

Discapacidad en Argentina: un estudio sobre la morbilidad (2009 - 2017)

Disability in Argentina: a study on morbidity (2009 - 2017)

Deficiência na Argentina: um estudo sobre morbidade (2009 - 2017)



Marina Ayelen Zanetti¹ (ORCID: 0009-0009-7069-5462)

Contacto

Marina Ayelen Zanetti -Email: mazanetti@gmail.com

Filiaciones

1. Universidad Nacional de Lanús, Lanús, Argentina

Fecha de recepción: 31-03-2026

Fecha de aceptación: 09-06-2026

Citar como

Zanetti MA. *Discapacidad en Argentina: un estudio sobre la morbilidad (2009 - 2017)*. Desde Acá. 2026; 6: p-p. 16-36

Resumen

El presente artículo analiza el perfil de morbilidad de la población con Certificado Único de Discapacidad (CUD) en Argentina entre 2009 y 2017, considerando su relación con determinantes socioeconómicos y de acceso a la salud, por regiones y provincias. Se desarrolló un estudio ecológico basado en fuentes secundarias (Censo 2010, estadísticas de salud y Registro Nacional de Personas con Discapacidad). Los resultados muestran un predominio de enfermedades no transmisibles, así como diferencias regionales asociadas a la estructura demográfica y, en menor medida, a condiciones socioeconómicas. El Noreste (NEA) y Noroeste (NOA) presentan mayor peso de enfermedades transmisibles y peores indicadores socioeconómicos y de salud. Asimismo, se identifica una brecha significativa entre la población con discapacidad y aquella que accede al CUD, lo que plantea limitaciones para la interpretación de los resultados.

Palabras clave: Estudios de la Discapacidad; Personas con Discapacidad; morbilidad; CIE-10; Perfil Epidemiológico; Análisis de Situación de Salud.



Abstract

This article analyzes the morbidity profile of the population with a Disability Certificate (CUD) in Argentina between 2009 and 2017, considering its relationship with socioeconomic determinants and access to health, by region and province. An ecological study was conducted based on secondary sources (2010 Census, health statistics, and the National Registry of Persons with Disabilities). The results show a predominance of non-communicable diseases, as well as regional differences associated with demographic structure and, to a lesser extent, socioeconomic conditions. The Northeast (NEA) and Northwest (NOA) regions have a higher prevalence of communicable diseases and worse socioeconomic and health indicators. Furthermore, a significant gap is identified between the population with disabilities and those who access the CUD, which poses limitations for the interpretation of the results.

Keywords: Disability Studies; People with Disabilities; Morbidity; ICD-10; Health Profile; Diagnosis of Health Situation.

Resumo

Este artigo analisa o perfil de morbidade da população com Certificado Único de Deficiência (CUD) na Argentina entre 2009 e 2017, considerando sua relação com determinantes socioeconômicos e acesso à saúde, por região e província. Foi realizado um estudo ecológico com base em fontes secundárias (Censo de 2010, estatísticas de saúde e Cadastro Nacional de Pessoas com Deficiência). Os resultados mostram uma predominância de doenças não transmissíveis, bem como diferenças regionais associadas à estrutura demográfica e, em menor grau, às condições socioeconômicas. As regiões Nordeste (NEA) e Noroeste (NOA) apresentam maior prevalência de doenças transmissíveis e piores indicadores socioeconômicos e de saúde. Além disso, identifica-se uma lacuna significativa entre a população com deficiência e aqueles que acessam o CUD, o que impõe limitações à interpretação dos resultados.

Palavras-chave: Estudos sobre Deficiência; Pessoas com Deficiência; Morbidade; CID-10; Perfil Epidemiológico; Análise da Situação da Saúde.



Discapacidad en Argentina: un estudio sobre la morbilidad (2009 – 2017)



Marina Ayelen Zanetti

Introducción

En las últimas décadas se ha dado una menor incidencia de enfermedades infecciosas/parasitarias, y un crecimiento de las enfermedades crónico-degenerativas o causas externas, que acompaña al envejecimiento de la población¹(p.1). Esta transición epidemiológica necesariamente impacta en el perfil de morbilidad asociada a las personas con discapacidad (en adelante PcD).

El artículo surge a partir de una tesis de investigación desarrollada en el contexto de la Maestría de Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud del Instituto de Salud colectiva (Isco – Unla) presentada en 2025, en la que se elaboró un perfil de morbilidad para la población con discapacidad en Argentina. Se trató de una primera exploración académica a partir del uso de distintas fuentes secundarias, entre ellas el Registro Nacional de Personas con Discapacidad (RNPcD), constituido a partir del CUD^a.

Este estudio muestra que el perfil de morbilidad de la población con discapacidad presenta una distribución desigual entre regiones y provincias. Logramos encontrar diferencias que responderían a interacciones entre la prevalencia de determinadas condiciones de salud y su evolución en el tiempo, la disponibilidad y accesibilidad de los servicios de salud, así como con las condiciones socioeconómicas de cada región; aunque no fuera posible establecer relaciones causales por las propias características de la investigación.

Según el Informe Mundial sobre la Discapacidad, los mayores niveles de prevalencia de la discapacidad se observan en grupos vulnerables² (p.31). El vínculo discapacidad-po-

a En mayo de 2009, el Ministerio de Salud de la Nación oficializó un nuevo modelo de Certificado Único de Discapacidad (CUD), instituyendo el uso de la CIF como el marco conceptual vigente para definir las normativas de certificación; se instituyen Juntas Evaluadoras interdisciplinarias y se conforma el Registro Nacional de Personas con Discapacidad.



breza es bidireccional: las PcD y sus familias tienen más probabilidades de sufrir dificultades materiales como inseguridad alimentaria, vivienda precaria, y atención médica inadecuada². Asimismo, tienen más posibilidades de vivir en la pobreza comparado con personas sin discapacidad de ingresos equivalentes² (p.11). Por otro lado, la pobreza puede contribuir al desarrollo de condiciones de salud^b asociadas a la discapacidad y puede incrementar las posibilidades de que una condición de salud derive en una limitación, por falta de atención médica y rehabilitación² (p.12).

Por la compleja interacción entre ciertas deficiencias^c de origen físico, factores ambientales y características individuales, la discapacidad requiere una perspectiva integral que contemple los determinantes sociales que influyen en la calidad de vida y evolución de la salud. Para construir los perfiles de morbilidad, tomamos la información disponible en el RNPcD^d.

Este estudio mostró que las condiciones de salud de la población con discapacidad en Argentina presentan diferencias regionales que se vinculan con la estructura demográfica y con condiciones socioeconómicas y de acceso a la salud.

Perspectivas conceptuales

Discapacidad

La CIF (marco teórico detrás del CUD) define a la discapacidad como:

[...] un término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una condición de salud) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales)³.

La discapacidad hoy se comprende desde un modelo universal, como hecho transversal a toda la población. El funcionamiento y discapacidad resultan de una interacción dinámica entre los estados de salud (enfermedades, trastornos, lesiones, traumas) y los factores contextuales (personales y ambientales). “El ‘constructo’ básico de los factores ambientales está constituido por el efecto facilitador o de barrera de las características del mundo físico, social y actitudinal³ (p.9)”.

b Por **condición de salud** entendemos cualquier estado que influye en la salud de una persona, incluyendo enfermedades, trastornos, lesiones y otros factores que afectan el funcionamiento de las personas.

c Por deficiencia nos referimos a la anormalidad o pérdida de una estructura o de una función fisiológica, siguiendo lo definido por la normativa del CUD.

d En la certificación de la discapacidad se consignan hasta seis condiciones de salud para cada persona evaluada, utilizando CIE 10.

Vulnerabilidad

La discapacidad como problema de salud pública necesita un enfoque epidemiológico que contemple la compleja interacción de factores que operan de manera particular en cada persona. Por ello, se adopta el marco de la vulnerabilidad, en consonancia con el enfoque biopsicosocial y el modelo universal de la discapacidad, que entiende que las interacciones entre agente, huésped y medio son recíprocas y “[...] no se limitan a las condiciones de génesis del daño, sino que lo determinan a lo largo de todo el curso del proceso patológico, inclusive en sus desenlaces”⁵ (p.44). Así, un mismo proceso patológico puede o no derivar en limitaciones funcionales según interactúe con el contexto cultural, sociopolítico e intersubjetivo, en línea con la CIF, que reconoce el rol de los factores contextuales en el funcionamiento y la discapacidad.

Desde esta perspectiva, la intervención como parte de la determinación de los procesos de salud, enfermedad, atención y cuidado es también objeto de análisis⁵ (p.44). La distribución y el acceso a servicios y profesionales de salud son clave, ya que pueden evitar limitaciones funcionales. Para el enfoque de vulnerabilidad, el principio de integralidad resulta clave, abarcando prevención, asistencia, rehabilitación e inclusión, en un conjunto dinámico de acciones y recursos ajustados a las necesidades de las personas con discapacidad⁶ (p.29). Donde existe menos acceso al cumplimiento de derechos, se incrementa la vulnerabilidad⁵ (p.49), lo que puede marcar la diferencia entre una evolución favorable y una limitación permanente.

Espacio social y determinación social de la salud

El espacio social es una construcción histórica; no es algo dado ni estático, sino que se transforma continuamente⁷ (p.323). El espacio no puede entenderse separado del tiempo ni de las personas, ni el cuerpo como algo ajeno a ese entramado espacio-temporal: ambos se co-constituyen en procesos históricos y sociales⁸. Así, el concepto epidemiológico de riesgo^e resulta limitado para estudiar este fenómeno, ya que reduce la relación entre eventos a una probabilidad y deja de lado los procesos que vinculan al cuerpo con su entorno⁸. En este marco, cobra relevancia la categoría de determinación social de la salud, central para comprender cómo estas dinámicas configuran los procesos de salud-enfermedad.

“La determinación social va y viene dialécticamente [...]: se reproduce de lo general a lo particular, y se genera de lo particular a lo general”⁹ (p.20). No son inequidades aisladas.

e La epidemiología del riesgo asume la centralidad del discurso epidemiológico entre 1946 y 1965. El riesgo en esta etapa posee un marcado orden especulativo: si se encuentra una relación causal entre determinado factor y determinada ocurrencia, se toma como válida la hipótesis. “El concepto [de riesgo] pasa a designar probabilidades de ser atacado, atribuible a un individuo cualquiera de grupos poblacionales particularizados, delimitados en función de la exposición a agentes (agresores o protectores) de interés técnico o científico”¹¹.

La desigualdad es una de las principales causas de mala salud y, en consecuencia, de discapacidad² (p.4). Ocuparse de los factores ambientales puede reducir la incidencia de las condiciones de salud discapacitantes² (p.9).

La prevención debería ser multidimensional. Prevención primaria que tienda a evitar o eliminar la causa de un problema de salud (a nivel individual o colectivo) antes de que surja; secundaria, que apunte a detectar un problema en etapas tempranas, impidiendo sus efectos a largo plazo; y terciaria, que disminuya el impacto de una enfermedad restaurando la función. Debe incluir la prevención de las barreras discapacitantes; y la prevención y tratamiento de las condiciones de salud subyacentes² (p.9).

Objetivos, hipótesis y metodología

El objetivo de esta investigación fue describir y comparar el perfil de morbilidad de la población con discapacidad con Certificado Único de Discapacidad (CUD) en Argentina entre 2009 y 2017, considerando su distribución por sexo y edad, y su relación con indicadores socioeconómicos y de salud a nivel provincial y regional. Se partió del supuesto de que las condiciones de salud se vinculan con la estructura demográfica, las condiciones socioeconómicas y el acceso a los servicios de salud en cada jurisdicción.

Se desarrolló un estudio cuantitativo, ecológico, agregado, observacional y de corte transversal, basado en fuentes secundarias. La principal fuente de información fue el Registro Nacional de Personas con Discapacidad, construido a partir del CUD. La certificación implica una evaluación interdisciplinaria y utiliza como marco la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) para consignar condiciones de salud y la CIF para evaluar el funcionamiento, incorporando además variables sociodemográficas.

Se complementó el análisis con datos de Indicadores Básicos (DEIS, 2017) y del Censo Nacional 2010, a fin de caracterizar las condiciones demográficas, socioeconómicas y de salud de las regiones y provincias. En una primera etapa, se compararon las estructuras poblacionales del total país y por región (ver Tabla 1 para conocer el agrupamiento regional realizado), la población con dificultad o limitación permanente y la población con CUD. Luego, se analizaron indicadores socioeconómicos, de acceso a servicios de salud y otros determinantes sociales.



Tabla 1. Listado de provincias y regiones^f

Región	Provincia
Región Centro	CABA, Buenos Aires, Córdoba, Entre Ríos, Santa Fe
Región Cuyo	La Rioja, Mendoza, San Juan, San Luis
Región Noroeste	Catamarca, Jujuy, Salta, Santiago del Estero, Tucumán
Región Noreste	Corrientes, Chaco, Formosa, Misiones
Región Patagónica	Chubut, La Pampa, Neuquén, Río Negro, Santa Cruz, Tierra del Fuego

Fuente: elaboración propia en base a DEIS 2017

Para la construcción del perfil de morbilidad, se clasificaron los diagnósticos registrados en el CUD a partir de una adaptación de la lista 6/67 de la Organización Panamericana de la Salud^g, complementada con la lista de tabulación para morbilidad de la CIE-10. Se definieron 19 categorías agrupadas en tres grandes conjuntos: (i) enfermedades transmisibles, maternas, perinatales, metabólicas y nutricionales; (ii) enfermedades no transmisibles; y (iii) lesiones y envenenamientos (ver Tabla 2).

Tabla 2. Agrupamiento de listado de afecciones codificadas con CIE 10. Nivel 1 de agrupamiento.

Descripción	Códigos CIE-10
ENFERMEDADES TRANSMISIBLES, MATERNAS, PERINATALES, METABÓLICAS Y NUTRICIONALES	
Enfermedades transmisibles	A00-B99, G00-G03, J00-J22
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	P00-P96
Trastornos metabólicos	E70 – E90
Otras enfermedades	E00-E07, E15-19, E20 – E35, E40-E64, O00-O99
ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	
Neoplasias (Tumores)	C00-D48
Enfermedades del sistema circulatorio	I00-I99
Diabetes mellitus	E10-E14
Trastornos mentales y del comportamiento	F00-F99

^f Se utiliza el agrupamiento de los Indicadores Básicos de la DEIS.

^g La lista 6/67 fue elaborada por la OPS para tabular mortalidad. Ofrece seis grandes grupos de causas (Enfermedades transmisibles, Neoplasias [tumores], Enfermedades del sistema circulatorio, Ciertas afecciones originadas en el período perinatal, Causas externas y Todas las demás enfermedades) <https://iris.paho.org/server/api/core/bitstreams/6b31bcb7-c010-4e02-9727-2ddbc6f9bda9/content>

Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	G04-G99
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	Q00-Q99
Enfermedades del ojo y sus anexos	H00-H59
Enfermedades del oído	H60-H95
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	L00 - L99
Trastornos de las articulaciones	M00 - M25
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	M30 - M99
Enfermedades del sistema urinario	N00-N39
Enfermedades del sistema digestivo	K00 - K93
Otras enfermedades	D50-D53, D55-D77, D80-D89, E65-E69, J40-J47, J30-J39, J60-J99, N40-N51, N60-N64, N70-N77, N80-N83, N85-N88, N91-N95, N97- N99
LESIONES Y ENVENENAMIENTOS	
Causas externas	V01-Y89
Lesiones y traumatismos	S00 - T98

Fuente: elaboración propia

No se buscó encontrar una “causa básica”, sino analizar todas las condiciones de salud consignadas, dado que la discapacidad no responde necesariamente a una linealidad de eventos.

El análisis se realizó a nivel nacional y se desagregó por tipo de deficiencia, región y provincia, finalizando con una comparación entre los perfiles de morbilidad, la estructura demográfica y los determinantes sociales y de salud considerados.

Resultados

A partir del trabajo, se construyeron perfiles de morbilidad de la población con CUD por región y provincia, identificando condiciones de salud frecuentes. Si bien no se hallaron relaciones contundentes, efectivamente hay un peso de la estructura demográfica y los determinantes sociales en la distribución de los tipos de deficiencia y en las condiciones de salud.

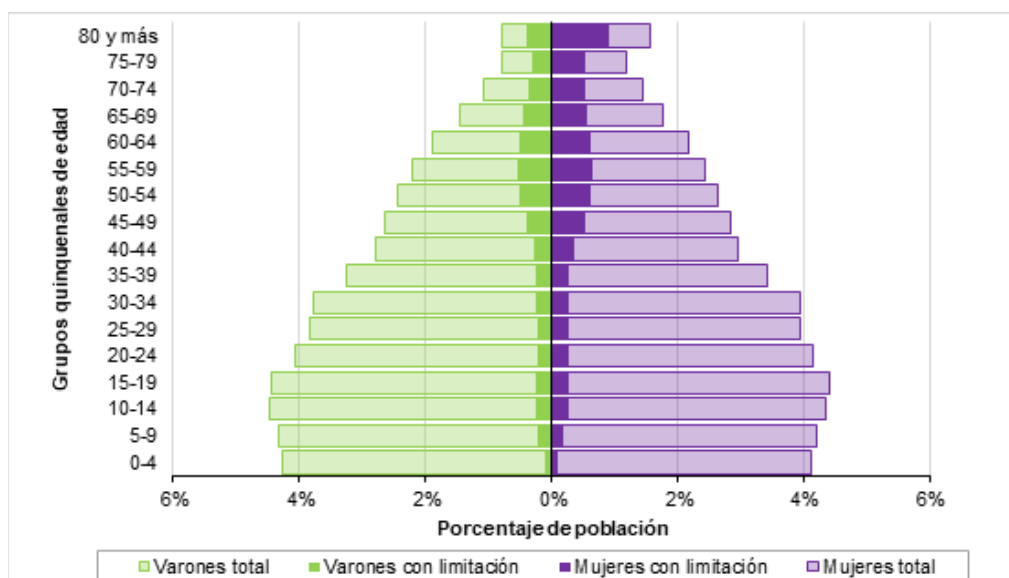
Se confirmó que las enfermedades no transmisibles tienen un peso mucho mayor también en la población con CUD, tal como sucede en la población general. Incluso en regiones con población (total y con CUD) más joven, como el noreste y noroeste. Aun-

que en ambos hay una mayor prevalencia de enfermedades transmisibles, maternas, perinatales, metabólicas y nutricionales que en el resto de las regiones, las enfermedades no transmisibles las superan ampliamente. Asimismo, al interior de este gran grupo, las específicamente transmisibles tienen un peso muy bajo.

Estructuras demográficas

A nivel país, la población total, ha seguido un patrón similar al de los países desarrollados, caracterizándose por una disminución sostenida de la natalidad y la mortalidad, lo que ha llevado a un envejecimiento progresivo de la población. Muestra una estructura poblacional con una proporción creciente de adultos mayores, en la que la proporción de mujeres aumenta a partir de los 50 años, y hay una disminución relativa de la población joven. Por su parte, la población con dificultad o limitación permanente (PDL) muestra una pirámide invertida (fenómeno que se sostendrá en todas las regiones), que se va engrosando a partir de los 45 años. La prevalencia de la dificultad o limitación aumenta sostenidamente acompañando la edad, esperable por la aparición de enfermedades crónicas y limitaciones propias del envejecimiento, y la forma de detección de la limitación o dificultad en el censo, que no permite indagar de forma correcta la discapacidad en los menores.

Figura 1. Distribución porcentual de la población total y población con dificultad o limitación permanente del total país, por sexo y grupos quinquenales de edad. Año 2010

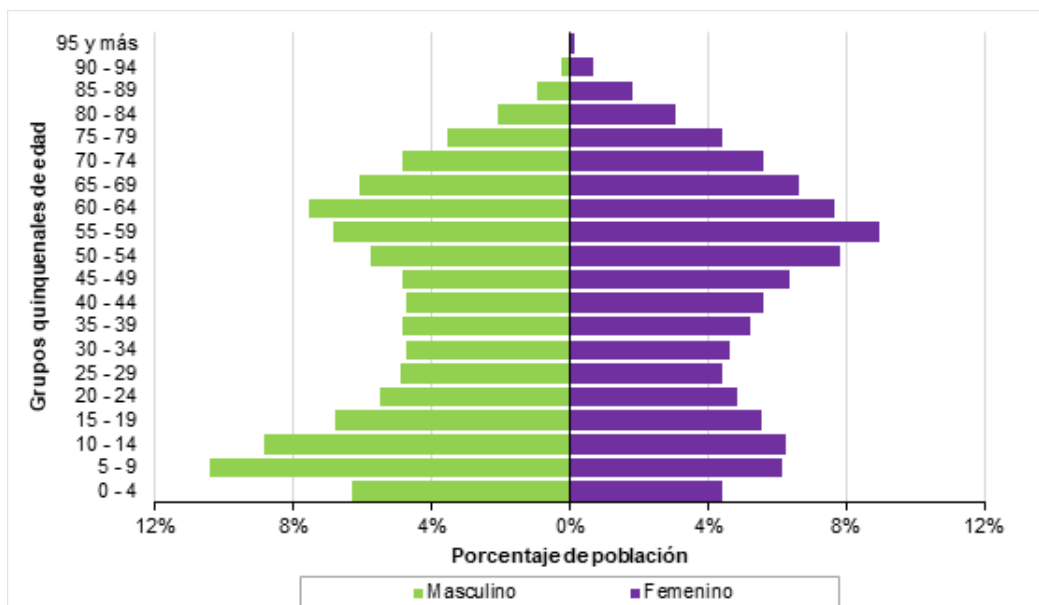


Fuente: elaboración propia en base a CENSO 2010. INDEC.

La población con CUD, por su parte, muestra una distribución por sexo y edad particular, disímil a las anteriores, con dos momentos de alta concentración, en los menores

de 19 años^h y en los mayores de 50, aunque a partir de los 64 comienza a decaer drásticamente en comparación con la PDL, probablemente influenciado por una menor demanda del CUD y no por una menor existencia real de deficiencias en las edades mayores.

Figura 2. Distribución porcentual de la población total del país con certificado único de discapacidad, por sexo y grupos quinquenales de edad. Año 2017



Fuente: elaboración propia en base al RNPCD 2017.

Las regiones han mostrado diferencias en todas las poblaciones analizadas. NOA y NEA presentan poblaciones más jóvenes con alta prevalencia de PDL, mientras que las regiones Centro, Cuyo y Patagonia muestran un envejecimiento progresivo (aunque en la Patagonia con predominio de personas en edad productiva frente a adultos mayores). El Centro tiene una baja prevalencia de PDL (destaca CABA a nivel nacional, a pesar de ser una de las zonas más envejecidas), mientras que Cuyo, muestra un porcentaje más elevado y La Patagonia una prevalencia mayor en todas sus provincias excepto Tierra del Fuego y La Pampa.

En cuanto a la población con CUD, en el Noreste y Noroeste se presenta una base particularmente ensanchada, con predominio marcado respecto a las otras regiones de menores de 19 años (con predominio masculino). Centro y Cuyo son las que tienen población con CUD más envejecida, con una base más estrecha que el resto de las regiones, y en líneas generales, un crecimiento en las edades medias hasta los 65 años.

^h Al indagar la estructura de la población con CUD hemos descubierto un índice de masculinidad extremadamente elevado comparado con la población total.



Indicadores socioeconómicos y de salud

Entre las principales dificultades de acceso a la salud de las PcD destacan los factores económicos, la lejanía de centros urbanos y las barreras para acceder a tratamientos y profesionales. Para contextualizar las regiones según su población total, se utilizaron variables como Necesidades Básicas Insatisfechas, Índice de Desarrollo Humano, empleo y alfabetización, observándose que las provincias del NOA y NEA exhiben los indicadores más desfavorables.

Para caracterizar a la población con CUD, se incorporaron variables del RNPCD (alfabetismo, condiciones de vivienda, hacinamiento, actividad y situación previsional), evidenciando marcadas desigualdades regionales. En términos generales, existe una correspondencia entre la población total y la población con CUD: el NOA y el NEA concentran los indicadores socioeconómicos más desfavorables, lo que también se refleja en los indicadores de salud (esperanza de vida, mortalidad infantil y materna, mortalidad perinatal y años de vida potencialmente perdidos).

La mortalidad infantil resulta un indicador clave, ya que sintetiza factores demográficos, socioeconómicos, culturales, ambientales y de acceso a la salud. Mientras que la mortalidad neonatal se vincula principalmente con condiciones congénitas y la atención sanitaria, la post-neonatal refleja en mayor medida condiciones ambientales y socioeconómicas. Por ello, valores elevados en estos indicadores dan cuenta de situaciones de mayor vulnerabilidad poblacional.

En cuanto al acceso a la salud, los resultados fueron más heterogéneos. Se analizaron variables como urbanización, nacimientos en establecimientos asistenciales, cobertura de vacunas, disponibilidad de profesionales y establecimientos, cobertura de salud y ruralidad. El Centro y la Patagonia presentan más del 90% de población urbana, mientras que el NOA y NEA concentran mayores niveles de ruralidad. La región Centro se destaca por la alta disponibilidad de profesionales (impulsada por CABA), aunque con menor proporción de establecimientos por habitante; en contraste, la Patagonia presenta mejores ratios de establecimientos. En el NOA y NEA hay mayor presencia de establecimientos, pero menor disponibilidad de personal y de servicios con internación. Esto sugiere que las áreas rurales enfrentan mayores barreras de acceso, mientras que las urbanas concentran recursos humanos.

Respecto de la cobertura de salud, el 36,1% de la población total carece de cobertura, frente al 31% entre personas con dificultades. Sin embargo, el NOA y NEA registran los niveles más altos de población sin cobertura. En la población con CUD, la cobertura es mucho mayor: 8 de cada 10 a nivel nacionalⁱ. A nivel regional, las diferencias en la población con CUD son moderadas, aunque persisten disparidades entre provincias.

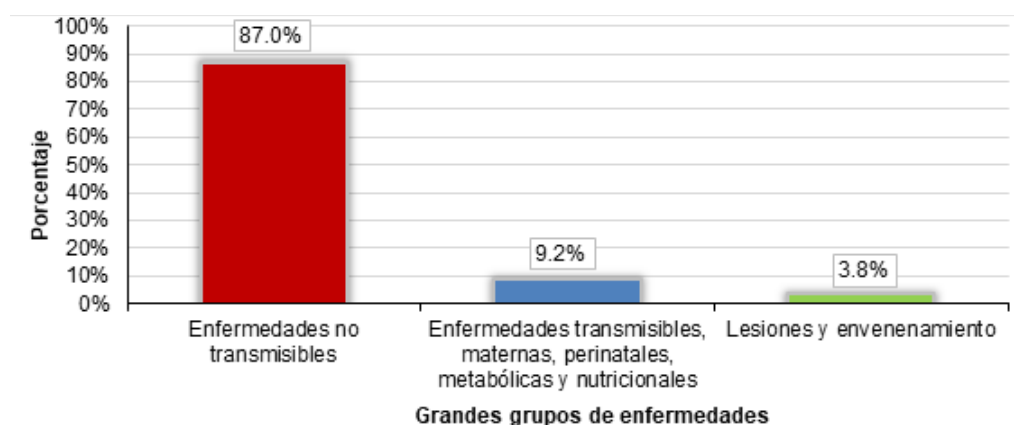
i En la población con CUD, el acceso a cobertura de salud es mayor, por el propio recorrido de su tramitación; que implica una persona inserta en el sistema de salud y que por necesidad de su cobertura muchas veces llega al CUD.

Perfiles de morbilidad y hallazgos

Integramos la información referente a las condiciones de salud de la población con CUD en tres grandes grupos: enfermedades transmisibles, maternas perinatales, metabólicas y nutricionales; enfermedades no transmisibles; y lesiones y envenenamiento; y la analizamos en primer lugar a nivel país, por tipo de deficiencia, y finalmente por región y provincia.

En todo el país, casi 9 de cada 10 condiciones de salud certificadas corresponden a enfermedades no transmisibles; sólo el 9,2% están vinculadas a enfermedades transmisibles, maternas, perinatales, metabólicas y nutricionales (en adelante “enfermedades transmisibles y otras”); mientras que lesiones y envenenamientos sólo representan el 3,8% (Figura 3).

Figura 3. Distribución porcentual de grandes categorías de condiciones de salud de personas con CUD. Año 2017



Fuente: elaboración propia en base a RNPcD, 2017.

Dentro de las no transmisibles el mayor peso lo tienen los trastornos mentales y del comportamiento vinculados a los porcentajes elevados de deficiencia mental / intelectual de la población con CUD (que representan el 32,9% a nivel país – ver Figura 7); seguido por las enfermedades del sistema nervioso; trastornos de las articulaciones, enfermedades del ojo y anexos, enfermedades del oído, del sistema circulatorio y del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo son las más frecuentes (Figura 4).

Figura 4. Distribución porcentual para el total país de condiciones de salud de Enfermedades no transmisibles de la población con CUD, por agrupamiento de segundo nivel de condiciones de salud.

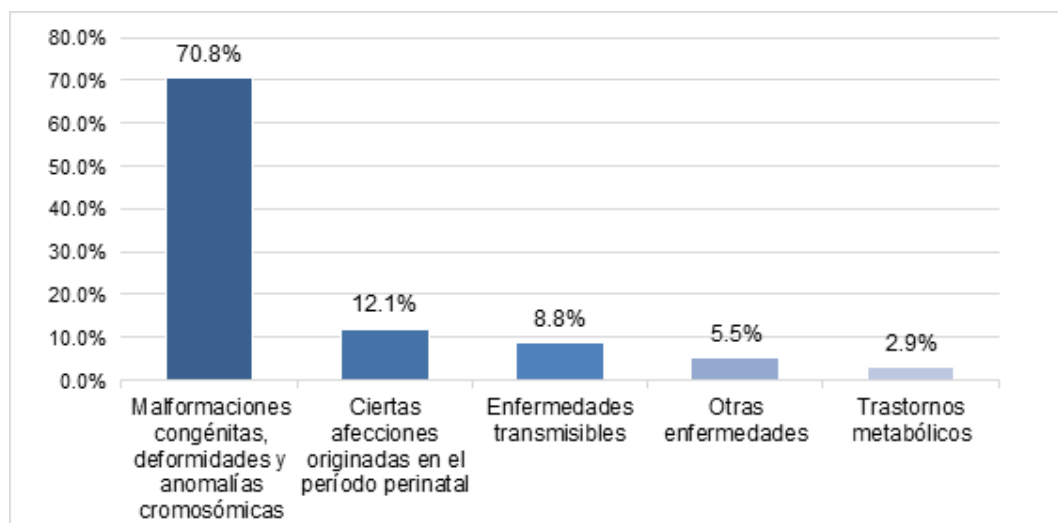
Año 2017



Fuente: elaboración propia en base a RNPcD, 2017.

Al interior de las enfermedades transmisibles y otras, destacan ampliamente las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas frente al resto de las condiciones. De hecho, las enfermedades transmisibles sólo representan 8,8% (Figura 5).

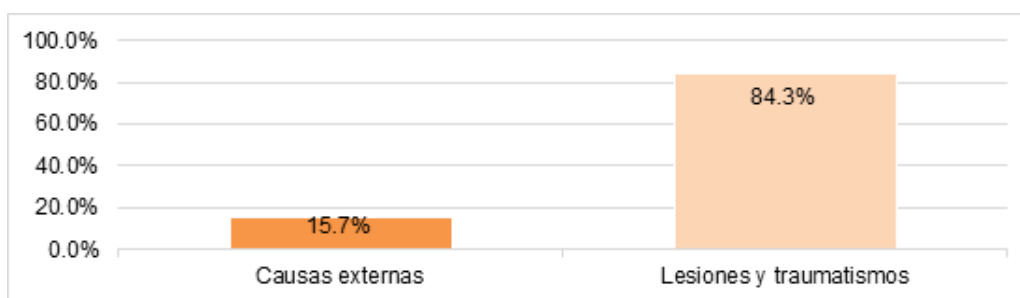
Figura 5. Distribución porcentual para el total país de condiciones de salud de enfermedades transmisibles, maternas, perinatales, metabólicas y nutricionales de la población con CUD, por agrupamiento de segundo nivel de condiciones de salud. Año 2017



Fuente: elaboración propia en base a RNPcD, 2017.

Por último, las lesiones y envenenamientos (Figura 6) se dividen en dos grandes grupos: 8 de cada 10 son lesiones y traumatismos y sólo un 15% causas externas.

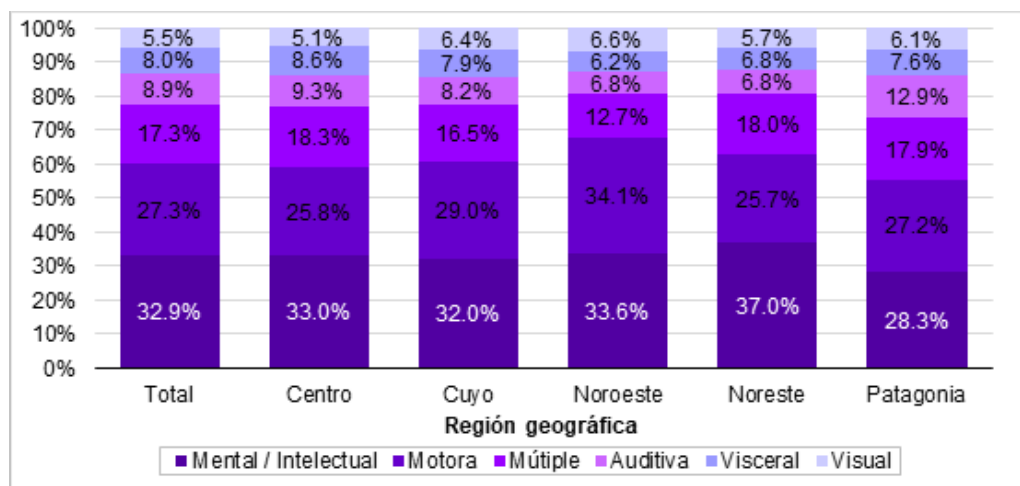
Figura 6. Distribución porcentual para el total país de condiciones de salud de Lesiones y envenenamiento de la población con CUD, por agrupamiento de segundo nivel de condiciones de salud. Año 2017



Fuente: elaboración propia en base a RNPcD, 2017

En relación a los tipos de deficiencia, predominan ampliamente las de origen mental o intelectual y motora. En tercer lugar, se encuentra la deficiencia múltiple, que incluye a quienes han sido certificados con dos o más deficiencias; mientras que las otras tienen una prevalencia considerablemente menor (Figura 7).

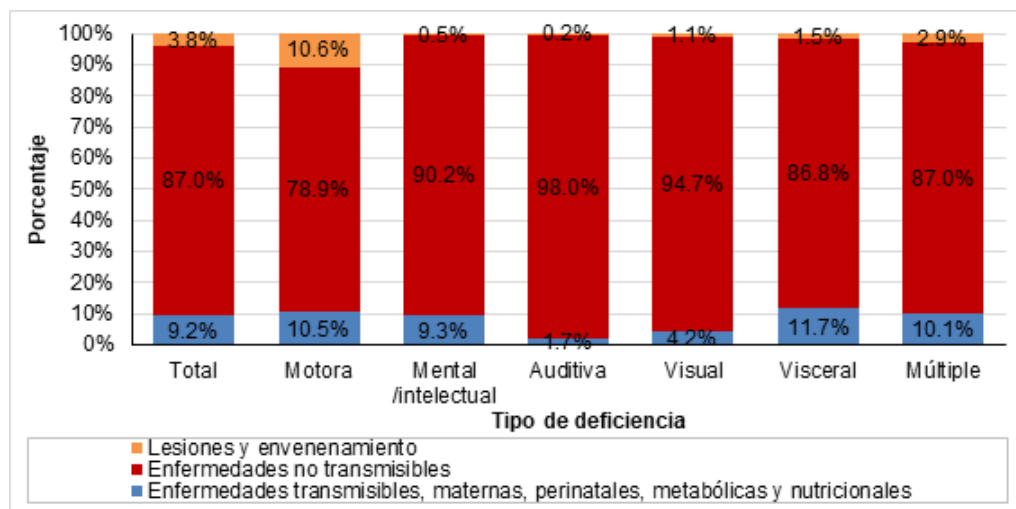
Figura 7. Distribución porcentual de población con CUD según tipo de deficiencia certificada, por región y total país. Año 2017



Fuente: elaboración propia en base al RNPcD 2017.

El peso relativo de los grandes grupos de condiciones de salud en los tipos de deficiencia es diferente: las transmisibles y afines muestran un mayor peso proporcional en la deficiencia visceral y ostensiblemente menor en la auditiva y visual. Por su parte, las enfermedades no transmisibles, tienen un marcado peso en estos dos tipos de deficiencia y en la mental / intelectual. Finalmente, las lesiones y envenenamiento tienen un peso muy bajo en todos los tipos de deficiencia, excepto en la motora, que representa más del 10%.

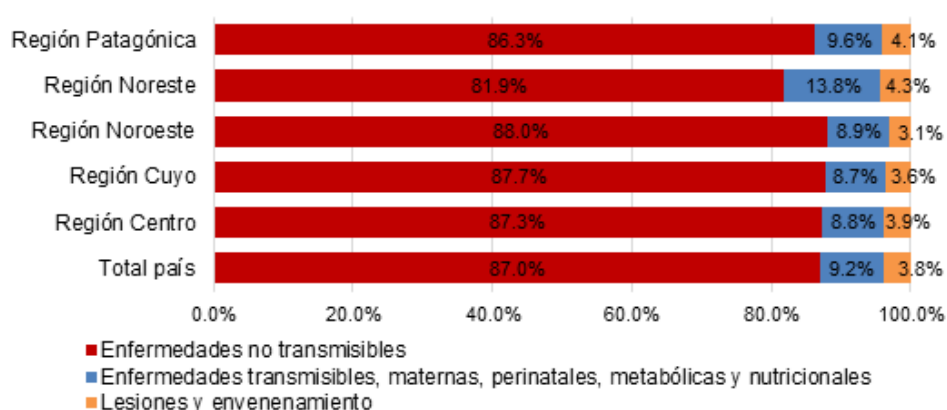
Figura 8. Distribución porcentual de grandes categorías de condiciones de salud de personas con CUD, según tipo de deficiencia certificada. Año 2017



Fuente: elaboración propia en base a RNPcD, 2017.

Entre las regiones (Figura 9), los grandes grupos de condiciones de salud presentan diferencias relevantes. Las enfermedades no transmisibles mantienen un peso relativamente homogéneo, con valores levemente superiores en el NOA y Cuyo. En contraste, el NEA se distingue por una menor proporción de enfermedades no transmisibles y una mayor presencia de enfermedades transmisibles, maternas, perinatales, metabólicas y nutricionales, así como de lesiones y envenenamientos. Este último grupo también muestra valores elevados en la Patagonia.

Figura 9. Distribución porcentual de grandes categorías de condiciones de salud de personas con CUD, según tipo de deficiencia certificada. Año 2017



Fuente: elaboración propia en base a RNPcD, 2017.

Al analizar el interior de las regiones, emergen heterogeneidades significativas. En la región Centro, CABA presenta el menor porcentaje de enfermedades transmisibles y afines, pero el mayor de lesiones y envenenamientos, mientras que Córdoba y Entre Ríos superan el promedio nacional en enfermedades transmisibles. En Cuyo, la distribución es similar al promedio del país, sin grandes diferencias internas. El NOA, aunque en conjunto se asemeja al total nacional, presenta disparidades: todas sus provincias, excepto Salta^j, exhiben valores elevados de enfermedades transmisibles y afines, por lo cual, exceptuando esta provincia, la región tiene un perfil similar al NEA.

Por su parte, el NEA muestra una mayor homogeneidad interna, con todas sus provincias por encima del promedio nacional en enfermedades transmisibles y afines, destacándose Chaco y Misiones, donde también son elevadas las lesiones y envenenamientos. Finalmente, la Patagonia presenta valores regionales cercanos al promedio nacional, pero con provincias que, en su mayoría (excepto Neuquén), superan dicho promedio en enfermedades transmisibles y afines, y registran además altos porcentajes de lesiones y envenenamientos.

En conjunto, estos resultados evidencian un patrón regional diferenciado: mientras algunas regiones mantienen perfiles más cercanos al promedio nacional, el NEA y, el NOA (excepto Salta) concentran mayores cargas de enfermedades transmisibles y condiciones asociadas a contextos de mayor vulnerabilidad socioeconómica, lo que refuerza la relación entre perfil epidemiológico y desigualdades estructurales.

Breve análisis de perfiles de morbilidad regionales e indicadores socioeconómicos y de salud

NOA^k y NEA presentan a nivel general indicadores socioeconómicos, de salud y de acceso desfavorables en comparación con el resto de las regiones, así como poblaciones más jóvenes en comparación con el resto del país. En estas regiones hay una mayor aparición de enfermedades transmisibles, maternas, perinatales, metabólicas y nutricionales. Asimismo, ambas regiones presentan un porcentaje mucho más bajo respecto del total país de enfermedades no transmisibles.

Respecto al NEA, se presenta un punto relevante para traer a la discusión y pensar posibilidades que ayuden a explicar o contextualizar esta diferencia del noreste respecto del resto de las regiones. Por un lado, la región presenta dentro de este grupo un elevado peso de afecciones del período perinatal, afecciones que se encuentran fuertemente vin-

j El caso de Salta constituye una excepción, creemos que influenciada en gran medida por la estructura demográfica de la población con CUD, que representa una población envejecida con una gran proporción de mayores de 66 años y, en los que probablemente prevalezcan condiciones vinculadas a enfermedades crónicas y degenerativas.

k Excepto Salta. De ahora en adelante cuando mencionemos al NOA estaremos exceptuando el caso particular de esta provincia.

culadas con el acceso a la salud y la atención recibida durante el embarazo y nacimiento. A nivel regional, tanto la disponibilidad de personal de salud como de establecimientos es baja, y además hay un porcentaje mayor de nacimientos que no suceden en establecimientos de salud. Asimismo, este dato podría constituir la otra cara de las tasas de mortalidad perinatal y posneonatal: aquellos nacimientos con problemas de salud originados en este período que no terminan con la muerte, es posible que presenten alteraciones en el funcionamiento y una deficiencia.

Por su parte, en el NOA, si bien no es alto el porcentaje de afecciones perinatales, sí hay un elevado porcentaje de malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, el más elevado del país, con altos porcentajes de malformaciones del sistema nervioso y fisura alveolopalatina, que podrían estar vinculados con un déficit en la atención en el embarazo.

Asimismo, ambas regiones presentan mayores porcentajes de enfermedades transmisibles por vectores, inmunoprevenibles y tuberculosis lo que indica una situación de salud de mayor precariedad.

Por último, a NOA y NEA pertenecen las provincias que tienen los porcentajes más altos de causas externas, con predominancia de accidentes de transporte terrestre y disparos de armas de fuego.

En relación al supuesto con el que comenzamos la investigación, creemos que se comprueba parcialmente, al menos al nivel de los grandes grupos de condiciones de salud. Son las regiones que presentan a nivel global los indicadores más desfavorables tanto al nivel de su población total como en la población con CUD, y a su vez, presentan las estructuras demográficas menos envejecidas en promedio (tanto en la población total como en la población con CUD) las que presentan en proporción mayores porcentajes de enfermedades transmisibles, perinatales, metabólicas y nutricionales.

Si bien estas tendencias se observan en los grandes grupos de condiciones de salud, no se replican con claridad en niveles más desagregados. Los hallazgos identifican problemas relevantes que requieren atención, pero responden a una combinación compleja de factores socioeconómicos y sanitarios que demandan análisis más profundos. Esto sugiere posibles fallas del sistema de salud en distintos niveles de prevención, que exigen abordajes diferenciados. En este sentido, no es posible plantear acciones lineales, aunque estos resultados pueden servir como puntos de partida para futuras intervenciones.

Para algunas provincias encontramos posibles vinculaciones entre indicadores socioeconómicos y algunos resultados de salud; pero en otras, valores similares no producen los mismos resultados en términos de discapacidad. Por ejemplo, en relación a las enfermedades inmunoprevenibles, si bien en buena parte de las provincias que tienen baja cobertura de vacunas tenemos un porcentaje relativamente más elevado de enfermedades inmunoprevenibles que afectan a la población con CUD, hay otras en las que esta



regla no se aplica. Es por esto mismo que sólo pueden abrirse camino nuevas hipótesis en torno al vínculo entre los perfiles de morbilidad y los indicadores analizados, y plantear algunas nuevas preguntas de investigación.

La cantidad de establecimientos de salud disponibles no pareciera ser un indicador muy relevante que impacte en el perfil de morbilidad, en cambio sí podría tener una mayor incidencia en los resultados de salud la disponibilidad de profesionales.

La cobertura de salud también podría ser un indicador a explorar en futuras investigaciones, en general en las regiones y provincias con una mayor cobertura de salud de la población certificada, hemos encontrado menor aparición de enfermedades o trastornos prevenibles.

Otro dato llamativo, es que, en líneas generales, las provincias con mayor porcentaje de enfermedades transmisibles por vectores son las que presentan porcentajes más elevados de deficiencia visceral.

Es importante mencionar las limitaciones con las que nos hemos encontrado a lo largo de este trabajo para encontrar patrones comunes entre las variables propuestas. Una de las limitaciones posibles puede vincularse a las características propias de la población con discapacidad con la que hemos trabajado. Es importante destacar que la población con discapacidad que nosotros hemos analizado no pertenece al conjunto más vulnerable en términos socioeconómicos, dado que el acceso al CUD implica un recorrido por un sistema de salud y un conocimiento que muchas veces no llega a los sectores más vulnerables, que ni siquiera acceden a esta certificación. La población con CUD en una gran proporción posee acceso a una obra social o prepaga, o plan estatal, a través de las cuales toma conocimiento de este instrumento. De todas maneras, también es necesario destacar que incluso contando con cobertura de salud prepaga se dan situaciones que demoran el acceso a la asistencia que requiere la persona con discapacidad.

Y ahí aparece la necesidad de resaltar esta brecha entre la gente identificada con discapacidad por estudios poblacionales que barren el total de la población y las personas que efectivamente tramitan el CUD. Según el Estudio Nacional sobre el Perfil de las Personas con Discapacidad realizado por el INDEC en 2018, de las personas que fueron identificadas con discapacidad, solamente un 33,4% posee CUD vigente.

Creemos que hemos realizado un valioso aporte en términos de definir un perfil de morbilidad detallado para cada una de las regiones y del país, y se han producido hallazgos relevantes, que, por las limitaciones propias de un artículo de estas características, no hemos podido profundizar. Para ello, invitamos a leer la tesis de forma completa. Esperamos que sea un puntapié inicial para futuras construcciones del conocimiento.

Un posible abordaje más adecuado, por las características del fenómeno en estudio, podría ser trabajar con trayectorias de salud de grupos de sujetos certificados con disca-

pacidad, armando cohortes vinculadas por ejemplo, a determinados tipos de deficiencia condiciones de salud, ya que no en todas las personas interviene el sistema de salud en el mismo momento ni de la misma manera; y si bien el fenómeno está ligado a factores estructurales como la pobreza, problemas en la educación y acceso a la salud, es difícil establecer correlaciones que se apliquen a toda la población, por su diversidad funcional.

Podrían también realizarse a futuro estudios longitudinales que permitan analizar la evolución de la morbilidad en esta población y el impacto de las intervenciones implementadas.

Asimismo, por la complejidad del fenómeno, serían deseables investigaciones que trabajen sobre los determinantes sociales en grupos pequeños de personas con discapacidad o que evalúen la efectividad de los programas públicos y políticas de salud vigentes en la actualidad, en pos de mejorar la calidad de vida de esta población.

Consideraciones finales

Desde una perspectiva teórica, el estudio contribuye a la comprensión del perfil epidemiológico de la población con discapacidad, proporcionando datos actualizados sobre sus principales condiciones de salud y las barreras que enfrentan.

Como idea central, concluimos que el perfil de morbilidad está fuertemente mediado por la estructura demográfica y reproduce desigualdades regionales. Creemos que, si bien no hemos encontrado resultados concluyentes, la propia elaboración de este perfil y el hallazgo de los diferenciales en relación a la distribución de las condiciones de salud por región y por provincia, revisten de un marcado interés para poder explorar a futuro asociaciones entre variables.

En la práctica, estos hallazgos pueden orientar el diseño y la implementación de estrategias más efectivas en políticas públicas y programas de salud. Específicamente, se destaca la necesidad de fortalecer la atención primaria en regiones con menor cobertura sanitaria y mejorar la capacitación del personal de salud en la atención de personas con discapacidad.

Resulta necesario diseñar programas específicos para mejorar el acceso a la salud de la población con discapacidad, considerando sus necesidades particulares e implementar estrategias para reducir desigualdades regionales, incluyendo la ampliación de infraestructura y recursos en zonas con menor acceso a servicios sanitarios. Asimismo, consideramos necesario y deseable la capacitación de profesionales de la salud que promuevan una atención más inclusiva y adecuada, pudiendo acompañar longitudinalmente la trayectoria de las PcD a través del sistema de salud.





Bibliografía:

1. Curto S, Verhasselt Y, Boffi R. *La transición epidemiológica en la Argentina*. [Internet]. GÆA Sociedad Argentina de Estudios Geográficos; 2001 [citado 13 mar 2026]. Disponible en: https://sphemoterapia.wordpress.com/wp-content/uploads/2016/08/transicic3b3n-epidemiolc3b3gica-en-argentina_curto-2001.pdf
2. Organización Mundial de la Salud. *Informe mundial sobre la Discapacidad*. [Internet] Malta: OMS; 2011^a [citado 10 mar 2026]. Disponible en: www.who.int/iris/bitstream/10665/75356/1/9789240688230_spa.pdf
3. Servicio Nacional de Rehabilitación. *Anuario Estadístico Nacional sobre Discapacidad 2013* [Internet]. CABA; SNR, 2013. [citado 13 mar 2026]. Disponible en: <http://www.argentina.gob.ar/andis/anuarios-estadisticos-nacionales>
4. Organización Mundial de la Salud. *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)*. OMS; 2001.
5. Ayres JR, Paiva V, França I. De la historia natural de la enfermedad a la vulnerabilidad. Conceptos y prácticas en transformación en la salud pública contemporánea. En: Paiva et al. *Prevención, promoción y cuidado: enfoques de vulnerabilidad y derechos humanos* [Internet]. Temperley: Alejandro José Capriati; 2018b [citado 14 feb 2026]. Disponible en: <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/160906>
6. Ayres JR, Paiva V, Cássia M. Derechos humanos y vulnerabilidad en la prevención y promoción de la salud. En: Paiva et al. *Prevención, promoción y cuidado: enfoques de vulnerabilidad y derechos humanos* [Internet]. Temperley: Alejandro José Capriati; 2018 [citado 20 feb 2026]. Disponible en: <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/160906>
7. Alazraqui M, Mota E, Spinelli H. *El abordaje epidemiológico de las desigualdades en salud a nivel local*. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2007 [citado 5 mar 2026]; 23(2):321-330. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csp/a/n7tcpdK3kztVWDYg-GY8sB3m/?lang=es>
8. Czeresnia D y Ribeiro A M. *O conceito de espaço em epidemiologia: uma interpretação histórica e epistemológica*. *Saúde Pública* [Internet]. 2000 [citado 20 mar 2026] 16(3):595-617. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csp/a/nWtDN3D3rTd87bHn-wX55fSK/abstract/?lang=pt>
9. Breilh J. *La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva)*. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* [Internet]. 2013 [citado 10 mar 2026]; 31(1): 13-27. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2013000400002

10. DEIS. *Indicadores básicos Argentina 2017* [Internet] Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2018 [citado 10 mar 2026]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/indicadoresbasicos2017.pdf>
11. Ayres JRCM. *Acerca del riesgo: para comprender la epidemiología*. Buenos Aires: Lugar; 2005. 341 p. (Salud colectiva). ISBN 950-892-215-X.

