

S.E.S.L.A.P.

Enero - Junio 2010 • Volumen II • Número 9



PRE-PROGRAMA
Página 8



Sumario:

4 Editorial

Artículos originales:

5 Prevención de los trastornos musculares relacionados con la actividad laboral

11 Más razones para intervenir sobre el tabaco en los centros de trabajo

25 Enfermería del trabajo, una nueva etapa

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 HOBYM ГОДОМ!
ST' ASTNÝ NOVÝ ROK
GODT NYTÅR
שנה טובה ומאושרת!
新年 おめでとうございます
سال و فلاح بمر
SZCZEŚLIWEGO NOWEGO ROKU
KA ΛΑ ΧΡΙΣΤΟΥΓΕΝΝΑ ΚΑΙ ΚΑΛΗ ΠΡΩΤΟΧΡΟΝΙΑ



SESLAP

Director

AMADO CUADRADO FERNANDEZ

Asesor de Dirección

JUAN JOSE SANCHEZ MILLA

Consejo de Redacción

CARLOS BELTRAN DE GUEVARA BERICIBAR

IÑIGO APELLANIZ GONZALEZ

JUAN GOIRIA ORMAZABAL

JAVIER GONZALEZ CABALLERO



3

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

MARIA PILAR MORENO MARTINEZ. Ayuntamiento de Zaragoza

FRANCISCO VICENTE FORNÉS UBEDA. Ayuntamiento de Valencia

JOSE LUIS RUIZ CIRUELOS. Servicio Navarro de Salud

M^º ANGELES LORENTE DEL PRISCO. Ayuntamiento de Sabadell

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 OPINIÓ...

Las medicinas "naturales"

editorial

Dr. Amado Cuadrado Fernández

4

El ser humano concede virtudes mágicas a todo lo que no comprende, y teme aquello que desconoce.

Las medicinas llamadas "naturales" conservan todavía un cierto prestigio.

De aquí la moda de preferir los alimentos "biológicos", determinadas fuentes termales, que ya eran objeto de culto en la época de los Galos, o ciertas tisanas, a los medicamentos patentados.

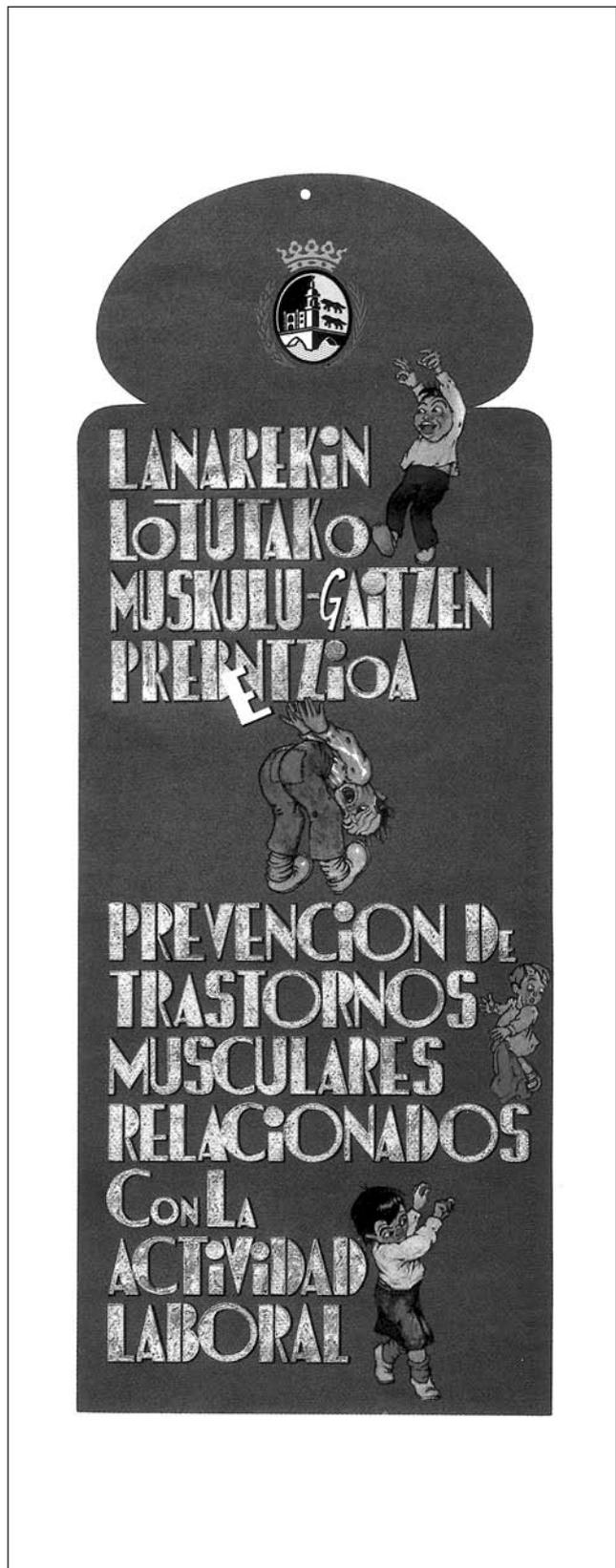
Por todo ello, podemos afirmar que el hombre occidental admite difícilmente la coexistencia de lógicas diferentes.

Cada pueblo posee el sistema sanitario que conviene a su cultura, creencias, estructuras sociales y a su visión del mundo, evolucionando a lo largo de los tiempos y asociándose MAGIA y CIENCIA.



Prevención de los trastornos musculares relacionados con la actividad laboral

Dr. Amado Cuadrado Fernández. Ayuntamiento de Bilbao.



INTRODUCCIÓN HISTÓRICA

La Historia nos habla de una estrecha relación entre los grandes Padres de la Medicina (*Hipócrates, Galeno*) con el mundo de la actividad física.

- *Galeno* (131 - 201 a. J.C.) introdujo las palabras: *cifosis, lordosis, escoliosis*.
- *Ambroise Paré* (1.10. - 1,590) llegó a pensar que la postura defectuosa era una causa probable de *escoliosis*. Prestó una especial atención a los hábitos posturales y de sentarse, como medida preventiva y a los corsés y al ejercicio como métodos de tratamiento.
- En el transcurso del Siglo XIX, los hábitos posturales continuaron considerándose la causa de la *escoliosis*.
- A lo largo de los años, muchos autores han demostrado la importancia de una buena alineación corporal y su relación con la eficacia funcional.
- La postura de las personas aparece como influida por tres factores fundamentales. *La herencia, la enfermedad y el hábito*.
- La alineación corporal defectuosa, tanto si se debe a demandas laborales como a ciertos hábitos posturales, acaba limitando la función normal.

¿POR QUÉ SE REALIZA ESTA CAMPAÑA PREVENTIVA?

Los datos obtenidos en los reconocimientos médicos periódicos, que se realizan en el Servicio de Salud Laboral, junto con los proporcionados por la Inspección Médica Municipal, nos indican que los problemas músculo-esqueléticos ocupan los primeros lugares de causa más frecuente de baja laboral y de administración de medicamentos para tratar estos problemas.

¿CUALES SON LOS OBJETIVOS

Esta campaña preventiva tiene como objetivo que los/as trabajadores/as estén bien informados/as sobre



los problemas de salud y enfermedad derivados fundamentalmente de las posturas que adoptan durante el cumplimiento de la jornada laboral y tratar de prevenirlos.

Motivarles para que realicen una serie de ejercicios de relajación, estableciendo pautas de corta duración durante la jornada laboral, para relajar la musculatura contracturada y favorecer la irrigación sanguínea.



¿QUE METODOS SE VAN A EMPLEAR?

6 Uno de los métodos más utilizados para la información y educación sanitaria: **“Los Carteles”**, cuya principal función es atraer la atención, de un modo intenso y rápido sobre un tema, pero además de informar, debe inducir a cambios de conducta.

Los/as empleados/as municipales podrán situar el cartel en lugar adecuado, próximo a su lugar de trabajo, visualizándolo con facilidad y no estorbando la estética del lugar, adaptándose además a columnas, paredes, cristal, etc..., de manera discreta y relajada, en evitación de confusión con otros tipos de propaganda y publicidad.

Se complementará con un **“Tríptico”**, con recomendaciones y consejos muy directos y abreviados (ejercicios de relajación).

Este **“Tríptico”** se entregará a cada empleado/a, después de una **“Charla”** (higiene postural, sedentarismo, obesidad, stress, ...), que se dará por todas las dependencias de la Administración, en fecha y hora establecidas con anterioridad con los jefes de los respectivos servicios.



RESUMEN

- Descubre los beneficios del ejercicio.
- A los músculos les gusta el movimiento.
- Si quieres evitar contracturas musculares, dolorosas e irritantes, realiza esta serie de ejercicios.
- Al final de la jornada, la fatiga será menor, te ayudará a descargar las tensiones nerviosas del cuerpo y de la mente acumuladas durante la jornada laboral y te encontrarás mejor a lo largo del día.



RESULTADOS

Los datos obtenidos en los reconocimientos médicos periódicos que se realizan en el Servicio de Salud Laboral están apuntando a una mejora, que se traduce en un aumento del número de trabajadores/as que hacen los ejercicios de relajación y un mayor interés por mejorar los hábitos de vida (mala higiene postural) sedentarismo, obesidad, stress, ...).

Más que un porcentaje estadístico inicial, el mayor interés estriba en el seguimiento a lo largo del tiempo de los cambios de actitud positiva, con objeto de instaurar pautas de refuerzo, que se sabe son necesarias para evitar el retraso que se suele producir entre el conocimiento (mediante información) sobre estos hábitos de vida y la necesaria motivación.

CONCLUSIONES

- La defensa de la salud la hacemos mediante acciones preventivas.
- Los trastornos del sistema músculo-esquelético son actualmente un importante problema para los Servicios de Salud Laboral.
- Gran parte de este sufrimiento y gastos son evitables.
- Casi todos los dolores de espalda surgen de problemas musculares, que se pueden prevenir o mitigar:
 - mejorando la postura
 - realizando ejercicios
 - mejorando hábitos o estilos de vida.
- En la actualidad, la educación sanitaria ha pasado a ocupar un lugar central en la estrategia de la salud laboral.
- Es una obligación por nuestra parte mantener informados/as a los/as trabajadores/as de aquellos problemas o actitudes (hábitos) que pueden afectar a su salud, con el fin de conseguir modos de vida más saludables, que reduzcan al mínimo las amenazas de salud, pero que al mismo tiempo permita a los/as trabajadores/as desarrollar y disfrutar de las actividades cotidianas de la vida.
- Creo en los/as trabajadores/as, por tanto, esta información-motivación será útil en la prevención de enfermedades, lesiones, incapacidades, ...

¡¡Creo que es posible!!



Palma

10, 11, 12 Noviembre 2010



**“Una mano abierta a la prevención
en las Administraciones Públicas”**



Avance de programa

Estado de salud del personal al servicio de las Administraciones Públicas

- Siniestralidad y absentismo
- Enfermedad profesional oculta
- Lumbalgia, depresión, estrés, cefalea, ...

Gestión de la Prevención en la Administración Pública

- Política preventiva de la organización
- Integración de la prevención
- Coordinación empresarial
- Promoción de la salud
- Coordinación entre sistemas de salud
- Formación

Mujer e Igualdad

- Gestación y lactancia
- Riesgos específicos
- Adaptación de puestos de trabajo
- Conciliación de la vida familiar y laboral
- Planes de Igualdad

Riesgos prevalentes en las Administraciones Públicas

- Radiaciones
- Acoso
- Riesgos biológicos
- Estrés laboral

Actuación en emergencias y otras amenazas para la Administración Pública

- Planes de autoprotección
- Pandemias
- Situaciones de catástrofe

“Una mano abierta a la prevención en las Administraciones Públicas”





10

Sede del Congreso
Hotel Meliá Palas Atenea



www.seslap.com



Universitat de les
Illes Balears

Secretaría Técnica

C/ Jaime III, 17

07012 Palma de Mallorca

Tel. 971 749 180 / 693 773 224

seslap@ingennia.net

Eventos
ingennia



Govern de les Illes Balears
Conselleria de Treball i Formació



Govern de les Illes Balears
Conselleria d'Interior

Ajuntament  de Palma

Más razones para intervenir sobre el tabaco en los centros de trabajo

No hay más que un modo seguro de dar una vez en el clavo, y es dar ciento en la herradura. Unamuno.

González, J.
Enfermero del Trabajo

RESUMEN:

En la lucha contra el tabaquismo la Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo juega un papel primordial. Su entrada en vigor ha sido considerada como uno de los principales logros en salud pública en los últimos años. Establece de forma clara la prohibición de la publicidad y promoción del tabaco, evita la exposición al humo ambiental de tabaco en el centro de trabajo y estimula la instauración de planes de ayuda a los fumadores que desean dejar de fumar.

Las Unidades Básicas Sanitarias (UBS) por su accesibilidad, metodología de trabajo y características de su actividad asistencial constituyen un marco idóneo para el abordaje del tabaquismo. Sus profesionales tienen un papel relevante ante los consumos de tabaco de la población laboral, tanto desde el punto de vista de la prevención, tratamiento o como modelo de conductas saludables¹.

PALABRAS CLAVE:

Tabaquismo. Salud Laboral. Deshabituación tabáquica. Profesional sanitario.

ABSTRACT:

In the fight against smoking Law 28/2005 of health measures against smoking plays a role. Its entry into force has been considered a major public health achievement in recent years. Clearly establishes the prohibition of advertising and promotion of snuff, avoid exposure to environmental smoke snuff in the workplace and encourages the establishment of plans to help smokers who want to quit.

Basic Health Units for its accessibility, working methods and characteristics of their daily work is an ideal framework for addressing smoking. Its professionals have a role to snuff consumption of the working population, both from the standpoint of prevention, treatment or as a model of healthy behaviours.

KEY WORDS:

Tobacco dependency. Occupational health. Smoking cessation. Health care professional.

INTRODUCCIÓN

La evolución de los consumos de drogas constituye en cada país un fenómeno dinámico condicionado por múltiples factores de carácter social y económico con origen y dimensiones tanto nacionales como internacionales. En todos estos ámbitos el impacto que tiene el consumo de las distintas sustancias psicoactivas continua siendo elevado, tanto en términos de incapacitación personal como de morbilidad, mortalidad, y otros costes sociales y sanitarios^{2,3}.

El carácter multidimensional que define la compleja realidad asociada al fenómeno de las drogas, los problemas y los daños evitables relacionados con los consumos de éstas, constituyen en conjunto uno de los principales problemas planteados en el ámbito de la salud pública⁴.

Además de los factores socioeconómicos que afectan a las tendencias globales del consumo de drogas, en el desarrollo de la adicción a las diversas sustancias psicoactivas influyen otros condicionantes, entre los que cabe señalar las características biológicas de la condición humana, o la función psicológica instrumental que cada persona atribuye a una sustancia concreta en el marco de su estilo de vida particular. De igual modo hay que considerar la evolución de los valores culturales que tienen que ver con las conductas adictivas y de consumo en general.



En consecuencia cualquier intervención que aspire a mejorar significativamente esta situación debe necesariamente abordarse desde planteamientos estratégicos integrales, desarrollados en cada uno de los posibles contextos laborales de aplicación. En este contexto la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016⁵ se configura como un marco de referencia para todas las Administraciones Públicas y las organizaciones sociales. Pretende ser una herramienta que pueda ser usada para promover, facilitar y apoyar a cada instancia implicada en desarrollar su trabajo en el logro de disminuir de forma significativa los consumos de drogas y prevenir al máximo el impacto sanitario y social de los diversos problemas y menoscabos relacionados con los mismos. En el caso que nos ocupa se dispone a su vez de la Ley 28/2005 de 26 de diciembre de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, suministro, el consumo y la publicidad de los productos de tabaco⁶, que establece la limitación para fumar en el lugar de trabajo en espacios cerrados, y ha modificado el escenario de las intervenciones sobre tabaquismo en el medio laboral. De esta forma la Ley prioriza el tabaquismo dentro del ámbito de la salud laboral y obliga a mejorar el conocimiento acerca de los programas de prevención del tabaquismo y su desarrollo e implantación en este entorno⁷.

La disminución del consumo de tabaco dentro de la propia empresa condiciona una disminución de la contaminación de interiores por humo de tabaco⁸ que se traduce en una mayor protección de la salud de todos los trabajadores, fumadores y no fumadores. El tabaquismo pasivo supone un riesgo para la salud demostrado, evaluado y reconocido^{9,10,11}. El estudio de Brennan et cols. concluye que la exposición al humo de tabaco en el lugar de trabajo se asocia a mayor riesgo de cáncer de pulmón que si la exposición tiene lugar en el domicilio¹².

Los programas de deshabituación tabáquica en el medio laboral

Las actividades preventivas de promoción de la salud en el medio laboral, dentro de las que se enmarcan la prevención y el control del tabaquismo, tienen su origen al final de los años setenta¹³. En EEUU y otros países anglosajones las intervenciones sobre tabaquismo en el mundo laboral se realizaron habitualmente desde la década de los años ochenta^{14,15}. Los motivos

para su implementación fueron fundamentalmente los relacionados con la seguridad en la empresa (prevención de incendios...), aunque el posterior conocimiento de los efectos perjudiciales sobre la salud de la inhalación de aire contaminado con humo de tabaco contribuyeron a su desarrollo^{16,17,18}. Inicialmente este tipo de intervenciones se limitaron exclusivamente a restricciones para fumar en el puesto de trabajo y se complementaron con programas de ayuda al fumador dentro de la propia empresa^{19,20}. Así los programas de ayuda al fumador en el medio laboral pasaron del 3% en 1980 al 36% en 1990 en el total de las empresas norteamericanas, incrementándose en conjunto todas las actividades de promoción de la salud en los centros de trabajo^{21,22,23}.

La población laboral activa constituye un estrato amplio de la sociedad y posee además unas características comunes: estructuración social, espacial, temporal, recursos humanos, técnicos y económicos. Estas características no sólo facilitan y favorecen la intervención preventiva sino que además contribuyen de forma muy positiva a alcanzar objetivos preventivos, tanto en su propio medio como en el conjunto de la comunidad²⁴. Las actividades desarrolladas con población laboral han de basarse por el enfoque de salud integral que propugna el Plan Nacional sobre Drogas²⁵ y deben contemplarse incardinadas como parte del desarrollo de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales. El abordaje de la prevención del consumo de tabaco en el escenario laboral requiere de estrategias y actuaciones específicas en las que son necesarias la implicación tanto de las empresas como de los trabajadores y sus representantes sociales, conjuntamente con los servicios de prevención de riesgos laborales. En este sentido se considera muy importante el papel que debe desarrollar la Comisión para la Prevención y el Tratamiento de las Drogodependencias en el Ámbito Laboral²⁶.

La política de prevención de riesgos laborales implica un conjunto amplio y heterogéneo de actuaciones de los estamentos públicos dirigido a la promoción y mejora de las condiciones de trabajo. Desde esta perspectiva de promoción y mejora las Administraciones Públicas han de establecer medidas de estímulo para aquellas empresas que inviertan en prevención y/o tengan una intervención activa y de resultados positivos en este terreno no circunscribiéndose a la función reguladora o sancionadora²⁷.



Criterios propuestos por la Red Europea de Promoción de Salud en el Medio Laboral²⁸:

- Las políticas de prevención y control del tabaquismo deben formar parte de una ética y cultura corporativas, y deben ser promovidas de forma activa.
- Los representantes de los trabajadores deben jugar un papel clave en el desarrollo y la aplicación de las políticas de prevención y control del tabaquismo en el medio laboral.
- Los empleados que fuman deben recibir el apoyo necesario para dejar de fumar, incluidos los tratamientos conductuales y farmacológicos de eficacia probada.
- Todas las empresas deben adoptar una política sobre prevención y control del tabaquismo que proteja los derechos y responda a las necesidades de las personas que no fuman, respecto de los derechos y necesidades de quienes fuman.
- Todos los empleados deben recibir información sobre las consecuencias del consumo de tabaco sobre la salud.
- Se debe asignar una financiación adecuada que permita la aplicación de los programas así como de las campañas informativas.

Los programas de deshabituación tabáquica en las empresas deben ser un componente esencial de la prevención de riesgos laborales incluido en el plan general de salud de la organización. La prevención aplicada al consumo de tabaco supone un conjunto de actuaciones orientadas a evitar los daños a la salud por lo que su referente fundamental, tanto para identificar los problemas como para verificar la idoneidad de las soluciones, no es otro que el propio estado de salud de los trabajadores²⁹.

La ayuda para dejar de fumar debe suponer una nueva orientación en la actividad sanitaria de las UBS. Los profesionales de la enfermería y medicina del trabajo deben estudiar y analizar la interacción entre el consumo de tabaco y las condiciones de trabajo que puedan influir en los trabajadores con el fin de detectar posibles daños a la salud y facilitar así las actuaciones encaminadas a una intervención eficaz³⁰.

Los programas de deshabituación tabáquica son un elemento para la promoción de la salud de los trabajadores. En términos de salud, la relación del trabajador y su entorno laboral no pueden considerarse aisladamente. Las interacciones entre condiciones laborales

y extralaborales, entre exposiciones ambientales y patrones culturales, entre comportamientos individuales y condiciones socioeconómicas, acaban siendo determinantes del nivel de salud de las personas.

Los programas de deshabituación tabáquica en las empresas requieren protocolos de actuación específicos. Un protocolo no debe reducirse a un sistema de registro ni actuar como una herramienta rígida sino servir de guía para obtención progresiva de las informaciones adecuadas de cara al conocimiento de este relevante problema de salud pública. Este protocolo debiera incluir indicaciones sobre las diferentes fuentes de información disponibles para el estudio de este problema así como sobre el análisis sistemático de las distintas informaciones³¹.

Los programas de deshabituación tabáquica deben respetar la intimidad de los trabajadores y la confidencialidad de la información. Todas las actividades de vigilancia de la salud deben someterse a principios éticos de la investigación científica y de la deontología profesional y respetar el derecho de las personas a la confidencialidad de los datos sanitarios. El acceso a los datos y a los archivos médicos individuales deben restringirse sólo a los profesionales sanitarios. Los datos personales sobre la salud deben estar accesibles para cada trabajador y no pueden ser comunicados a terceras personas sin su expreso consentimiento.

Los programas de deshabituación tabáquica se deben ofertar a toda la población laboral. La voluntariedad y el consentimiento informado de los trabajadores que soliciten participar en el programa, ejercidos tanto individualmente como mediante mecanismos de participación colectiva, constituyen uno de los principios esenciales de actuación.

Situaciones, realidades y necesidades que justifican los programas sobre tabaquismo

El consumo de tabaco como factor determinante de diferentes patologías y como primera causa conocida de mortalidad y morbilidad evitables, constituye el principal problema para la salud pública en los países desarrollados³².

El tabaquismo es un trastorno adictivo y está considerado como una enfermedad crónica³³. Debido a su contenido en nicotina y al ser considerada una sustancia que genera adicción, produce alteraciones fisio-



lógicas y psicológicas de dependencia equiparables a otras drogas legales (alcohol) e ilegales (heroína y cocaína)³⁴. La dependencia al tabaco está reconocida como trastorno mental y del comportamiento en la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS (ICD-10)³⁵ y en el Manual de Diagnóstico y Estadísticas de la Asociación Americana de Psiquiatría³⁶.

Se dispone de tratamientos efectivos para ayudar a dejar de fumar. La mayoría de las personas que fuman refieren el deseo de dejar de fumar y un 60% lo ha intentado alguna vez³⁷. Sin embargo anualmente sólo entre un 3% y un 5% de quienes fuman lo consiguen con éxito^{38,39} si realizan el intento de abandono sin ayuda y basado en la voluntad individual. La siguiente tabla recoge los resultados de las intervenciones más difundidas en las que existe evidencia científica de eficacia⁴⁰.



Eficacia de distintas intervenciones en el tratamiento del tabaquismo frente a la no intervención o placebo

Tipo de intervención	Eficacia OR (IC 95%)*
Manuales de autoayuda	
Materiales no personalizados	1,24 (1,07-1,45)
Materiales personalizados	1,80 (1,46-2,23)
Intervención mínima	
Consejo médico	1,69 (1,45-1,98)
Consejo enfermería	1,50 (1,29-1,73)
Consejo telefónico por persona entrenada	1,56 (1,38-1,77)
Intervenciones psicológicas intensivas	
Terapia individual	1,62 (1,35-1,94)**
Terapia grupal	2,19 (1,42-3,37)
Terapia aversiva	1,98 (1,36-2,90)
Intervenciones farmacológicas	
Chicles nicotina	1,66 (1,52-1,81)
Parches de nicotina	1,74 (1,57-1,93)
Spray nasal de nicotina	2,27 (1,61-3,20)
Inhalador de nicotina***	2,08 (1,43-3,04)
Tabletas sublinguales	1,73 (1,07-2,80)
Bupropión	2,75 (1,98-3,81)
Nortriptilina	2,80 (1,81-4,32)
Clonidina	1,89 (1,30-2,74)

* Todas las determinaciones fueron estadísticamente significativas.

** El consejo individual tendrá mayor eficacia dependiendo del tiempo de contacto: OR= 3,2 para 91-300 minutos; OR= 2,8 para más de 300 minutos. Así como el número de sesiones realizadas: OR= 1,9 para 4-8 sesiones; OR= 2,3 para más sesiones.

*** Presentación no comercializada en España.

Fuente: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, 2003.

Ayudar a dejar de fumar es una actividad de costo beneficio manifiesto⁴¹. El tabaquismo es el problema de salud que ocasiona el coste sanitario y social más elevado al que debe hacer frente la sociedad española^{42,43}. De hecho el coste que supone para el Estado excede a lo recaudado en impuestos especiales asignados a los productos de tabaco⁴⁴. Del conjunto de estudios de coste-efectividad disponibles se puede concluir que, comparada con otras intervenciones preventivas o asistenciales, la detección y tratamiento de la dependencia del tabaco a través de los servicios asistenciales se considera una acción coste-efectiva, en términos de coste por año de vida ganado⁴⁵.

Todos los profesionales de la salud deberían conocer y poder aplicar el consejo sanitario de forma sistemática, independientemente del nivel asistencial en el que desarrollan su trabajo. La evidencia científica señala que existen

beneficios en el consejo que los profesionales de enfermería y medicina brindan a los pacientes para dejar de fumar. La intervención breve es una estrategia de intervención en la consulta dirigida a pacientes fumadores que se basa en la evidencia científica y en la opinión de expertos en el tratamiento del tabaquismo. Se diferencia de la intervención intensiva por el tiempo que se dedica a proporcionar la ayuda para dejar de fumar y el número de sesiones de seguimiento. El objetivo principal de la intervención breve es asegurar que toda persona que fuma es identificada cuando acude a consulta y se le ofrece tratamiento, a la par que se pretende que logre avances en el proceso de dejar de fumar y haga intentos para conseguirlo. Muchas personas que fuman son reticentes a acudir a programas intensivos para dejar de fumar y, por lo menos, deben recibir el consejo profesional cuando acuden a consulta⁴⁶. La intervención breve consiste en preguntar al paciente si fuma, aconsejar el abandono del tabaco, valorar la disponibilidad para hacer un intento de dejar de fumar, ayudar a cada persona en el intento de abandono, y por último, fijar visi-

tas de seguimiento⁴⁷. Se ha descrito una gran relación dosis respuesta entre la intensidad de la intervención y los resultados obtenidos. Existe evidencia de que a mayor intensidad se producen tasas más altas de éxito. La intensidad viene dada por una mayor duración de la intervención y por un mayor número de sesiones, cuatro o más.

Desde un punto de vista económico los fumadores incrementan los costes de cualquier empresa al tener mayor morbilidad⁴⁸ y acudir a consulta médica un 50% de veces más que los no fumadores, lo que se traduce directamente en un incremento del absentismo laboral⁴⁹; este hecho ha sido cuantificado en otros países estimándose que los fumadores presentan una probabilidad del 43% de ausentarse de su trabajo durante una semana al año por razones de enfermedad, al compararlos con los trabajadores que no fuman⁵⁰. Este incremento se sitúa principalmente en el grupo de edad de 18-44 años con una media de 2-3 días perdidos al año por fumador motivados por enfermedades relacionadas con el tabaco⁵¹.



Motivos que justifican las intervenciones en el medio laboral⁵²

Motivos	Efectos
De salud pública	Mejora la salud de todos los trabajadores
Sociales	Evita conflictos entre fumadores y no fumadores
Económicos	Disminuye los gastos (sanitarios, absentismos, siniestralidad...)
Legales	Mejora el cumplimiento de la normativa

Efectos de las intervenciones sobre tabaquismo en la empresa⁵³

Objeto de la intervención	Efectos	Beneficios
Trabajador	Disminuye prevalencia Disminuye consumo (cig/día) Acelera el proceso de cambio Disminuye accidentalidad	Mejora la salud del trabajador
Empresa	Mejora el absentismo Disminuye siniestralidad Disminuye costes	Mejora los beneficios

Datos que invitan a la reflexión

En el estudio de Lushchenkova tras la entrada en vigor de la Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo, señala que el 35% de los no fumadores que trabajan refieren estar expuestos al humo ambiental del tabaco (HAT) en su lugar de trabajo, sin diferencias significativas según el sexo. Se observa una tendencia de la exposición al HAT en los centros de trabajo decreciente con la edad: del 40% de los menores de 40 años al 31.8% de los mayores de 59 años en varones, y del 40.8 al 30% entre las mujeres respectivamente. No se observa un patrón claro respecto a la exposición según el nivel educativo. La duración de la exposición en el ámbito laboral fue igual en ambos sexos (1h/día de media)⁵⁴.

La prevalencia de exposición al HAT en personas no fumadoras varía considerablemente en función del país y el lugar de exposición. Se han observados proporciones del 50% de exposición al HAT en las empresas en Hong Kong⁵⁵ y Suiza⁵⁶ o del 16% en Finlandia⁵⁷.

El énfasis de la promoción de la salud en los espacios de trabajo resulta primordial. La modificación de hábitos y estilos de vida conlleva grandes beneficios para la salud. El sedentarismo, la dieta, el tabaco y el abuso de alcohol son las principales causas de morbilidad y mortalidad en los países industrializados⁵⁸. Estos estilos de vida generan un innecesario sufrimiento y una sobrecarga de los sistemas de salud desproporcionada y evitable. La OMS estima que el 80% de las enfermedades cardiovasculares, el 90% de las diabetes tipo 2 y el 30% de todos los cánceres podrían ser prevenidos si la población siguiera una dieta saludable, una adecuado nivel de actividad física y dejara de fumar^{59,60}.

El perfil del fumador atendido en consultas de atención primaria que requiere dejar de fumar corresponde al de un varón en la cuarta década de la vida, con estudios pos-secundarios, en activo a nivel laboral que ya ha realizado más de dos intentos previos de deshabituación, mayoritariamente con terapias sustitutivas de la nicotina y que en la actualidad no se cree capaz de abandonar su adicción sin ayuda externa⁶¹.

Algunas conclusiones de la Encuesta sobre conocimientos, actitudes, creencias y conductas en relación al consumo de tabaco (2008)⁶²:

- La prevalencia del consumo de tabaco entre la población española se sitúa en el 24.1% frente al 76% que declara no fumar en la actualidad, bien porque

no ha fumado nunca (49.9%) o bien porque fumaba en el pasado pero ahora ya no lo hace (ex fumador). Las tendencias mundiales en el consumo de tabaco son las siguientes: las prevalencias más elevadas se dan en EEUU (74%), Líbano (67%), México (60%), Holanda (58%), Ucrania (60%), mientras que las más bajas se encuentran en Sudáfrica (32%) y Nigeria (17%)⁶³.

- Aproximadamente dos de cada tres fumadores consumen más de 10 cigarrillos al día. Fuman más los hombres entre 30 y 44 años así como los que tienen un nivel educativo básico o elemental.
- Uno de cada cuatro fumadores relacionan sus problemas de salud con el consumo de tabaco. Existe una mayor concienciación de los efectos nocivos del tabaco sobre su propia salud entre hombres que entre mujeres y especialmente a medida que aumenta la edad del fumador.
- El 28% de los fumadores declaran haber intentado dejar de fumar alguna vez en el último año. De ellos el 46% no ha superado estar sin fumar más de una semana. Las mujeres logran estar más tiempo sin fumar que los hombres.
- Siete de cada diez fumadores tienen pensado dejar de fumar próximamente. El 60% de ellos planea hacerlo en los seis meses siguientes.
- La razón de mayor peso para plantearse dejar de fumar es junto a la propia fuerza de voluntad individual, la recomendación o consejo del profesional de la salud.
- El 45% de los trabajadores tiene prohibido el consumo de tabaco en el interior de la empresa. Una de cada cuatro empresas tiene habilitada alguna sala para fumadores y solo un 4% permite el consumo libremente.
- En más de la mitad de los casos existen áreas de fumadores localizadas en zonas exteriores.
- Entre las medidas de primer orden que se perciben como necesarias o muy necesarias para disminuir el consumo de tabaco entre la población está la "educación de los niños en la escuela sobre los riesgos de fumar". A un segundo nivel "más inspecciones en los centros de trabajo para hacer cumplir la ley".

Coste económico del tabaquismo en el lugar de trabajo en España⁶⁴. El consumo de tabaco en las empresas supone unos costes anuales de 8.780 millones de euros.



Absentismo laboral por enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco	292,57
Pérdida de productividad por el consumo de tabaco en el lugar de trabajo	6720,8
Costes adicionales de limpieza y conservación de instalaciones	1768,5
Total	8781,8

Millones de euros

La aplicación de la ley supone un importante ahorro para las empresas. Cada trabajador que fuma cuesta a su empresa unos 1700 euros/año (2008). Este cálculo incluye desde el coste de bajas laborales, hasta la limpieza del entorno afectado por el humo de tabaco. Con la aplicación de la nueva legislación, éstos coste podrían reducirse en un 4.29 y un 48% en los 5, 10 y 15 próximos años⁶⁵.



Evolución esperada del coste del tabaquismo en la empresa

Coste total por fumador

Año	Modelo sin ley	Modelo con ley
2005	1546	1546
2010	1754.9	1639.4
2015	1961.9	1364.2
2020	2169	1118.9

Euros

Con la entrada en vigor de la nueva ley, las empresas mejoran claramente su salud financiera. La supresión del aire contaminado por humo de tabaco supone importantes beneficios para las empresas. A tenor de los resultados del cálculo realizado puede concluirse que las empresas obtendrán ventajas económicas con la aplicación de la nueva ley sobre tabaquismo en el medio laboral.

Disminución de la proporción de fumadores. El informe recoge una caída progresiva de las tasas prevalencia tabáquica con el tiempo en cada uno de los escenarios laborales. Se considera que la aplicación de la ley acelera la disminución de las tasas de prevalencia⁶⁶.

Evolución de la población fumadora

Año	Espacios de trabajo sin aplicar la ley	Espacios de trabajo aplicando la ley
2003	31%	31%
2005	29.2%	29.2%
2010	27.4%	22.8%
2015	24.2%	21%
2020	21%	17.8%

Porcentaje de prevalencia

Costes sanitarios directos. Los costes sanitarios directos de cinco enfermedades asociadas al consumo de tabaco suponen actualmente en España una cifra estimada de 7695,29 millones de euros anuales⁶⁷.

Costes sanitarios directos del tabaquismo

EPOC	2600.62
Asma	238.87
Enfermedad coronaria	3251.95
Enfermedad cerebrovascular	634.29
Cáncer de pulmón	145.07
Total	6870.80

Millones de euros de 2008



18

De no aplicarse la ley se cifran unos costes totales por atención sanitaria muy superiores a los esperados con su aplicación. Los costes totales de atención sanitaria por fumador resultan muy superiores a los del escenario alternativo de aplicación de la ley. Con su instauración se consigue un ahorro significativo para el sistema público sanitario. Este logro sería mayor si se aplicara al conjunto de los centros de trabajo, particularmente el sector de la hostelería⁶⁸.

Evolución esperada de los costes sanitarios directos

Coste total por fumador

<i>Año</i>	<i>Modelo sin aplicación de la ley</i>	<i>Modelo aplicando la ley</i>
2005	734.6	734.6
2010	1661.9	1095.51
2015	1979.8	1471.58
2020	2980.2	2344.05

Euros

Los beneficios indirectos derivados del consumo de tabaco se pueden dividir en dos tipos: en el primero se determina la menor actividad laboral debida a los tiempos muertos en el trabajo, al consumo en horario laboral y al mayor número de bajas laborales que presentan los fumadores respecto a los no fumadores; el segundo corresponde a los años de vida laborales perdidos por muertes prematuras, es decir las muertes provocadas por el tabaco antes de la edad de jubilación^{69,70}. La menor actividad laboral se cifra en 1500 €⁷¹ o 1200 € anuales⁷² una vez excluidos los costes de limpieza y de conservación de los lugares de trabajo considerando la prohibición de fumar en este ámbito desde enero de 2006.

Actuaciones y estrategias recomendables frente al tabaquismo⁷³

Estrategia informativa

- Difundir amplia y periódicamente la información sobre los efectos del consumo de tabaco en la salud de la población fumadora y no fumadora, y los beneficios de no fumar promoviendo el uso de las nuevas tecnologías de la información.
- Difundir exhaustiva y reiteradamente la información sobre la legislación vigente en materia de tabaco en los centros de trabajo.
- Difundir información sobre los efectos perniciosos de la exposición pasiva al humo del tabaco, destacando la especial importancia de no fumar durante el embarazo.

- Elaborar materiales de apoyo impresos o audiovisuales con mensajes adaptados a las características de edad, género y rol, asegurando su distribución periódica y accesibilidad.
- Potenciar la celebración del Día Mundial Sin Tabaco.
- Aumentar la sensibilización estimulando dejar de fumar y facilitando información sobre los medios de ayuda existentes.
- Canalizar y difundir la información internacional, nacional y autonómica sobre políticas de tabaquismo, programas de formación, ayudas y proyectos de investigación, fomentando la participación en los mismos.

Estrategia educativa y formativa

- Concienciar a los distintos estamentos que integran la empresa (directivos, mandos intermedios, representantes sindicales, comité de empresa, comité de seguridad y salud) del papel modélico que representan, fomentando su implicación activa.
- Tomar conciencia del rol modélico de profesionales sanitarios de las UBS.
- Fomentar la utilización de la intervención mínima o intervención breve entre los fumadores que acuden a las UBSs.
- Promover programas formativos para el personal encargado de velar por el cumplimiento de la normativa (vigilantes, guardias de seguridad, celadores, etc.).
- Realizar campañas formativas dirigidas a la población laboral y colectivos específicos⁷⁴, concienciando sobre los daños ocasionados por el consumo de tabaco y la necesidad de colaborar en el cumplimiento de la legislación vigente.

Estrategia asistencial

- Fomentar y garantizar la aplicación de la intervención breve (consejo antitabaco breve y firme al fumador, suministrando material de autoayuda y haciendo un seguimiento) de modo sistemático y reforzar el comportamiento de no fumar, que se ofertará a los fumadores que acuden a la UBS.
- Elaborar protocolos de diagnóstico, tratamiento y seguimiento homogéneos que permitan monitorizar y evaluar el proceso de desintoxicación y deshabituación tabáquica.

- Incluir en la cartera de servicios de la UBS el tratamiento de la dependencia tabáquica.
- Elaborar materiales de autoayuda (guías para dejar de fumar) y asegurar su distribución y reposición adecuada y continua que garanticen la accesibilidad a toda la población laboral fumadora.
- Realizar programas de tratamiento de la dependencia tabáquica dirigidos a colectivos específicos en el marco de la organización.
- Promover la puesta en marcha de programas de apoyo a través de nuevas tecnologías (internet, sms, etc.).

Estrategia de investigación y evaluación

- Investigar la motivación (laboral y extralaboral), causas del inicio, y la consolidación del hábito de fumar.
- Realizar estudios que permitan conocer los factores que influyen en el abandono según edad y género.
- Fomentar los estudios sobre la toxicidad del aire contaminado por humo de tabaco.
- Establecer un sistema de información que permita evaluar las acciones informativas, de cambio de actitudes, de percepción del riesgo, de cumplimiento de normas, y de tramitación y resolución de denuncias.

Recomendaciones basadas en la evidencia

El ámbito laboral es el medio que ha experimentado una evolución más importante para la personas frente al aire contaminado por humo de tabaco. Además es un espacio privilegiado para instaurar programas de deshabituación tabáquica⁷⁵. En España existen experiencias evaluadas que ponen de manifiesto que el entorno laboral constituye otra oportunidad para acceder a personas sanas que puedan dejar de fumar con un programa dentro de la empresa^{76,77}. En el ámbito de la salud laboral el trabajo conjunto de los profesionales de la medicina y enfermería del trabajo es más que nunca necesario para orientar adecuadamente al fumador que pretende abandonar la conducta toxicomaníaca⁷⁸.

La formación específica dirigida a la población laboral es necesaria. Irá orientada a miembros a los Comités de Empresa, Comité de Seguridad y Salud, servicios de prevención de riesgos laborales, representantes sindicales... de manera que se les faciliten instru-



mentos de intervención en sus ámbitos de actuación⁷⁹. Una formación profesional adecuada a través de un amplio programa de formación continuada de las personas que integran las UBS permitiría asegurar la generalización del consejo sanitario para ayudar a dejar de fumar.

Las organizaciones científico-profesionales pueden desarrollar un papel muy importante en la prevención y control del consumo de tabaco, promoviendo actividades internas encaminadas a la modificación de las conductas y actitudes de sus integrantes en todo lo relacionado con el tabaquismo^{80,81}.



20

Para desarrollar una estrategia de control del tabaquismo hay que comprender el carácter adictivo de la nicotina y como tal tiene las características de otras drogas: tolerancia, dependencia física y psicológica que impide dejar de fumar a muchos fumadores que lo desearían^{82,83}.

Las evidencias científicas indican que la exposición al humo de tabaco se asocia a un mayor riesgo de enfermedad coronaria y cáncer de pulmón en personas no fumadoras^{84,85}.

La realización de actividades preventivas en cada consulta de la Unidad Básica Sanitaria tiene por objetivo ayudar a las personas a llevar una vida más saludable. Los profesionales de la salud juegan un papel de vital importancia a la hora de motivar y ayudar en el cambio de conducta relacionado con la salud, que se caracteriza por ser un contexto de continuidad de cuidados sobre los trabajadores; contexto que proporciona múltiples oportunidades para aconsejar e intervenir a lo largo del tiempo en el abordaje de factores y conductas de riesgo incluyendo un rango amplio de actividades: valorar los conocimientos y la motivación, informar, modificar conductas inadecuadas, reforzar conductas deseadas y monitorizar el progreso a largo plazo^{86,87}.

Las intervenciones sobre tabaquismo en el entorno laboral tiene varias ventajas: reducción de la prevalencia de fumadores en torno al 4%, facilita el seguimiento y evaluación de casos y resultados, y los programas instaurados generan buena acogida y minimizan los conflictos entre fumadores y no fumadores^{88,89}.

Existe una sólida evidencia de que el consejo médico es efectivo para ayudar a dejar de fumar. En la revisión Cochrane⁹⁰ que evaluó intervenciones de intensidad mínima se obtuvo un efecto combinado significativo en la probabilidad de dejar de fumar superior a la con-

dición de control. El efecto de las intervenciones de mayor intensidad en comparación con la condición de control fue aún mayor, pero al mismo tiempo con un mayor índice de heterogeneidad. De la comparación de ambas intensidades se extrae un efecto significativo a favor de las intervenciones de mayor intensidad⁹¹.

La referida revisión Cochrane concluye que el efecto combinado en el abandono del consumo de tabaco de una intervención aplicando el consejo breve por parte del profesional sanitario es un 2.5% superior al obtenido sin consejo. Porcentaje que aumenta del 10 al 15% las tasas de abstinencia según las revisiones de programas en el medio laboral⁹². Así mismo señala que el seguimiento del paciente produce beneficios adicionales y que las intervenciones realizadas por el personal de enfermería también han mostrado ser efectivas^{93,94}. Otro de los resultados de este meta análisis indica que el desarrollo y ejecución de sistemas clínicos que favorezcan una mayor documentación y evaluación, aumenta la tasa de intervención médica sobre los pacientes fumadores.

Con respecto al formato de las intervenciones efectivas, los análisis realizados indicaron que a pesar de existir una relación dosis-respuesta entre la duración de la consulta y los resultados de éxito, las intervenciones mínimas de menos de tres minutos de duración, incrementan la tasa global de abstinencia. A su vez existe un alto grado de evidencia de que el consejo telefónico, el consejo grupal y el consejo individual son efectivos en el incremento de las tasas de abstinencia, siendo el consejo individual el formato que más porcentaje de abstinencia logra⁹⁵.

Tras las revisiones realizadas sobre la eficacia de las intervenciones en cada uno de los factores de riesgo implicados en el tabaquismo por separado, Goldstein et al.⁹⁶ establece que los componentes de intervención asociados con resultados positivos sobre la salud son: evaluación de las características y necesidades del paciente y consiguiente adaptación de los elementos de la intervención en base a dicha evaluación; intervenciones conductuales, especialmente aquellas que incluyen un establecimiento cooperativo de objetivos y resolución activa de problemas, e intervenciones en las que se combinan los fármacos y los procedimientos conductuales.

El tratamiento del tabaquismo incluye diversas intervenciones que han demostrado ser eficaces, desde el consejo breve hasta el tratamiento farmacológico pasando por el apoyo psicológico. Sin embargo la

efectividad de los tratamientos no farmacológicos es menor, por lo que se suele recomendar farmacoterapia siempre que no existan contraindicaciones. Entre estos agentes farmacológicos se encuentra el bupropion y las terapias sustitutivas de nicotina (TSN), ambos tratamientos con tasas de éxito similares a largo plazo^{97,98}. No obstante no existe suficiente evidencia que apoye intervenciones específicas de prevención de recaídas en fumadores que hayan abandonado recientemente el consumo de tabaco. Por ello resulta primordial intensificar el apoyo al paciente en las distintas consultas de seguimiento⁹⁹. Los métodos para abandonar el tabaquismo, como la terapia de grupo, la orientación individual y la TSN son igualmente efectivos cuando se aplican en el lugar de trabajo. La evidencia es menos clara en lo que respecta a métodos de autoayuda.

El tratamiento a los fumadores dependientes es efectivo y tiene una buena relación coste-efectividad¹⁰⁰ sobre todo si compara con el de otras medidas preventivas como la detección y manejo clínico de la hipercolesterolemia y la hipertensión arterial o el cribado de cáncer de mama¹⁰¹.

Los profesionales de la salud que consumen tabaco participan menos en actividades preventivas y control del tabaquismo que sus homólogos no fumadores. Una encuesta realizada en 2003 en varios países indicó que las tasas de tabaquismo entre enfermeros y médicos responden al nivel de las actividades de control del tabaco en un país¹⁰². Así donde está descendiendo la prevalencia del consumo de tabaco, el tabaquismo entre los profesionales de salud también está disminuyendo¹⁰³.

El primer paso en la normalización de la atención al tabaquismo es el diagnóstico. El registro sistemático del consumo de tabaco en la historia clínica laboral de cada trabajador y el consejo sanitario para dejar de fumar debe constituir una práctica rutinaria generalizada en el ámbito de la salud laboral, siendo esta una de las aproximaciones más eficientes¹⁰⁴.

Las restricciones al consumo en los lugares de trabajo provocan descensos en el consumo diario e incentivan los intentos de abandono de esta conducta adictiva, además de evitar la exposición de los no fumadores a ambientes contaminados. Los efectos beneficiosos en términos de salud de la puesta en marcha de la ley contra el tabaquismo son motivos suficientes para demandar a la sociedad laboral el apoyo suficiente para su correcta aplicación. Aunque su objetivo fundamental es mejorar la salud de la población, su aplicación tiene también un efecto sobre los indicadores económicos: menor morbilidad, menor pérdida de días trabajados, mayor productividad y reducción de accidentes laborales y posibles siniestros. Aspectos éstos de gran interés en la esfera laboral^{105,106,107}. Estas medidas tienen un carácter claro de inversión de futuro la cual dará sus frutos a medio y largo plazo¹⁰⁸.

No existe un nivel seguro de exposición al HAT. Los sistemas de ventilación no pueden asegurar ambientes laborales libres de humo¹⁰⁹.

A pesar de la ley actual que prohíbe fumar en los puestos de trabajo, la prevalencia de exposición al HAT es todavía muy elevada (35%) frente a la observada en Irlanda (14%) tras la prohibición completa del consumo de tabaco en este ámbito y que la obtenida en el estudio realizado por la Comunidad de Madrid donde la prevalencia de exposición laboral fue del 9% tras la ley¹¹⁰. Por todo ello es evidente que se necesitan mayores esfuerzos para cambiar la percepción y la conciencia social de los riesgos del tabaquismo.

En 1981 Sir George Young, ministro de salud del Reino Unido, señaló: "La solución al tabaquismo no se encontrará en los laboratorios de investigación, ni en los quirófanos de los hospitales, sino no en los Parlamentos de las naciones democráticas. Históricamente la Nación se ha dirigido a los médicos para mejorar la salud, ahora deberían dirigirse a los miembros del Parlamento".



1 Grupo de atención al tabaquismo de SmuMFyC. Actitud de los profesionales de atención primaria frente al tabaco. *Semergen*. 2008; 34(3): 113-8.

2 Libro verde. Hacia una Europa sin humo de tabaco: opciones políticas a escala de la Unión Europea. Comisión de las Comunidades Europeas. Bruselas, 30.01.2007. COM (2007) 27 final.

3 Organización Panamericana de Salud y Banco Mundial. La epidemia del tabaquismo. Los gobiernos y los aspectos económicos del control del tabaco. Washington: Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud, 2000. Disponible en: www.paho.org/Spanish/DD/PUB/tabaco.pdf [Accedido 25 agosto 2009].

4 World Health Organization. WHO Framework Convention On Tobacco Control. Geneva: WHO, 2003, updated reprint 2004, 2005. Disponible en: www.int/entity/tobacco/framework/WHO_FCTC_english.pdf [Accedido 25 agosto 2009].

5 Resolución de 2 de febrero de 2009 de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas por la que se publica el Acuerdo de Consejo de Ministros por el que se aprueba la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2009/02/13/pdfs/BOE-A-2009-2451.pdf> [Accedido 25 agosto 2009].

6 Ley 28/2005 de 26 de diciembre de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2005/12/27/pdfs/A42241-42250.pdf> [Accedido 25 agosto 2009].

7 Sampablo I et al. Guía SEPAR para el tratamiento del tabaquismo en la empresa. *Prev Tab* 2007; 9(1): 29-43.

8 Hammond K, Sorensen G, Youngstrom R, Ockeme JK. Occupational exposure to environmental tobacco smoke. *JAMA* 1995. 274: 956-60.

- 9 Banegas JR, Estapé J, González J, López V, Pardell H, Salvador T, Sánchez L, Villabí JR. Impacto del aire contaminado por humo de tabaco sobre la población no fumadora: la situación en España. En: Libro blanco sobre el tabaquismo en España. Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. Barcelona: Glosa S.L., 1998. p. 125-51.
- 10 Law MR, Hackshaw Ak. Environmental tobacco smoke. *Br Med Bull* 1996; 52: 22-34.
- 11 Davis RM. Passive smoking: history repeats itself. *BMJ* 1997; 315: 961-2.
- 12 Brennan P, Buffler PA, Reynolds P, Wu AH, Erich Wichmann H, Agudo AI. Secondhand smoke exposure in adulthood and risk cancer among never smokers: a pooled analysis of two large studies. *International Council of Cancer* 2002. 100: 706-13.
- 13 Serrano PG. Programas de cesación de tabaquismo en el medio laboral: la necesidad de su implementación en España. *Rev San Hig Pub* 1993; 67: 343-9.
- 14 Fielding JE. Worksite health promotion survey: smoking control activities. *Prev Med* 1990; 19: 402-13.
- 15 Fisher KJ, Glasgow RE, Terborg Jr. Work site smoking cessation: a meta-analysis of long-term quit rates from controlled studies. *J Occup Med* 1990; 32 (5): 432-39.
- 16 Borland R, Pierce JP, Burns DM, Gilpin E, Johnson M, Bal D. Protection from environmental tobacco smoke in California. The case for a smoke-free workplace. *JAMA* 1992; 268: 749-52.
- 17 Nerin I, Más A, Crucealegui A, Guillén D. Programas de prevención del tabaquismo en el entorno laboral. *Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo* 2003; 289-310.
- 18 Chapman S, Borland R, Scollo M, Brownson RC, Dominello A, Woodward S. The impact of smoke free workplaces on declining cigarette consumption in Australia and the United States. *Am J Public Health*. 1999 Jul; 89(7): 1018-23.
- 19 Nerin I, Más A, Crucealegui A, Guillén D. Programas de prevención del tabaquismo en el entorno laboral. *Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo* 2003; 289-310.
- 20 Hopkins DP, Briss PA, Ricard CJ, Husten CG, Carande-Kulis VG, Fielding JE, Alao MO, McKenna JW, Sharp DJ, Harris JR, Woollery TA, Harris KW. Task Force on Community Prevention Services. Reviews of evidence regarding interventions to reduce tobacco use and exposure to environmental tobacco smoke. *Am J Prev Med*. 2001 Feb; 20(2 Suppl): 16-66. Review.
- 21 Fisher KJ, Glasgow RE, Terborg Jr. Work site smoking cessation: a meta-analysis of long-term quit rates from controlled studies. *J Occup Med* 1990; 32 (5): 432-39.
- 22 Kinne S, Kristal AR, White E, Hunt J. Work-site smoking policies: their population impact in Washington state. *Am J Public Health* 1993; 83: 1031-3.
- 23 Nerin I, Más A, Crucealegui A, Guillén D. Programas de prevención del tabaquismo en el entorno laboral. *Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo* 2003; 289-310.
- 24 Resolución de 2 de febrero de 2009 de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas por la que se publica el Acuerdo de Consejo de Ministros por el que se aprueba la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2009/02/13/pdfs/BOE-A-2009-2451.pdf> [Accedido 25 agosto 2009].
- 25 Plan Nacional sobre Drogas. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/> [Accedido 25 agosto 2009].
- 26 Comisión para la Prevención y el Tratamiento de las Drogodependencias en el Ámbito Laboral. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/> [Accedido 25 agosto 2009].
- 27 Castejón E. El informe Durán: un análisis global de la problemática de la seguridad y salud en el trabajo en España. *Med Seg Trabajo*. 2001; 12: 25-36.
- 28 Entornos laborales libres de humo de tabaco: mejora de la salud y el bienestar de las personas en el trabajo. Declaración de la conferencia de Berlín. *Rev Esp Salud Pública*. 2003; 77: 7-9.
- 29 Boix P, Benavides FG, Soriano G, Moreno N, Roel JM, García-Gómez M. Criterios básicos para la vigilancia de la salud de los trabajadores: decálogo sobre la vigilancia de la salud en el trabajo. *Arch Prev Riesgos Labor* 2000; 3(4): 175-177.
- 30 Boix P, Benavides FG, Soriano G, Moreno N, Roel JM, García-Gómez M. Criterios básicos para la vigilancia de la salud de los trabajadores: decálogo sobre la vigilancia de la salud en el trabajo. *Arch Prev Riesgos Labor* 2000; 3(4): 175-177.
- 31 Boix P, Benavides FG, Soriano G, Moreno N, Roel JM, García-Gómez M. Criterios básicos para la vigilancia de la salud de los trabajadores: decálogo sobre la vigilancia de la salud en el trabajo. *Arch Prev Riesgos Labor* 2000; 3(4): 175-177.
- 32 Organización Panamericana de Salud y Banco Mundial. La epidemia del tabaquismo. Los gobiernos y los aspectos económicos del control del tabaco. Washington: Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud, 2000. Disponible en: www.paho.org/Spanish/DD/PUB/tabaco.pdf [Accedido 25 agosto 2009].
- 33 Camarrelles F et cols. Consenso sobre la atención sanitaria del tabaquismo en España. *Rev Esp Salud Pública*. 2009; 83: 175-200.
- 34 US Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking: nicotine addiction. A report from the Surgeon General. Washington DC: Government Printing Office, 1988. DHHS Publication N° (CDC) 88-8406; 1988.
- 35 World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health problems, 10th revision. Geneva: WHO, 1992.
- 36 American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 14th edition (DSM-IV) Washington. APA, 1995.
- 37 Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud de España. Madrid: MSC, 2003.
- 38 Becoña E, Vázquez F. Dejar de fumar como un proceso: implicaciones asistenciales. En: Libro blanco sobre el tabaquismo en España. Barcelona: Glosa; 1998.
- 39 Hughes JR, Keely J, Naud S. Shape of the relapse curve and long-term abstinence among untreated smokers. *Addiction* 2004. 99: 29-38.
- 40 Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Evaluación de la Eficacia, efectividad y coste-efectividad de los distintos abordajes terapéuticos para dejar de fumar. Madrid: AETS del Instituto de Salud Carlos III, 2003. Disponible en: <http://www.isciii.es/htdocs/index.jsp> [Accedido 25 agosto 2009].
- 41 Sampablo I et al. Guía SEPAR para el tratamiento del tabaquismo en la empresa. *Prev Tab* 2007; 9(1): 29-43.
- 42 Banegas JR, Rodríguez F, Martín JM, González J, Villar F, Guasch A. Proyección del impacto del hábito tabáquico sobre la salud de la población española y de los beneficios potenciales de su control. *Med Clin (Barc)*. 1993; 101: 644-9.
- 43 Banegas JR, Díez L, González J, Villar F, Rodríguez. La mortalidad atribuible al tabaquismo comienza a descender en España. *Clin (Barc)* 2005; 124 (20): 769-71.
- 44 Consejo de Estado. Dictamen sobre el anteproyecto de Ley reguladora de la venta, publicidad, promoción y consumo público de tabaco. Madrid: 2005.
- 45 Camarrelles F et cols. Consenso sobre la atención sanitaria del tabaquismo en España. *Rev Esp Salud Pública*. 2009; 83: 175-200.
- 46 Camarrelles F et cols. Consenso sobre la atención sanitaria del tabaquismo en España. *Rev Esp Salud Pública*. 2009; 83: 175-200.
- 47 Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Guía nacional de tratamiento de la adicción al tabaco de Argentina. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Buenos Aires, 2005.
- 48 US Department of Health, Education and Welfare. The Health benefits of smoking cessation: A report of the Surgeon General. US Department of Health and Human Services, Public Health Service. CDC Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Office on Smoking and Health. DHHS Publication No (CDC) 8416, 1990.
- 49 Salina D, Jason LA, Hedeker D, Kaufman J, Lesondak L, McMahon D et al. A follow-up of media-based, worksite smoking cessation program. *Am J Community Psychol* 1994; 22(2): 257-71.
- 50 Serrano PG. Programas de cesación del tabaquismo en el medio laboral: la necesidad de su implementación en España. *Rev San Hig Pub* 1993; 67: 343-9.
- 51 Salina D, Jason LA, Hedeker D, Kaufman J, Lesondak L, McMahon D et al. A follow-up of media-based, worksite smoking cessation program. *Am J Community Psychol* 1994; 22(2): 257-71.
- 52 Nerin I, Más A, Crucealegui A, Guillén D. Programas de prevención del tabaquismo en el entorno laboral. *Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo* 2003; 289-310.
- 53 Nerin I, Más A, Crucealegui A, Guillén D. Programas de prevención del tabaquismo en el entorno laboral. *Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo* 2003; 289-310.
- 54 Lushchenkova O. et cols. Exposición al humo ambiental de tabaco en población adulta no fumadora en España tras la Ley de medidas sanitarias frente al tabaquismo. *Rev Esp Cardiol*. 2008; 61(7):687-94.
- 55 McGhee SM, Hedley AJ, Ho LM. Passive smoking and its impact on employers and employees in Hong Kong. *Occup Environ Med*. 2002;59:842-6.
- 56 Keller R, Prinz-Kaltenborn R, Krebs H, Hornung R. Exposure to annoyance with second-hand smoke in Switzerland: results of the Tobacco Monitoring survey. *Soz Präventivmed*. 2005; 50: 370-7.
- 57 Kauppinen TP, Virtanen Sv. Exposure to environmental tobacco smoke in Finland in 2000. *Scand J Work Environ Health*. 2002; 28 Suppl 2: 7-15.
- 58 Mokdad AH, Marks JS, Stroup DF, Gerberding JL. Actual causes of death in United States, 2000. *JAMA* 2004; 291(10): 1238-45.
- 59 WHO. The World Health Report. Reducing risks, promoting healthy life. Geneva: World Health Organization; 2002.
- 60 Estrategias útiles para la promoción de estilos de vida saludables en atención primaria de salud. Informe de evaluación D-08-07. Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco.



- 61 Bruguera E, Díaz-Maroto JL, Fernández C, López V, Ramón JM, Sanz de Burgoa V, Ramírez E. Perfil del paciente que quiere dejar de fumar atendido en consultas de atención primaria y especializada en España. *Rev Clin Esp.* 2009; 209(4): 160-167.
- 62 Encuesta sobre conocimientos, actitudes, creencias y conductas en relación al consumo de tabaco. Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2008.
- 63 Degenhardt L et al. Toward a global view of tobacco, cannabis and cocaine use: findings from the world mental health surveys. *Plus Medicine.* 2008. 5(7).
- 64 Evaluación del control del tabaquismo sobre los costes empresariales y sanitarios. Informe del Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. Resumen ejecutivo, abril 2009.
- 65 Evaluación del control del tabaquismo sobre los costes empresariales y sanitarios. Informe del Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. Resumen ejecutivo, abril 2009.
- 66 Evaluación del control del tabaquismo sobre los costes empresariales y sanitarios. Informe del Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. Resumen ejecutivo, abril 2009.
- 67 Evaluación del control del tabaquismo sobre los costes empresariales y sanitarios. Informe del Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. Resumen ejecutivo, abril 2009.
- 68 Evaluación del control del tabaquismo sobre los costes empresariales y sanitarios. Informe del Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. Resumen ejecutivo, abril 2009.
- 69 Doll R, Peto R, Boreham J, et al. Mortality in relation to smoking; 50 years observation on male british doctors. *BMJ.* 2004; 328: 1519-29.
- 70 Rogers R, Powell-Griner E. Life expectancies of cigarette smokers and nonsmokers in the United States. *Soc Sci Med.* 1991; 32: 1151-9.
- 71 López N, Pinilla J. Evaluación del impacto de la Ley de medidas sanitarias contra el tabaquismo sobre los costes empresariales y los costes sanitarios. Madrid: Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo; 2005.
- 72 Hornigo J, García-Altés A, López MJ, Bartoll X, Nebot M, Ariza C. Análisis de coste-beneficio de un programa de prevención del tabaquismo en escolares. *Gac Sanit.* 2009; 23(4): 311-14.
- 73 Sáiz I et cols. Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo. *Rev Esp Salud Pública.* 2003; 77: 441-73.
- 74 Convenio marco de la OMS para el control del tabaco. *Rev Esp Salud Pública.* 2003; 77: 475-496.
- 75 Sampablo I et al. Guía SEPAR para el tratamiento del tabaquismo en la empresa. *Prev Tab* 2007; 9(1): 29-43.
- 76 Nerín I, Crucealegui A, Más A, Villalba JA, Guillén D, Gracia A. Resultados de un programa integral de prevención y tratamiento del tabaquismo en el entorno laboral. *Arch Bronconeumol.* 2005; 41(4): 197-201.
- 77 Nerín I, Guillén D, Más A, Nuvalia JA, Hernández MJ. Evaluación de una intervención sobre tabaco en el medio laboral: experiencia en una empresa de 640 empleados. *Arch Bronconeumol.* 2002; 38: 267-71.
- 78 Camarrelles F et cols. Consenso sobre la atención sanitaria del tabaquismo en España. *Rev Esp Salud Pública.* 2009; 83: 175-200.
- 79 Resolución de 2 de febrero de 2009 de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas por la que se publica el Acuerdo de Consejo de Ministros por el que se aprueba la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2009/02/13/pdfs/BOE-A-2009-2451.pdf> [Accedido 25 agosto 2009].
- 80 Pardell H. et cols. Cómo implicar más activamente al médico en la prevención y control del tabaquismo. Papel de las organizaciones científico-profesionales. *Hipertensión* 2002; 19 (9): 406-11.
- 81 Becoña et cols. Guía de procedimientos para ayudar a los fumadores a dejar de fumar. Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. 2001.
- 82 López V. Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. Elementos para una estrategia integral de prevención del tabaquismo. *Clin Invest Arterioscl* 2002; 14(3): 150-5.
- 83 Plan Nacional de Prevención y Control de Tabaquismo. *Rev Esp Salud Pública* 2003; 77: 441-473.
- 84 Lushchenkova O. et cols. Exposición al humo ambiental de tabaco en población adulta no fumadora en España tras la Ley de medidas sanitarias frente al tabaquismo. *Rev Esp Cardiol.* 2008; 61(7): 687-94.
- 85 Von Eyben FE, Zeeman G. Riesgos para la salud derivados del consumo voluntario e involuntario de tabaco. *Rev Esp Salud Pública* 2003; 77 (11-36).
- 86 Estrategias útiles para la promoción de estilos de vida saludables en atención primaria de salud. Informe de evaluación D-08-07. Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco.
- 87 Pérez A, Herrero I, Clemente ML, Escosa L. Abordaje de la prevención y el tratamiento del tabaquismo: ¿a quién, cuándo y cómo realizar la deshabituación tabáquica? *Arch Bronconeumol* 2004; 40 (Supl 3): 63-73.
- 88 Nerín I, Crucealegui A, Más A, Villalba JA, Guillén D, Gracia A. Resultados de un programa integral de prevención y tratamiento del tabaquismo en el entorno laboral. *Arch Bronconeumol.* 2005; 41(4):197-201.
- 89 Raijmakers T, Van de Borne I. Relación coste-beneficio de las políticas sobre consumo de tabaco en el lugar de trabajo. *Rev Esp Salud Pública.* 2003; 77: 97-116.
- 90 Fiore M, Bailey W, Cohen S, et al. Treating tobacco use and dependence, clinical practice guideline. Rockville MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Services; 2000.
- 91 Estrategias útiles para la promoción de estilos de vida saludables en atención primaria de salud. Informe de evaluación D-08-07. Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco.
- 92 Sala M, Serra I, Serrano S, Corbella T, Kogevinas M. Evaluación de un programa de deshabituación tabáquica en el medio laboral. *Gac Sanit.* 2005; 19(5): 386-92.
- 93 Rice VH, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2004. Issue 4. Art. No.: CD001188.
- 94 Sanz B, de Miguel J, Anegón M, García M, Gómez E, Fernández JF. Efectividad de un programa de consejo antitabaco intensivo realizado por profesionales de enfermería. *Aten Primaria.* 2006; 37(5): 266-72.
- 95 Lancaster T, Otead LF. Physician advice for smoking cessation. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2004. Issue 4. Art. No.: CD000165.
- 96 Goldstein MG, Whitlock EP, De Pue J. Planning Committee of the Addressing Multiple Behavioral Risk Factors in Primary Care Project. Multiple behavioural risk factor interventions in primary care. Summary of research evidence. *Am J Prev Med* 2004; 27(2 Suppl): 61-79.
- 97 Bruguera E, Díaz-Maroto JL, Fernández C, López V, Ramón JM, Sanz de Burgoa V, Ramírez E. Perfil del paciente que quiere dejar de fumar atendido en consultas de atención primaria y especializada en España. *Rev Clin Esp.* 2009; 209(4): 160-167.
- 98 Torrecilla M, Barrueco M, Maderuelo JA, Jiménez CA, Plaza MD, Hernández MA. Deshabituación tabáquica en una consulta de atención primaria: eficacia del consejo médico, la intervención mínima y la terapia sustitutiva con nicotina al año de seguimiento. *Aten Primaria* 2001; 27: 629-636.
- 99 La asistencia clínica en el tabaquismo. Unidad especializada de tabaquismo. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.
- 100 Camarrelles F. Políticas de prevención y control del tabaquismo. *Aten Primaria.* 2005; 35(8): 387-8.
- 101 Plans P, Navas E, Tarín A, Rodríguez G, Galí N, Gayta R, et al. Coste efectividad de los métodos de cesación tabáquica. *Med Clin (Barc).* 1995; 104: 49-53.
- 102 John U, Hanke M. Tobacco-smoking prevalence among physicians and nurses in countries with different tobacco-control activities. *Eur J Cancer Preven.* 2003; 12: 235-79.
- 103 Grupo de atención al tabaquismo de SmuMFyC. Actitud de los profesionales de atención primaria frente al tabaco. *Semergen.* 2008; 34(3): 113-8.
- 104 Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Evaluación de la Eficacia, efectividad y coste-efectividad de los distintos abordajes terapéuticos para dejar de fumar. Madrid: AETS del Instituto de Salud Carlos III, 2003. Disponible en: <http://www.isciii.es/htdocs/index.jsp> [Accedido 25 agosto 2009].
- 105 Nerín I, Crucealegui A, Más A, Villalba JA, Guillén D, Gracia A. Resultados de un programa integral de prevención y tratamiento del tabaquismo en el entorno laboral. *Arch Bronconeumol.* 2005; 41(4): 197-201.
- 106 Raaijmakers T, Van den Borne I. Relación coste-beneficio de las políticas sobre consumo de tabaco en el lugar de trabajo. *Rev Esp Salud Pública* 2003; 77: 97-116.
- 107 Serrano PG. Programas de cesación del tabaquismo en el medio laboral: la necesidad de su implementación en España. *Rev San Hig Pub.* 1993. 67: 343-349.
- 108 Evaluación del control del tabaquismo sobre los costes empresariales y sanitarios. Informe del Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. Resumen ejecutivo, abril 2009.
- 109 Entornos laborales libres de humo de tabaco: mejora de la salud y el bienestar de las personas en el trabajo. Declaración de la conferencia de Berlín. *Rev Esp Salud Pública.* 2003, 77: 7-9.
- 110 Galán I, Mata N, Estrada C, Díez-Gañán L, Velázquez L, Zorrilla B, et al. Impact of the "Tobacco control law" on exposure to environmental tobacco smoke in Spain. *BMC Public Health.* 2007; 7: 224.



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:

24

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



agenda de congresos



XIII CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA Y SEGURIDAD DEL TRABAJO

Palau de la Música y Congresos de Valencia • Fecha: 5,6,7 de mayo 2010 • Dirección: Paseo de la Alameda, 30 • 46023 - Valencia • Secretaria: Antonio López, 249 (1º) • 28041 Madrid • Tel 91 792 13 65 • 91 792 20 32 • Fax 91 500 20 75 • lpanizo@drugfarmacongresos.com • www.semst.org



3RD INTERNATIONAL CONFERENCE ON APPLIED HUMAN FACTORS AND ERGONOMICS (AHFE)

Fechas: 19/07/2010 - 22/07/2010 • Categoría/s: Ergonomía, General • Lugar: Intercontinental, Miami, Florida USA • Fax: +1 502 614 6219 • E-mail: aeiaadmin@insightbb.com • Web: www.AHFE2010.org



1º CONGRESO INTERNACIONAL DE SALUD PSICOSOCIAL EN EL TRABAJO

Convocado por la Red Iberoamericana de Riesgos Psicosociales Laborales (RIPSOL) del Programa Iberoamericano de Ciencia y Tecnología para el Desarrollo (CYTED), con el propósito de analizar y debatir ideas, propuestas y realizaciones que contribuyan a "Promover el desarrollo por un trabajo humano: saludable y eficiente" Fecha y Lugar: 26 al 29 de octubre de 2010. Hotel Nacional de Cuba, La Habana • E-mail: salud.psicosocial@ripsol.org • www.ripsol.org



ORP 2010 VALENCIA, CONGRESO INTERNACIONAL PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

Fechas: 05.05.2010 - 07.05.2010 • Localización: Valencia, España • Recinto: Feria de Valencia • Página web: www.orpconference.org

Enfermería del trabajo, una nueva etapa

Jesús González Sánchez
Enfermero del Trabajo

Un nuevo reto conseguido para la Enfermería de este país, un nuevo reto hacia la calidad profesional y especialización que tanta falta le hacía a esta apasionante carrera, me refiero a la recién estrenada especialidad de Enfermería del trabajo.

Me siento muy orgulloso y afortunado por varios motivos, cierto es que uno de ellos es el de poder pertenecer a ese grupo de compañeros que en cumplimiento del RD 450/2005 de Especialidades de Enfermería, en concreto de su disposición transitoria tercera, apartado primero, hayamos podido obtener nuestro título oficial de especialista en Enfermería del Trabajo.

Contento por que veo como una especialidad con un enorme futuro y campo de trabajo va a poder desarrollarse como parte integrante y necesaria de un futuro laboral próximo.

No hace mucho, los diplomados en Enfermería que optaban por encaminar su profesión hacia el ámbito de la salud laboral, eran denominados "Enfermeros de Empresa", título que otorgaba la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo, órgano perteneciente al Instituto de Salud Carlos III (Ministerio de Sanidad) después de superar el correspondiente curso de una duración de 300 horas lectivas, con sus correspondientes exámenes, no sin antes haber conseguido

**25**

acceder a dicho curso, logrando para ello una determinada puntuación en base a un baremo nada fácil, en el que se tenían en cuenta méritos como: experiencia en servicios de prevención o mutuas de accidente de trabajo, cursos relacionados con el ámbito de la salud laboral y la prevención, experiencia docente o investigadora en el campo laboral.

Todo esto fue así hasta el 6 Mayo de 2005, día en que se publicó el Real Decreto 450/2005, de 22 de Abril, sobre especialidades de Enfermería (BOE núm.108, de 6 de Mayo de 2005, artículo 2 d).

A partir de entonces, la especialidad de Enfermería de Empresa, pasa a denominarse "Enfermería del Trabajo", y para lograr dicha especialidad, los futuros Enfermeros Especialistas en Enfermería del Trabajo, tendrán que superar un examen de carácter estatal, obtener una determinada puntuación que les permita acceder a esta especialidad y superar el correspondiente programa formativo aprobado por la comisión nacional de la especialidad por el sistema interno residente EIR.

El programa formativo de la especialidad de Enfermería del Trabajo, fue publicado en el Boletín Oficial del Estado el pasado Jueves 28 de Mayo de 2009, ha sido estudiado, analizado e informado por la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud de la que forman parte, entre otros, los consejeros de sanidad de las diversas comunidades autónomas y el Director General de Universidades del Ministerio de Educación.

Ahora si, los profesionales de la Enfermería del trabajo tenemos mucho por hacer, mucho por demostrar y desarrollar, que no es mas que dedicarnos de lleno al campo de la salud laboral, de la prevención, un campo enorme para trabajar y desarrollar nuestras competencias de especialistas en la materia.

La Enfermería del Trabajo posee un amplio campo de actuación, con múltiples factores de riesgo y nocivos a los que están expuestos los trabajadores y causa de múltiples patologías y afecciones que, de no ser vigilados y detectados a tiempo, se convertirán en enfermedades profesionales o incapacidades molestas y desagradables para todos.

Somos por lo tanto, especialistas con una alta responsabilidad en nuestro trabajo diario, en nuestras competencias y funciones que como profesionales deberemos de realizar con todas las garantías y seriedad que se nos va a exigir en todo momento.

Es posible que a su vez se trate de una especialidad un tanto desconocida por bastantes de nuestros compañeros y colegas de profesión, pues es cierto que la mayor parte, al finalizar sus estudios de carrera, optan por centrar sus metas profesionales en otros campos y áreas tradicionales y conocidas, ya sea atención especializada, atención primaria, especialidades de Salud Mental o Matrona, clínicas especializadas, residencias, etc...

Y es que en este campo de la Salud Laboral, Enfermería tiene una participación clave e importante para prácticamente la totalidad de sus funciones y tareas. Debemos de tener en cuenta, que el Enfermero del Trabajo desarrolla su tarea junto al Médico del Trabajo, siendo éste otra figura clave del equipo de trabajo en la Salud Laboral.

La realización de la mayoría de las pruebas complementarias que puede requerir cualquier reconocimiento médico específico laboral, (bien sea una Espirometría, un Electrocardiograma, una Audiometría, una prueba de la capacidad visual) así como las extracciones de sangre, las va a llevar a cabo, de forma habitual el Enfermero del Trabajo, y de esos valores va a depender en parte, la decisión final del médico del Trabajo sobre la Calificación Final del reconocimiento médico del trabajador, lo cual no hace más que constatar la importancia y responsabilidad con la que el Enfermero del Trabajo se enfrenta en su día a día de actividad laboral, bien sea en un servicio de prevención propio de una determinada empresa o cualquier servicio de prevención Ajeno que preste sus servicios a varias empresas.

Por ello el profesional Enfermero debe de tener unos conocimientos, experiencia y habilidades determinadas que le permitan llevar a cabo dichas tareas de forma fiable y precisa, y que junto con la parte realizada por el médico del trabajo, se pueda llegar a una calificación del reconocimiento médico laboral correcta y razonable en cada caso.

Es decir, se trata de un profesional que, por un lado debe estar altamente cualificado y con conocimientos para poder desarrollar su cometido, así como para ser capaz de percibir y saber identificar alteraciones y riesgos que el trabajador pueda haber adquirido como consecuencia del desarrollo de su puesto de trabajo.

A todo esto debemos de añadir que, el momento de la realización del reconocimiento médico laboral es fundamental para poder diagnosticar, si se diese el





caso, de múltiples patologías y alteraciones de la salud, debido a que la mayoría de los trabajadores no tienen el hábito de acudir con regularidad a cualquier tipo de consulta médica, bien por la falta de interés así como la imposibilidad ante sus respectivos horarios laborales.

Esto hace que, tanto del Médico como el Enfermero del Trabajo, se conviertan en una pieza clave, en la valoración y el diagnóstico precoz de múltiples patologías de origen laboral.

Pero la actuación no solamente se limita al campo de la realización de los reconocimientos médicos, si no que también es clave la aportación que el Enfermero del Trabajo puede realizar en el campo del asesoramiento y formación, puesto que en esta faceta de formador y docente, el Enfermero del Trabajo tiene la posibilidad de enseñar y aconsejar en múltiples materias, con el objetivo de contribuir a la prevención y colaboración en el diagnóstico precoz de patologías de origen laboral.

La participación en la evaluación de riesgos es fundamental, y es que junto al Técnico en Prevención de

Riesgos Laborales, el Enfermero del Trabajo puede aportar información y propuestas muy importantes a la hora de evaluar los puestos de trabajo.

Otra función importante a destacar del Enfermero del Trabajo es la del análisis de los resultados de la Vigilancia de la Salud, así como el estudio e investigación de los mismos.

En un plazo de tiempo no muy largo, se empezarán a formar los primeros residentes en la especialidad de Enfermería del Trabajo, que al cabo de sus dos años de residencia obtendrán su especialidad para poder ejercer en el ámbito de la salud laboral y así poder ofrecer una atención de Enfermería al trabajador con mas calidad y rigor profesional.

Estamos viviendo una etapa crucial en nuestra profesión, con la adquisición de mucha más autonomía en nuestras funciones, y por ello debemos de estar a la altura, seguir trabajando aún con más esmero y dedicación, por todo lo que está sucediendo y por todo lo que está por venir.

Animo a todos y suerte!!



DESFIBRILADOR EXTERNO AUTOMATIZADO (DEA)
REANIBEX-200



Osatu, s. coop.

www.osatu.com
e-mail: osatu@osatu.com

Edificio Zearrekobuelta, Subida de Areitio, n° 5 48260 Ermua (Vizcaya) Tel: +34 943 170220 Fax: +34 943 170227