

ASOCIACION ESPAÑOLA DE  
ENFERMERIA DEL TRABAJO Y SALUD LABORAL

El elevado camino hacia  
la Especialidad



# ELIN MEDICA, S.L.

## ELECTRONICA E INFORMATICA MEDICA

# SI HABLAMOS DE PREVENCIÓN HABLE CON ELIN MEDICA

### SERVICIO DE PREVENCIÓN

En la relación de equipos nos basamos en, " los criterios técnicos para la acreditación y autorización de los servicios de prevención " publicados en el B.O. de Navarra nº 50, pero consensuado entre todas las autonomías.

### VIGILANCIA DE LA SALUD

Programa informático MEDTRA (Medicina del Trabajo), gestiona todas las actividades relativas a la salud del trabajador, recibe la información de los equipos médicos (audiómetro, espirómetro, c.visión) y los incorpora directamente a la historia del trabajador.

Equipos de reconocimiento: Ekg, Espirómetros, Control visión, Audiómetros y Cabina, envían la información al MEDTRA.

Instrumental y pequeño aparataje (báscula, oto-oftalmoscópio, fonendo...).

### SEGURIDAD E HIGIENE Y ERGONOMIA

Programa informático: SEHTRA (Seguridad e Higiene trabajo). Comparte los ficheros de los riesgos en el puesto de trabajo, accidentes, altas - bajas con el MEDTRA; gestiona la seguridad, la higiene y la ergonomía.

Equipos de medición, los exigidos en el B.O. de Navarra.

### OTROS EQUIPOS DE INTERES

- Rehabilitación : mecano, hidro, electroterapia
- RX y ecografías.
- Desfibrilador : 2kg peso

Avda. San Adrian, 40 lonja  
Tfno: 94 422 34 76  
Fax : 94 444 72 02  
48003 BILBAO

Avda. Reina Victoria, 68 1º  
Tfno : 91 534 21 61  
Fax : 91 534 40 19  
28003 MADRID

E-mail: elinmedica @ euskalnet.net

No vamos a reproducir de nuevo toda la secuencia de cómo conseguimos crear el estado de opinión para que nuestra especialidad de Enfermería del Trabajo haya llegado al punto en el que actualmente se encuentra.

¿Pero en qué situación nos encontramos? Nosotros nos quedamos habiendo entregado el trabajo que se nos habían solicitado en enero del 2002. Después de un azaroso proceso en el cual el grupo de expertos designado por el Comité Asesor de Especialidades de Enfermería desempeñó su misión como pudo, teniendo en cuenta que del citado grupo de expertos sólo trabajaron tres de sus seis integrantes. Que el programa informático corporativo que se nos facilitó no funcionó y que no tuvimos ocasión de desarrollar un verdadero trabajo de grupo.

El resultado a nosotros al menos no nos satisfizo, era excesivamente teórico y académico como para que se pareciese a la realidad del día a día, de un trabajo en el cual cada vez somos menos especialistas y más mestos y esto es por una única razón: la económica.

Diez meses más tarde tuvimos ocasión de conocer un proyecto de Real Decreto al que hasta ahora hemos silenciado. Lo conocemos en su integridad, sabemos de su procedencia y en el no podemos por menos que elogiar el intento de desbloquear el problema de la temporalidad en el acceso a las futuras especialidades que se ha planteaba en la Disposición Transitoria primera del R.D. 992/1987.

Al igual que este proyecto daba una solución lógica a éste problema marcando los períodos de ejercicio profesional previos a la fecha actual sin retrotraernos al año 1987. En cuanto al posible número de áreas de capacitación de alguna especialidad se les daba una solución "política" para contentar a anteriores especialistas y a otros grupos de profesionales con un ejercicio muy específico, con lo cual el crear súper especialidades con hasta doce o trece áreas de capacitación en un segundo año, después de un primer año común, ha provocado problemas insoslayables con las Comunidades Autónomas e incluso con la Administración central.

Si además tenemos en cuenta en que en el citado anteproyecto desaparecía la adscripción de la Unidades Docentes a las Escuelas Universitarias de Enfermería, con lo cual aparecía una peligrosa posibilidad "neo liberal" de proliferación de Unidades Docentes huérfanas en busca de un padre generoso aunque no dadivoso.

El colofón fue la posibilidad que se perfilaba de unos posibles cursos y pruebas de convalidación de las formaciones anteriores para obtener el ansiado



Diploma de Especialista.

A nosotros no nos gustó y por ello decidimos no hacerlo publico para pedir la opinión de los profesionales como hemos hecho con otros muchos documentos que han llegado a nuestras manos.

Por suerte al nuevo equipo que ha entrado en la Subdirección de Ordenación Profesional tampoco le gustó el proyecto y en estos momentos nos consta que se está trabajando en la modificación del Real Decreto 1992/1987, si bien están siendo sumamente cautelosos.

Recientemente en el acto de la firma de la materialización del proyecto NIPE que tuvo lugar en el Ministerio de Sanidad y Consumo por parte de la Excm. Sra. Ministra Ana Pastor y el Excmo. Sr. Presidente de la Organización Colegial de Enfermería Don Máximo González Jurado el pasado 18 de marzo. Una vez finalizado éste y tal como dijo la misma y fuera del discurso oficial el Ministerio de Sanidad y Consumo iba a poner todas las medidas para salvar los obstáculos y sacar adelante el Real Decreto de Especialidades de Enfermería.

Como finalización comentamos que ya está disponible la versión 4ª del Libro Blanco sobre la Vigilancia de la Salud en el cual para nuestra sorpresa somos el único colectivo que ha hecho una defensa clara de la necesidad de la independencia profesional de los que hacemos la vigilancia de la Salud de los Trabajadores. Así como de la necesidad ineludible de reconocernos como el grupo de profesionales sanitarios mejor capacitados para realizar las Auditorias de las Unidades Básicas Sanitarias de los Servicios de Prevención.

Desde aquí queremos sumarnos al grito de la opinión pública de este país que en todos los foros imaginables está diciendo NO A LA GUERRA.

EDITA: ASOCIACIÓN ESPAÑOLA  
DE ENFERMERÍA DEL  
TRABAJO Y SALUD LABORAL

**CONSEJO DE DIRECCIÓN:**

Fernando Morato Ortiz,  
Esperanza Alonso Jimenez,  
José Manuel Corbelle Alvarez

**CONSEJO DE REDACCIÓN**

**Comité Científico:** José Manuel  
Corbelle Alvarez, Angel Mari  
Moya Maganto, Isabel Hernández  
Maestre, Alfredo de Andrés  
Ramos

**Consejo Editorial:** Bernardino

Rivero Guinaldo (Valladolid),  
Teresa Belmonte García  
(Almería), Cristina Godino  
González (Madrid), Felisa Alcalde  
Figueroa (Córdoba), Teresa  
Gené Escoda (Tarragona), Sara  
Alonso Blasco (Madrid), Félix  
Fernández Salvador (Madrid),  
Javier González Caballero (Bilbao),  
Ramón González de la Lastra  
(Madrid), Pere Torres i Costa  
(Barcelona), Josune Martín Izaula  
(Vitoria), Araceli Santos Posada  
(Madrid), Lina Sustatxa Ortega  
(Bilbao), Cándida Pérez González  
(Orense), Gabriel Aguilera  
Manrique (Almería)

**DISEÑO Y PREIMPRESIÓN**

Félix Fernández Salvador  
José Manuel Corbelle Álvarez

**REDACCIÓN Y PUBLICIDAD**

Plaza Mariano de Cavia 4, 28007  
Madrid. [www.fut.es/~aet](http://www.fut.es/~aet)  
E-mail: [aet@tinet.org](mailto:aet@tinet.org)  
Tfno 629-91-12-41

**IMPRIME**

SSGL S.L. Lenguas, 14.28021.  
Madrid  
Depósito legal M-40117-1999.  
ISSN 1575-8656  
*El Termómetro (Madrid)*  
Tirada 2.000 ejemplares.

No se autoriza la reproducción  
total o parcial,  
sin citar su procedencia.  
Los editores no se responsabilizan  
ni comparten  
necesariamente las opiniones de  
sus colaboradores.

REVISTA DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA  
DE ENFERMERÍA DEL TRABAJO Y SALUD LABORAL  
Vol.2 N°3. Abril 2003.



Asociación Nacional. AET: Presidente: Fernando Morato Ortiz. Plaza  
Mariano de Cavia, 4. 28007. Madrid. 629.911.241  
Asociación Asturiana. AAET: Presidente: Esperanza Alonso Jimenez.  
C/ Santa Susana, 41. ppal ext. izq. 33004. Oviedo. 679.996.451  
Asociación Catalana. ACIT: Presidente: Jordi Ferrer Soto. C/ Rossello,  
229. 4ª 1ª A. 08008. Barcelona. 93.217.75.73.  
Delegación Córdoba. Presidente Felisa Alcalde. 679.159.535  
Delegación Jaén. Presidente Juan de Dios Cózar. 953.569.161

# CONTAGIO POR VIRUS DE LA HEPATITIS C EN UNA POBLACIÓN DE TÓXICODEPENDIENTES: Algunos aspectos de salud laboral.

Título original:  
INFECÇÃO PELO VÍRUS DA HEPATITE C NUMA POPULAÇÃO DE TOXICODEPENDENTES;  
Alguns aspectos de saúde ocupacional  
(Traducción de José M. Corbelle)

AUTOR:  
Fernando J. R. Teixeira

## RESUMEN

Estudio trasversal dirigido a toxicodependientes con los objetivos de reconocer la interacción que existe entre el VHC (virus de la hepatitis C) y la toxicodependencia y por otro saber si los toxicodependientes portadores de VHC tienen limitaciones desde el punto de vista laboral.

La recogida de datos de los pacientes se realizó en tres centros de atención primaria en Oporto. Una vez recogida y estudiada la información concluimos que existe una relación directa entre VHC y toxicodependencia, más acusada entre varones. La edad y nivel cultural influye en la toxicodependencia y contagio por VHC. La actividad laboral de duración reducida se distribuye por los sectores secundario y terciario. Teniendo en cuenta las limitaciones que comporta este estudio podemos afirmar que no existen limitaciones desde el punto de vista laboral con los toxicodependientes contagiados por VHC.

## ABSTRACT

This transversal study towards drug addicts has as goals to be ware of the interaction that exists between HCV and drug addicts; to know if drug addicts with HCV (hepatitis C virus) have some of handicap from the occupational point of view.

Data was collected according what was stated in the clients file in three different attendance centres in Porto area. After collecting and analysing data we achieved to the conclusion that there is a significant relation between HCV and drug addiction, namely in the male sex. On the other at any year of age and education background is possible for becoming a drug addict and acquire HCV. Work activity of short duration covers the secondary and tertiary sectors. Considering the limitations of this study in itself we can state that there are no handicaps from the occupational health point among drug addicts with HCV.

## INTRODUCCION

La importancia que el fenómeno del consumo de drogas tiene en el momento actual constituye una de las mayores preocupaciones de organismos internacionales, gobiernos y de la sociedad en general. La repercusión en los aspectos personales, familiares, laborales y sociales es reconocida por todos.

En septiembre de 1995 el Ministro de Administración Interna (de Portugal), afirmaba en conferencia de prensa, que el 90% de la delincuencia se asociaba directa ó indirectamente a las Tóxicodependencias. Entre los factores que explican los niveles de consumo de drogas entre los trabajadores, según estudios sociológicos<sup>1</sup>, destacan por un lado las características del ambiente laboral y de la organización de los procesos productivos (stress, jornadas prolongadas, condiciones medioambientales adversas, inestabilidad y/o conflictividad laboral) y por otro lado la mayor disponibilidad económica resultante de la actividad laboral. Parecen ser razones de imagen empresarial o de clase social, las fuerzas que interactúan en el ambiente laboral. La consecuente ignorancia de esta realidad en la población laboral, ocasiona la exposición a factores de riesgo, como son muchas de las actuales condiciones de trabajo que pudieran inducir a este tipo de consumo.

Investigaciones realizadas por la OIT<sup>5</sup> revelan que el hecho del consumo de drogas en el medio laboral conduce a una mayor tasa de absentismo, mayor siniestralidad, menor rendimiento, mayor rotación de personal, menor capacidad física y psíquica del trabajador y una relación interpersonal difícil.

Estudios realizados en Francia, Alemania y Estados Unidos, mostraron una tasa de absentismo por el uso de drogas y alcohol dos veces superior<sup>3</sup>. Los retrasos al trabajo, las pausas injustificadas, las salidas precoces, son algunos de los síntomas reveladores del consumo de estas sustancias utilizadas para compensar aspectos psicológicos negativos de origen laboral como el estrés, la frustración, fatiga, monotonía y ausencia de estimulación intelectual;

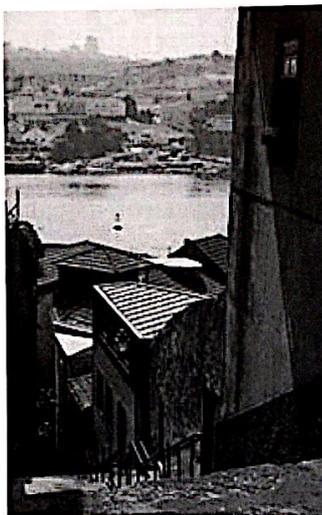
por otro lado la precariedad laboral, horarios irregulares, calor, ruido y polvo son factores generadores de estrés.

Como factores conducentes al consumo, podemos nombrar la facilidad de acceso a drogas por iniciativas colectivas o individuales, productividad impuesta a los trabajadores, una fuerte movilidad geográfica que afecta por soledad y afectación familiar o ausencia de supervisión.

López (1990)<sup>4</sup> con base a un documento de la OIT afirma que el 70% de los toxicodependientes cambian de trabajo a diferentes sectores; entre un 15 a 30 % tienen accidentes mortales relacionados con drogas; un 20 a 30 % de los accidentes de trabajo con daños físicos en drogodependientes lesionan tres veces mas y causan mas daños materiales.

Al no ser la salud independiente del medio laboral, es imprescindible educar a los trabajadores y a las instituciones representativas de estos en hábitos correctos en los lugares de trabajo, que pasa por una buena y adecuada información, rehabilitación, cambios de puesto de trabajo, asistencia social y tratamiento así como evitar el empleo juvenil.

En la epidemiología de la hepatitis vírica, los conceptos de ruralidad y estacionalidad han sido substituidos por los de urbanidad y anualidad, respectivamente. También se ha notado un aumento del predominio del sexo masculino, reflejando características demográficas y sociológicas en la drogadicción, predominantes en los países anglosajones. Estudios hechos entre esta población, muestran una elevada prevalencia de la hepatitis vírica en varones, pero esta deja de ser tan evidente cuando se conoce bien el modo de transmisión así como a una mayor duración e incidencia en los varones, reflejando esto una característica demográfica y sociológica



...El consumo de drogas en el medio laboral conduce a una mayor tasa de absentismo, mayor siniestralidad....

de las drogodependencias, sobre todo en los países anglosajones <sup>12</sup>. Estudios poblacionales muestran una alta prevalencia en los varones cuando los mecanismos y modos de transmisión de esta patología están bien definidos. En los hijos y esposas de los portadores de VHC y toxicómanos, la prevalencia es semejante en ambos sexos. Los toxicómanos por vía intravenosa son un grupo importante por la alta prevalencia (70%); se cree que constituyen la mayor fuente de pacientes con dolencia hepática, siendo un reservorio potencial de riesgo para la salud pública. <sup>13,14</sup>

**...entre los drogodependientes se observa una elevada prevalencia de hepatitis virica en varones....**

va-rios aparatos ó sistemas orgánicos), biológicos (primeros valores de AST y ALT, Ac. anti-VHC, Ac anti-HBs, Ac. anti-HBc, Ac. anti-Hbe, Ag. HBs, Ag. Hbe, Ac. Anti-VHD - si Ag. HBs

positivo - HIV I e HIV II) y laborales (profesión, duración, tasa de absentismo, número de accidentes de trabajo, distancia al trabajo, medio de trans-

porte utilizado, trabajos anteriores, motivo del cese, duración del último trabajo y ocupaciones no laborales).

## MATERIAL Y METODOS

De un total de 146 drogodependientes que fueron atendidos en el CAT (centro de atendimento a toxicodependentes) de Gondomar e Boavista y en el ambulatorio do Hospital Geral de Santo António, que acudieron por iniciativa propia o por ser remitidos por instituciones de salud, en 58 casos no existía información sobre el tipo de droga, de los restantes 98 casos, 24 no eran heroínómanos y 10 aunque heroínómanos intravenosos, no dieron positivo al VHC. Solamente 64 eran heroínómanos intravenosos infectados por el VHC, fueron diana de nuestro estudio. Se elaboró un protocolo de recogida de datos individuales -

demográficos (dirección, sexo, edad, grado de escolaridad y nivel económico), clínicos (astenia, anorexia, obesidad, fecha probable de infección, hábitos etílicos, grado de etilismo, tipo de droga consumida, tiempo de dependencia, intentos de desintoxicación, tipo, abstinencia con o sin antagonistas y respectivos intervalos), uso de substitutos opiáceos {metadona / LAAM - levo alfa acetil metadona}, efectos secundarios (en el ámbito de

## ETAPAS Y RECURSOS

La definición de los casos y la selección de la casuística tiene como base los siguientes puntos:

a) Heroínómanos intravenosos, positivos a VHC serían diana del estudio.

b) Los datos obtenidos a lo largo del proceso individual serán estudiados de la forma referida sin recurrir a ninguna otra fuente adicional.

c) Se optó por agrupar los datos en demográficos, clínicos, biológicos y laborales por una cuestión metodológica del estudio, siendo posteriormente atribuido un código a cada uno de ellos

d) En el epígrafe dirección se subdividió en dos grupos:

d1) Quienes en cuya información recogida se revelaba como residencia habitual en el área de Oporto.

d2) Y los restantes, no residentes en esta área.

e) El grado de escolarización se estructuró de acuerdo a la terminología utilizada por la reforma educativa vigente (en Portugal) <sup>5,8</sup>.

f) El nivel económico se estructuró sobre la base del salario mínimo nacional (52.000\$00) (Sueldo base interprofesional expresado en escudos).

g) La solicitud de atención se consideró de las siguientes formas:

g1) Por iniciativa propia siempre y cuando no existiera documento de solicitud o referencia escrita sobre los procesos individuales.

g2) El caso contrario fue considerado como iniciativa de terceros.



h) Se consideró la fecha del resultado analítico como determinante del momento de infección por HIV I y/o HIV II.

i) La determinación de Ag. HBs, se entendió obligatoria, en caso de ser positivo también se determinó Ac anti-VHD debido al riesgo de coinfección.

j) Consideramos la ocupación laboral toda aquella actividad ejercida regularmente y por la cual la persona obtiene rendimientos económicos. Y por ocupación no laboral las entendidas como ocio y por las que no se obtienen rendimientos económicos.

k) Los datos ocupacionales se desglosaron por sectores de la actividad económica designándose como primario, secundario y terciario.

k1) Sector primario que engloba agricultura y ganadería.

k2) Secundaria: industria

k3) Terciario: comercio, bienes y servicios.

## DISCUSION

En términos de pre-presencia de casos, Oporto (área de) es el más representado 85,9% (n=55) en lo que se refiere a municipios el mayor número de casos va para Gondomar y Oporto con 28,1% (n=18) y 71,9% (n=46). El grado de escolarización de mayor frecuencia es el de primer ciclo con 35,9% (n=23). El rendimiento económico tiene una mayor expresión en la clase social que percibe dos veces el salario mínimo, con 37,5% (n=24). La solicitud de apoyo ocurrió en el 56,3% de los casos

(n=36) por iniciativa propia. La ausencia de síntomas (astenia, anorexia, obesidad) tuvo la mayor expresión de frecuencia 67,2% (n=43), 73,4% (n=47) y 76,6% (n=49). La ingesta alcohólica es negativa en el 56,3% (n=36) de los casos, el resto 43,8% (n=28) se distribuían preferentemente en dos grupos [ $\leq 80$ gr/día] y [ $>80 \leq 160$ gr/día] de acuerdo con los siguientes valores 21,9% (n=14) y 17,2% (n=11). Desde el punto de vista biológico, AST presenta una media de 110,734U/L con extremos de 15 y 1464 mínimo y máximo respectivamente, con una media de [10,5 - 353,5U/L] para n=58. todas las personas presentan positividad al VHC y el método diagnóstico de



laboratorio más frecuentemente utilizado fue el RIBA (46,9%, n=43) de segunda generación. La búsqueda de Ac. anti-HBs y Ac. anti-HBc presenta resultados positivos en 54,7% (n=35) y 67,2% (n=43) de los casos respectivamente. Respecto al Ac. anti-HBe se desconoce la positividad ó negatividad del mismo, se obtuvo resultado analítico en 57,8% (n=40) de las personas. El Ag. HBs se reveló negativo en el 87,5% (n=56) de los casos, 9,4% (n=6) y en 3,1% (n=2), no existe información. El Ac. anti-VHD se reveló negativo en 6,3% (n=4) y se desconoce en el 93,8% (n=46) de los casos. La búsqueda del virus de la inmunodeficiencia humana (HIV) tipo I e II se presentó positiva en 9,4% (n=6) y 4,7% (n=3), respectivamente. La fecha presumible de infección tiene un pico máximo en el bienio [94 - 95], con 4,69% (n=3). El tipo de droga más consumida fue la heroína, no solo de forma aislada (59,4%, n=38), si no también alternada o asociada a otras drogas

...existe una relación entre el bajo nivel de escolaridad y las toxicodependencias...

(40,6%, n=26). El tiempo de dependencia en el consumo de droga registra los valores más elevados en las clases sociales más bajas [1 - 5 años] e [6 - 10 años] con el 40,6% (n=26) y 31,3% (n=20), respectivamente. En 84,4% (n=54) ya hubo de 1 a 2 tentativas de deshabituación; apenas el 4,7% (n=3) no lo intentaron. La forma de deshabituación más utilizada fue la ambulatoria con el 75% (n=48). La abstinencia de drogas sin recurrir a antagonistas fue conseguida en el 65,5% (n=42) de estas personas. El intervalo de abstinencia conseguido presenta su valor máximo en el grupo [727 - 1454 días] con 23,4% (n=15). La sustitución de los opiáceos fue hecha

preferentemente con metadona (56,3%, n=40). En cuanto a los problemas sentidos y expresados a nivel de los diferentes aparatos y sistemas considerados, los de mayor afectación son los del tracto digestivo (62,5%, n=40). Los restantes aspectos del estudio, tasa de absentismo, número de accidentes de trabajo, distancia al trabajo, método de transporte utilizado, trabajo en el mismo oficio, tiempo de ocupación en el mismo empleo y ocupaciones no laborales, registran frecuencias

mas elevadas en el apartado "sin referencia", es decir sin datos. La muestra estudiada coincide con la revisión de la literatura consultada en cuanto al concepto de marginalidad asociada a este fenómeno (Rodríguez, 1991; Laskus, 1991; Van Ameijden, 1993; Crofts, 1993). En efecto los barrios de procedencia analizados demuestran una mayor frecuencia si se comparan con la capital (Oporto), probablemente debido a las condiciones socioculturales encontradas (Pardo, 1993). Esta idea se refuerza cuando analizamos la variable domicilio. La drogodependencia por vía parenteral, predomina

particularmente en el sexo masculino y parece apuntar en el sentido de que este sexo encierra características específicas, favorecedoras de toxicodependencias y VHC. Esta afirmación está sustentada por los resultados a los que llegamos en este trabajo, así como en estudios de otros autores (Scott, 1992; Farrell, 1993; Woodfield, 1993; Crofts, 1993; Minuk, 1999). Segundo Torgal<sup>17</sup>, estos datos parecen tender a modificarse en la población universitaria portuguesa sin verificarse en este estudio. El parámetro edad apunta a una larga franja que iría de 20 a 40 años, aunque no nos permite entrever que exista una

bajada de la tendencia en las edades de adicción. Parece verificarse una oposición entre los resultados obtenidos y los estudios publicados (NIDA, 1990). Entendemos en cualquier caso importante resaltar la década de introducción de drogas en Portugal<sup>16</sup> que revela un desfase de cerca de 10 años en la bibliografía consultada. Este desfase podría explicar que no se hiciera visible una tendencia hacia una cada vez menor edad de adicción. El grado de escolarización que investigamos

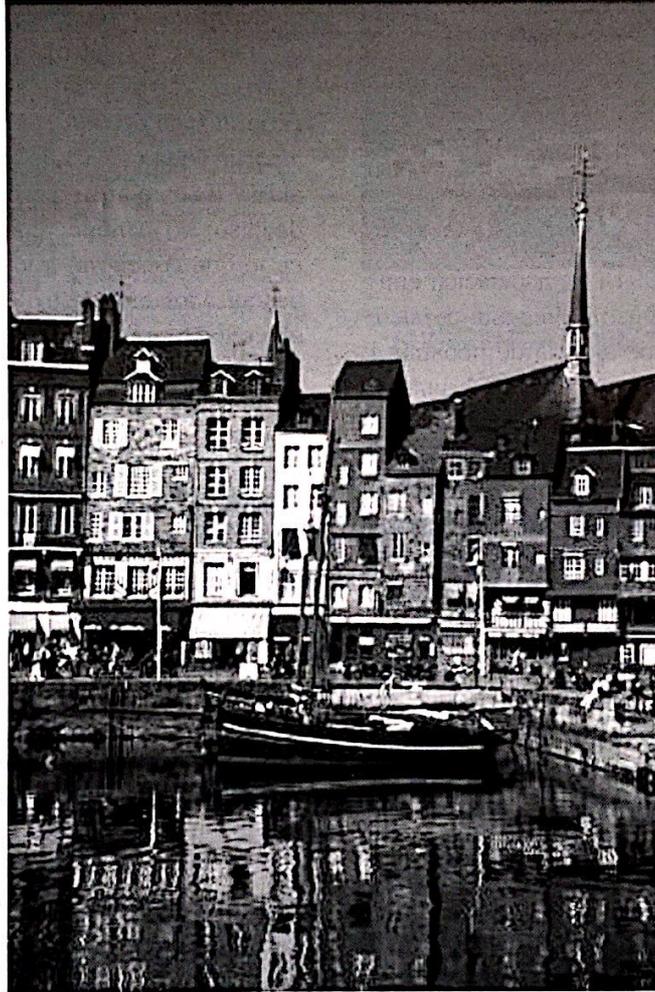
parece revelar aquí lo que descubrimos, es decir, existe una relación entre el bajo nivel de escolaridad y las toxicodependencias, lo que nos lleva a considerar que nos encontramos ante dos posibles situaciones:

a) Existieron factores desmotivadores de la formación escolar o que la impidieron.

b) El acercamiento o inmersión en el mundo de las drogas así como los problemas socioculturales implícitos surgen como una forma de protesta.

Paralelamente con la baja formación/cualificación de los trabajadores, y por inherencia los bajos r e n d i m i e n t o s

económicos o la ausencia de ellos conducen a eventuales repercusiones a otros niveles, como a la criminalidad. Con respecto a los sectores de actividad económica y a la duración de la actividad laboral, los resultados a los que llegamos se encuadran en la línea de los estudios publicados<sup>4,7</sup>. Así, existe una distribución por mas de un sector de actividad económica y complementariamente un vínculo laboral precario que se constituye facilitador de las toxicodependencias. Parece no existir una relación significativa entre la ausencia de astenia y el tipo de demanda de ayuda (RC=0,929). El mismo es válido para el



## ...la asociación entre heroína intravenosa y abuso de ingesta de alcohol lleva a una mayor prevalencia de hepatitis B y C...

síntoma anorexia ( $RC=0,603$ ). La señal de obesidad se verifica como protectora del mismo hacia la solicitud de ayuda por terceros ( $RC=0,375$ ). Es decir, La iniciativa de terceros tiene una mayor expresión cuando el síntoma está presente. Los efectos condicionados por el uso de drogas, normalmente heroína por vía intravenosa a nivel hepático, varían desde hepatitis aguda ó crónica (activa o persistente), hasta cirrosis y carcinoma (Di Bisceglie, 1991; Rodrigo Gomez y Escudero Garcia, 1993; Inturisi, 1994). La asociación entre heroína intravenosa y abuso de ingesta de alcohol lleva a una mayor prevalencia de hepatitis B y C. (Rybach, 1984; Skinner, 1986; Schrumph y Lelbach, 1990). En nuestro estudio, verificamos que un 43,8% de los casos presentan ingestión alcohólica. Pesquisamos entonces el grado de etilismo. Así el consumo medio diario de alcohol de 56,3 gr/día  $\pm 81,8$  gr/día. Este desvío podría parecer aparentemente discrepante, pero se debe al hecho de haberse detectado valores extremos de 400 gr/día. Con todo por no haber sido blanco de nuestro estudio, no podemos confirmar las opiniones de los autores <sup>11,19</sup> consultados, los cuales afirman que existe una relación entre duración e intensidad de ingesta alcohólica y la gravedad de las lesiones hepáticas. Por otro lado estudios más recientes <sup>24</sup> afirman que el desarrollo de tumores primitivos es más precoz en la etiología no alcohólica en portadores de VHB ó VHC. Las tentativas de deshabitación se encuentran en una larga franja de la muestra (95,31%), particularmente heroínómanos. El tratamiento ambulatorio es el mas referido, lo que se puede relacionar con los recursos comunitarios disponibles y no con la eficacia de los mismos, ya que, por un lado la media de abstinencia de drogas es de 245 días, por otro lado, el 50% de los casos la abstinencia no sobrepasa los 45 días y por otro, tres casos no refieren abstinencia. La abstinencia es conseguida sin recursos farmacológicos (antagonistas), después de un tiempo de dependencia media de 8 años y 3 meses ( $\pm 6$  años) en el 57,8% de los heroínó-

manos. En nuestro estudio se verifica aún, que la asociación de heroína a otras droga, aumenta el tiempo de toxicoddependencia, así como el tiempo de abstinencia es mayor en los heroínómanos. La metadona es el sustituto de los opiáceos mas utilizado, como cabía de esperar al ser el más antiguo conocido. Con relación a la seropositividad a HIV, verificamos en nuestro estudio, un aumento del número de casos por bienio, desde [90 - 91]. Ante lo expuesto nos surge la duda de si este aumento corresponde a un incremento en el numero de casos como afirma Stimson y Ferreira<sup>15,19</sup> ó si está relacionado con la aplicación generalizada de test sobre despistaje serológico, a partir de la década de los noventa. Con relación al HIV II, este no se verifica por lo que el numero de casos se mantiene constante (1,6%). También en lo que concierne a los marcadores biológicos pesquisados en nuestro estudio, observamos que el contacto previo con el VHB ocurrió en 43 (67,2%) de los 64 casos estudiados. Esta idea es igualmente defendida por varios autores<sup>10,23,24</sup>. Los resultados encontrados en los restantes marcadores no nos permiten extraer conclusiones. Un dato nos parece relevante en nuestro estudio, existe una mayor facilidad de trasmisión del VHC entre los toxicoddependientes que el HIV; ó al menos que este se trasmite de forma más precoz. Cacopardo<sup>30</sup> en un estudio que realizó en 1992 también llega a esta conclusión. Hay otra idea que nos surge y es que la edad aparente de infección se podría relacionar con el primer comportamiento de riesgo. Moura y colaboradores<sup>31</sup> también participan de esta idea, con todo, es necesario un estudio mas profundo en esta área. Otro dato estudiado fueron los va-lores de las

...parece existir un vinculo laboral precario que se constituye facilitador de las toxicoddependencias....

aminotrasferasas que se encontraron elevadas en 37 de los 64 casos estudiados ( $fr=57,81\%$ ) lo que coincide con la literatura revisada<sup>26</sup> y es un dato a favor de la inflamación y necrosis hepática. Los diferentes métodos analíticos estudiados (RIBA, ELISA, ARN VHC) revelan a nuestro entender, que e-xistirán falsos positivos y negativos, ya

que el test mas sensible y específico en la detección del VHC<sup>19</sup> (ARN VHC) fue el menos utilizado (fr=23,4%). Por otro lado el método ELISA fue aplicado en 19 casos (fr=29,7%). Como se trata del método con mas baja sensibilidad y especificidad <sup>29</sup> concuerda con nuestra expresión ya manifestada.

## CONCLUSIONES

▷ Existe una relación directa entre el VHC y la toxicodependencia. Esta relación se establece de manera significativa en el sexo masculino.

▷ Cualquier edad es susceptible las toxicodependencias y la adquisición del VHC.

▷ La baja educación/formación y los bajos recursos económicos no se constituyen en factores limitadores para la toxicodependencia y la adquisición de VHC. La actividad laboral se distribuye por los sectores secundario y terciario La duración del vínculo laboral es bajo (antes de los tres años en la mayoría de los casos), lo que deja entrever una inseguridad laboral.

▷ Este fenómeno predomina en los municipios limítrofes al municipio de Oporto.

▷ Los síntomas físicos tienen un efecto protector en lo que respecta a la propuesta de apoyo por parte de terceros.

▷ Existe una relación significativa entre presencia la adquisición del VHC. Así como, entre la elevación de aminotransferasas (AST e ALT) e la adquisición de VHC.

▷ Existe una mayor facilidad de transmisión del VHC que del HIV, particularmente del HIV II, entre los toxicodependientes que se inyectan.

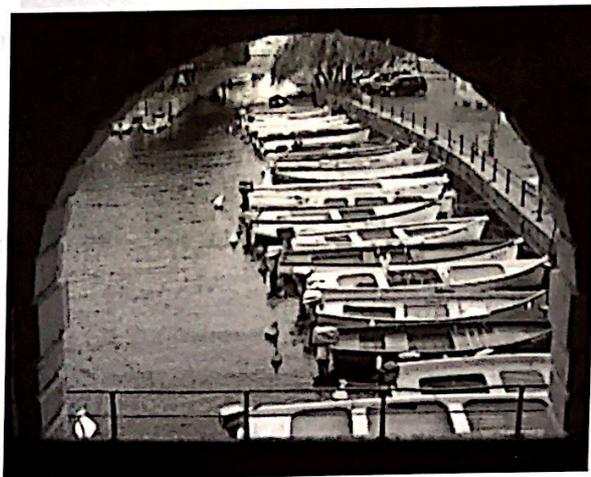
▷ No observamos una relación significativa entre la ingestión de alcohol/ grado de etilismo y la aparición de problemas a nivel de los diversos sistemas orgánicos estudiados.

▷ Los trastornos del tracto digestivo son los mas referidos en nuestra muestra, especialmente en heroínómanos. Por otra parte los heroínómanos apenas presentan problemas a nivel de otros sistemas.

▷ El tiempo de dependencia es mayor en los heroínómanos y por el contrario el tiempo de abstinencia también es mayor en heroínómanos. La deshabitación se ha realizado con substitutos de los opiáceos, en concreto metadona

▷ Teniendo en cuenta las limitaciones que este estudio comporta, podemos afirmar sobre la

base de los aspectos estudiados que no existen limitaciones desde el punto de vista de la Salud Ocupacional en los toxicodependientes infectados por VHC.



## SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES

1. No discriminar por edad la contratación de trabajadores en los diferentes sectores productivos, a excepción de lo establecido en la legislación sobre contratación de menores.
2. Combatir la infección del VHC y la toxicodependencias a través de un aumento del nivel educativo y formativo.
3. Poner en marcha campañas de sensibilización intra e inter empresas, con participación de todos, sobre los daños de las toxicodependencias y el VHC, extensivas a todas las edades.
4. Reducir la precariedad laboral en todos los sectores laborales, potenciando la responsabilidad de los empresarios.
5. Realizar despistajes aleatorios periódicos a la población diana para el VHC y las toxicodependencias, estos despistes deberán ser realizados por entidades competentes e independientes.
6. Permitir un periodo de tiempo laboral para departir sobre las dificultades laborales y también personales, supervisado por las comisiones de seguridad, higiene y salud en el trabajo.
7. No penalizar bajo ningún motivo, las faltas al trabajo a consecuencia de tratamientos o vigilancia sanitaria periódica comprobada.
8. Otorgar beneficios fiscales o de otro tipo, a las empresas que bajo sigilo, contraten toxicómanos e infectados por VHC.
9. Desarrollar estudios longitudinales prospectivos en esta área, que permitan la adopción de medidas correctivas ocupacionales.



## BIBLIOGRAFIA

1. PARDO, Lorenzo Sánchez - Empresa, servicios de salud laboral, familia y servicios médicos asistenciales in: *Drogas & Trabajo: buscando soluciones*, Mapfre Medicin, ed. Mapfre, Madrid, 1993, vol. 4, supl. III.
2. Alcohol y drogas: Programas de asistencia a los trabajadores - Madrid, 1993, Colección Informes OIT, 13, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
3. IDICT - CIS - 89 - "Lutter contre la consommation de drogue et d'alcool en prenant des initiatives sur le lieu de travail" - Bureau International du Travail, Genève.
4. LOPEZ, D. Eugénio López - Las Drogodependencias como factor de riesgo, in: *Mapfre Seguridad, Revista de la Fundación Mapfre*, ed. Mapfre S.A., Madrid, 1990: 10:38.
5. MINUK, G. Y. et al - Risk factors for Hepatitis C virus Infection in Canadian patients with chronic C hepatitis's. *Canadian Journal Gastroenterology*, 1995; 9 (3): 137 - 140.
6. STIMSON, G. V. - "The global diffusion of injecting drug use : implications for human immunodeficiency virus (HIV) - in: *Bulletin on Narcotics*, United Nations International Drug Control Programme Vienna, United Nations, New York, 1993, vol. XLV, n.º 1.
7. FERREIRA, M. O. S. et al - Sida - A situação em Portugal a 30 de Junho de 1999, Doc. 116, Lisboa, Centro Europeu de Vigilância Epidemiológica da Sida, 1999.
8. RUBIO, José Ignacio Valdenebro et al - El Reconocimiento por los medicos do trabajo como forma de prevenir la drogodependencia - in: *Drogas e Trabajo: buscando soluciones*, Mapfre, ed. Editorial Mapfre, Madrid, 1993, vol. 4, supl. III, pág. 3 - 13.
9. DI BISCEGLIE, A. M. et al - The significance of antibody to hepatitis C virus in patients with chronic hepatitis B - *Hepatology*, 1991; 14: 64-67.
10. MANSELL, C.J.; LOCARINI, S.A. - Epidemiology of hepatitis C in East - in: *Seminars in Liver Disease*, 1995, Thieme Medical Publishers Inc., New York, 15: 1: 15 - 32.
11. GOMEZ, J.M. Rodrigo; GARCIA, A Escudero - *Hígado Y Alcohol*, ed. Centro Valenciano de Drogodependencias, Valencia, 1993.
12. PINTO, V.F. - A toxicoddependência e a sociedade civil - intervenções, entrevistas e outros textos, ed. Projecto vida, Mafra, 1994, pag. 61 -116.
13. DEGOS, F. - Epidemiology of hepatitis C virus in Europe - *FEMS Microbiol Ver*, 1994 Jul; 14 (3): 267 - 71.
14. GUADAGNINO, V. et al - Anti-hepatitis C body prevalence among intravenous drug addicts in the Catanzaro area - *Arch Virol Suppl* 1992; 4: 335 - 6.
15. CROFTS, N. et al - Hepatitis C virus infection among a cohort of Victorian injecting drug users - *Med J.*, 1993 Aug 159: 237 - 241.
16. Semana Europeia de Prevenção da Droga in: *Anamnesis*, 1992: 1, p. 5 - 19
17. TORRAL, J. - Consumo de drogas sobre nas universidades - *Medicina e saúde*, 1998, 2: 14.
18. MEDINA, M.S.P.H.; EUGENE, R.S.M.D. - Hepatitis C: diagnostic assays - in: *Seminars Liver Diseases*, Thieme Medical Publishers Inc., New York, 1995, 15: 1: 33 - 39.
19. WORMAN, H.J. - Hepatitis C - 1995, 1998; <http://www.cpmcnet.columbia.edu/dept/gi/hepC.html>
20. BARON, S; TYRING, S.K; FLEISCHMAN, W.R. et al - The Interferes. Mechanisms of action and clinical applications. *Jama*, 1991; 266: 1375 - 83.
21. Lei n.º 46/86 de 14 de Outubro de 1986.
22. Instituto Nacional de Estatística, 1995; <http://www.dgsaude.pt>
23. RODRIGUES, M. et al - Prevalence of antibody to hepatitis C in chronic HBs carriers - *Arch Virol Suppl* 1992; 4: 327 - 8.
24. LASKUS, T. et al - Occurrence of antibodies against hepatitis C virus (HCV) among drug addicts - *Pol Arch Med Wewn*, 1992, Jan; 87 (1): 8 - 13.
25. VERMEJO, A.M. et al - Investigación toxicas en drogodependencias - Colección Drogodependencias, Xunta de Galicia, ed. Conselleria de Sanidade Plan Autonómico sobre drogodependencias, Santiago de Compostela, 1994.
26. STEINMETZ, J. et al - Stratégie de despistage de l'hepatite C en population générale 1998, <http://www.b3e.jussieu.fr>.
27. LOK, A.M.D. et al - Diagnosis of hepatitis C - National Institute of Health Consensus Conference, Bethesda-Maryland, 1997.
28. WORMAN, H.J. - Common laboratory tests in liver diseases - 1995, 1998 <http://cpmnet.columbia.edu/dept/gi/labtests.html>.
29. DHUMEAUX, D. et al - Hépatite C : despistage et traitement - Conférence de Consensus, Agence Nationale de Développement de l'Evaluation Médicale ; Paris, 1997.
30. CACOPARDO, B. et al - HVC and HIV infection among intravenous drug addicts in eastern Sicily - *Arch Vrol Suppl* 1992 ; 4 : 333 - 4.
31. MOURA, M.C. et al - Conferência de consenso sobre hepatite C - grupo de estudo das hepatites, Direcção Geral de Saúde, Associação Portuguesa para o estudo do Fígado, 1999.



**Fernando J. R. Teixeira**  
Enfermeiro Esc. Sup. Enfermagem  
"Ana Guedes"  
Porto, Portugal  
[mailto:fernandoteixeira@net.sapo.pt]



## REUNIÓN EN EL CONSEJO GENERAL DE ENFERMERIA

### Jornada de Desarrollo Profesional

#### Orden del Día:

**Situación Actual de la Especialidades de Enfermería.**

**Proyecto Global de Desarrollo Profesional.**

**Proyecto NIPE. Normalización de la Práctica de Enfermería.**

**Proyecto CENFER. Sistema de Certificación de Profesionales de Enfermería.**

El pasado 7 de Noviembre fueron convocadas las Sociedades Científicas de Enfermería parte del Consejo General de Enfermería con el orden del día indicado al principio.

La AET acudió junto con el resto de Asociaciones para participar en la Jornada y recibir la información anunciada.

El Presidente del Consejo tomo la palabra para informar de la situación de las Especialidades de Enfermería, aunque no aportó nada nuevo, recordando a los presentes las dificultades actuales para el desarrollo de las Especialidades al existir un cambio en cúpula del Ministerio de Sanidad.

Como informábamos en el número anterior de esta revista, la AET mantuvo una reunión con el nuevo Subsecretario del Ministerio de Sanidad, unos días antes de acudir al Consejo General.

El Presidente del Consejo preguntó al final de su intervención, previamente al debate, al representante de la AET sobre la reunión en el Ministerio, a lo que se le dió cumplida respuesta, recalando por parte de esta Asociación que las dificultades que puedan encontrar otras Especialidades de Enfermería no justifican en absoluto el retraso en el desarrollo de la Enfermería del Trabajo y Salud Laboral, que desde esta Asociación se seguirá impulsando y trabajando como hasta ahora. Que mantemos los mismos criterios en cuanto al reconocimiento de la capacitación de los Enfermeros de Salud Laboral de forma automática una vez aparezca la Especialidad y que no se apoyará ninguna iniciativa encaminada a cursos de nivelación, certificaciones, etc. de los profesionales en activo, debido a que la Enfermería de Salud Laboral se viene ejerciendo desde hace más de cuarenta años y está

debidamente recogida en la legislación vigente, a falta del reconocimiento académico que la Especialidad le otorgaría.

El Presidente del Consejo vino a reconocer que posiblemente nuestra especialidad es la única que podría tratarse de forma diferente en cuanto duración de la formación y su homologación para los que estando en ejercicio profesional aporten una formación en el campo de la Enfermería Laboral.

El posterior debate dejó claro que son muchas las disciplinas de Enfermería que aspiran a una Especialidad, pero que no todas tienen expectativas de verse materializadas a corto plazo. Siendo nuestra especialidad la que a priori cuenta con más posibilidades en este sentido.

El Proyecto NIPE, de normalización de la práctica de Enfermería, fué el segundo punto de la reunión. Basado en la creación de un sistema de gestión del conocimiento de la profesión que permita de un parte mostrar el alcance de la actividad de Enfermería y de otra la participación en la evolución del sistema sanitario. Para ello sería necesario la participación de las sociedades científicas de Enfermería, por la representación y aglutinación del conocimiento científico en cada área de especialización.

Se han iniciado algunos avances en este sentido por parte de sociedades implicadas en el área hospitalización. El acuerdo de participación quedó en ir solicitando la participación de las distintas sociedades según se avance en el desarrollo del proyecto.

Tras una pausa se abordó el proyecto Cenfer para la certificación de profesionales de Enfermería.

Se realizó una larga intervención para poner a los presentes en antecedentes sobre el reconocimiento interna-

cional de los sistemas de certificación, los diferentes procesos de certificación y recertificación, la necesaria participación de las sociedades en los comités de examen y los contenidos de los exámenes.

En resumen se podría decir que el objetivo del proyecto sería:



- \*Ofrecer a los profesionales de enfermería un reconocimiento de su competencia profesional, centrado en la práctica asistencial.

- \*Evaluar a los enfermeros especialistas una vez desarrolladas las especialidades

- \*Potenciar una certificación que tenga valor curricular para el personal de enfermería.

- \*Elemento de imagen y prestigio de los diferentes órganos representativos de la Enfermería.

- La presentación se continuó con un largo y en ocasiones acalorado debate sobre las implicaciones, ventajas, coste y obligatoriedad del proceso.

- Gran parte de las sociedades representadas en la reunión, entendieron que:

- \*El órgano certificador (ISECS) no es un organismo público sino privado, que cuenta con aportaciones económicas, para su creación y mantenimiento hasta el momento, de diferentes colegios provinciales de Enfermería, así como del Consejo General.

- \*Los profesionales de Enfermería deberían pasar por un examen de capacitación cada cinco años. Lo que en sí mismo no parece generar un beneficio para los profesionales.

- \*El coste del examen correrá siempre por cuenta del profesional.

- \*El examen se centrará exclusivamente sobre aspectos

profesionales puramente prácticos, y de práctica habitual. En cualquier caso se excluirán explícitamente contenidos conceptuales o teóricos.

- \*El acceso a la certificación será voluntario es decir nadie será obligado a pasar por el examen.

- \*Las sociedades científicas tendrán que implicarse de forma directa en la confección de los contenidos del examen y aportar las respuestas tipo test. Para ello tendrán que crear en caso de no estar creado previamente un órgano científico que aglutine estas tareas.

- \*No se definió claramente si las sociedades científicas tendrán que aportar partidas presupuestarias o recibirán prestaciones económicas o de otro tipo por su necesaria participación.

Después de un largo debate las sociedades científicas, expresaron el desconocimiento previo del proyecto presentado y que tan profundas transformaciones en la dinámica profesional requerían de un mayor y profundo estudio, discusión y participación no solo de las sociedades sino también la puesta en conocimiento del proyecto a los socios de las respectivas asociaciones.

La opinión mayoritaria coincidía en que una certificación de este tipo no representa una ventaja añadida a la formación de Enfermería. Desde algunos sectores se hacía referencia a que la única certificación válida es la formación universitaria que todos los profesionales ya han superado y que la formación especializada para los grupos que aún no la han conseguido también sería un perfecta acreditación.

- La cuestión económica tampoco fue pasada por alto, aunque no se determinó con exactitud el precio. La periodicidad de la recertificación, cada cinco años, puede vislumbrarse como algo excesiva ya que llevaría a un recién Diplomado a presentarse al examen una ocho veces en el transcurso de su carrera profesional.

- También fueron vertidas distintas opiniones por comparación con otras profesiones, ya que no se conoce dentro del estado ninguna otra profesión universitaria en que se realice este tipo de certificación. Planeaba sobre la sala los cursos de nivelación para ATS y por último, aspectos y opiniones sobre las sentencias sobre la colegiación obligatoria.

- Al final se acordó tratar este asunto con mayor profundidad, en especial buscando los aspectos positivos que puedan llevar a dar este paso. Mientras tanto las sociedades se limitarán a informar a los socios.

- El documento de trabajo utilizado en la reunión se puede consultar en la Web de la Asociación.



# INFORMACIÓN

El 3 de diciembre se presentó a la Asociación por parte de representantes del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y de la Subdirección de Salud Laboral del Ministerio de Sanidad y Consumo, el borrador del LIBRO BLANCO de la Vigilancia de la Salud.

El documento completo se puede ver en nuestra Web. Extraemos los puntos mas destacables y los puntos aportados por la AET

## PROPUESTAS DE LA ADMINISTRACION

1 Conseguir la cobertura en la especialidad de Medicina del Trabajo para todos los trabajadores.

2 Mejorar la calidad de la práctica de la vigilancia específica de la salud laboral para los trabajadores.

3 Adquirir, en el ámbito de cada Comunidad Autónoma, el compromiso para la mejora de la vigilancia de la salud de los trabajadores.

4 Implantar el Sistema de Información de Salud Laboral (SISAL) en los niveles autonómico y estatal.

5 Organizar un Programa Nacional de Vigilancia de la Salud Postocupacional.

...1.3 Derogar la normativa que permite a las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social la realización de exámenes médicos generales, con cargo a cuotas por contingencias profesionales.

...1.6 Analizar las necesidades y formar profesionales capacitados suficientes para atender una cobertura plena en vigilancia de la salud (ampliación de plazas de aspirantes a Medicina del Trabajo, finalización del proceso MESTOS, inicio del sistema MIR en dicha especialidad, creación de la especialidad de Enfermería del Trabajo, ...).

...2.6 Formar a los profesionales sanitarios en la aplicación de los Protocolos aprobados y en el análisis epidemiológico.

...2.13 Favorecer la necesaria multidisciplinariedad que permita la correcta vigilancia específica de salud laboral, mejorando los contenidos curriculares de la formación de los técnicos no sanitarios de prevención de riesgos laborales, así como de enfermeros y médicos del trabajo.

...3.6 Promover acciones de formación continuada de los profesionales sanitarios de los servicios de prevención.

...4.1 Conduir y pilotar la aplicación informática que dará soporte al SISAL.

...Cumplir estos objetivos entre el 1-1-2003 en el que ya no debe estar en vigor la posibilidad de realizar reconocimientos médicos generales por las MATEPSS y el 31-12-2007

## APORTACIONES DE LA AET

- Potenciar e implicar en mayor medida a la Enfermería del Trabajo en las actividades de Vigilancia de la Salud

- Desarrollar urgentemente la especialidad de Enfermería del Trabajo.

- Reconocimiento del Enfermero del trabajo como miembro del servicio de Prevención con funciones de nivel superior

- La prestación de las actividades del antes denominado artículo 53 deben ser clara y estrictamente reguladas de una vez.

- Formación a los miembros de las UBS de sus funciones y hacer obligatorios al menos los protocolos

- Consultar con la Asociación en los aspectos derivados de la adecuación de los profesionales existentes y las nuevas promociones.

- Modificar el Acuerdo de la Comisión Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en lo referente a la Auditoria de los servicios de Vigilancia de la Salud, para que contemple claramente a los profesionales especialistas del área de Vigilancia de la Salud para que sean estos los que dentro de sus competencias estén reconocidos para realizar las Auditorias de Salud.

- Derogar la moratoria de los exámenes de salud con cargo a cuotas

- Llevar la prevención en general y la vigilancia de la salud a todos los trabajadores tanto públicos como privados. De igual manera indistintamente de Grandes como Medianas y Pequeñas Empresas.

- Hacer inspecciones, no auditorias, para verificar la imparcialidad y el trabajo de la UBS, pedir que todos los servicios de salud laboral tengan la acreditación sanitaria de sus CC.AA..

- Exigencia rigurosa de la titulación oficial para ejercer las tareas de Vigilancia de la Salud.

- Definir claramente para el gran publico el concepto de Vigilancia de la Salud.

- Sancionar a los empresarios que empleen métodos truculentos para acreditar la actividad sanitaria.



## ADENDA AL CONVENIO DE COLABORACIÓN PARA LA FORMACIÓN DE TÉCNICOS SUPERIORES EN PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES ENTRE EL INSTITUTO EUROPEO DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL Y LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERIA EN EL TRABAJO.

Madrid, diciembre de 2002

### INTERVIENEN

De una parte el Ilmo. Sr. D. Manuel Peña Castiñeira en nombre y representación de la fundación INSTITUTO EUROPEO DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL en calidad de Secretario General y en uso de las facultades que por la razón de su cargo tiene atribuidas.

De otra parte el Ilmo. Sr. D. Fernando Morato Ortiz en nombre y representación de la ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERIA EN EL TRABAJO, y en calidad de Presidente, actuando en virtud de las atribuciones que tiene conferidas.

Las dos partes, reconocen mutuamente su capacidad jurídica suficiente y suscriben en nombre de sus respectivas Entidades, el presente acuerdo, y al efecto,

### EXPONEN

PRIMERO.- La ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERIA EN EL TRABAJO, lleva a cabo una amplia actuación en formación orientada al desarrollo de la carrera profesional de enfermería, así como a la actualización de conocimientos en el campo de la salud.

SEGUNDO.- EL INSTITUTO EUROPEO DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL es una entidad autorizada por la Comunidad de Madrid, tanto para la formación presencial, como a distancia, con ámbito nacional y en base a ello lleva a cabo las correspondientes actividades formativas de nivel intermedio y superior en prevención de riesgos laborales, en las tres especialidades: Seguridad en el Trabajo, Higiene Industrial y Ergonomía y Psicología Aplicada.

TERCERO.- La ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERIA EN EL TRABAJO, quiere impulsar la formación de sus asociados en todo el territorio nacional, con el fin de lograr un mayor desarrollo profesional en el campo de la Prevención de

Riesgos Laborales y Gestión Integrada en Prevención, Medio Ambiente y Calidad.

CUARTO.- Las dos entidades reconocen haber firmado en julio de 2001 un convenio de colaboración para la formación superior en Prevención de Riesgos Laborales con idénticas condiciones.

### ACUERDAN

PRIMERO.- El INSTITUTO EUROPEO DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL financiará el 41 % del coste del curso de TÉCNICO SUPERIOR DE PREVENCIÓN Y ESPECIALISTA EN ERGONOMÍA Y PSICOSOCIOLOGÍA, HIGIENE INDUSTRIAL Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO realizado a distancia en todo el territorio español. Es decir, siendo la tarifa oficial de 2.915 €, se verá reducida a 1.713 €.

En el caso de que el enfermero/a ya esté en posesión del título de ATS/DUE de Empresa, podrá acceder directamente al curso puente de TÉCNICO SUPERIOR DE PREVENCIÓN y, en esta situación, el INSTITUTO EUROPEO DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL igualmente financiará el 52% del coste de la matrícula; siendo esta de 2.314 €, quedaría reducida a 1.112 €.

En el caso de que el enfermero/a ya esté en posesión del título de Técnico Superior de Prevención acreditado, podrá acceder directamente a la segunda especialidad que elija y en esta situación el INSTITUTO EUROPEO DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL igualmente financiará: el 35 % del coste de la matrícula, siendo esta de 1.382 €, quedaría reducida a 902 €, para aquellos enfermeros/as que hayan realizado el Técnico Superior en otro centro y el 57% del coste de la matrícula; siendo esta de 1.382 €, quedaría reducida a 595 €, para antiguos alumnos del centro.

Asimismo, el enfermero/a que esté en posesión del título de Técnico Superior en Prevención

acreditado, podrá acceder al curso de AUDITOR DE SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA PREVENCIÓN, en esta situación el INSTITUTO EUROPEO DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL financiará el 10% el coste de la matrícula, realizado de forma presencial. Siendo la tarifa oficial de 1.322 €, esta se verá reducida a 1.200 €; además se financiará el 17% del coste de la matrícula, realizado a distancia, de 1.052 € (tarifa oficial) a 900 €.

SEGUNDO.\_ Dada la tendencia actual de las empresas a gestionar de manera conjunta la prevención de riesgos laborales, la calidad y el medio ambiente el INSTITUTO EUROPEO DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL financiará el 18% del coste de la matrícula del Master en Gestión Integrada de Prevención, Medio Ambiente y Calidad, realizado de forma a distancia, y para aquellos enfermeros/as que no sean alumnos del centro. Es decir, siendo tarifa oficial de 5.110 €, se verá reducida a 4.200 €, y financiará el 19% del coste de la matrícula para antiguos alumnos del centro, siendo la tarifa oficial de 5.110 €, se verá reducida a 3.546 €

En el caso de que el enfermero/a sea Técnico Superior de Prevención por un centro acreditado de prestigio, o haya realizado el Master en Medio Ambiente o Calidad en un centro acreditado, un Comité de Admisión evaluará la posibilidad de convalidarle una parte del Master. En este caso, el INSTITUTO EUROPEO DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL financiará el 18% del coste de la matrícula, realizado de forma a distancia para aquellos enfermeros/as que no sean alumnos del centro. Es decir, siendo tarifa oficial de 3.455 €, se verá reducida a 2.833 €, y financiará el 19% para antiguos alumnos del centro, siendo la tarifa oficial de 2.400 €, se verá reducida a 1.944 €.

TERCERO.- LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA EN EL TRABAJO, se obliga a infor-

mar de las condiciones especiales establecidas en este convenio, mediante el traslado de su contenido a sus asociados a través de cartas-circulares, reportajes y anuncios en su Revista.

CUARTO.- De este convenio también se podrán beneficiar los familiares directos de los asociados.

QUINTO.- Este convenio, tendrá valor durante el tiempo que se imparta cada curso, siendo renovado con cada nueva promoción.

Y en prueba de conformidad, firmas el presente documento por duplicado ejemplar en el lugar y fecha arriba indicados.



D. Manuel Peña  
Secretario General del Instituto Europeo de  
Salud y Bienestar Social.

D. Fernando Morato Ortiz  
Presidente de ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE  
ENFERMERIA DEL TRABAJO

## Ultima Hora. Consejo de Ministros de 14 de Marzo de 2002.

Según fuentes bien informadas el Consejo de Ministros de 14 de marzo, ha aprobado un Acuerdo de colaboración entre el Instituto de Salud Carlos III y el Consejo general de Enfermería para el establecimiento, desarrollo y mantenimiento de un sistema normalizado de gestión integral de enfermería que contribuya a la mejora de la calidad de la atención sanitaria, fomentando la investigación evaluativa de la práctica de enfermería. El acuerdo estaría orientado:

- Establecer un lenguaje común para describir

la práctica de la enfermería aplicable a la actividad investigadora

- Identificar y definir los indicadores de calidad para la prestación de los servicios de enfermería.

- Contribuir al desarrollo de la profesión a través de las aportaciones de las investigaciones realizadas

- Formar un grupo de enfermeras capaces de incorporar la investigación en su práctica profesional, orientada en todo momento hacia la excelencia y la calidad.

# SEGUNDAS JORNADAS DE ENFERMERÍA EN PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

MADRID 15 Y 16 DE NOVIEMBRE DE 2002

## ACTUALIZACIÓN EN VIGILANCIA DE LA SALUD

La Asociación Española de Enfermería del Trabajo, fiel a su compromiso de servir de vehículo de comunicación y formación continuada para todos los enfermeros que desarrollamos nuestro trabajo en el ámbito de la Salud Laboral, así como de profundizar en los conocimientos científico-técnicos de la profesión ha organizado con la ayuda de Ibermutuamur la **Segundas Jornadas en Prevención de Riesgos laborales**, que además, ha servido de presentación para la Asociación Madrileña de Enfermería del Trabajo, que se constituye como

asociación por imperativo legal, debido a las transferencias en materia de salud, y que se integra en la Asociación Española como el resto de las asociaciones autonómicas.

La inauguración de las Jornadas corrió a cargo de D. Eusebio González, Director de Prevención de Ibermutuamur y D. Fernando Morato, Presidente de la Asociación Española de Enfermería del Trabajo y Presidente de la Junta Gestora de la Asociación Madrileña de Enfermería del Trabajo.

**D. Eusebio González**, comenzó su discurso hablando del desarrollo de la



Medicina del Trabajo y de cómo la enfermería tiene mucho hueco que cubrir, ya que a su juicio, hay una descompensación hacia el médico en los aspectos clínicos y muy burocratizada para los enfermeros, lo que se requiere un nuevo enfoque.

**D. Fernando Morato**, habló del papel que tenemos que asumir en la protección y prevención de riesgos al conjunto de los trabajadores, a lo cual puede favorecer el que se acabe con los reconocimientos de acuerdo a cuotas. Por otro lado, y aunque estamos todavía en el primer escalón de pre-

vencción de riesgos físicos, poco a poco los riesgos psico-sociales van emergiendo y enfermería debe estar preparada. Pero ahora nuestro principal objetivo como profesionales es conseguir la especialidad, una vez que el congreso ha dado vía libre a la modificación del Real decreto de Especialidades. También hizo hincapié en el trabajo del enfermero dentro del equipo multidisciplinar, no como trabajadores aislados y a la gran carga burocrática a la que nos vemos abocados.

Presento la AMET, como resultado de las trasferencias sanitarias y a falta de trasposición del reglamento sanitario. Hay una junta gestora en la actualidad y propuso la celebración de elecciones para la junta directiva en Marzo o Mayo de 2003.

**Esperanza Alonso**, enfermera de Empresa en Ibermutuamur y Presidenta de la asociación Asturiana de Enfermería del Trabajo habló sobre: **EL MARCO LEGISLATIVO DE LA ENFERMERÍA DE SALUD LABORAL EN RELACIÓN CON LOS EXÁMENES DE SALUD.** Comenzó su conferencia haciendo una distinción entre ley, reglamento, orden ministerial, circulares y resoluciones y normativas orientativas, señalando que la Ley es un principio de obligado cumplimiento, los Reglamentos, desarrollan las leyes y las Ordenes Ministeriales desarrollan y matizan los Reglamentos, lo demás no es de obligado

PRESENTE Y FUTURO: PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL ÁMBITO LABORAL



## Congreso Nacional de Salud en el Trabajo

World Trade Center  
Barcelona, del 5 al 7 de junio de 2003

Dirigido a personal socio-sanitario relacionado con el mundo de la salud y el trabajo (Asistencia Primaria, EVI's, M.A.T.E.P.S.S., Medicina y Enfermería del Trabajo, ...)

 Mutua Universal

Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social nº 10

**Secretaría Técnica:**  
Para cualquier consulta sobre su participación en el Congreso, contacte con:

Viajes Iberia Congresos  
C/. Fontanella, 21-23 4º1º - 08010 Barcelona - Tel. 93.510.10.05 - Fax. 93.510.10.09  
[congresos.barcelona@viajesiberia.com](mailto:congresos.barcelona@viajesiberia.com) [www.viajesiberiacongresos.com](http://www.viajesiberiacongresos.com)



cumplimiento, aunque lo escrito en los convenios colectivos para los trabajadores si es de obligado cumplimiento y si supera la ley se debe cumplir. Las guías y protocolos no son leyes.

En cuanto a la vigilancia de la salud hizo hincapié en que los Exámenes de Salud son voluntarios, salvo los casos que marca la ley. Que deben ser proporcionales a los riesgos y no discriminatorios. Es muy importante, y los enfermeros tenemos que tener especial cuidado en que haya una buena información previa. Que sólo el trabajador tenga acceso a los resultados de su examen, y qué información se va a dar al empresario, autoridades sanitarias etc.... ya que a veces manejamos una información que no es necesaria, es decir, tenemos que preguntarnos antes de recabar información qué vamos a hacer con ella y para que la queremos, ya que es absurdo

manejar datos que no se van a utilizar y que pueden causar problemas tanto al trabajador como a los propios profesionales de los servicios de prevención.

Vigilar que los criterios de aptitud no contengan datos médicos. La custodia de los datos deberá ser de 5 años. Destacó la importancia que tiene que se comuniquen los cambios de puesto de trabajo al Servicio de Prevención.

También abordó el tema de la información, ya que en la ley viene claramente recogido, que hay que explicar para que se requiere cada dato y que significación tienen los resultados, este es un tema de mucha responsabilidad para enfermería puesto que es a los enfermeros a quienes los trabajadores preguntan, y a veces si le explicas, les pasa.

El texto íntegro de esta conferencia la puedes solicitar a:

[esperanzaalonso@ibermutuamur.es](mailto:esperanzaalonso@ibermutuamur.es)

La siguiente Ponencia, **Actualización en el Control Oftalmológico**, la presentaron **Enrique Martín y Antonio Villalba**



del Equipo técnico de Essilor, los cuales hicieron un repaso al fenómeno de la visión y a los principales defectos refractivos, así como la forma de explorarlos, enfocado al ámbito laboral. Destacando la importancia que tiene el examen de la visión para detectar problemas de glaucoma, por medio de la tonometría y la campimetría que se pueden realizar en los servicios de Salud Laboral, así como la importancia de educar e informar que una buena higiene visual, cuidar la luz, la fatiga, tener una buena corrección de los defectos refractivos puede eliminar muchas molestias en el trabajo, sobre todo cuando los requerimientos visuales son elevados; como es el caso de las Pantallas de Visualización de Datos. Después de la presentación los asistentes pudieron hacer una exploración con el Visiotest y el Ergovisión.

Sobre la **INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA EN EL TABAQUISMO: PROGRAMAS DE CONTROL E INTERVENCIÓN**, Belén Maldonado, Enfermera de la Unidad de Tabaquismo del Inst. Carlos III, destacó, el fuerte enraizamiento que el habito de fumar tiene en nuestra sociedad y por tanto en los trabajadores, de cómo se tiene que inter-

venir en el ámbito farmacológico y cognitivo-conductual para conseguir una completa deshabituación, y la importancia del enfermero de empresa en lanzar mensajes para convertir al fumador, en un fumador discordante, es decir que empiece a plantearse dejar de fumar. El enfermero de Empresa debe estar preparado para poner en marcha programas de deshabituación tabáquica ya que entra dentro de sus funciones en materia de prevención y protección de la salud de los trabajadores así como de formación e información.

**M<sup>a</sup> Fe de Miguel Peña**, enfermera de la unidad de electrofisiología cardíaca del hospital Gregorio Marañón, nos hizo una **Actualización en atención coronaria** y nos habló sobre la interpretación del ECG, una técnica habitual en los servicios de Salud Laboral, no solo como prueba obligada en los exámenes de salud sino como técnica habitual para el diagnostico diferencial de los problemas cardiológicos o de estrés ya que muchas veces los trabajadores refieren síntomas debidos al estrés o a la ansiedad, hay que estar seguros en la forma de actuar y para ello el ECG es una prueba fácil de realizar y que nos puede proporcionar una información muy útil si sabemos interpretar los resultados. Otra situación que puede suceder en cualquier ambiente de trabajo aunque, afortunadamente rara, es muy grave y requiere que estemos preparados para ella es la parada Cardiorespiratoria, el uso del Desfibrilador y los protocolos de actuación ante una RCP es algo que tenemos que tener muy claro ya que se pueden derivar responsabilidades civiles o incluso penales para los profesionales. Saber que hay que hacer y sobre todo que es lo que no hay que hacer ante una situación de riesgo vital es algo fundamental para la enfermería de empresa.



La mesa redonda sobre **EL PROYECTO DE ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA DEL TRABAJO: SITUACIÓN ACTUAL Y PERSPECTIVAS**, corrió a cargo de **D. Rafael Llerguet**, Secretario del Comité Asesor de Especialidades de Enfermería, el cual hizo un recorrido histórico sobre el Real Decreto de especialidades de 1. 987 donde no se contemplaba la Especialidad de Salud Laboral, ya que estaba incluida en Salud Comunitaria. En septiembre de 2000 Julio Sánchez fierro, subsecretario del ministerio de Sanidad, plantea la necesidad de crear la especialidad de enfermería del trabajo, en Abril del año 2001 se produce el Acuerdo Marco entre el Consejo de Enfermería y la Ministra Celia Villalobos, en el que se acuerda la modificación del real decreto de Especialidades y se incorpora la

especialidad tendrá una duración de dos años y que una vez que pase la Comisión de Subsecretarios irá al Consejo de Ministros, lo cual llevará unos 4 o 5 meses.

**D. Eduardo Mascias**, Jefe de Estudios de la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo, hizo un repaso de las actividades de la Escuela, que ha formado a 32.813 Enfermeros de Empresa, que los enfermeros tenemos reconocidas las funciones de nivel superior, que la escuela tiene previsto acreditarse como unidad docente pero que todo está en manos de la voluntad política y después, de cómo se lleve a la práctica.

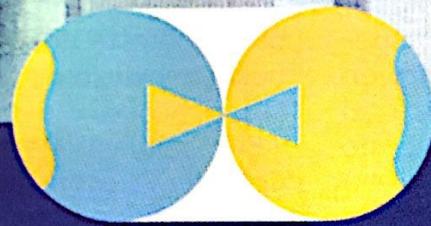
El coloquio moderado por José Manuel Corbelle, Tesorero de la Asociación estuvo muy animando sobre todo en lo que se refiere a la convalidación de los títulos de especialistas con los actuales



Especialidad de Enfermería del Trabajo, se forma un grupo de expertos para decidir el contenido y los requisitos de las unidades docentes. Un punto importante es el que el título de especialista sea exigible para trabajar en un puesto de trabajo, es decir habrá una vinculación con el puesto. Sobre las convalidaciones señaló que además de los 4 años de experiencia, tendrá que haber una prueba objetiva que acredite los conocimientos, que la

diplomas profesionales y la complicación que supone la variedad de titulaciones propias de cada universidad.

**Dña Clara Guillen, Directora de Vigilancia de la Salud de Ibermutuamur** clausuró las jornadas interesándose por el trabajo de la Enfermería de Empresa como miembro del equipo de salud y ofreciendo su sede para cuantos actos de este tipo se realicen en el futuro.



3rd FOHNEU Congress

# Connecting Minds – Sharing the Vision

Finlandia Hall  
September 25th–27th, 2003  
Helsinki, Finland



**FOHNEU**  
The Federation of Occupational Health Nurses  
within the European Union