Es evidente que la problemática del peritaje tiene relación directa con las enfermedades que con más frecuencia lo motivan. Por esta razón queremos dedicar gran parte de esta discusión al análisis de cada una de ellas, considerando la forma en que incide la actividad laboral en su etiopatogenia. Pudiéramos reagrupar las enfermedades que constituyen los diagnósticos más frecuentes de peritaje y jubilación de la siguiente manera:

- 1ro. Las enfermedades osteoarticulares y, en especial, la osteoartritis.
- 2do. Los trastornos psiquiátricos.
- 3ro. Las enfermedades crónicas no transmisibles con programas de salud establecidos (diabetes mellitus, hipertensión arterial, cardiopatía isquémica, etc.).

Todas éstas coinciden con los resultados de algunas publicaciones revisadas.

La incapacidad por enfermedades reumáticas se produce, como era de esperar, en los obreros que emplean la fuerza, en su trabajo.

Como éstas son tan frecuentes en nuestro medio, en particular la osteoartritis degenerativa, tenemos que enfrentar el problema con el sentido médico integral que corresponde, induciendo al paciente con un tratamiento medicamentoso y rehabilitador correctos y analizando acuciosamente si su padecimiento constituye realmente una incapacidad laboral; sería un error sobrevalorar la enfermedad reumática, y limitar la actividad física a todos los pacientes. Hemos podido comprobar que muchos de ellos con estas enfermedades sin gravedad alguna en su evolución llegan al peritaje con ideas falsas sobre las mismas, que en ocasiones son aprovechadas para darle solución a problemas laborales, convirtiéndose el médico en el "padrino" inconsciente de esta situación.

El individuo en estas circunstancias con un sentimiento vago de enfermedad, sugerido y fomentado por el ambiente, busca el derecho que leyes nobles y justas le conceden y acude al perito. Un sistema masivo, numeroso, rápido y amplio en recursos le encamina a varias y largas exploraciones e investigaciones, hasta que llega el fallo. Esto modifica su sensibilidad, fijando más y más el sentimiento de enfermedad. Los trastornos psiquiátricos preferimos dejarlos para el especialista interesado en este tema, pues tiene un campo de discusión muy amplio.

El policlínico en la comunidad, en el contexto de su definición, maneja integralmente al enfermo y dispensariza al paciente con enfermedades crónicas, como: hipertensión arterial, diabetes mellitus, cardiopatía isquémica, asma bronquial, epilepsia y enfermedades cerebrovasculares, entre otras. Son éstas precisamente algunas de las enfermedades que causan peritaje, por lo que el manejo integral de las mismas es responsabilidad del médico integral. Dentro de los programas de atención a los enfermos que presentan estas afecciones, se incluye la atención continuada, además de la vinculación laboral que pueda tener.

En el caso del diabético, consideramos que la problemática laboral para el mismo es mínima, más aún el tratado con dieta o antidiabéticos por vía oral, y no son precisamente los que más problemas laborales acusan⁹, por lo que son innecesarias las restricciones para determinados empleos, a no ser que una de sus complicaciones se lo impida¹⁰; un diabético bien controlado constituye un excelente candidato para el trabajo¹¹, y puede distinguirse, incluso, como buen empleado¹² por distintos motivos y, en gran parte, de índole psicológica¹³.

Sobíe la hipertensión arterial pudiéramos decir algo semejante: un control adecuado del paciente, orientado por el médico del policlínico con el apoyo psicológico necesario para que entiere; la importancia del constante uso racional de los medicamentos indicados, ayuda al control de la tensión arterial, y reducir al máximo la necesidad de jubilación o cambio de labor, pues realmente no es ello lo que mejora al enfermo.

Entre las cardiopatías isquémicas se presentan, fundamentalmente, la angina de pecho y el infarto cardíaco. Nuestros resultados demuestran que el porcentaje de jubilados es mayor que los

incapacitados parcialmente por estas afecciones. La condena al sedentarismo al que a veces se somete a esos pacientes jubilados pudiera ser más perjudicial que beneficioso, porque se ignora a uno de los principales factores de riesgo.

Ello no significa que en el enfermo con cardiopatía isquémica no haya indicaciones formales para el cambio de puesto de trabajo o jubilación, pero no debemos verlo siempre como un jubilado en potencia, pues el aumento de la morbilidad por estas enfermedades, y la mayor frecuencia de su presentación en sujetos cada vez más jóvenes y poseedores por tanto, de una completa capacidad laboral, hace más necesarias aquellas medidas que tiendan a conseguir una total y rápida readaptación de los mismos y su reincorporación al medio social y laboral del que forman parte .

El asmático no debe conducir a dificultades laborales, si se le realiza un acucioso examen preinpleo que lo sitúe en un puesto laboral sin relación con alérgenos que provoquen agravamiento de su enfermedad y cumple el tratamiento normado para la intercrisis.

El epiléptico tiene situación similar; la ubicación inicial en un puesto acorde con sus limitaciones impedirá el uso del peritaje para su reubicación.

Con respecto a estas enfermedades, son a veces los mismos médicos de cabecera los que mantienen el criterio de inmovilizaciones prolongadas y de abstención de todo ejercicio y trabajo, adoptando posturas completamente inadecuadas en la actualidad¹⁴. Nadie mejor que el médico de la comunidad para manejar ese gran número de seudoincapacidades. Si a esto agregamos que más del 80% de los jubilados eran mayores de 46 años, lo que coincide con las edades a partir de las cuales aparecen la mayoría de las enfermedades crónicas que acabamos de ver, le plantearía al médico, además de los problemas específicos de la terapéutica, los vinculados en el terreno sociológico¹⁵. El paciente crónico no debe sentirse desgajado de la sociedad, y por otra parte, ésta puede obtener un rendimiento, quizás no máximo, pero sí útil, del trabajo del enfermo. Los servicios de salud tendrán que acercarse más al hogar y a la fábrica¹⁶.

Un experto en esta materia escribe: "si no hacemos algo para introducir en nuestra economía al inválido, al enfermo y al viejo, todo trabajador apto cargará sobre sus espaldas en pocos años, un inválido, un enfermo y un viejo ¹. El perjuicio que sufre la economía cuando se hacen gastos innecesarios en exámenes de rayos X, análisis clínicos y tiempo de servicios especializados en los peritajes, debe ser una preocupación de todos los que se interesan en estos aspectos de la salud del pueblo.

Por eso creemos que es tan importante la función del internista en estos peritajes, ya que es capaz de hacer diagnósticos integrales y totales considerando todos los aspectos biosociales.

El examen médico de admisión para puestos de trabajo (chequeo preempleo) es el cimiento de un buen plan para conservar la salud al inhabilitar al trabajador no apto para las actividades laborales que, por sus padecimientos, no pueda desempeñar; esto evitaría posteriormente la solicitud de un peritaje.

Para hacer un eficiente chequeo preempleo habrá que considerar: la fisiología del trabajo humano; la dietética de los trabajadores; la selección y orientación profesional; la asistencia integral de los accidentados en el trabajo; y la legislación laboral.

De una u otra forma, la determinación de la aptitud o ineptitud de un aspirante a trabajador debe ser obligatoria, lo que evitaría la evolución desfavorable de un enfermo y ahorraría al centro de trabajo el tiempo y los gastos que llevan implícitos los trámites posteriores^{20,23}.

La medicina del trabajo está siempre enmarcada bajo el signo de la prevención, es siempre fiel al viejo aforismo de "vale más prevenir que curar".

Cuando en páginas anteriores hacíamos referencia al carácter integral de la medicina, mencionamos la rehabilitación como un aspecto importante dentro de los programas de atención médica, que en ocasiones queda olvidada en la práctica diaria. Esto es aplicable al tema que tratamos.

La labor de readaptación no representa una nueva forma de la medicina, sino que es parte del perfil profesional del médico. Junto con la medicina curativa habitual y la medicina preventiva, la rehabilitación completa el tríptico perfecto del arte médico²⁴.

Según un comité de expertos de la OMS, rehabilitación es el conjunto de medios puestos en práctica para asegurar a los individuos que sufren una detención aliada minusvalía, una condición física, mental y social óptima que les permitiera ocupar por sus propios medios un lugar lo más normal posible en la sociedad²⁵.

La costumbre de utilizar la rehabilitación como medio terapéutico se remonta a miles de años antes de nuestra era²⁶.

En nuestra investigación la rehabilitación fue casi ignorada, y en los pacientes que se indicó, ésta no se ajustaba a las medidas concretas que en la práctica tuviera efectividad.

La rehabilitación, como parte del tratamiento del enfermo, es un proceso continuo, incluido en la atención médica integral²⁷.

El peritaje ha de velar por este aspecto, ya que de nada serviría jubilar a un enfermo sin ofrecerle la adaptación social que le corresponde.

El trabajo representa para el incapacitado rehabilitado un inestimable beneficio moral y material, y para la sociedad constituye un valor económico indiscutible.

Para poder emprender una rehabilitación variada a todos los niveles, es necesario crear los organismos correspondientes e integrar institutos y servicios de rehabilitación, los que deberán disponer de: locales; personal idóneo; material técnico asistencial; centros de enseñanza; laboratorios de investigación; talleres de adiestramiento; y oficinas de ubicación laboral^{M29}.

Finalmente queremos mencionar la reseña que hace el Comité Mixto OIT/OMS³⁰ a este respecto: "colocar y mantener al trabajador en un empleo que convenga a sus aptitudes fisiológicas y psicológicas; en suma, adaptar al trabajo al hombre y cada hombre a su labor".

CONCLUSIONES

1. El peritaje se hace con más frecuencia en aquellos pacientes que tienen trabajos rudos, salarios bajos y poco nivel de escolaridad.
2. Las enfermedades más frecuentes como causa de peritaje y jubilación son: la osteoartritis; los trastornos psiquiátricos; y las enfermedades crónicas no transmisibles.
3. El policlínico en la comunidad ofrece atención dispensarizada a la mayoría de estas enfermedades.
4. El diabético es generalmente buen trabajador y no tiene contraindicación formal para el trabajo.
5. El control adecuado de la hipertensión arterial evita el peritaje reiterado de los pacientes que la padecen.
6. El paciente con cardiopatía isquémica es generalmente jubilado.
7. Hemos encontrado que no ha sido siempre el médico el culpable de un peritaje Inadecuado, ya que otros factores laborales conspiran contra la buena marcha del mismo.
8. El elevado número de peritajes con sus consecuencias constituye una carga económica para el estado, en cuyas raíces tenemos obligación de profundizar.
9. El chequeo preempleo es un método idóneo para iniciar el expediente de salud de todo aspirante a un trabajo. Este tampoco se ha hecho con la eficacia que exige la importancia del mismo.
10. Las medidas de rehabilitación no se han aplicado adecuadamente en la mayoría de los casos consultados.

SUGERENCIAS

1. Debe normarse que el envío a peritaje se haga con un resumen del cuadro clínico del enfermo y del criterio del médico solicitante del porqué considera a ese trabajador impedido para desarrollar la actividad laboral que realiza.
2. El chequeo preempleo debe ser supervisado por un médico conocedor de todos los aspectos medicolaborales, quien exigirá el cumplimiento de las normas establecidas por el Ministerio de Salud Pública para los mismos.
3. El peritaje es una gestión de salud que debe tener en cuenta la posibilidad de readaptación.
4. Se necesita establecer y aplicar correctamente las medidas de rehabilitación idóneas.
5. El internista debe conocer las técnicas de supervisión y asesoramiento, así como saber los objetivos y estructura de los peritajes médicos para poder tener la habilidad de supervisar y asesorar esos peritajes.

SUMMARY

Nasiff Hadad, A. *Internal pathology determining invalidity. Experience of a Medical Expert Commission at "General Calixto García" Teaching Hospital.* Rev Cub Med (Supl.) 21: 1, 1982.

It is stated that interaction of biological, physiochemical, psychical and social factors influence on man and its health. Work as morbigenic factor is analyzed, performing it on a portion of the plenty material for study constituted by workers undergoing medical working survey by the Medical Expert Commission where the author of this paper is a member. Clinical histories of 3 599 workers living at Habana Vieja and Centro Habana Municipalities undergoing medical survey in 1975, were studied. Interviews to pensionate workers within laboral age were performed at home. The study showed differences between the number of workers surveyed at both polyclinics. Medical surveys for invalidity were most frequent in patients with low wages, heavy works, and low school degree. Osteoarthritis, psychiatric disorders and no transmissible chronic disease being assisted at the Community Polyclinic were the most frequent diagnosis. Although the Medical Commission is responsible for survey quality, there are negative factors influencing on it. It is considered that pre—employment examination is the ideal method to begin medical expedient for everyone aspiring to a job, as well as that to rehabilitation was not given the importance it has regarding the laboral future of the worker.

RESUME

Nasiff Hadad, A. *La pathologie interne déterminante d'invalidité. Experience de la commission d'expertise médicale de l'Hôpital d'enseignement "General Calixto (García)"* Rev Cub Med (Supl.) 21: 1, 1982.

L'auteur signale que l'interaction des facteurs biologiques, physico-chimiques, psychiques et sociaux influent sur l'homme et sur sa santé. Il analyse le travail en tant que facteur morbide, ce qui se réalise sur une certaine partie du vaste matériel d'étude constitué par les travailleurs soumis à expertise médicale par la Commission d'Expertise Médicale dont l'auteur fait partie. Il a étudié 3 599 dossiers cliniques des travailleurs habitant aux municipalités Habana Vieja et Centio Habana soumis

à expertise médicale pendant l'année 1975. Les individus retraités en âge de travail ont été enquêtés à la maison. L'étude a montré des différences entre le nombre d'individus soumis à expertise en différentes polycliniques; en outre, elle a été plus fréquente chez des patients ayant des bas salaires, réalisant des travaux lourds et ayant un bas niveau scolaire. L'ostéo-arthrite, les troubles psychiatriques et les maladies chroniques non transmissibles qui ont un soin "dispensarisé" dans la polyclinique de la communauté, ont été les diagnostics les plus fréquents. Quoique la commission médicale soit la responsable de la qualité de l'expertise, il existe d'autres facteurs négatifs qui influent. L'auteur considère l'examen pré-emploi comme la méthode adéquate pour initier le dossier de santé de tout individu aspirant à un travail, et que l'on n'a pas donné toute l'importance que possède la réhabilitation pour l'avenir de l'individu comme travailleur.

PFSrME

Hach(l)af Anaju, A. BnyTpefra®! naTnjioriuí, onpejieJOTnnafl «¿sajías HOCTfc. ripaKTIKa WenHIIHCKOS SKCnepTHOI! ÍOMBCCBB JumHmecKoi - Óojbhhbb **TeHepajr KajruKCTo Tapciur.** Rev **o-b M»d** (supi) 21 1 1982

3 HacTPOTE.I pa3oTe nos'iepKHBAeTCfl, Tro B3aBMO;3eRcTBBE OnoJiora
'WCKBX, 11H3J1K0XHMHM9CKIIX, QCBXIP16CKHX H CÖn;mKKHHX Í0KTOpOB - OKaaHBfifTT

BBKJIHH8 H8 r';.rr>B8Ka B STC

OpOBOiIETCif 8Ha-

jjB3 padoTW K8K .laKTop-- 3 - ÍJTPB98M0CTH, óxBaxHBaniffS onDenejiéH rvti
^acTf, ÓoraTefm'-rb Hcc.iejiyaMorc MaTerwajia, cocTOHnero 03 - parto'íBX.

Hanpapji^HHüx Ha paóo^rn-wer;iiihckvip sKcnePTBsv, koto- pa* npoBOflUTOH
r/i8JiHiXiiHCK0H 3KcnePTH0/ KoMBCCBeñ, b kotocoi* as Top npHHUMaóT
vqacTpie. Ehjib 3 599 acTopafi rjiehek otct
pzHenmix ot pafcoTW paóoHEX, npo^Baniinx b M0HRntina.THTeTax Oía pan Panana b
UeHTpajTBHHH TaEaRa kotoch8 nponuiz MsnaoKHCKyx) 9KcnePTHYD KOMÍ5CC0K) b 1975
ro.HY. JineronM Ha neacnio p paio^ew- Bospacre' poócrhm óuji nroBeáH onpoc Ha
.egmy. IfoyqeHHe noKasa- jio, HíieeTCH pasraúá b Ko.nu'ieCTBax SKcnePTHpoBaHHux b
ojlhoi h jctpvroR no.npiK.'iBHKKax, Fnowe ?rrn *traxi* Hattfo.ace tscth nanaeH- tw c
hh3kc8 3apaiT'inç: ajr8Toñ, T/treaoS naóoTy b hnskoí bkojib- Hotí n0.nroTOBKb.
OcTeonprppT, ncHxa'ieckKoe pacTpoBcrBO n ne3a - pavihue xpoHH'ieckKne
saOo^eBaHM, Tpeóymae üBcnaHcepHHÍ yxoj 3 nrviBKJiPHnKe rw^OHe, 'juí* cs'ihmb
RacTNMH jmarH038MB. HecMOTpn- H8 TO, 'RTO M8fIBüBHCKRH KOf/3COBH 'TB.'l'reTCH
OTBeTCTBsrHOif 3a YA- ^SCTBO 9KcnePTB3H. BMeiOTCft TpyTKe íaKTOPH, KOTOpue

OTDBliaTeJIB HO Ha neé. OT*íeRae-c.?, rto npejrBapBTejrwróí! 3K33M8H b-
KS^fICTBe COOTBPTCTBmeT^P V8TOI8 *TJA* B0J8HBH BCTopHB 3ÍIOP0BM
KaiTioro B3 ortcJiereMur •e^oth, a Taroe peaf'n.ia ranfla jojctoh - nojr^TOTB cneaaaJiBKoe
BHt:whB8 , T^HTinsaJí BaxKOCTB, KOTO^P # 3TH Bonooch b óflymeu rado^eE
neniejhocce paf^oHero.

BIBLIOGRAFIA

1. *Gavilov, N.I. et al.* Metodología para el estudio y disminución de la morbilidad de los trabajadores industriales. Editorial Medicina. Moscú, 1969.
2. *Bustamante, R.C.* Rehabilitación de pacientes cardiovasculares. *Rev Med Seg Soc Perú* 20: 2. Junio, 1971.
3. *Bugatiriev, I.D.* La morbilidad y la atención preventivocurativa de los trabajadores industriales. Moscú, 1962.
4. *Bol Of Sanit PaJiam* 83: 5, 444. Nov. 1977.
5. *Mateos, M.M.J.* Visión panorámica del capítulo de reumatismo. Su prevención y tratamiento en la medicina del trabajo. *Med Seg Trab España* 23: 92, Oct.-Dic., 1975.
6. *Newhouse, M.L.* The prevalence of occupational disease. *Ann Occup Hyg* 19: 3-4, Dic., 1976.
7. *Pell, S.; C.A. D'Alonso.* Diabetes Mellitus in an employed population. *JAMA* 172: 1000, 1960.
8. *Beardwood, J.T.* Industry's role in the employment of the diabetic. *Ubdyst Ned Surg* 19: 271, 1950.
9. *Weaver, N.K.; J.T. Perret.* The diabetic in industry. *Med Bull (Standard Oil, N.J.)* 18: 304, 1958. *Abstracted Ind llyg Dig* 23: 8, Apr., 1959.
10. *Copplestone, J.F.* The employment of diabetics. *Br J Ind Med* 16: 170, 1959.
11. *Friedman G.J.; H. Jarks.* Chairmen: recommendations for determining the employability of job applicants with diabetes mellitus. Report of the Commite on Employment and Insurance of the New York Diabetes Association. *J Occup Med* 7: 20, 1965.
12. *Comitte on employment (ADA).* Analysis of a survey concerning employment of diabetics in some mayor industries. *Diabetes* 6: 550, 1957.
13. *Moore R.H.; R.L. Buschbom.* Work absenteeism in diabetics. *Diabetes* 23: 957, 1974.
14. *Velasen Ra/ni, J.A. y otros.* La Rehabilitación del enfermo con infarto del miocardio. *Med Seg Trab Esp* 22: 85. Enero- marzo, 1974.
15. *Piñón, S.F.* La problemática laboral del diabético. *Rev Med Seg Trab Esp* 23: 91, julio—septiembre, 1975.
16. *Weinerman, t'.R.* Prospectus for Medical care. Twenty First Century. *Conn Med* 31: 7, July, 1967.

1. *II Foro Nacional de Higiene y Epidemiología. Ponencias de Medicina del Trabajo.*
2. *Barbero, A. y otros. Reconocimientos médicos preventivo—laborales. Rev Med Seg Trab 23: 92, oct.—dic., 1975.*
3. *Gortari, M. Orientación de la acción del médico en la fábrica. Rev Med Soc Trab 4: 15—16, sept.—dic., 1954.*
4. *Grimaldi, J.V. The worth of occupational health programs; a new evaluation of periodic physical examinations. J Occup Med 7: 365, 1965.*
5. *Seillan, H. Les effets juridiques de l'avis D'inaptitude por le médecin du travail. Arch Mal Prof 38: 10—11, 895—909, 1977.*
6. *Simonía. Medicina del Trabajo. Tomo 2. II Ed, 1960.*
7. *Winslow, C.E.A. The cost of sickness and the price of health. Monograph series. WHO, Geneva, 1951.*
8. *Fierre, II. Readaptación profesional de los trabajadores con incapacidad física parcial. Rev Med Soc Trab 7: 25—26, marzo—junio, 1957.*
9. *OMS. La rehabilitación en las enfermedades cardiovasculares. Informe de un comité de expertos de la OMS. Serie Informes Técnicos No. 270. Ginebra, 1964.*
10. *Harff, J. Historia de la fisioterapia. Tratado de rehabilitación. Tomo 1, Ed. Labor S.A., 1970.*
11. *Hidalgo de Caviedes. Concepto actual de la rehabilitación. Su estado en España. Tratado de rehabilitación. Tomo I, Ed. Labor S.A.*
12. *Bustamante, R.C. El riesgo de invalidez y su cobertura legal y social. Rev Med Seg Soc Perú 19: 4, dic., 1970.*
13. *Instructivo General del Registro Nacional de Inválidos. Subsecretaría de Asistencia. Dirección General de Rehabilitación. México.*
14. *OIT/OMS. Comité Mixto, 1950.*

Recibido: diciembre 24, 1980.

Aprobado: julio 28, 1981.

Dr. *Alfredo Nasiff Hadad* Hospital Docente "General Calixto García" Universidad y J, Vedado Ciudad de La Habana.