



Acceda al programa pormenorizado: ponentes, programa, actividades extra - congresuales, etc, en la página web del congreso:

www.seslapbilbao2012.es



XIX CONGRESO SESLAP

“El futuro de la Medicina
del Trabajo y de la Salud
Laboral en juego”

25, 26 y 27 de Abril de 2012
AlhóndigaBilbao

ios esperamos
en Bilbao!

Sumario:

3 Editorial

Artículos originales:

4 Diabetes en el mundo laboral. Consideraciones clínicas sobre el proceso. Revisión epidemiológica del proceso.

11 Enfermería del Trabajo. Perspectiva histórica de su presencia en los centros de trabajo (I).

21 Programa congreso Seslap 2012.

25 Campaña de información y medidas preventivas para trabajos con terminales de pantallas.

Director

AMADO CUADRADO FERNANDEZ

Asesor de Dirección

JUAN JOSE SANCHEZ MILLA

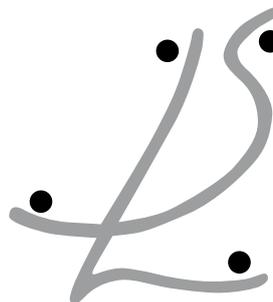
Consejo de Redacción

CARLOS BELTRAN DE GUEVARA BERECEBAR

IÑIGO APELLANIZ GONZALEZ

JUAN GOIRIA ORMAZABAL

JAVIER GONZALEZ CABALLERO



Comité Científico

JOSE MANUEL ALVAREZ GOMEZ. Parque de Bomberos de Valencia

JESUS ALBERT SANZ. Servicios Médicos de las Cortes Valencianas

JUAN JOSE DIAZ FRANCO. Servicio de Prevención del Hospital Carlos III de Madrid

JESUS MATEOS RODRIGUEZ. Servicio Extremeño de Salud. Área de Salud de Cáceres

ANTONIO SPINOLA BRETONES. Diputación de Cordoba

ANTONIO DOCE FELIZ. Ayuntamiento de A Coruña

LUIS CASEDES URIEL. Universidad de Zaragoza

FRANCISCO VICENTE FORNÉS UBEDA. Ayuntamiento de Valencia

JOSE LUIS RUIZ CIRUELOS. Servicio Navarro de Salud

FRANCESC FRANSI I FONTANET. Generalitat de Catalunya

JAVIER GUERRERO FONSECA. Servicio de Salud de Castilla La Mancha

Secretaría de Redacción:

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD LABORAL EN LA ADMINISTRACION PUBLICA
CENTRO CLINICO DONOSTI
c/ Urbietta, 39 1º Izqda.
20006 SAN SEBASTIAN

Edita: S.E.S.L.A.P.

Diseño de portada: María Sol Fernández Fernández,
Amado Cuadrado Fernández y José Luis H.

Tirada de 500 ejemplares. Publicación semestral (2 números al año).

Reservados todos los derechos. No puede ser reproducida ninguna parte de la publicación,
ni total ni parcialmente, sin autorización de los editores.

SESLAP no se hace responsable del contenido de los artículos. Su difusión no implica conformidad
con los artículos que publica, los cuales reflejan únicamente las opiniones individuales de los autores.

Deposito legal: BI-2529-99

ISSN: 1575-8524

Publicación autorizada por
La Viceconsejería de Sanidad
como Soporte Válido.

Imprime:  garcinuño

UNA OPINIÓN...

Economía y salud

editorial

Amado Cuadrado



La salud de las personas es un factor condicionado por el nivel económico del país que habita.

Existen dos tipos de naciones bien diferenciadas: por un lado **países enfermos**, aquellos más económicamente desfavorecidos, y, por el otro, **países sanos**.

Los especialistas estiman que, en el caso hipotético que se equiparase la tasa de mortalidad de las zonas más pobres con las que presentan las áreas más ricas, se podrían llegar a evitar miles de muertes cada año.

Más alarmante resulta el manifiesto agravio comparativo de las grandes poblaciones urbanas, donde la esperanza de vida de las áreas marginales llega a ser hasta 20 años inferior que la de los barrios donde conviven las clases más favorecidas.

No ha perdido vigencia, la premisa universal, que dicta que los ricos viven más años, enferman menos y tienen mayor calidad de vida.

El objetivo "salud para todos", marcado por la OMS para el año 2000, no ha podido ser alcanzado una década después, en nuestro país, al no haber sido contemplado por los planes de salud de las comunidades autónomas, ni en ningún plan para el conjunto del estado.



Diabetes en el mundo laboral. Consideraciones clínicas sobre el proceso. Revisión epidemiológica del proceso.

SANZ BOU, MA*; SÁNCHEZ MILLA, JJ*.
Médico Especialista en Medicina del Trabajo. Facultativo del C.N.P.



4

RESUMEN:

La Diabetes Mellitus constituye uno de los problemas actuales de salud mundial más acuciantes, debido al envejecimiento de la población con predisposición genética a padecer la enfermedad. Los cambios en el estilo de vida, así como a la obesidad, el tabaquismo y la dieta hipercalórica, entre otros factores contribuyen en su elevada incidencia. En este artículo ofrecemos una visión epidemiológica del problema base y de sus complicaciones.

Palabras clave: diabetes mellitas, epidemiología, prevalencia.

1. INTRODUCCIÓN

La diabetes es un problema de salud que afecta a la humanidad sin que importe sus condiciones de desarrollo. Existen por lo menos 30 millones de diabéticos en el mundo y el número de casos nuevos aumenta rápidamente, a medida que asciende el promedio de vida del hombre, cambia su manera de vivir y mejora la detección de esta enfermedad.

Se define a la diabetes mellitus (DM) o diabetes sacarina (DS) es un grupo de trastornos metabólicos que afecta a diferentes órganos y tejidos, dura toda la vida y se caracteriza por un aumento de los niveles de glucosa en la sangre. Esta enfermedad suele ser familiar, aunque también puede ser adquirida.

Fue descubierta en 1674 por Willis

La hiperglucemia es causada por varios trastornos, incluyendo la baja producción de la hormona insulina, secretada por las células beta del páncreas, o por su inadecuado uso por parte del cuerpo, que repercutirá en el metabolismo de los carbohidratos, lípidos y proteínas.

1.1 Anatomía

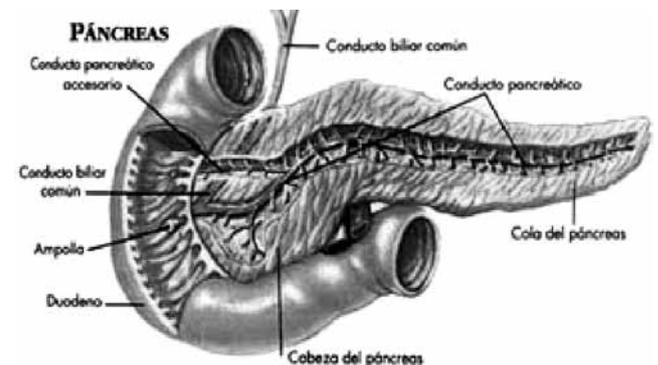
El páncreas es un órgano aplanado, localizado hacia atrás ligeramente abajo del estómago. Se puede clasificar como glándula endocrina y glándula exocrina. El páncreas del adulto se compone de una cabeza, un cuello y una cola. La proporción endocrina del páncreas, consiste en un millón de acúmulos de células que se denominan islotes pancreáticos o islotes de langerhans. Hay tres tipos de células que se encuentran en estos agrupamientos (Figura 1).

SUMMARY:

The Diabetes Mellitus constitutes one of the more pressing current problems of world health, due to the aging of the population with genetic predisposition to suffer the disease. The changes in the way of life, as well as to the obesity, the smoking and the hypercaloric diet, between other factors contribute in her high incident. In this article we offer an epidemiological vision of the problem base and of your complications

Key words: Diabetes Mellitus, epidemiology, prevalence

Los islotes están infiltrados por capilares sanguíneos y rodeados de agrupamientos de células que reciben el nombre de acinos, que forman la parte exocrina de la glándula (Figura 2). Se clasifican 3 tres tipos:



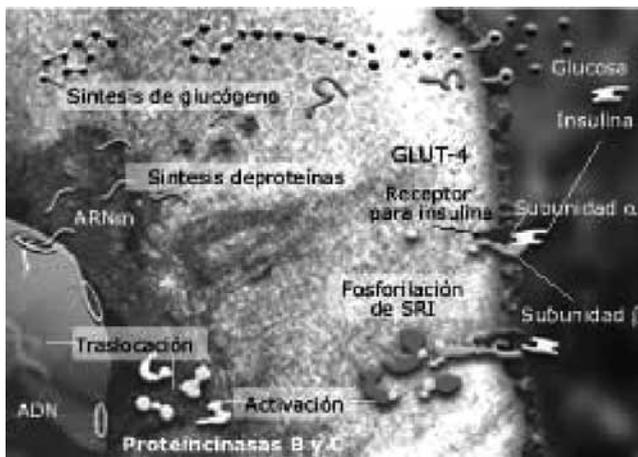
- **Célula alfa**, las cuales secretan la hormona glucagón, que aumenta la concentración de azúcar en la sangre.
- **Células beta**, las cuales secretan la hormona insulina que disminuye la concentración de azúcar en la sangre.
- **Células delta**, las cuales secretan la hormona inhibidora del crecimiento somatostatina, esta hormona inhibe la secreción de la insulina y el glucagón.

1.2. Fisiopatología

La insulina se sintetiza a partir de una larga cadena precursora, o preproinsulina, la cual se fracciona para dar lugar a la molécula de proinsulina, que tiene 86 aminoácidos. Esta última, a su vez, es procesada por enzimas de conversión, generando insulina y una pequeña fracción peptídica (péptido C), secretadas en cantidades equimolares.

El efecto biológico de la insulina está mediado por la unión de la hormona a receptores específicos (compuestos por dos subunidades **a** y dos subunidades **b**), localizados en la membrana de las células blanco. Una vez que la hormona se une al receptor, induce la autofosforilación de la porción intracitoplasmática de la subunidad **b** activándola.

Una vez que la insulina se une a receptores específicos en la membrana celular, desencadena una secuencia de fosforilaciones sucesivas cuyo resultado es la expresión de genes que codifican para la síntesis de moléculas transportadoras de glucosa y enzimas que intervienen en la formación de glucógeno (Figura 3).



1.3. Clasificación

Actualmente existen dos clasificaciones principales. La primera, correspondiente a la OMS, en la que sólo reconoce tres tipos de diabetes (tipo 1, tipo 2 y gestacional) y la segunda, propuesta por la Asociación Americana de Diabetes (ADA) en 1997. Según el Comité de expertos de la ADA, los diferentes tipos de DM se clasifican en 4 grupos (cuadro 1):

- a) *Diabetes Mellitus tipo 1.*
- b) *Diabetes Mellitus tipo 2*
- c) *Diabetes gestacional*
- d) *Otros tipos de Diabetes Mellitus*

1.3.1. Diabetes mellitus tipo 1 autoinmune

Este tipo de diabetes, llamada antiguamente Diabetes Insulino dependiente o Diabetes de comienzo juvenil. Se presenta mayormente en individuos jóvenes, aunque puede aparecer en cualquier etapa de la vida, y se caracteriza por la nula producción de insulina debida a la destrucción autoinmune de las células de los Islotes

de Langerhans del páncreas mediadas por las células T.8 Se suele diagnosticar antes de los 30 años de edad, y afecta a cerca de 4.9 millones de personas en todo el mundo, lo que arroja una prevalencia del 0,19 por ciento de la población total.

1.3.2. Diabetes mellitus tipo 2

Se caracteriza por un complejo mecanismo fisiopatológico, cuyo rasgo principal es el déficit relativo de producción de insulina y una deficiente utilización periférica por los tejidos de glucosa (resistencia a la insulina). Se desarrolla a menudo en etapas adultas de la vida, y es muy frecuente la asociación con la obesidad. La diabetes tipo 2 representa un 80%-90% de todos los pacientes diabéticos.

1.3.3. Diabetes mellitus gestacional

También llamada diabetes del embarazo, aparece durante la gestación en un porcentaje de 1% a 14% de las pacientes, y casi siempre debuta entre las semanas 24 y 28 del embarazo. En ocasiones puede persistir después del parto y se asocia a incremento de trastornos en la madre (hipertensión o presión arterial elevada, infecciones vaginales y en vías urinarias, parto prematuro y cesárea) y daños graves al bebé (muerte fetal o macrosomía).

Existen además otros tipos de DM menores, que suponen menos del 5% de todos los casos diagnosticados., como son:

- Tipo 3A: defecto genético en las células beta.
- Tipo 3B: resistencia a la insulina determinada genéticamente.
- Tipo 3C: enfermedades del páncreas.
- Tipo 3D: causada por defectos hormonales.
- Tipo 3E: causada por compuestos químicos o fármacos
- Tipo 3F: causada por infecciones
- Tipo 3G: formas no comunes de diabetes inmunomediada
- Tipo 3H: otros síndromes genéticos asociados ocasionalmente con diabetes

1.4. Clínica

Los síntomas que produce la enfermedad son diferentes dependiendo del tipo de diabetes. En este trabajo hemos querido diferenciar los signos y síntomas, atendiendo a la importancia o frecuencia de aparición de los mismos, en síntomas frecuentes y signos y síntomas menos frecuentes. Conforme a la tabla que sigue:

- **Signos y síntomas mas frecuentes**
 - Poliuria, polifagia y polidipsia.
 - Pérdida de peso a pesar de la polifagia.
 - Fatiga o cansancio.
 - Cambios en la agudeza visual.



• **Signos y síntomas menos frecuentes**

- Vaginitis en mujeres, balanitis en hombres.
- Aparición de glucosa en la orina u orina con sabor dulce.
- Ausencia de la menstruación en mujeres.
- Aparición de impotencia en los hombres.
- Dolor abdominal.
- Hormigueo o adormecimiento de manos y pies, piel seca, úlceras o heridas que cicatrizan lentamente.
- Debilidad.
- Irritabilidad.
- Cambios de ánimo.
- Náuseas y vómitos.
- Aliento con olor a manzanas podridas.

1.5. Diagnóstico

La Diabetes se diagnostica midiendo la cantidad de glucosa en la sangre (Glucemia). La forma ideal es medirla en la sangre venosa y con la persona en ayunas. A esta cifra la denominamos Glucemia Basal. Hay otras formas y circunstancias de medir la cantidad de glucosa en la sangre; la glucosa medida en sangre capilar (pinchando un dedo) o en las personas que no están en ayunas, estas cifras pueden ayudar o incluso orientar al diagnóstico, pero la que se debe emplear como fiable para el diagnóstico, es la glucosa en sangre venosa y con el sujeto en ayunas (glucemia basal en plasma venoso).

Existe una prueba llamada Prueba de Tolerancia Oral a la Glucosa (PTOG) que consiste en administrar una cantidad determinada de glucosa a la persona en ayunas y comprobar como se comporta la glucosa en la sangre a lo largo de un cierto tiempo. Eso nos permite saber si esa persona tiene alterados los mecanismos de metabolización de la glucosa. Esta prueba hoy en día se usa casi en exclusiva en las mujeres embarazadas.

Existen unos criterios básicos para el diagnóstico de DM, que son los que mostramos a continuación (Tabla 1):

Tabla 1. Criterios para el diagnóstico de la diabetes mellitus

1. Síntomas de diabetes más valores de glucosa plasmática obtenidas al azar (>200 mg/dl)

Al azar significa en cualquier momento del día, sin considerar el tiempo transcurrido desde la última ingesta.

Los síntomas clásicos de la diabetes incluyen: poliuria, polidipsia y pérdida de peso sin motivo aparente.

2. GPA 126 mg/dl

Se define como ayuno a la ausencia de ingesta calórica durante por lo menos 8 h.

3. Glucosa de 200 mg/dl, 2h postcarga durante la POTG

La prueba se debe realizar como la describe la OMS, mediante una carga que contenga el equivalente a 75g de glucosa anhidra disuelta en 375 ml de agua.

1.6. Complicaciones de la diabetes

La frecuencia, gravedad y progresión de las complicaciones agudas y crónicas están relacionadas con el grado de hiperglucemia, los trastornos metabólicos asociados, la duración de la enfermedad, la exposición a otros factores de riesgo y el ambiente genético

Podemos clasificar las complicaciones en 2 grandes grupos: Complicaciones agudas y complicaciones crónicas.

1.6.1. Complicaciones agudas

Nos referimos básicamente a 2 grandes síndromes: Estados Hiperosmolares o coma diabético y las hipoglucemias. Los Estados Hiperosmolares son.

La Acidosis diabética (CAD) y el coma hiperosmolar no cetósico (CHNS).

Ambos procesos tienen diferentes formas de presentación y clínica, aunque comparten una serie de síntomas comunes como son: la gravedad del proceso, deshidratación severa, riesgo de coma, convulsiones, insuficiencia renal aguda, shock hipovolémico, fallo orgánico múltiple y muerte.

La cetoacidosis diabética (CAD) se presenta habitualmente en pacientes con diabetes mellitas tipo I, es de evolución rápida y cursa con grave acidosis metabólica y deshidratación.

El coma hiperosmolar no cetósico (CHNS) se presenta en pacientes con diabetes mellitas tipo II, evolucionando en días de forma progresiva. No presenta ceto-sis ni deshidratación.

La otra complicación aguda de la DM es la hipoglemia.

Se define la hipoglemia como la disminución del nivel de glucosa en sangre por debajo de los 40 mg/dL. Puede ser consecuencia de ejercicio físico no habitual o sobreesfuerzo, sobredosis de insulina, cambio en el lugar habitual de inyección, ingesta insuficiente de hidratos de carbono, diarreas o vómitos, etc.

Las manifestaciones clínicas de la hipoglucemia son muy variadas e inespecíficas. Los síntomas derivados se pueden clasificar en dos grupos, aquellos que resultan de la descarga simpática secundaria a la activación del simpático y las derivadas de la neuroglucopenia. Dentro de los síntomas derivados de la descarga simpática destacan las palpitaciones, temblor, sudoración, palidez y ansiedad. Dentro de los síntomas derivados de la neuroglucopenia destacan la fatiga, hambre, trastornos del comportamiento, síntomas visuales, focalidad neurológica y coma. Las hipoglucemias que se presentan con el ayuno o después de realizar ejercicio sugieren una hipoglucemia orgánica reflejo de una enfermedad grave. Al contrario, los síntomas y signos que ocurren después de la ingestión de comida, hipoglucemias postprandiales, es muy probable que sean reactivas y por lo tanto de mejor pronóstico

1.6.2. Complicaciones crónicas

Además de lo descrito en el capítulo anterior, un mal nivel de azúcar en la sangre puede conducir a las enfermedades que se describen a continuación.



• Microangiopatía diabética

La angiopatía diabética es una enfermedad de los vasos sanguíneos relacionada con el curso crónico de la diabetes mellitus, la principal causa de insuficiencia renal a nivel mundial.

La angiopatía diabética se caracteriza por una proliferación del endotelio, acúmulo de glicoproteínas en la capa íntima y espesor de la membrana basal de los capilares y pequeños vasos sanguíneos. Ocasionalmente se requiere la amputación del miembro entero.

• Polineuropatía diabética

Los estados relativamente comunes que se pueden asociar a neuropatía diabética incluyen tercera parálisis del nervio; mononeuropatía; mononeuropatía múltiple; amiotrofia diabética; polineuropatía dolor; neuropatía autonómica; y neuropatía toracoabdominal

• Pie diabético

Es una infección, ulceración y/o destrucción de los tejidos profundos relacionados con alteraciones neurológicas y distintos grados de enfermedad vascular periférica en las extremidades inferiores que afecta a pacientes con diabetes mellitus

• Retinopatía diabética

La retinopatía diabética es una complicación ocular de la diabetes, causada por el deterioro de los vasos sanguíneos que irrigan la retina del fondo del ojo

• Nefropatía diabética

Desde la nefropatía incipiente hasta la Insuficiencia renal crónica Terminal.

• Hígado graso o Hepatitis de Hígado graso

La esteatosis hepática es la forma más frecuente de esteatosis, no siempre se acompaña de lesión hepática debido a la gran capacidad funcional del hígado.

• Macroangiopatía diabética

Esta enfermedad conduce a infartos, apoplejías y trastornos de la circulación sanguínea en las piernas. En presencia simultánea de polineuropatía y a pesar de la circulación sanguínea crítica pueden no sentirse dolores.

• Cardiopatía diabética

• Dermopatía diabética

2. EPIDEMIOLOGÍA

2.1. Generalidades

La diabetes mellitus ha sido objeto de innumerables estudios para determinar los factores que posibilitan la presencia de esta patología y las poblaciones mayormente afectadas. La aparición y desarrollo de la enfermedad están ligados a un conjunto de factores que desencadenan la sintomatología propia de la diabetes mellitus; es así como elementos tales como la edad, el sexo, la raza y el estilo de vida constituyen una señal de alerta ante la probabilidad de padecer este trastorno. Para determinar si la enfermedad ha venido convirtiéndose en una epidemia, es necesario determinar la incidencia, las situaciones comórbidas que la acompañan y la tasa de mortalidad que esta presenta.

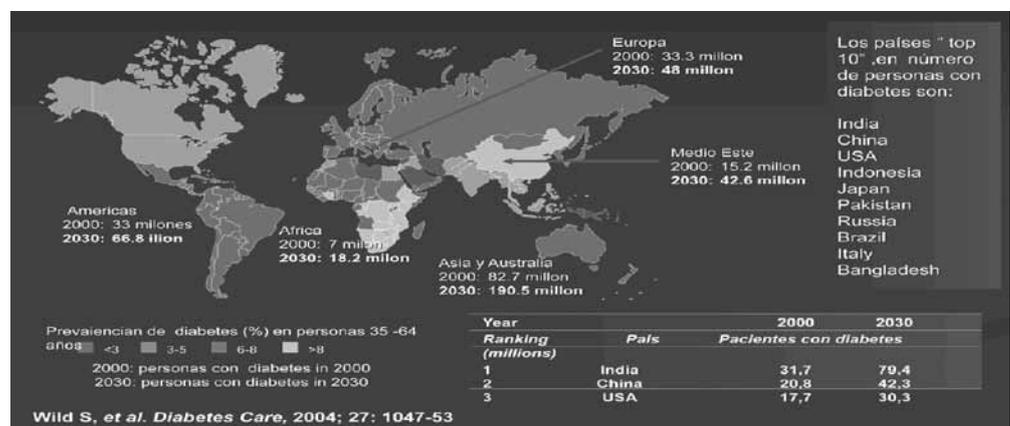


Fig. 4. Estimación de población mundial con Diabetes M. para el año 2030

La Federación Internacional de Diabetes (FID) en el año Mundial de la Diabetes de 2009, señaló que la incidencia de diabetes está experimentando un más que preocupante aumento hasta el punto en que ha sido oficialmente calificada de pandemia por la Organización Mundial de la Salud. La FID ha realizado las siguientes consideraciones:

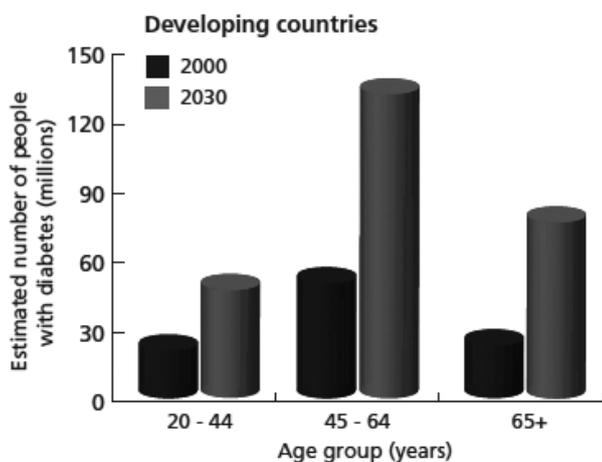
- La diabetes afecta a casi 300 millones de personas en todo el mundo
- Se prevé que el número total de afectados exceda los 435 millones en 2030
- En 2010, la diabetes supondrá casi un 12% del total del gasto sanitario mundial
- La diabetes supone la 4ª causa de muerte en la mayoría de los países desarrollados
- Las enfermedades cardiovasculares representan el 75% de todas las muertes en personas diabéticas de origen europeo. El riesgo de enfermedad cardíaca es 2-5 veces superior en las personas con diabetes
- La diabetes es la causa principal de ceguera y alteraciones visuales antes de los 50 años y la más común de amputación no causada por accidente.

En palabras del profesor Jean-François Gautier, diabetólogo del hospital San Luis de París, **“La gente con DM Tipo 2 diabetes tiene una esperanza de la vida más corta - tanto como 10 años menos”**.

Además en los países en vías de desarrollo, la aparición de DM es superior a la existente en los países desarrollados, aumentando esta diferencia conforme aumenta la edad de las personas (Gráfico 1)

2.2. Prevalencia

En el mundo Occidental la prevalencia de DM se estima que oscila entre el 2 y el 6% de la población, según los distintos estudios (diferencias en métodos de diagnóstico empleados, rangos de edad en población estudiada...). Se estima que un 50% de los casos permanecen sin diagnosticar: por cada persona con diabetes conocida existe una con diabetes desconocida.



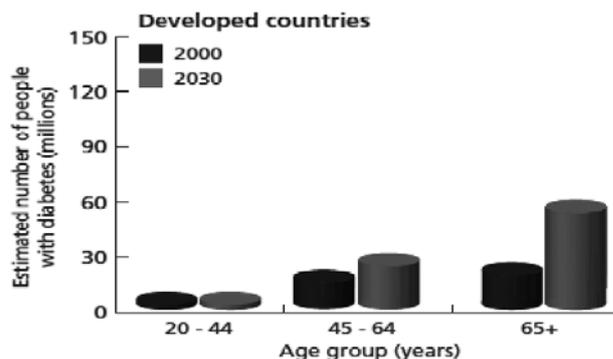
2.3. Morbilidad

Aproximadamente el 10% de todos los ingresos hospitalarios están relacionados con las complicaciones de la DM. La mayoría de las complicaciones de la DM están relacionadas con la duración y severidad de la hiperglucemia, lo que destaca el importante papel de la detección precoz y del control adecuado de la DM como forma de prevenir y/o retrasar la aparición de complicaciones.

2.4. Mortalidad

En Estados Unidos los pacientes con Diabetes diagnosticada antes de los 15 años tienen una tasa de mortalidad 11 veces superior a la población general. La mortalidad es 2-3 veces superior en pacientes en los que se diagnostica la Diabetes después de los 40 años. En la mayoría de los países desarrollados, la diabetes ocupa del 4º al 8º lugar entre las causas de defunción. En España representa la 3ª causa en mujeres y la 7ª en hombres.

En los países europeos la tasa de mortalidad oscila entre 7.9 y 32.2/100.000 habitantes. En España oscila alrededor de 23.2/100.000 habitantes. En la mayor parte de los estudios las tasas son mayores para mujeres que para hombres (en España, 29.3 frente a



16.1). La primera causa de muerte entre los pacientes con diabetes es el infarto de miocardio, que causa el 50-60% de las muertes de los pacientes con DM2. La principal causa de defunción de los pacientes con DM1 es la insuficiencia renal por nefropatía diabética.

2.5. Diabetes en España

Hay en España más de 1 millón de enfermos sin diagnosticar, calculándose el número de personas diagnosticadas en 3.400.000, siendo la incidencia de DM tipo 1 es de 10-12 casos nuevos /100.000 habitantes/año, y la DM tipo 2, de 60-150 casos nuevos/100.000 habitantes/año.

En España los estudios de prevalencia presentan un importante problema de variabilidad y comparación, con lo cual sólo se puede tener una estimación que oscilaría entre el 5% y el 18% en población general, a raíz de los resultados publicados en los últimos años (aunque tradicionalmente se ha definido una prevalencia del 6%), con una proporción entre DM conocida y desconocida que oscila entre 1:3 y 2:3.

- La prevalencia de la DM1 se estima en 0,2 % de la población (5-10% de las personas con diabetes).
- La prevalencia total de la DM2 se estima en un 6% de la población (90-95% de las personas con diabetes), aumentando la prevalencia de forma significativa en relación a la edad.
 - 10-15 % en la población mayor de 65 años
 - 20 % en mayores de 80 años.

La Tasa de Mortalidad ajustada a la edad (AE), por diabetes mellitas por 100.000 habitantes, es del 13.82%, siendo el 14.61% en hombres y el 12.78% en mujeres.

La Tasa de Mortalidad prematura por diabetes mellitus en menores de 75 años por 100.000 habitantes es del 4,88% siendo el 6,33% en hombres y el 3,55% en mujeres.

La distribución de la DM por Comunidades Autónomas no es uniforme, variando con datos ajustados, desde un 2,8 en La Rioja y un 3,4% en Asturias hasta un 7,3% en Andalucía y un 8,1% en Canarias (2). En Andalucía existe un exceso de mortalidad por Diabetes con respecto a otras provincias españolas. Este exceso está fundamentalmente localizado en las provincias de Andalucía Occidental.

Población	Población 1998	Nº Pacientes con Diabetes estimados *
Almería	505.448	30.832
Cádiz	1.107.484	67.556
Córdoba	767.175	46.798
Granada	801.177	48.872
Huelva	453.958	27.691
Jaén	645.792	39.393
Málaga	1.240.580	75.675
Sevilla	1.714.845	104.605
Andalucía	7.236.459	441.423

2.6. Epidemiología de las complicaciones de la diabetes

2.6.1. Enfermedad ocular

- El 20-30% de las cegueras registradas son achacables a retinopatía diabética, siendo la primera causa de ceguera en países industrializados.
- La retinopatía diabética afecta al 40-50% de todos los pacientes con diabetes, presentando el 10% retinopatía proliferativa.
- Entre los afiliados de la O.N.C.E (Organización Nacional de Ciegos españoles) es la tercera patología causante de deficiencia visual, por orden de frecuencia.
- La Diabetes presenta un riesgo relativo de pérdida de visión 20 veces superior con respecto a población no diabética.

2.6.2. Neuropatía

- Aproximadamente 60-70% de los pacientes con diabetes tienen algún grado de neuropatía
- Es la causa más frecuente de amputación de miembro inferior por causa no traumática (supone el 50% del total de amputaciones). El 50 % de diabéticos con más de 25 años de evolución la presentan.

- El riesgo relativo de neuropatía es al menos 7 veces superior en el diabético.
- La neuropatía autonómica a nivel cardiovascular afecta a más del 40% de la población diabética con más de 10 años de evolución
- La impotencia sexual afecta a casi el 40% de los hombres con diabetes.

2.6.3. Enfermedad renal

- El 30-40 % de los pacientes con más de 20 años de evolución presentan algún grado de afectación renal.
- La DM es la causa más frecuente de insuficiencia renal Terminal.
- El riesgo relativo de insuficiencia renal es 25 veces superior.

2.6.4. Enfermedad cardiovascular

- El riesgo de desarrollar enfermedad coronaria, cerebral o periférica es 2-4 veces mayor en el diabético (2 veces superior en hombres y 4 veces superior en mujeres).
- Aproximadamente el 50% de las amputaciones no traumáticas de miembros inferiores son realizadas en pacientes con diabetes.
- El riesgo de precisar una amputación es 15-40 veces superior en la población diabética.

2.6.5. Embarazo

- La tasa de malformaciones congénitas en recién nacidos de madres diabéticas (diabetes pregestacional) varía de 0-5% en mujeres con control preconcepcional al 10% en mujeres que no reciben control preconcepcional
- El 5% de los embarazos de mujeres diabéticas terminan con muerte del recién nacido frente al 1.5 % en mujeres sin diabetes.
- Los recién nacidos de madre diabética tienen mayor riesgo de malformaciones, de prematuridad, macrosomía y de padecer alteraciones metabólicas.
- La Diabetes Gestacional ocurre en el 2-6 % de todos los embarazos.





APRILAREN 25/26/27 ABRIL
seslapbilbao2012
HERRI ADMINISTRAZIOKO LAN-OSASUNARI BURUZKO BILTZAR NAZIONALA
CONGRESO NACIONAL SALUD LABORAL ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Acceda al programa pormenorizado: ponentes, programa, actividades extra - congresuales, etc, en la página web del congreso:

www.seslapbilbao2012.es

XIX CONGRESO SESLAP

“El futuro de la Medicina
del Trabajo y de la Salud
Laboral en juego”

25, 26 y 27 de Abril de 2012
AlhóndigaBilbao

ios esperamos
en Bilbao!



Boletín de solicitud de SUSCRIPCIÓN a la revista S.E.S.L.A.P.

Apellidos: Nombre:
Profesión: Fecha Nacimiento:
Organismo Público:
Dirección Particular:
Localidad: Provincia:
C.P.: Teléfono: Fax:
E-mail:

Entidad pagadora: (sólo cumplimentar si no coincide con el Departamento/Organismo)

N.I.F.: Dirección:
Banco o Caja:
Dirección:
Localidad: C.P.: Provincia:
Titular de la Cuenta:
Banco o Caja _____ Oficina _____ DC _____ Cuenta _____
Fecha: Firma:

El precio de la suscripción a la revista es de 10 euros anuales. Socios de S.E.S.L.A.P. exentos.

Remitir a: SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD LABORAL EN LA ADMINISTRACION PUBLICA (S.E.S.L.A.P.)
c/ Urbieta, 39 - 1º Izquierda
20006 SAN SEBASTIAN

www.seslap.com

Enfermería del Trabajo. Perspectiva histórica de su presencia en los centros de trabajo (I).

González Caballero, J.
Enfermero del Trabajo

Cuán laboriosos son los partos del ingenio y qué pesados sinsabores acarrear a sus autores, incluso después de haberlos dado a luz, no lo saben bien más que aquellos que pasan la vida entre las letras con la mirada puesta en idear algo de utilidad gracias a lo cual, a sí mismos y a sus sucesores les dé la impresión de que han verdaderamente vivido, ¡oh, Ilustrísimos y Excelentísimos señores! En efecto, cuando alguien, sobre todo en estos tiempos, publica alguna obra a la medida de sus fuerzas, no puede menos de permanecer con el espíritu en vilo, sometido a los distintos pareceres de los críticos.

Tratado de las enfermedades de los artesanos.

Bernardino Ramazzini.

Padua, 1 septiembre 1713.

RESUMEN:

La especialidad de Enfermería del Trabajo cuenta con una larga trayectoria en el ámbito de la atención especializada por su formación específica y presencia en los centros de trabajo. La capacitación profesional para desarrollar sus competencias viene refrendada por un amplio soporte normativo. El espacio que ocupa esta disciplina es necesario en el proceso de mejora no sólo de las condiciones laborales sino en el aumento de la calidad de vida en el trabajo. Esta relación convierte a la Enfermería del Trabajo en una especialidad de contenido social cuyo objetivo es prevenir aquellos factores que influyan en la salud del trabajador aportando bienestar a las personas.

En el recorrido histórico de esta especialidad su desarrollo profesional ha discurrido paralelo a la evolución de la propia profesión enfermera. Desde sus inicios hasta la publicación de la Orden SAS/1348/2009 de 6 de mayo por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería del Trabajo donde define un nuevo marco de actuación basado en el desarrollo y aplicación de las competencias aprobadas, ha transcurrido un largo periodo de tiempo.

La Enfermería del Trabajo está inmersa en un entorno laboral complejo, diverso y variable. En la actualidad el ejercicio de la profesión basado en las competencias aprobadas permite desempeñar su cometido de forma plena, adquirir niveles de decisión autónoma, definir y hacer visible el rol como colectivo, y dejar constancia de la contribución social como especialistas en este escenario de trabajo tan específico. En definitiva, se impulsa una profesión donde se promueve su autonomía, el ejercicio de sus responsabilidades y el desarrollo de sus propias competencias. Aspectos estos que redundarán en un aumento de la calidad de vida de las personas objeto de nuestros cuidados, los trabajadores. Llegar a la situación actual no fue tarea fácil a la que sin duda contribuyeron los muchos enfermeros del trabajo, independientemente de su denominación a través del tiempo, que nos antecedieron en el compromiso con esta profesión y escribieron la historia que todos compartimos.

Palabras clave: Enfermería del Trabajo, competencia profesional.



Introducción

La Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo 2007-2012¹ constituye un instrumento para establecer el marco general de las políticas de prevención de riesgos laborales; aspira a transformar valores, actitudes y comportamientos de todos los sujetos implicados y de la sociedad en general con el fin de conseguir una mejora de las condiciones de seguridad y salud de los trabajadores en cualquier ámbito de desarrollo de la actividad laboral. Con ello se pretende dotar de coherencia y racionalidad las actuaciones en materia de seguridad y salud en el trabajo que se lleven a cabo por todos los actores implicados.

12

Entre los planteamientos propuestos con objeto de promover actuaciones concretas en materia de salud laboral la Estrategia refiere las siguientes actuaciones: reforzar los recursos para la actividad sanitaria de los servicios de prevención tomando como referencia los problemas detectados durante la evaluación de riesgos, valorar las actuaciones sanitarias buscando una mayor colaboración con los servicios de prevención, promover la formación de especialistas conforme a las necesidades de prevención de riesgos laborales, y estimular que las especialidades de Enfermería y Medicina del Trabajo sean asumidas por la empresa como recursos propios. Y todo ello en base a la consideración que señala el artículo 14 de la Ley 31/1995 de 8 de noviembre de Prevención de riesgos laborales² donde constata el derecho que tienen los trabajadores a una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo.

Desde que se aprobó la ley las actuaciones en este ámbito han experimentado un auge notorio. En este periodo de tiempo ha pasado de ser una disciplina minoritaria a consolidarse como un aspecto fundamental en el marco de las relaciones laborales. Ello pone de manifiesto que la cultura preventiva se ha incorporado a la sociedad pasando a convertirse en una cuestión que es objeto de preocupación social.

La ley también supone un cambio en las pautas de actuación de las empresas con el fin de establecer una mejora en las condiciones de trabajo. Para poder alcanzar los objetivos pretendidos describe una serie de actuaciones dentro de un modelo de actuación proactivo en materia preventiva. Este modelo supone que los protocolos y procedimientos diseñados sobre esta materia sean implantados con un carácter previo a que se materialicen los diferentes riesgos. De esta forma, todas estas intervenciones deben ir encaminadas a la adopción de medidas que garanticen la seguridad y salud de los trabajadores. Esta forma de proceder aunque presenta un *modus operandi* comprensible, ha supuesto en ocasiones un profundo cambio en el modo de concebir por parte de los profesionales las actuaciones en materia de seguridad y salud en el trabajo, que con anterioridad a la entrada en vigor

de la ley, se realizaban generalmente a través de un modelo reactivo de actuación, consistente en intervenir con posterioridad a que se hubieran producido los hechos indeseados en este campo, los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales.

En los últimos años los cambios experimentados en las profesiones sanitarias y por tanto en la enfermería han sido múltiples. Cambios internos de la propia profesión, estructurales de los sistemas sanitarios, y externos en la propia sociedad. Esta evolución está motivada por factores económicos, sociales, culturales, políticos, demográficos, sanitarios y tecnológicos, pero lo importante es que todos ellos están estrechamente relacionados y en consecuencia los que se producen en un sector repercuten de forma directa o indirecta en el resto.

La enfermería³ como profesión de servicio está influenciada y condicionada por todos estos cambios que crean nuevos escenarios sociosanitarios que deben afrontar las profesiones sanitarias. La profesión enfermera no puede plantearse solamente cómo adaptarse a ellos, sino que debe entender cuáles son los valores, las necesidades y las expectativas cambiantes de la sociedad laboral, de las organizaciones y de sus integrantes para formarse y poder proporcionar unos cuidados expertos y de calidad óptima.

Este nuevo escenario plantea a la Enfermería del Trabajo no sólo cuestiones prácticas y técnicas sino también aspectos éticos, de relaciones interpersonales y con la organización, de búsqueda de la satisfacción profesional, de relaciones con el medio ambiente y de ofrecer un producto enfermero que busque la excelencia. Así las posibilidades profesionales han sufrido una evolución progresiva en un corto plazo de tiempo, y por ello esta especialidad enfermera debe considerar no sólo las respuestas a las modificaciones sustanciales en la demanda de cuidados basados en la adquisición de competencias profesionales, sino que también debe ser capaz de consensuar cual es la oferta profesional que tendrán que desarrollar.

La especialidad de Enfermería del Trabajo cuenta con una larga trayectoria en el ámbito de la atención especializada por su formación específica. Su presencia en los centros de trabajo supone una mejora de la asistencia que presta a los trabajadores; favorece la protección de la salud de la población objeto de nuestros cuidados, promueve la instauración de hábitos saludables en el contexto laboral, y previene problemas de salud relacionados o agravados por las condiciones de trabajo o la actividad profesional. Para ello se considerará no sólo las circunstancias individuales de cada trabajador, sino también las características específicas del puesto de trabajo o tareas que realiza y sus posibles problemas de salud no relacionados estrictamente con el mismo^{3,4}.

En definitiva se trata de dar respuesta a los problemas de salud de la población trabajadora; de esta forma se atenúan los perjuicios ocasionados por las enfermedades producidas o relacionadas con el trabajo, permite recobrar los niveles de salud perdida y mejorar la calidad de vida de las personas. En este contexto la inversión en salud y actuaciones preventivas en materia de riesgos laborales por parte de los poderes públicos y las organizaciones empresariales es una contribución decisiva al bienestar, tanto por el efecto neto de la ganancia en salud como por la contribución a la sostenibilidad general y de los servicios sanitarios en particular. Estas circunstancias llevan consigo un aumento de la productividad asociada a la salud sin olvidar las consecuencias positivas que las políticas de atención y cuidados en los entornos laborales tienen en la propia salud⁵.

La capacitación profesional de la Enfermería del Trabajo para desarrollar sus competencias viene refrendada por un corpus legislativo constituido básicamente por la publicación de las siguientes disposiciones:

- La Constitución española de 29 de diciembre de 1978⁶ en su artículo 40.2 insta a los poderes públicos a garantizar una protección de la salud, a fomentar una política que garantice la formación y readaptación profesional y a velar por la seguridad e higiene en el trabajo.
- La Ley 14/1986 de 25 de abril General de sanidad⁷ establece que corresponde a los profesionales sanitarios especialistas en salud laboral promover con carácter general la salud integral del trabajador. Esta actuación se desarrolla no sólo a través de la vigilancia de la salud para detectar precozmente la exposición a factores de riesgo, sino también promueve la observancia de las condiciones de trabajo y ambientales que pudieran resultar nocivas.
- La Ley 31/1995 de 8 de noviembre de Prevención de riesgos laborales y su modificación posterior en la Ley 54/2003 de 12 de diciembre de reforma del marco normativo de la Prevención de riesgos laborales⁸, tiene por objeto la determinación del cuerpo básico de garantías y responsabilidades precisas para establecer un adecuado nivel de protección de la salud de los trabajadores frente a los riesgos derivados de las condiciones de trabajo, y ello en el marco de una política coherente, coordinada y eficaz de prevención de los riesgos laborales.
- El Real Decreto 39/1997 de 17 de enero por el que se aprueba el Reglamento de los servicios de prevención⁹ y su modificación posterior recogida en el Real Decreto 337/2010 de 17 de enero¹⁰. En esta normativa son objeto de tratamiento aquellos aspectos que hacen posible la

prevención de riesgos laborales como actividad integrada en el conjunto de actuaciones de la empresa y en todos los niveles jerárquicos de la misma. Y todo ello bajo los principios de eficacia, coordinación y participación que refiere la ley.

- El Real Decreto 1231/2001 de 8 de noviembre de Ordenación de la actividad profesional de enfermería¹¹ donde se aprueban los Estatutos generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de la profesión de Enfermería.
- La Ley 41/2002 de 14 de noviembre reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica¹². Todo profesional que desarrolle su actividad asistencial en el área sanitaria del servicio de prevención le será de aplicación esta norma; por tanto está obligado a la correcta prestación de sus técnicas, a respetar las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente, y al cumplimiento de los deberes en materia de información y documentación clínica. Asimismo la persona que elabore o tenga acceso a los contenidos citados está obligada a guardar la reserva debida.
- La Ley 16/2003 de 28 de mayo de Cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud¹³ que establece las acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias como medio para asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección de la salud, con el objetivo común de garantizar la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud.
- La Ley 44/2003 de 21 de noviembre de Ordenación de las profesiones sanitarias¹⁴ tiene por finalidad dotar al sistema sanitario de un marco legal que contemple los diferentes instrumentos y recursos que hagan posible la mayor integración de los profesionales en el servicio sanitario en el ámbito preventivo y asistencial, tanto en su vertiente pública como en la privada, facilitando la corresponsabilidad en el logro de los fines comunes y en la mejora de la calidad de la atención sanitaria prestada a la población, garantizando, asimismo, que todos los profesionales sanitarios cumplen con los niveles de competencia necesarios para tratar de seguir salvaguardando el derecho a la protección de la salud.
- El Real Decreto 450/2005 de 22 de abril sobre especialidades de Enfermería donde queda recogida en el artículo 2 la especialidad de Enfermería del Trabajo¹⁵. La constante evolución que han experimentado los conocimientos científicos, los medios técnicos y el propio sistema sanitario, así como la modificación de los patrones



epidemiológicos, la evolución de la pirámide de población y las necesidades de atención y cuidados especializados que demandan los pacientes y los usuarios del Sistema Nacional de Salud motivaron este Real Decreto.

- La Orden SAS/1348/2009 de 6 de mayo por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería del Trabajo¹⁶. Considerando los principios y el carácter multidisciplinar de los equipos profesionales que actúan en el ámbito de la salud laboral, esta norma permite a los enfermeros especialistas en este área ejercer su profesión con plena autonomía técnica y científica; para ello deben adquirir y mantener las competencias necesarias para el adecuado ejercicio de sus funciones en los distintos ámbitos de actuación de la especialidad.
- El Real Decreto 843/2011 de 17 de junio por el que se establecen los criterios básicos sobre la organización de recursos para desarrollar la actividad sanitaria de los servicios de prevenciónⁱⁱ,¹⁷. Esta norma incorpora los requisitos técnicos y las condiciones mínimas exigidas a los servicios sanitarios de los servicios de prevención de riesgos laborales para su autorización y mantenimiento de los estándares de calidad en su funcionamiento. Es de aplicación a la actividad sanitaria tanto de los servicios de prevención de riesgos laborales ajenos como de las empresas que hayan asumido dicha actividad sanitaria con recursos propios y/o mancomunados. Y aborda entre otros aspectos los relacionados con los medios materiales y humanos necesarios para la atención de la actividad sanitaria de los servicios de prevenciónⁱⁱⁱ.
- Y por último la Ley 33/2011 de 4 de octubre General de salud pública¹⁸ tiene por objeto establecer las bases para que la población alcance y mantenga el mayor nivel de salud posible a través de las políticas, programas y servicios, y en general actuaciones desarrolladas por la Administración, organizaciones empresariales y asociaciones ciudadanas con la finalidad de actuar sobre los procesos y factores que más influyan en la salud: proteger y promover la salud de las personas, prevenir la enfermedad y fomentar conductas saludables, tanto en la esfera individual como colectiva. Este ideario tiene su traducción en el ámbito de la salud laboral estableciendo un conjunto de acciones sanitarias sectoriales y transversales en materia de prevención y coordinación en consonancia con lo dispuesto en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

Concluido el repaso de la normativa más relevante de aplicación a la enfermería del trabajo este acervo legislativo marca en su conjunto un hito en el desarrollo de las competencias de esta disciplina enfermera.

Disposiciones que definen y delimitan las competencias de la enfermería del trabajo

- Constitución española de 29 de diciembre de 1978.
- Ley 14/1986 de 25 de abril General de sanidad.
- Ley 31/1995 de 8 de noviembre de Prevención de riesgos laborales.
- Real Decreto 39/1997 de 17 de enero por el que se aprueba el Reglamento de los servicios de prevención.
- Real Decreto 1231/2001 de 8 de noviembre de Ordenación de la actividad profesional de enfermería.
- La Ley 41/2002 de 14 de noviembre básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Ley 16/2003 de 28 de mayo de Cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Ley 44/2003 de 21 de noviembre de Ordenación de las profesiones sanitarias.
- Ley 54/2003 de 12 de diciembre de reforma del marco normativo de la Prevención de riesgos laborales.
- Real Decreto 450/2005 de 22 de abril sobre especialidades de Enfermería.
- Orden SAS/1348/2009 de 6 de mayo por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería del Trabajo.
- Real Decreto 337/2010 de 19 de marzo por el que se modifican el Real Decreto 39/1997 de 17 de enero por el que se aprueba el Reglamento de los servicios de prevención.
- Real Decreto 843/2011 de 17 de junio por el que se establecen los criterios básicos sobre la organización de recursos para desarrollar la actividad sanitaria de los servicios de prevención.
- Ley 33/2011 de 4 de octubre General de salud pública.



Otras disposiciones de carácter internacional que también han influido en la evolución y desarrollo de las competencias profesionales de la Enfermería del Trabajo:

- La Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS)^{19,iv}. Tanto en la doctrina de la OMS como de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) recogen los criterios y principios generales de la vigilancia de la salud de los trabajadores: garantizada por el empresario y gratuita; voluntaria para el trabajador y que cuente con su participación; basada en principios éticos, de confidencialidad respecto a la intimidad, dignidad y no discriminación laboral por motivos de salud; realizada por personal sanitario con competencia técnica, formación y capacidad acreditada, y con los recursos materiales adecuados a las funciones que se realizan; específica según el riesgo y definida en base a protocolos; de contenido ajustado a las características personales y de exposición al factor de riesgo, con preferencia por aquello que cause las menores molestias posibles al trabajador; que incluya un análisis epidemiológico de los resultados; prolongada en el tiempo cuando sea pertinente; planificada, periódica y documentada; que informe individualmente a los trabajadores e incluya la protección a los especialmente sensibles.
- La Declaración de Alma-Ata sobre Atención Primaria de Salud²⁰ subraya que toda persona debe tener acceso a una atención de salud y participar en ella. El enfoque de la atención primaria de salud abarca los componentes siguientes: equidad, implicación y/o participación de la comunidad, intersectorialidad, adecuación de la tecnología y costes adecuados. Como conjunto de actividades, la atención primaria de salud debe incluir como mínimo la educación para la salud de los individuos y de la comunidad sobre la magnitud y naturaleza de los problemas de salud, e indicar los métodos de prevención y el control de estos problemas.
- La Estrategia Mundial OMS de la Salud Ocupacional para Todos²¹ propone los siguientes objetivos: promoción de las políticas nacionales e internacionales de salud en el trabajo; fomento de un entorno laboral sano y de prácticas laborales saludables en este ámbito; estímulo a los servicios de salud laboral y desarrollo de los recursos humanos que los integra; establecimiento de servicios de apoyo apropiados para la salud ocupacional; elaboración de normas de salud en los centros de trabajo basadas en la evaluación científica de los riesgos; e instauración de sistemas de registro de datos y apoyo a la investigación. La Estrategia insta a los Estados Miembros a que elaboren programas nacionales de salud laboral para todos basados en la estrategia mundial, prestando especial atención a la creación de servicios integrales de salud en el trabajo para la población activa, incluidos los trabajadores inmigrantes, los operarios de la pequeña industria y los de sectores no estructurados, así como otros grupos ocupacionales de alto riesgo y con necesidades especiales, entre ellos los menores que trabajen.
- El Convenio sobre seguridad y salud de los trabajadores número 155^{22,v} de la OIT. El espíritu de este convenio tiene por objeto prevenir los accidentes y los daños para la salud que sean consecuencia del trabajo, guarden relación con la actividad laboral o sobrevengan durante la misma reduciendo al mínimo, en la medida en que sea razonable y factible, las causas de los riesgos inherentes al medio ambiente de trabajo.
- El Convenio sobre los servicios de salud en el trabajo número 161 de la OIT^{23,vi}. Sin perjuicio de la responsabilidad de cada empresario respecto a la seguridad y salud de los trabajadores y la necesidad de que participen de la misma, los servicios de salud en el trabajo deberán asegurar que las funciones siguientes sean adecuadas y apropiadas a los riesgos de la empresa para la salud en el trabajo: identificar y evaluar los riesgos que puedan afectar a la salud en el lugar de trabajo; vigilar los factores del medio ambiente de trabajo y de las prácticas de trabajo que puedan afectar a la salud de los trabajadores, incluidos las instalaciones sanitarias, comedores y alojamientos cuando estas facilidades sean proporcionadas por el empresario; asesorar sobre la planificación y la organización del trabajo, incluido el diseño de los lugares de trabajo, la selección, el mantenimiento, el estado de la maquinaria y de los equipos y sobre las sustancias utilizadas en el trabajo; participar en el desarrollo de programas para la mejora de las prácticas de trabajo, así como en las pruebas y la evaluación de nuevos equipos en relación con la salud; asesorar en materia de salud, seguridad, higiene en el trabajo y ergonomía, así como en materia de equipos de protección individual y colectiva; vigilancia de la salud de los trabajadores en relación con el trabajo; fomentar la adaptación del trabajo a los trabajadores; adoptar medidas favorecedoras de la reinserción profesional; colaborar en la difusión de información, en la formación y educación en materia de salud, higiene en el trabajo y ergonomía; organizar los primeros auxilios y la atención de urgencia; participar en el análisis de los accidentes del trabajo y las enfermedades profesionales.





- La Recomendación OIT número 97 sobre la protección de la salud de los trabajadores^{vii, 24}. La Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo convocó en Ginebra el 4 de junio de 1953 su reunión número 36. A los efectos de esta Recomendación cita dos medidas técnicas de protección contra los riesgos que afecten a la salud de los trabajadores: la legislación nacional debe contener disposiciones para prevenir, reducir o eliminar los riesgos de enfermedad en los lugares de trabajo, e incluso sobre los métodos que pueda ser necesario y apropiado aplicar con respecto a riesgos especiales que puedan afectar la salud del trabajador; el empresario adoptará todas las medidas apropiadas para que las condiciones generales reinantes en los lugares de trabajo permitan asegurar una protección adecuada de la salud del trabajador.
- La Recomendación OIT número 112 sobre los servicios de medicina del trabajo²⁵. La Conferencia General de la OIT convocó en Ginebra el 3 de junio de 1959 su reunión número 43. A los efectos de esta Recomendación la expresión servicio de medicina del trabajo designa un servicio organizado en los lugares de trabajo o en sus inmediaciones destinado a asegurar la protección de los trabajadores contra todo riesgo que perjudique a su salud y que pueda resultar de su trabajo o de las condiciones en que éste se efectúa; a contribuir a la adaptación física y mental de los trabajadores, en particular por la adecuación del trabajo a los empleados y por su ubicación en puestos de trabajo adecuados a sus aptitudes; y a promover el establecimiento y mantenimiento del nivel más elevado posible de bienestar físico y mental de los trabajadores.
- La Recomendación de acompañamiento de la OIT número 164²⁶ correspondiente al Convenio número 155. La Recomendación plantea a las autoridades competentes de cada país: aprobar reglamentos, recomendaciones prácticas u otras disposiciones legales en materia de seguridad y salud de los trabajadores y el entorno de trabajo; proceder a la revisión de las disposiciones legislativas relativas a la seguridad y la salud de los trabajadores y al medio ambiente de trabajo; emprender o fomentar estudios e investigaciones con objeto de identificar los riesgos y encontrar medios para minimizarlos; facilitar información y asesoramiento a empresarios y trabajadores; fomentar la cooperación dentro de las empresas para eliminar los riesgos o reducirlos en la medida en que sea factible; adoptar medidas específicas y coordinar las acciones que deban realizarse a diferentes niveles, en particular en las zonas industriales en donde estén situadas empresas que presenten elevados riesgos potenciales para los trabajadores y la población de los alrededores; registrar los riesgos profesionales relativos a la seguridad e higiene en el trabajo establecidos dentro del marco de la OIT; y adoptar medidas apropiadas en favor de los trabajadores discapacitados.
- La Recomendación de acompañamiento de la OIT número 171²⁷ correspondiente al Convenio número 161. Los términos de la vigilancia de la salud de los trabajadores los define la autoridad competente con el fin de proteger la salud de los trabajadores incluyendo: una evaluación de la salud de los trabajadores previa a la asignación de tareas específicas que puedan entrañar un peligro para su salud o para la de los demás; evaluaciones de la salud a intervalos periódicos en aquel empleo que implique una exposición a riesgos específicos para la misma; una evaluación de la salud de los trabajadores que reanudan su actividad tras una ausencia prolongada por motivos de salud con la finalidad de descubrir sus eventuales orígenes profesionales, de recomendar una acción apropiada para proteger a los trabajadores y de determinar la adaptabilidad de los trabajadores a sus tareas, considerando una nueva ubicación o una readaptación; una evaluación de la salud al concluir la asignación a un puesto de trabajo que entrañe riesgos susceptibles de provocar perjuicios ulteriores para su salud o de contribuir a tales perjuicios; por último debieran adoptarse disposiciones para proteger la intimidad de los trabajadores y procurar que la vigilancia de su salud no sea utilizada con fines discriminatorios ni de ninguna otra manera perjudicial para sus intereses.
- El Octavo Informe del Comité Mixto OIT/OMS sobre Higiene del Trabajo^{28, viii}. En la primera reunión del Comité celebrada en 1950 ya se definieron los fines de la higiene del trabajo de la siguiente forma: promoción y mantenimiento del máximo grado de bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las ocupaciones y la prevención entre los trabajadores de los trastornos de salud causados por sus condiciones de trabajo; protección de los trabajadores contra los riesgos laborales resultantes de factores adversos a la salud; colocación y mantenimiento del trabajador en un medio laboral adoptado a sus dotes fisiológicas y psicológicas; y en resumen, la adaptación del trabajo al hombre y de cada hombre a su trabajo.
- La Directiva Marco de la Comunidad Europea 1989/391/CEE relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud de los trabajadores en el trabajo²⁹. El objeto de la Directiva es la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud de los trabajadores en el trabajo. A tal efecto

incluye principios generales relativos a la prevención de los riesgos profesionales y la protección de la seguridad y de la salud, la eliminación de los factores de riesgo y de accidente de trabajo, la información, la consulta, la participación de los estamentos implicados de conformidad con la legislación nacional²⁹, la formación de los trabajadores y de sus representantes, así como las líneas generales para la aplicación de dichos principios.

- El Código Internacional de Ética para los profesionales de la salud ocupacional³⁰. Son varias las razones por las cuales la Comisión Internacional de Salud Ocupacional ha adoptado un Código Internacional de Ética para los profesionales de la salud laboral. En primer lugar por el creciente reconocimiento de las complejas y a veces contradictorias responsabilidades que se les adjudica a los profesionales de la salud y de la seguridad en el trabajo frente a los trabajadores, empresarios, autoridades laborales y otras instituciones como la seguridad social y las instancias judiciales. Otra razón es el incremento del número de profesionales de la salud y seguridad en el trabajo como resultado de la creación de servicios de salud en el trabajo. Y por último otro factor relevante es el desarrollo del enfoque multidisciplinar de la salud ocupacional, implicando que especialistas de diferentes profesiones se involucren en los servicios de prevención de riesgos laborales.

Todos estos informes elaborados por los distintos organismos implicados señalan el derecho fundamental de cada trabajador a recibir los estándares más altos de cuidados de salud en su ámbito de trabajo y orientan a las oportunas modificaciones legislativas en la práctica de la salud laboral³¹.

Disposiciones internacionales que han influido en el desarrollo de las competencias actuales de la Enfermería del Trabajo

- La Constitución de la Organización Mundial de la Salud.
- La Declaración de Alma-Ata sobre Atención Primaria de Salud.
- La Estrategia Mundial OMS de la Salud Ocupacional para Todos.
- El Convenio sobre seguridad y salud de los trabajadores número 155 y la Recomendación de acompañamiento número 164 de la OIT.
- El Convenio sobre los servicios de salud en el trabajo número 161 de la OIT y la Recomendación de acompañamiento de la OIT número 171.

- La Recomendación OIT número 97 sobre la protección de la salud de los trabajadores.
- La Recomendación OIT número 112 sobre los servicios de medicina del trabajo.
- El Octavo Informe del Comité Mixto OIT/OMS sobre Higiene del Trabajo.
- La Directiva Marco de la Comunidad Europea 1989/391/CEE relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud de los trabajadores en el trabajo.
- Código Internacional de ética para los profesionales de la salud ocupacional.

Una vez aprobada la Orden SAS/1348/2009 de 6 de mayo por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería del Trabajo, donde se describen las competencias profesionales de esta especialidad permite no sólo conocer las atribuciones profesionales de esta disciplina en un escenario laboral tan específico en el que se viene desarrollando la profesión a lo largo de varias décadas, sino que también resulta esencial para conocer su identidad colectiva como profesión.

Los cambios que se han producido en el desarrollo disciplinar de esta especialidad en los últimos cincuenta años motivan esta investigación centrada en el análisis de la evolución profesional basada en el desarrollo de nuevas competencias laborales. Para su desarrollo cada acción requiere valorar su conveniencia, identificar el problema, elegir la mejor intervención entre las posibles, proponer las actividades más pertinentes, reflexionar sobre todo el proceso realizado, y buscar mejoras para explicar las actuaciones realizadas en las nuevas situaciones que puedan producirse. Por ello el proceso consiste de una parte en aplicar los conocimientos prácticos obtenidos mediante investigaciones científicas basadas en postulados teóricos, y de otra, en el análisis de los conocimientos técnicos existentes perfeccionados con la experiencia clínica o a través de las conclusiones obtenidas de la investigación aplicada³².

La Organización Panamericana de la Salud dependiente de la OMS define la salud laboral como el conjunto de conocimientos científicos y de técnicas destinadas a promover, proteger y mantener la salud y el bienestar de la población laboral, a través de medidas dirigidas al trabajador, a las condiciones de trabajo y a la comunidad, mediante la identificación, evaluación y control de las condiciones y factores que afectan la salud y el fomento de acciones que la favorezcan. Asimismo el desarrollo de la salud laboral debe lograrse con la participación y cooperación de los trabajadores,



empresarios, instituciones específicas de este ámbito y los gobiernos implicados. Para su implementación es necesaria la cooperación interdisciplinar y la constitución de un equipo en el cual debe integrar a los profesionales de salud que prestan sus cuidados a los trabajadores³³.

En este contexto el objetivo último de la Enfermería del Trabajo es satisfacer las necesidades de cuidados de salud de las personas donde desarrollen su cometido profesional, realizando las acciones con la máxima garantía para quienes las reciben, y ofreciendo nuevos y mejores servicios dentro de sus competencias. El rol profesional viene determinado por la comunidad científica y la realidad sociolaboral que establece aquello que se espera de un profesional³⁴. La relación particular entre los conceptos: cuidado, persona, salud y entorno constituye el núcleo de la disciplina y las competencias enfermeras³⁵. Por tanto, el especialista en Enfermería del Trabajo es el profesional sanitario que con una actitud científica responsable y utilizando los medios clínicos y tecnológicos adecuados en cada momento, proporciona una atención especializada mediante la prestación de cuidados de enfermería.

Un análisis de la Enfermería del Trabajo como profesión requiere no sólo el conocimiento sobre los cuidados de salud que se prestan a las personas en los entornos de trabajo, sino también los métodos para abordar los problemas derivados de las deman-

das al proporcionar un servicio a las personas. El conocimiento y la prestación de cuidados en las organizaciones constituyen la esencia y la identidad que justifica nuestro cometido profesional. Para generar ese conocimiento y su posterior aplicación práctica se deben considerar tres premisas previas:

- En la práctica clínica se encuentran los hechos susceptibles de investigación y donde a su vez se aplican las conclusiones y resultados.
- El interés de la investigación permite una explicación científica de las acciones desarrolladas a través del progreso en la práctica profesional.
- La calidad de los cuidados prestados basados en la mejor evidencia científica contribuye a la búsqueda de la excelencia en el ejercicio profesional.

Considerando el marco normativo descrito que define y describe las competencias profesionales del colectivo de especialistas en Enfermería del Trabajo, la trayectoria y experiencia acumulada, la presencia activa en el ámbito de las organizaciones y, por último, la evolución en el compromiso en una atención integral al trabajador, estos aspectos proporcionan identidad y significado al colectivo de la Enfermería del Trabajo cuyo cometido es dar respuesta a las necesidades de cuidados de salud a las personas receptoras de nuestros servicios en los centros de trabajo.



³³ La utilización del término enfermería y los genéricos que se derivan incluye a profesionales de ambos sexos.

³⁴ A los efectos previstos en esta norma se entenderá por servicio sanitario de los servicios de prevención de riesgos laborales la unidad preventivo-asistencial que bajo la responsabilidad de un especialista en medicina del trabajo o diplomado en medicina de empresa, desarrolla las funciones de vigilancia de la salud de los trabajadores reguladas en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales y su normativa de desarrollo.

³⁵ El número de profesionales sanitarios y su horario será adecuado a la población a vigilar, a los riesgos existentes y a las funciones que vayan a desarrollar. Se considera una Unidad Básica Sanitaria (UBS) la constituida por un médico del trabajo o de empresa y un enfermero del trabajo o de empresa a jornada completa. La dotación mínima de profesionales será la siguiente:

- hasta 2.000 trabajadores: 1 UBS
- de 2.001 a 3.500 trabajadores: 48 minutos/trabajador/año
- de 3.501 a 5.000 trabajadores: 45'/trabajador/año
- de 5.001 a 10.000 trabajadores: 40'/trabajador/año
- de 10.001 a 20.000 trabajadores: 38'/trabajador/año
- de 20.001 a 30.000 trabajadores: 36'/trabajador/año
- más de 30.001 trabajadores: 34'/trabajador/año

³⁶ La Constitución fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados y entró en vigor el 7 de abril de 1948. Las reformas adoptadas por la 26^a, la 29^a, la 39^a y la 51^a Asambleas Mundiales de la Salud (resoluciones WHA26.37, WHA29.38, WHA39.6 y WHA51.23) que entraron en vigor el 3 de febrero de 1977, el 20 de enero de 1984, el 11 de julio de 1994 y el 15 de septiembre de 2005 respectivamente, se han incorporado al texto referido.

³⁷ Fecha de adopción del convenio: 22 de junio de 1981. Fecha de entrada en vigor: 11 de agosto de 1983. Ratificado por España en el BOE núm. 270 de 11 de noviembre de 1985. Los convenios son normas internacionales que comprometen y vinculan a los Estados que los ratifican a instaurar las disposiciones establecidas desde un punto de vista legal. De esta forma están obligados a presentar informes periódicos de las medidas adoptadas en el cumplimiento de los contenidos del convenio. Aun así tanto las organizaciones de empresarios como los representantes de los trabajadores tienen la posibilidad de notificar a la OIT sus apreciaciones sobre la aplicación de la norma ratificada en sus respectivos países.

³⁸ Fecha de adopción del convenio: 25 de junio de 1985. Entrada en vigor: 17 de febrero de 1988.

³⁹ Las recomendaciones constituyen junto con los convenios la forma de actuación de la OIT. Aunque no tienen carácter vinculante determinan los principios destinados a orientar las políticas de cada Estado que las asume; frecuentemente complementan las disposiciones que incluyen los convenios.

⁴⁰ Del 2 al 9 de marzo de 1981 se reunió en Ginebra el Comité Mixto OIT/OMS de Higiene en el Trabajo para tratar la enseñanza y la formación a profesionales en higiene, ergonomía, seguridad y salud en el trabajo. El Subdirector General de la OMS, Ch'en Wen-chieh, abrió la reunión bajo el lema de Salud para todos en el año 2000 haciendo referencia al objetivo y las actividades emprendidas por la OMS en relación con la salud de los trabajadores con el fin de hacerles accesible una atención preventiva basada en la aplicación de técnicas adecuadas y la participación de los propios trabajadores.

⁴¹ El artículo 34 de la Ley 33/2011 de 4 de octubre General de salud pública (BOE núm. 240 de 5 de octubre de 2011) establece que los empresarios y trabajadores, a través de sus organizaciones representativas, participarán en la planificación, programación, organización y control de la gestión relacionada con la salud laboral en los distintos niveles territoriales.

Bibliografía

- ¹ insht.es [página principal en internet]. [actualizado 14 Dic 2010; citado 20 Dic 2010]. La Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo 2007-2012. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Disponible en: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Instituto/Estrategia_Seguridad_Salud/estrategia_2007_2012.pdf
- ² Boletín Oficial del Estado. Ley 31/1995 de 8 de noviembre de prevención de riesgos laborales. BOE núm. 269 de 10/11/1995. [Acceso 20 de diciembre de 2010]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/1995/11/10/pdfs/A32590-32611.pdf>
- ³ Arranz S, Carcedo S. Metodología enfermera: una necesidad en salud laboral. Tesela [Rev Tesela] 2010. Disponible en: <http://www.index-f.com/tesela/ts7/ts0007.php>
- ⁴ Carrión A, Núñez C. Presencia enfermera en la comunidad virtual sanitaria. *Metas de Enferm* 2011; 14(6): 3.
- ⁵ Boletín Oficial del Estado. Ley 33/2011 de 4 de octubre General de salud pública. BOE núm. 240 de 5/10/2011. [Acceso 2 de noviembre de 2011]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2011/10/05/pdfs/BOE-A-2011-15623.pdf>
- ⁶ Boletín Oficial del Estado. Gaceta de Madrid. Constitución Española. BOE núm. 311.1 de 29/12/1978. [Acceso 4 de mayo de 2011]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/1978/12/29/pdfs/A29313-29424.pdf>
- ⁷ Boletín Oficial del Estado. Ley 14/1986 de 25 abril General de Sanidad. BOE núm. 102 de 29/4/1986. [Acceso 1 de abril de 2011]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/1986/04/29/pdfs/A15207-15224.pdf>
- ⁸ Boletín Oficial del Estado. Ley 31/1995 de 8 de noviembre de prevención de riesgos laborales. BOE núm. 269 de 10/11/1995. [Acceso 4 de enero de 2011]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/1995/11/10/pdfs/A32590-32611.pdf>
- Boletín Oficial del Estado. Ley 54/2003 de 12 de diciembre de reforma del marco normativo de la prevención de riesgos laborales. BOE núm. 298 de 13/12/2003. [Acceso 26 de abril de 2010]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2003/12/13/pdfs/A44408-44415.pdf>
- ⁹ Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 39/1997 de 17 de enero por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención. BOE núm. 27 de 31/1/1997. [Acceso 25 de abril de 2010]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/1997/01/31/pdfs/A03031-03045.pdf>
- ¹⁰ Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 337/2010 de 19 de marzo por el que se modifican el Real Decreto 39/1997 de 17 de enero por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención; el Real Decreto 1109/2007 de 24 de agosto por el que se desarrolla la Ley 32/2006 de 18 de octubre reguladora de la subcontratación en el sector de la construcción y el Real Decreto 1627/1997 de 24 de octubre por el que se establecen disposiciones mínimas de seguridad y salud en obras de construcción. BOE núm. 71 de 23/3/2003. [Acceso 25 de abril de 2010]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2010/03/23/pdfs/BOE-A-2010-4765.pdf>
- ¹¹ Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 1231/2001 de 8 de noviembre por el que se aprueban los Estatutos generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de Ordenación de la actividad profesional de enfermería. BOE núm. 269 de 9/5/2001. [Acceso 22 de abril de 2010]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2001/11/09/pdfs/A40986-40999.pdf>
- ¹² Boletín Oficial del Estado. Ley 41/2002 de 14 de noviembre básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE núm. 274 de 15/11/2002. [Acceso 4 de julio de 2011]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf>
- ¹³ Boletín Oficial del Estado. Ley 16/2003 de 28 de mayo de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE núm. 128 de 29/5/2003. [Acceso 21 de abril de 2010]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2003/05/29/pdfs/A20567-20588.pdf>
- ¹⁴ Boletín Oficial del Estado. Ley 44/2003 de 21 de noviembre de Ordenación de las profesiones sanitarias. BOE núm. 280 de 22/11/2003. [Acceso 21 de abril de 2010]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2003/11/22/pdfs/A41442-41458.pdf>
- ¹⁵ Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 450/2005 de 22 de abril sobre especialidades de Enfermería. BOE núm. 108 de 6/5/2005. [Acceso 21 de abril de 2010]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2005/05/06/pdfs/A15480-15486.pdf>
- ¹⁶ Boletín Oficial del Estado. Orden SAS/1348/2009 de 6 de mayo por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería del Trabajo. BOE núm. 129 de 28/5/2009. [Acceso 21 de abril de 2010]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2009/05/28/pdfs/BOE-A-2009-8880.pdf>
- ¹⁷ Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 843/2011 de 17 de junio por el que se establecen los criterios básicos sobre la organización de recursos para desarrollar la actividad sanitaria de los servicios de prevención. BOE núm. 158 de 4/7/2011. [Acceso 4 de julio de 2011]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2011/07/04/pdfs/BOE-A-2011-11428.pdf>
- ¹⁸ Boletín Oficial del Estado. Ley 33/2011 de 4 de octubre General de salud pública. BOE núm. 240 de 5/10/2011. [Acceso 2 de noviembre de 2011]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2011/10/05/pdfs/BOE-A-2011-15623.pdf>
- ¹⁹ Organización Mundial de la Salud. Conferencia Sanitaria Internacional; 1946 Jun 19-Jul 22; Nueva York, Estados Unidos. [Acceso 20 de abril de 2010]. Disponible en: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
- ²⁰ Organización Mundial de la Salud. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma-Ata; 1978 Sep 6-12; Kazajistán, URSS. [Acceso 20 de abril de 2010]. Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm
- ²¹ World Health Organization. Global strategy on occupational health for all: the way to health at work. Recommendations of the Second Meeting of the WHO Collaborating Centers in Occupational Health. Geneva, Switzerland: WHO, 1995.
- ²² Organización Internacional del Trabajo. C155 Convenio sobre seguridad y salud de los trabajadores; Ginebra: OIT; 1981. [Acceso 21 de abril de 2010]. Disponible en: <http://www.ilo.org/ilolex/cgi-lex/convds.pl?C155>
- ²³ Organización Internacional del Trabajo. C161 Convenio sobre los servicios de salud en el trabajo; Ginebra: OIT; 1985. [Acceso 21 de abril de 2010]. Disponible en: <http://www.ilo.org/ilolex/cgi-lex/convds.pl?C161>
- ²⁴ Organización Internacional del Trabajo. R97 Recomendación sobre la protección de la salud de los trabajadores; Ginebra: OIT; 1953. [Acceso 18 de abril de 2011]. Disponible en: http://training.ilo.org/actrav_cdrom2/es/osh/iloconv/r97.htm
- ²⁵ Organización Internacional del Trabajo. R112 Recomendación sobre los servicios de medicina del trabajo; Ginebra: OIT; 1959. [Acceso 18 de abril de 2011]. Disponible en: http://training.ilo.org/actrav_cdrom2/es/osh/iloconv/r112.htm
- ²⁶ Organización Internacional del Trabajo. R164 Recomendación sobre seguridad y salud de los trabajadores; Ginebra: OIT; 1981. [Acceso 21 de abril de 2010]. Disponible en: http://training.ilo.org/actrav_cdrom2/es/osh/legis/legisane.htm#R164
- ²⁷ Organización Internacional del Trabajo. R171 Recomendación sobre los servicios de salud en el trabajo; Ginebra: OIT; 1985. [Acceso 21 de abril de 2010]. Disponible en: http://training.ilo.org/actrav_cdrom2/es/osh/iloconv/r171.htm
- ²⁸ Organización Internacional del Trabajo. Enseñanza y formación profesional en higiene y seguridad en el trabajo y ergonomía; Ginebra: OIT; 1981. [Acceso 15 de abril de 2011]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_663_spa.pdf
- ²⁹ Diario Oficial de las Comunidades Europeas. Directiva 89/391/CEE del Consejo relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud de los trabajadores en el trabajo. DOCE núm. L 183 de 29/6/1989. [Acceso 21 de abril de 2010]. Disponible en: http://www.belt.es/legislacion/vigente/seg_ind/prl/principios/comunitaria/dir_89_391_cee.pdf
- ³⁰ International Commission on Occupational Health. Código Internacional de ética para los profesionales de la salud ocupacional. Roma (Italia), 2002.
- ³¹ Grupo de trabajo sobre criterios básicos de recursos sanitarios de los servicios de prevención en Cataluña. Criterios básicos para organizar la actividad sanitaria de los servicios de prevención en Cataluña: propuesta de la Societat Catalana de Seguretat i Medicina del Treball. Arch Prev Riesgos Labor 2003; 89-98.
- ³² Benner P. Práctica progresiva en enfermería. Manual de comportamiento profesional. Barcelona: Ediciones Grijalbo; 1987.
- ³³ Tudón J. La medicina del trabajo y la salud ocupacional. Rev Latinam Salud Trab 2004; 4 (2): 45.
- ³⁴ Teixidor M. La Europa de la salud. Un nuevo espacio para las enfermeras. *Metas Enferm* 2006; 9(6): 61-66.
- ³⁵ Kérouac S, Pepin J, Ducharme A, Major F. El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson; 1996.





OSALAN

*Laneko Segurtasun eta
Osasunerako Euskal Erakundea*
Instituto Vasco de Seguridad y
Salud Laborales

EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO



¡Os esperamos
en Bilbao!



21

seslapBILBAO2012

HERRI ADMINISTRAZIOKO LAN-OSASUNARI BURUZKO BILTZAR NAZIONALA
CONGRESO NACIONAL SALUD LABORAL ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Abril de 2012

AlhóndigaBilbao

XIX CONGRESO SESLAP

25

“El futuro
de la Medicina
del Trabajo
y de la Salud
Laboral en juego”

26

27

Acceda al programa pormenorizado:
ponentes, programa, actividades extra - congresuales,
etc. en la página web del congreso:

www.seslapbilbao2012.es

Más información y contacto:

Secretaría Técnica e23
teléfono: +34 94 439 93 93
email: seslap2012@eventi3.com

Organizan:



Patrocina:



Colaboran:



Programa

Miércoles 25 de Abril

16,00 – 16,30	Inauguración Oficial
16,30 – 17,00	Funcionalidad del Congreso
17,00 – 18,00	Conferencia Magistral "Cancer y salud laboral" Ponente: Dr. Josep Baselga. Instituto IOB. (Actividad en colaboración con la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao)
18,00 – 18,30	Actuación Musical
18,30 – 19,15	Inauguración Exposición Comercial y visita guiada AlhondigaBilbao.
20,30	Recepción en el Ayuntamiento de Bilbao y Ruta de "Pintxos" por el Casco Viejo

MESA 1 – SALA AUDITORIO

JUEVES, 26 DE ABRIL

8,30 – 9,50 DOLOR CRÓNICO, TRATAMIENTO, ADAPTACIÓN AL PUESTO DE TRABAJO

Patrocinado por: PLATAFORMA DEL DOLOR / FUNDACIÓN GRUNENTHAL

Moderador: Dr. José Manuel Álvarez Gómez.
Vicepresidente de la Seslap.
Jefe de los Servicios Médicos de Bomberos del Ayuntamiento de Valencia.

8,30 – 8,45 h. Diagnóstico del Dolor Crónico y Herramientas para la Valoración.

Ponente: Dr. Eduardo Ucar Angulo.
Presidente de la Sociedad Española de Reumatología.

8,45 – 9,00 h. Tratamiento del Dolor Crónico.

Ponente: Dra. María Luisa Franco Gay.
Directora de la Unidad del Dolor del Hospital de Cruces.

9,00 – 9,15 h. Efectos Sobre la Capacidad Psicofísica de los Opioides.

Ponente: Dr. Juan A. Micó Segura.
Profesor Titular de Farmacología de la Facultad de Medicina de Cádiz.

9,15 – 9,30 h. Procedimiento para la Adaptación Funcional del Puesto de Trabajo (Especial Referencia al Informe de Aptitud).

Ponente: Dr. Francesc Francí Fontanet.
Cap del Àrea de Prevenció Seguritat e Salut Laboral de la Subdirecció General de Prevenció i Salut Laboral de la Direcció General de la Funció Pública de la Generalitat Catalana.

9,30 – 9,50 h. Debate

MESA 3 – SALA AUDITORIO

JUEVES, 26 DE ABRIL

10,00 – 10,45 RIESGO PSICOSOCIAL: INTERVENCIÓN / MEDIACIÓN

Moderador: Dr. Juan José Díaz Franco.
Vocal Nacional de Atención Primaria Urbana del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España.

10,00 – 10,15 h. Intervención sin Demanda Judicial.

Ponente: Don Fernando Romero Gutiérrez.
Consultor RRHH, Master RRHH UPV.
Ex director de RRHH Unión Española de Explosivos Galdakao.

10,15 – 10,30 h. Intervención con Demanda Judicial: Experiencia Piloto.

Ponente: Doña Beatriz García Cela.
Magistrada del Juzgado de lo Social nº 3 de Bilbao.

10,30 – 10,45 h. Debate



MESA 5 – SALA AUDITORIO

JUEVES, 26 DE ABRIL

11,15 – 12,30 GESTIÓN DE I.T.: LA IMPLICACIÓN ES EL ÉXITO

Moderador: Dr. Iñaki Enriquez Olarte.
Coordinador Médico del INSS de Bizkaia.

11,15 – 11,30 h. Aplicación Específica en la Administración Pública.

Ponente: Dr. Xabier Elexpe Uriarte.
Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco.

11,30 – 11,45 h. Valoración de la Aptitud tras I.T., según la Guía del INSS.

Ponente: Dr. José Manuel de Vicente Pardo.
Coordinador Médico del INSS de Gipuzkoa.

11,45 – 11,55 h. Examen de Salud de Reingreso tras I.T., Valoración Aptitud Médica.

Ponente: Dra. Begoña Escuzza Goti.
Jefa de la Unidad Básica de Salud de Inspección Médica del Ayuntamiento de Bilbao.

11,55 – 12,10 h. Aspectos Legales Específicos de la Administración Pública (Estatuto Básico de la Función Pública).

Ponente: Don Javier Victoria de Lecea Echebarria.
Jefe de la Subárea de Selección y Desarrollo Profesional del Ayuntamiento de Bilbao.

12,10 – 12,30 h. Debate.

MESA 7 – SALA AUDITORIO

JUEVES, 26 DE ABRIL

12,45 – 13,45 REAL DECRETO: DE LA VIGILANCIA INDIVIDUAL A LA COLECTIVA. LUCES Y SOMBRAS

Organiza: OSALAN

Moderador: Dra. Vega García López
Jefa de Sección de Epidemiología Laboral del Instituto de Navarra de Salud Laboral.

12,45 – 13,05 h. Nueva Normativa: El Fin de un Modelo.

Ponente: Dr. Juan Carlos Coto Fernández.
Jefe de Salud Laboral de Osalan.

13,05 – 13,20 h. Vigilancia Colectiva: Valoración y Mejoras.

Ponente: Dr. Félix Urbaneja Arrue.
Responsable de Epidemiología y Sistemas de Información de Osalan.

13,20 – 13,45 h. Debate.

MESA 9 – SALA AUDITORIO

VIERNES, 27 DE ABRIL

9,30 – 10,30 ASPECTOS DE RESPONSABILIDAD LEGAL DE LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN

Moderador: D. Luis Angel Garrido Bengoetxea.
Presidente de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco.

9,30 – 9,45 h. Siniestralidad Laboral.

Ponente: D. Juan Manuel de Oña Navarro.
Fiscal de la Sala del Tribunal Supremo.
Especialista en Siniestralidad Laboral.

9,45 – 10,00 h. Responsabilidad Penal.

Ponente: Dña. Edurne Miranda Herrán.
Fiscal del Tribunal Superior del País Vasco.

10,00 – 10,15 h. Responsabilidad Patrimonial.

Ponente: D. Federico Andrés Lopez de la Riva Carrasco.
Secretario General del Pleno Ayuntamiento de Madrid.

10,15 – 10,30 h. Debate.

MESA 11 – SALA AUDITORIO

VIERNES, 27 DE ABRIL

11,30 – 12,50 FORMACIÓN CONTINUA POSGRADO

Moderador: Profa. Dra. María Castellano Arroyo.
Catedrática de Medicina Legal Universidad de Granada.
Presidenta de la Comisión Nacional de Medicina del Trabajo.

11,45 – 12,00 h. Papel de las Sociedades Científicas, Formación Técnica.

Ponente: Dr. Alvar Net Castell.
Presidente de la Academia de Ciencias Médicas de Cataluña y Baleares.

12,00 – 12,15 h. La Formación Continuada del Personal Sanitario en los Servicios de Prevención.

Ponente: Dr. Pedro Pablo Uriarte Astarloa.
Subdirector de Planificación de Osalan.
Miembro de la Comisión Nacional de Medicina del Trabajo.

12,15 – 12,30 h. La Formación Continuada de Seguridad, Higiene y Ergonomía.

Ponente: D. Felipe Batuecas Franqueiro.
Consejero Técnico del Secretario General de Universidades. Secretaria General de Universidades.

12,30 – 12,50 h. Debate.

23



BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN XIX CONGRESO SESLAP

DATOS PERSONALES (Cumplimentación en mayúsculas).

Apellidos _____	Nombre _____
Entidad / Empresa _____	Cargo _____
Profesión _____	CIF / NIF _____
Dirección _____	C.P. _____ Ciudad _____
Provincia _____ Tfno.: _____	E-mail _____

TARIFA:*	Hasta 29 de febrero de 2012	Hasta 24 de abril de 2012
Miembro: SESLAP, SESMT, AEEMT	<input type="checkbox"/> 375.00 €	<input type="checkbox"/> 450.00 €
No miembro	<input type="checkbox"/> 440.00 €	<input type="checkbox"/> 540.00 €
Profesionales en periodo de formación *	<input type="checkbox"/> 300.00 €	<input type="checkbox"/> 350.00 €
Estudiantes UPV / EHU	<input type="checkbox"/> 50.00 €	<input type="checkbox"/> 50.00 €
Cuota de acompañante **	<input type="checkbox"/> 150.00 €	<input type="checkbox"/> 150.00 €
Importe Total a pagar: _____, _____ €		

* Para los Profesionales en Periodo de Formación y estudiantes de la UPV /EHU será obligatorio el envío de la acreditación de estudiante a la Secretaría Técnica por email: seslap2012@eventi3.com

** La tarifa de estudiantes de la UPV/EHU sólo incluye la asistencia a las Sesiones Científicas

CONFIRMACIÓN ASISTENCIA ACTOS SOCIALES.

Miércoles día 25 de abril: Recepción de bienvenida en el Ayuntamiento de Bilbao + ruta de "pintxos".	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Jueves día 26 de abril: Almuerzo	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Jueves día 26 de abril: Cena Oficial en la Sociedad Bilbaína	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

La inscripción puede realizarse Online o mediante el formulario de inscripción.

- Online: En la página web del congreso www.seslapbilbao2012.es
- Boletín de Inscripción: Cumplimente el boletín de inscripción adjunto
 - Realice una transferencia bancaria a favor de Sociedad Española de Salud Laboral en la Administración Pública por el importe de su suscripción al número de cuenta corriente BBVA: **0182-0005-10-0201553586**
 - Envíe el formulario y un justificante de la transferencia escaneados a: seslap2012@eventi3.com

Política de Cancelación

Las cancelaciones deberán hacerse por escrito enviando un email a la Secretaría Técnica, seslap2012@eventi3.com.
 Todas las cancelaciones tendrán una penalización de 50 euros por gastos de gestión.
 El plazo de solicitud de devolución de las cuotas finaliza el 23 de marzo. A partir de esa fecha no se podrá solicitar la devolución de la misma.
 La Secretaría Técnica tramitará las devoluciones una vez finalizado el congreso.
 Nota: la remisión de este boletín incluye la aceptación de la política de cancelación.

Política de privacidad

Sus datos personales formarán parte de un fichero propiedad de Eventí3 S.L., que cuenta con las medidas de seguridad necesarias para garantizar la total seguridad de los datos. En cumplimiento con la normativa vigente en materia de Protección de Datos, usted podrá ejercer los derechos de acceso, cancelación, rectificación y oposición que reconoce la LOPD poniéndose en contacto con Eventí3 S.L. o enviando un e-mail a: seslap2012@eventi3.com.

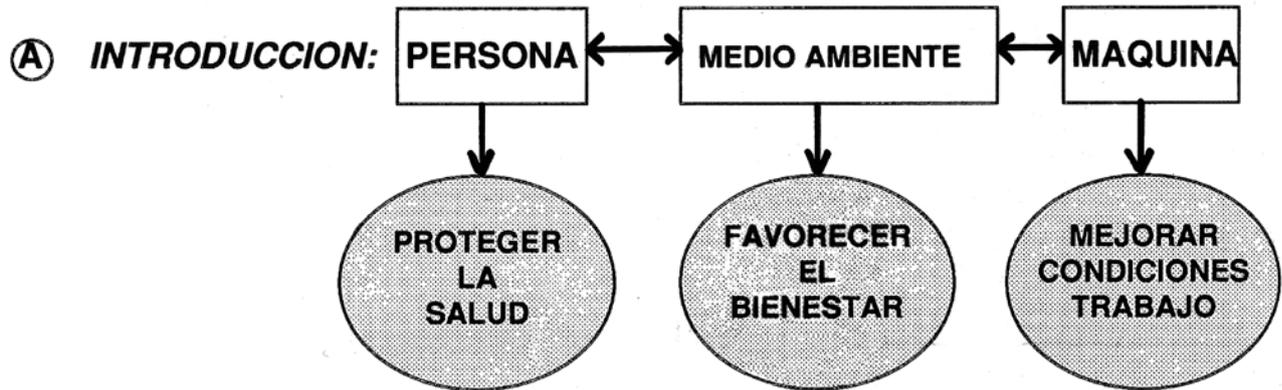
BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN
XIX CONGRESO SESLAP
 Secretaría Técnica e23
 Alda. Urquijo 54 - 1º Izda. 48011 Bilbao
 Tel. 94 439 93 93 / seslap2012@eventi3.com



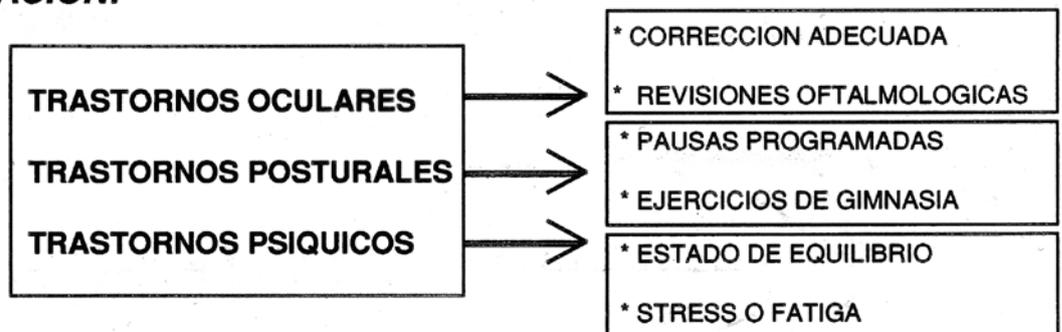
Sociedad Española
de Salud Laboral en
Administración Pública

Campaña de información y medidas preventivas para trabajos con terminales de pantallas.

Dr. Amado Cuadrado.



(B) INFORMACION:



* **IMPORTANCIA DE LA ERGONOMIA:** LA PANTALLA, LA MESA, LA SILLA
 : EL TECLADO, LOS RUIDOS
 : LAS RADIACIONES, LA ILUMINACION

(C) CONCLUSIONES:

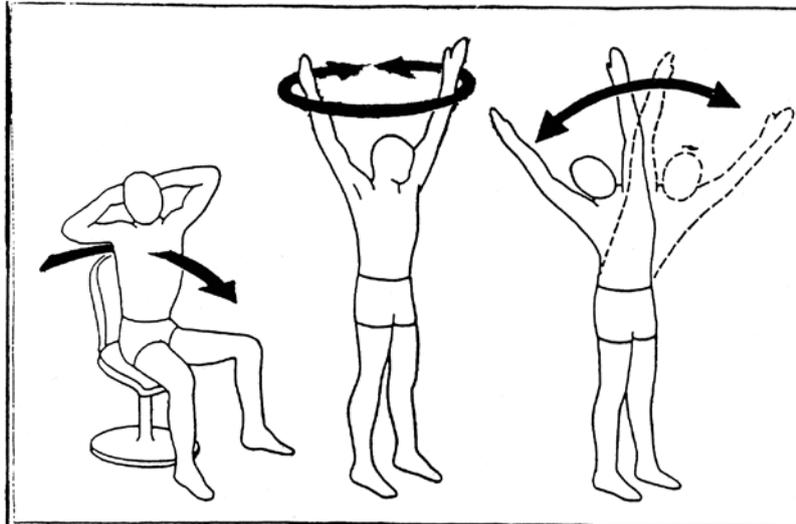


* TODOS ESTOS TRASTORNOS Y MOLESTIAS PUEDEN SER REVERSIBLES Y EN LA MAYOR PARTE DE LOS CASOS, EVITABLES, ADOPTANDO **MEDIDAS PREVENTIVAS**

* LA SALUD DEL INDIVIDUO ESTA INTIMAMENTE RELACIONADA CON LAS EXIGENCIAS DE ADAPTACION IMPUESTAS POR EL MEDIO.

A LOS MUSCULOS LES GUSTA EL MOVIMIENTO

(Tablas de Ejercicios)



- Fig. 47 -- Ejercicios de relajación y gimnástica compensatoria (ejemplos).
- Con las manos en la cabeza, yerga el tronco y estílolo hacia atrás. Relájese a continuación como si se desderezara.
 - Levantar los brazos y efectuar unos movimientos rotatorios del tronco desde la cintura. Relájese a continuación.
 - Con los brazos en alto, doblar suavemente el tronco a izquierda y derecha. Relájese a continuación.
 - Realice algunos movimientos rotatorios de cabeza, lentamente.
 - Camine algunos pasos sobre la punta de los pies. Siéntese luego y relaje las piernas.

Ejercicios para la columna cervical

Posición Inicial
Sentado en una silla, con brazos caídos.

Realización 1.ª fase
Flexionar la cabeza hacia delante, hasta que la barbilla toque el pecho (línea cerrada).

Realización 2.ª fase
Pasar la flexión a extensión total cabeza y cuello.

Posición Inicial
Sentado en una silla, con brazos caídos.

Realización 1.ª fase
Inclinar la cabeza hacia la derecha, con la mirada al frente.

Realización 2.ª fase
Inclinar la cabeza hacia el lado izquierdo, con la mirada al frente.

Posición Inicial
Sentado en una silla, con brazos caídos.

Realización 1.ª fase
Girar la cabeza, hacia el lado derecho, en rotación.

Realización 2.ª fase
Girar la cabeza, hacia el lado izquierdo, en rotación.

Posición Inicial
Sentado en una silla, con brazos caídos.

Realización 1.ª fase
Realizar un círculo con la cabeza en el sentido de las agujas del reloj.

Realización 2.ª fase
Realizar un círculo con la cabeza en sentido contrario a las agujas del reloj.



DENTRO DE LOS EJERCICIOS GIMNASTICOS PODEMOS INCLUIR ALGUNOS EJERCICIOS OCULARES:

Mire hacia la izquierda y después hacia la derecha (realizar esta operación unas cuantas veces).

Después hacia arriba y luego hacia abajo (repetir la operación varias veces).

Esto representa un cambio con respecto a la mirada constante hacia el teclado.



LOS PEQUEÑOS MUSCULOS FACIALES TAMBIEN NECESITAN ESTIMULO:

Arrugue su cara todo lo que pueda y estírela después todo lo que pueda.





2012

FELIZ NAVIDAD Y PRÓSPERO AÑO
MOYLU YENI YILLAR
BON NADAL I FELIÇ ANY NOU
FELIZ ANO NOVO
GODT NYTT ÅR
ZORIONAK ETA URTE BERI ON
BONNE ET HEUREUSE ANNÉE
BONES NAVIDAES FELIZ AÑU NUEU
FROHE WEIHNACHTEN UND EIN GUTES NEUES JAHR
BO NADAL E FELIZ ANINOVO
MERRY CHRISTMAS AND HAPPY NEW-YEAR
BON NADAU E ERÓS AN NAU
GOTT NYTT ÅR
GELUKKIG NIEUWJAAR
SELAMA TTAHUN BARU
MISTÓS ULA QUÉ TA BUTÉN GERÓ DE BERG
祝你们 新年好!
С HOBBИM ГОДОМ!
ST' ASTNÝ NOVÝ ROK
GODT NYTÅR
שנה טובה ומאושרת!
新年 おめでとうございます
ساله و سالخه
SZCZEŚLIWEGO NOWEGO ROKU
KA ΛΑ ΧΡΙΣΤΟΥΓΕΝΝΑ ΚΑΙ ΚΑΛΗ ΠΡΩΤΟΧΡΟΝΙΑ