

Sistemas de Ergonomía 3M

Más vale prevenir que curar.

Así como la ley, en prevención de riesgos, obliga a llevar casco para montar en moto, de igual manera el Real Decreto 488/1997 del 14 de Abril de 1997 establece legalmente las disposiciones mínimas de seguridad y salud para los trabajadores que utilizan equipos informáticos.

Por eso, 3M ha diseñado sus avanzados Sistemas de Ergonomía 3M. Toda una gama de productos y soluciones innovadoras para contribuir a la prevención de riesgos, mejorar la productividad, la comodidad y sobre todo, la adaptabilidad del Puesto de Trabajo Informatizado a las necesidades del usuario.

Con dos líneas de productos orientadas a dos tipos bien diferenciados de usuarios informáticos:



LINEA ERGONOMICOS DE PREVENCIÓN TOTAL 3M

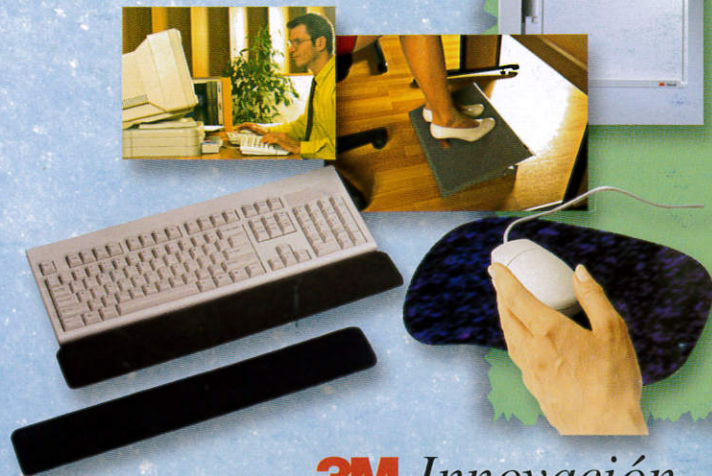
Diseñados para usuarios intensivos, que necesitan la máxima prevención porque pasan la mayor parte de su jornada laboral (más de 20 horas semanales) frente al ordenador, o dependen profundamente de la utilización del mismo.

La Línea de Ergonómicos de Prevención Total 3M cumple la Norma Europea prEN 29241 (ISO 9241) y ayuda a cumplir el Real Decreto 488/1997 de 14 de Abril de 1997 sobre disposiciones mínimas de Seguridad y Salud relativas al trabajo con equipos que incluyen pantallas de visualización de datos.

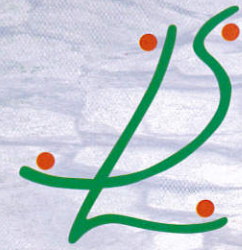


LINEA TOP-COMFORT 3M

Pensada para garantizar la comodidad de las personas que utilizan su ordenador ocasionalmente (menos de 10 horas semanales) pero quieren comodidad y prevención.

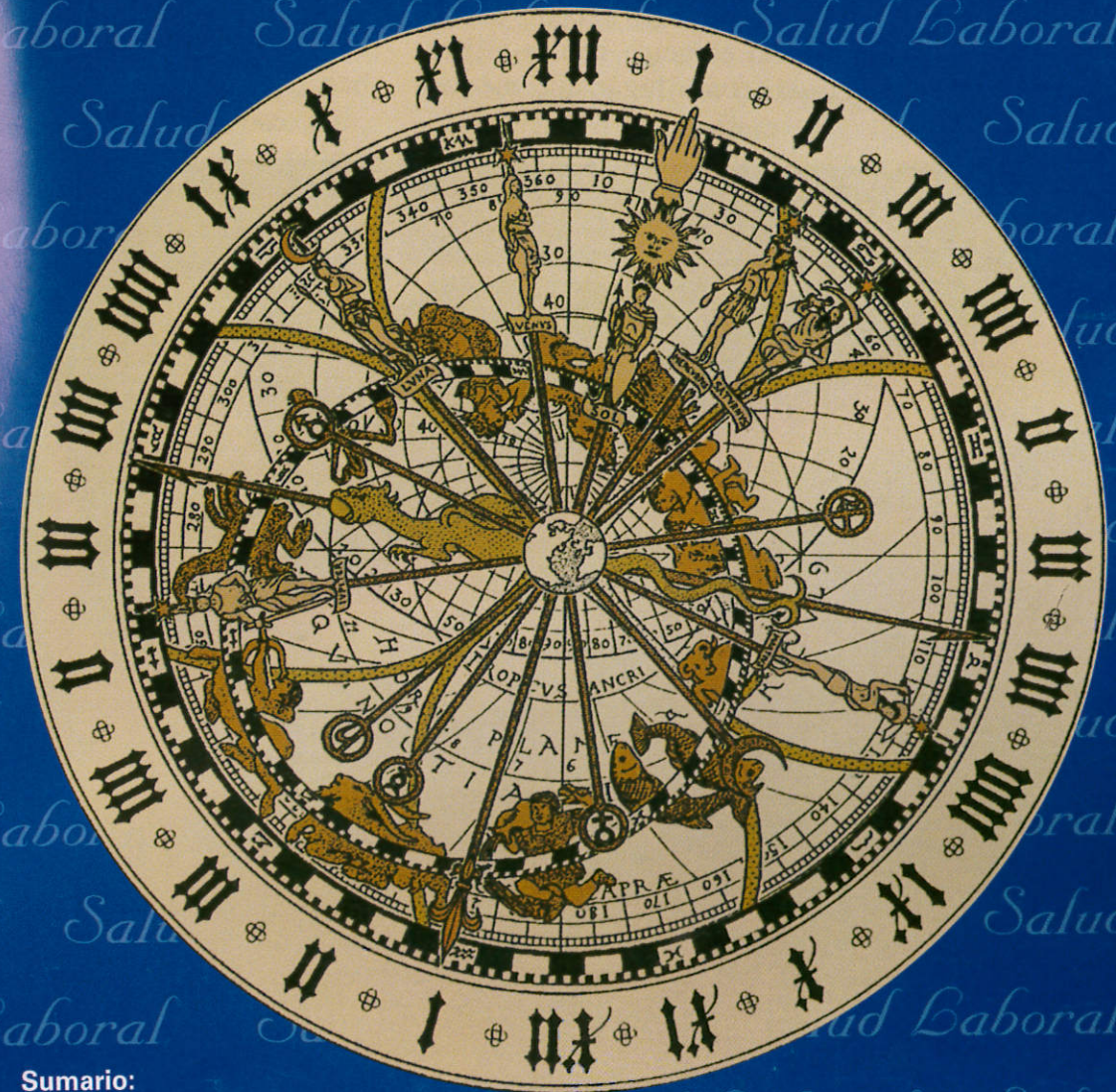


3M Innovación



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

Enero - Junio 2003 • Volumen I • Número 7



Sumario:

3 Editorial

Artículos originales:

5 Estudio de evaluación e intervención del estrés laboral en la Policía Municipal.

11 Requerimientos diagnósticos previos a un seguro de salud. Cuestiones éticas.

18 Las drogas en el marco de la ley de prevención de riesgos laborales.

24 Agenda de congresos / **25** Efectos del Tabaco / **28** Direcciones Webb / **31** Legislación

NUEVOS RESULTADOS

Estudio LIFE

LIFE = LOSARTAN INTERVENTION FOR ENDPOINTS REDUCTION

"... una mayor utilización de losartán mejorará los resultados obtenidos en los pacientes hipertensos."

"Nuestros resultados son directamente aplicables a la práctica clínica y deberían influir en las guías futuras."

(Dahlöf B, et al)

PUBLICADO EN:

THE LANCET

23/03/02

- COZAAR® redujo el riesgo de morbimortalidad cardiovascular combinada en un 13% vs. atenolol.¹
- COZAAR® redujo el riesgo de ACV en un 25% vs. atenolol.¹
- COZAAR® presentó mejor perfil de tolerabilidad que atenolol.¹

1. Dahlöf B, Devereux RB, Kjeldsen SE, et al. Cardiovascular morbidity and mortality in the Losartan Intervention For Endpoint reduction in hypertension study (LIFE): a randomised trial against atenolol. *Lancet* 2002; 359:995-1003.

Antes de prescribir COZAAR®, consulte la Ficha Técnica Adjunta

Podrá ver LIFE con detalle en:

YAHOO! para Médicos
www.msd.mi.yahoo.es

Call Center mi yahoo: 900 850 555



GRUPO MSD

Medicina Basada en la Evidencia

Josefa Valcárcel, 38
28027 Madrid
www.msd.es

losartán
COZAAR®
Angiotensin II Antagonist

CONFIANZA, SATISFACCIÓN, RESULTADOS

† Marca registrada de E.I. du Pont de Nemours and Company, Wilmington, Delaware, U.S.A.

Dr. Juan J. Sánchez Milla
LAS FUENTES DEL NILO

editorial



3

Ha pasado más de tres años desde que tuve el honor de dirigirme a vosotros por primera vez como director de esta revista, la cual fue publicada por el apoyo de mi Presidente Carlos Beltrán.

Desde entonces, nuestra revista se ha consolidado con su aparición periódica, siendo una referencia para aquellos que desarrollan su labor en las distintas Administraciones Públicas, y desde la que los profesionales que realizan su trabajo en cualquiera de las áreas que constituyen los Servicios de Prevención (Medicina del Trabajo, Ergonomía y Psicología Aplicada, Higiene Industrial y Seguridad en el Trabajo) pueden expresar su opinión y publicar los trabajos que sobre estos temas realizan.

Hay que destacar también que tras muchas reuniones de representantes de los Organismos y colectivos con representación en materia de salud laboral, ha culminado el proceso iniciado en el 2000, facilitando mediante la prueba pertinente, el que muchos de nuestros compañeros, que ya ejercían las labores propias de la especialidad en los gabinetes de salud laboral, servicios médicos, botiquines, etc. de las distintas Corporaciones y Organismos Públicos, puedan obtener el título de médicos especialistas en Medicina del Trabajo.

Pero la obtención del título no es el fin último que se debe plantear, sino el primer paso de una serie de objetivos y logros que tenemos que asumir como un reto para el futuro. Tenemos que conocer cada uno de los puestos e trabajo del Organismo o Departamento al que pertenecemos, para poder realizar un correcto mapa de riesgos de los puestos de trabajo existentes, y a partir de ahí, estudiar que medidas de carácter preventivo podemos aplicar para hacer desaparecer, o en su defecto, minimizar dicho riesgo. Todo lo anterior debe venir del trabajo en equipo realizado junto a los otros profesionales, especialistas en técnicas de prevención de riesgos que conforman el Servicio de Prevención de la empresa.

Al igual que antaño el Dr. Livingstone se adentró en terrenos ignotos e inexplorados, nosotros debemos enfrentarnos con una nueva perspectiva preventiva, y amparados en lo que la LPRL nos ofrece, en un mundo desconocido desde el punto de vista de la prevención del riesgo –la Administración Pública–, e ir descubriendo los secretos que esta esconde en sus diferentes actividades, para que estos, no sean perjudiciales o nocivos a los trabajadores que posteriormente los transiten. Y puede ser que algún día, al igual que entonces, llame alguien a la puerta del Servicio médico, y tras la abrir la puerta, asome y pregunte: "El doctor Livingstone, supongo."

Director

AMADO CUADRADO FERNANDEZ

Asesor de Dirección

JUAN JOSE SANCHEZ MILLA

Consejo de Redacción

CARLOS BELTRAN DE GUEVARA BEREICIBAR

JOSEBA SOLOETA ERASO

IÑIGO APELLANIZ GONZALEZ

JUAN GOIRIA ORMAZABAL

JAVIER GONZALEZ CABALLERO

Comité Científico

FRANCISCO VICENTE FORNES UBEDA. Ayuntamiento de Valencia

JESUS ALBERT SANZ. Ayuntamiento de Valencia

ANTONIO DOCE FELIZ. Ayuntamiento de A Coruña

FRANCISCO J. TRILLO HUERTAS. Tesorería General de la Seguridad Social de Málaga

JESUS MATEOS RODRIGUEZ. INSALUD de Cáceres

JOSE MANUEL ALVAREZ GOMEZ. Parque de Bomberos de Valencia

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

JOAN PONS PORTA. Servicio de Prevención Ayuntamiento Reus.

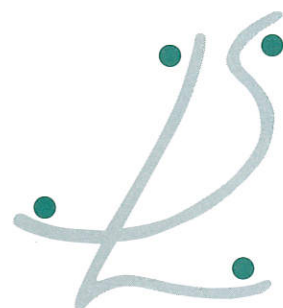
JESUS HERNANDEZ MANSO. INSALUD de Madrid

JOSE E. DE LA PUENTE VEGA. Servicios Sanitarios de la Dirección General de la G.C.

BEATRIZ RAVINA CORTES. Cabildo Insular (Canarias)

MARIA PILAR MORENO MARTINEZ. Ayuntamiento de Zaragoza

JUAN PABLO TORRES ANDRES. Ayuntamiento de Valladolid



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: Imprenta García

Estudio de evaluación e intervención del estrés laboral en la policía municipal

Study of evaluation an intervention of stress in local police

Autores: Juan Ignacio Goiria, Jefe de la Subárea de Salud y Seguridad del Ayuntamiento de Bilbao y Xavier San Sebastián, Esther Torres, R. Ibarretxe del Departamento de Psicología Universidad del País Vasco.

RESUMEN

Los objetivos de este estudio realizado con una muestra de guardias municipales urbanos de la Comunidad Autónoma del País Vasco son el evaluar los riesgos psicosociales, describir la incidencia del estrés en un nivel individual, grupal y organizacional, implantar un programa de intervención y evaluar su eficacia. El enfoque conceptual del estrés de basa en la interacción transaccional individuo-organización. Se ha identificado un grupo de riesgo con indicadores de patología funcional y se observan diferencias psicológicas pre-post en la evaluación de la intervención.

Palabras Clave: Estrés laboral; evaluación de riesgos; programa de intervención; evaluación de la gestión del estrés; policía local.

La profesión de policía ha sido descrita en la literatura científica como una ocupación inherentemente estresante⁽¹⁾ e incluso algunos investigadores plantean comparativamente como una de las que más estrés produce⁽²⁾. Sin embargo, en otros estudios⁽³⁾ no se ha observado la misma evidencia.

En la revisión de la literatura que hemos realizado sobre la evaluación e intervención del estrés laboral de los policías locales, solamente se ha encontrado a este colectivo, formando parte de algunos estudios más amplios de profesionales de policía, pero no siendo analizada de forma diferenciada.

Aunque este colectivo laboral presenta semejanzas evidentes con otros colectivos de policía, y por tanto las conclusiones de la investigación sobre el proceso de estrés de dichos profesionales también pueden ser parcialmente válidas para ellos, pensamos que las particularidades sobre su ámbito local de

SUMMARY

The objective of this study realised with a sample of urban policemen from the Basque Country Community is to evaluate the psychosocial dangers, to describe the incidence of the stress in an individual, groupal and organizational level, to introduce a control program and to evaluate its effectiveness. The conceptual focus of the stress is based in the transactional in interaction individual-organization. It has been identified a risky group with indication of functional pathology and it has been observed psychological differences pre-post in the control of intervention.

Key Words: Laboral stress, risk evaluation, intervention program, evaluation of the stress management, local police.

trabajo, condiciones, funciones, tareas y características organizacionales hacen que sea necesario el específico diagnóstico e intervención del estrés laboral de los policías municipales.

El modelo conceptual que se ha seguido es el de Marmot y Madge (1987)⁽⁴⁾, utilizado anteriormente en las investigaciones del estrés laboral de los policías⁽⁵⁾. En este modelo se considera un estresor a la potencial fuente externa que provoca una reacción individual adversa; el estrés es definido como la autopercepción del impacto negativo derivado de la exposición a un estresor y el distrés es la experiencia de síntomas negativos específicos.

Nuestro estudio trata de identificar y evaluar los riesgos psicosociales autopercebidos por los guardias municipales urbanos de una muestra de la Comunidad Autónoma del País Vasco, de describir la incidencia del estrés laboral en un nivel individual, grupal y organizacional, de establecer una asociación entre los estresores y



las consecuencias en la salud individual y organizacional, de la puesta en marcha de un programa de gestión del estrés y de su evaluación.

PLAN GENERAL DE ACTUACIÓN

De una forma resumida, vamos a describir las fases llevadas a cabo en el estudio de diagnóstico e intervención del estrés laboral.

Primera fase

6 Esta fase de preparación ha comenzado con reuniones informativas con personas de dirección, mandos, sindicatos y salud laboral sobre los objetivos y la metodología del estudio a realizar. A continuación, se ha constituido una comisión de coordinación del proyecto y se ha elaborado un acuerdo escrito en el que se especifican, entre otros, los plazos de realización, los recursos disponibles y el compromiso de la dirección respecto a las actuaciones

preventivas posteriores. Por último, se ha comunicado a todos los miembros del colectivo sobre las características del estudio.

Segunda fase

Su objetivo es el diagnóstico de los riesgos psicosociales. En el estudio han participado 141 *sujetos*, lo que supone una tasa de respuesta de 21,5 por ciento; de estos, el 91,9 por ciento son varones y el 8,9 por ciento mujeres, con una media de edad de 41,62 años, una antigüedad de 14,6 años y las personas trabajan en cinco centros de trabajo diferentes.

La *metodología* utilizada se basa en el análisis de los datos de archivo de la organización y la aplicación de una batería e cuestionarios de autoevaluación psicológica sobre los distintos constructos de estrés laboral; entre estos, se ha aplicado el cuestionario ELPM (Estrés Laboral Policía Municipal) elaborado por el equipo de investigación⁶ para la detección, identificación y análisis de los riesgos de este colectivo laboral.

El *procedimiento* para la recogida de información de la batería de autoinformes se realizó mediante entrega a cada empleado en un sobre cerrado y la devolución con el código de identificación individual; la colaboración de los sujetos en el estudio fue totalmente voluntaria.

Entre los *resultados* obtenidos podemos indicar que los estresores más relevantes son los referidos a la sobrecarga de trabajo y al desempeño de rol. La intensidad media del estrés laboral percibido por la muestra es moderada. Se ha identificado un grupo de riesgo de 44 sujetos que en su evaluación presentan indicadores de patología funcional y estrés con repercusiones físicas, psíquicas y de comportamiento laboral.

Tercera fase

O de puesta en marcha del programa de intervención, en función de los resultados obtenidos en la evaluación del estrés laboral. Una vez identificados los problemas, se ha diseñado e implantado una estrategia de intervención. En ella, se han definido los contenidos de programa, se ha establecido un calendario realista de implantación y se ha informado a los miembros del grupo de riesgo sobre los contenidos para que participen voluntariamente en el programa. Esta intervención de nivel secundario consiste en un programa de formación para la gestión del estrés, con cuatro partes bien diferenciadas y 26 horas de duración total. A continuación describimos brevemente cada una de las partes del programa.

La parte de conceptualización tiene por objetivo adquirir competencias sobre el proceso de estrés y estimular los hábitos de salud; las actividades están centradas en la naturaleza de los estresores, la percepción y transacción cognitiva individuo-organización y los efectos del estrés sobre la salud individual y organizacional. Tiene una duración de ocho horas.

La parte de adquisición de técnicas de relajación tiene por objeto dotar al individuo de la capacidad para controlar sus experiencias de estrés o las consecuencias del mismo; las actividades se centran en el aprendizaje de distintas técnicas para la relajación física y psíquica individual. Tiene una duración de diez horas.

La parte de discusión grupal se basa en la participación de los sujetos para la elaboración de un plan de acción organizacional, que contenga propuestas concretas y realistas para hacer frente a los principales estresores colectivos. Tiene una duración de cuatro horas.



7 *La parte de desarrollo de planes de acción individual* para la reducción del estrés y para aumentar la resistencia. Tiene una duración de cuatro horas.

En el programa participan voluntariamente un total de 37 sujetos, divididos en tres grupos de intervención; estos grupos están equiparados en cuanto al nivel de estrés, centro de trabajo, rango y sexo de los sujetos.

Cuarta fase

Consiste en la evaluación de la eficacia del programa antiestrés. Se han tomado mediciones antes y después de la intervención, mediante cuestionarios de autoevaluación para los índices psicológicos y mediante la saliva para el indicador de respuesta psicobiológica.

El síndrome del Burnout es conceptualizado como una respuesta al estrés y está definido como un síndrome con agotamiento emocional, despersonalización y bajos sentimientos de realización personal en el trabajo. Ha sido estimado con los 22 ítems del Maslach Burnout Inventory de (Maslach y Jackson, 1986) y está compuesto por tres subescalas CE, DP, y RP que hacen referencia a las dimensiones definidas.

Los niveles de ansiedad de los policías municipales como indicadores del cambio en estrés han sido evaluados mediante el State-Trait Anxiety Inventory de (Spielberg-Gorsuch-Lushene, 1970). El cuestionario STAI comprende dos escalas separadas que miden la ansiedad estado (A/E) y la ansiedad rasgo (A/R).

El cortisol es una de las hormonas que más atención ha recibido en la investigación de la respuesta psicobiológica al estrés. La evaluación del cortisol en saliva es un método ampliamente aceptado y frecuentemente utilizado en la investigación. La muestra de saliva se ha tomado mediante un "Salivete", que consiste en un pequeño trozo de algodón

prensado en un tubo de centrifugado, nada más levantarse por la mañana.

Se ha utilizado un grupo experimental y un grupo control con un diseño ex - post facto.

Los cambios observados en el grupo experimental, con respecto al grupo que no asistió a la intervención, han sido de disminución en los niveles del síndrome de Burnout así como en el de ansiedad.

No se han observado cambios significativos en el nivel de cortisol.

8

Referencias

1.- Reese, J.T. (1986). Policing the violent society: the American experience. *Strees Medicine*, 2, 233-244.
2.- Axelbred, M. & Valle, J. (1981). Stress control programme for police officers in the City of Miami Police Depto. In Territo, L. & Vetter, H. *Stress and Police Personnel*. Boston: Allyn & Bacon.

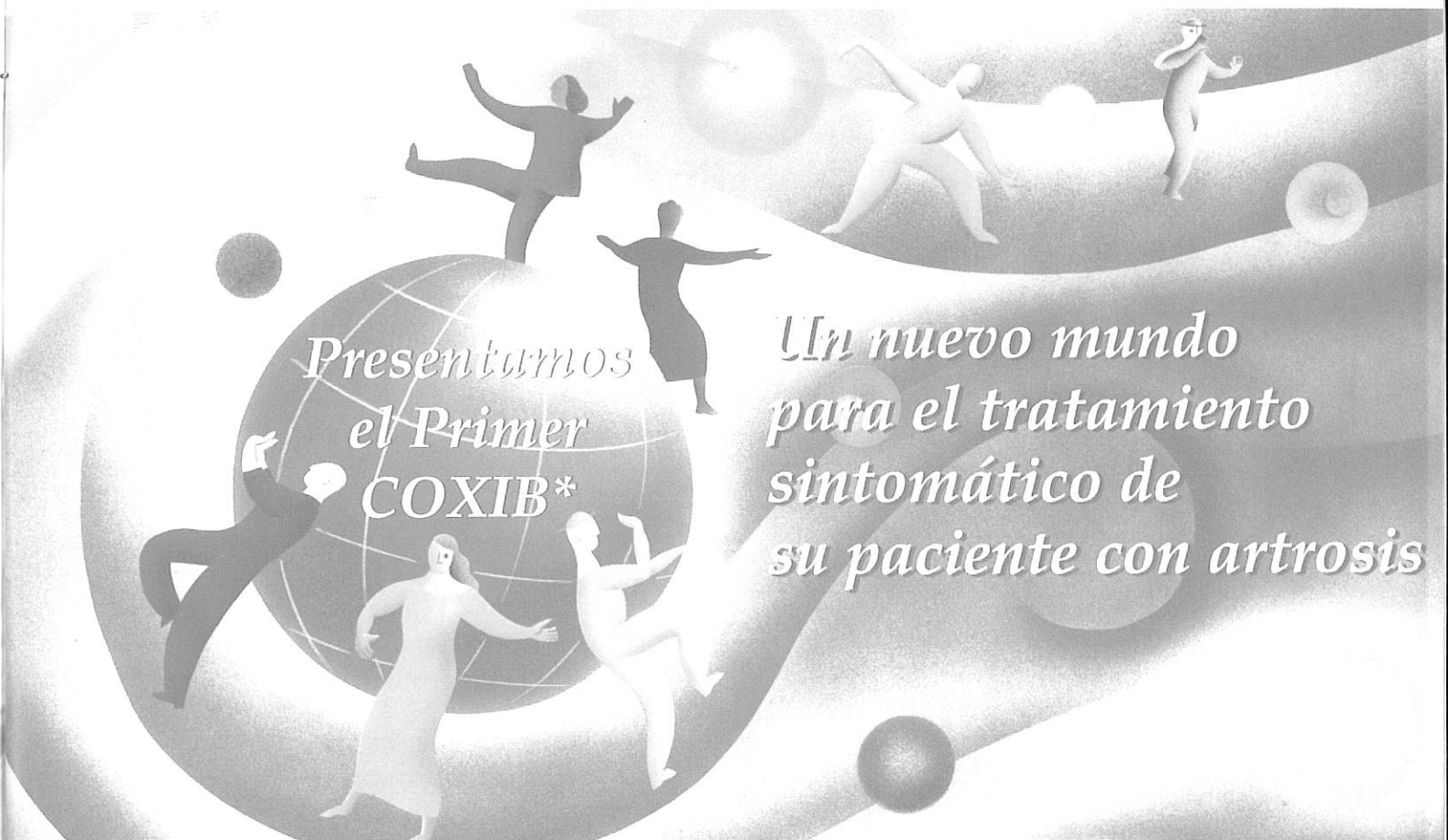
3.- Brown, J.M. & Campell, E.A. (1994). *Stress and policing: Sources and Strategies*. Chichester: Wiley.
4.- Marmot M. & Madge, N. (1987). An epidemiological perspective on stress and Health: In Kasl, V. & Cooper, C.L. (Eds) *Stress and Health: Issues in Research Methodology Reports*, 64, 267-273.
5.- Biggam, F.H.; Power, K.G.; Mcdonald, R.R.; Carcary, W.B. & Moodie, E. (1997). Self-perceived occupational stress and distress in a Scottish police force. *Work & Stress*, 11,2,118-133.
6.- Torres, E.; San Sebastián, X.; Ibarretxe, R.& Zumalabe, .M. (2002). Autopercepción de estrés laboral y distrés: un estudio empírico en la policía municipal. *Psicothema*, vol. 14 (a publicar).



REALMENTE UNA VEZ AL DIA

VIOXX® †
(rofecoxib)

Selectivo. Potente. Sencillo.



- La potencia de dosis elevadas de AINEs—diclofenaco e ibuprofeno¹
- Perfil de seguridad gastrointestinal superior al de los AINEs convencionales¹
- Realmente una vez al día; para una gran variedad de pacientes¹
- Buen perfil de tolerabilidad¹

Antes de prescribir consulte la Información Esencial de VIOXX sobre precauciones, contraindicaciones e interacciones en la página adjunta.

1. Documentación desarrollada por la Compañía que, según normativa de MSD se refiere exclusivamente a la documentación clínico-farmacológica contenida en el dossier de registro del producto o en la Ficha Técnica. Disponible bajo petición.

* Comercializado en España



GRUPO MSD

MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA

Merck Sharp & Dohme de España, S.A. Josefa Valcárcel, 38 - 28027 Madrid
www.msd.es

† Marca registrada de MERCK & CO., INC., Whitehouse Station, N.J., U.S.A.

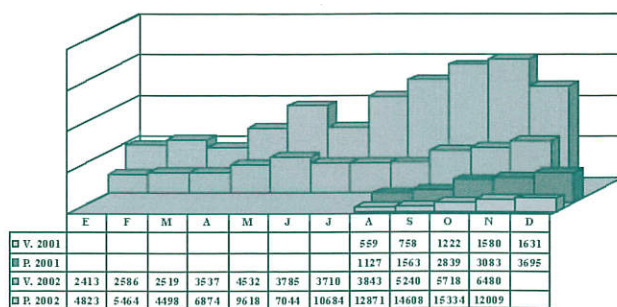
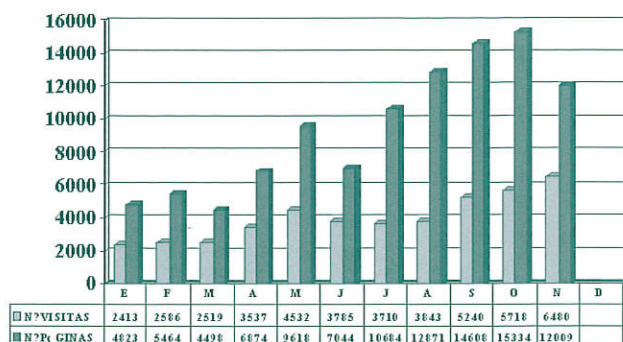
sabias que...?



XIV Edición PREMIO FUNDACION MAPFRE MEDICINA

SE RECUERDA QUE LA PRESENTACIÓN DE
TRABAJOS FINALIZA EL 31-12-02
ÁNIMOS A PRESENTAR TRABAJOS

www.seslap.com
www.seslap.es



2002

NORMAS PARA LA PUBLICACION DE ARTICULOS

- Título completo (español e inglés)
- Autor/es, indicando puesto de trabajo
- Procure incluir los siguientes epígrafes: Introducción, método, resultados, discusión y/o conclusiones, bibliografía
- Remitir un ejemplar mecanografiado y un disquete con el artículo, en formato Word (versiones 6 ó 97) a la dirección de la S.E.S.L.A.P.

Requerimientos diagnosticos previos a un seguro de salud. Cuestiones éticas

Previous diagnostics requirements to a sure of health. Ethical questions

Manzanaro R, Apellaniz A, Sánchez Milla JJ, Pascual Izaola A.
Area de Toxicología. Facultad de Farmacia UPV/EHU

RESUMEN

Objetivo: conocer la opinión de los estudiantes de la Universidad del País Vasco / Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV/EHU) acerca de determinadas cuestiones éticas relacionadas con los seguros privados de salud. Material y método: se encuesta a estudiantes de primer y último curso de 17 carreras que se cursan en la UPV/EHU, en una fecha elegida aleatoriamente. El test propone diversas situaciones de conflicto, y se solicita la opinión de los alumnos ante la misma, para lo cual disponen de 5 opciones de respuesta desde "totalmente en desacuerdo" hasta "totalmente de acuerdo", permitiendo optar asimismo por "no deseo opinar" y "no tengo opinión formada sobre el tema". Resultados: 2.394 estudiantes encuestados (3,9% del total de alumnos matriculados en la UPV/EHU). A la pregunta de si una compañía de seguros puede exigir la realización del test VIH previo a suscribir una póliza, un 60,4% se muestra en desacuerdo y un 19,9% de acuerdo. Igualmente, se rechazan (78,8% en contra y un 8,8% a favor) los análisis del ADN previos a la contratación de un seguro, para conocer posibles susceptibilidades genéticas del demandante a enfermedades.

Palabras Clave: Etica médica. Seguros de salud. Susceptibilidad genética. Opinión pública Estudiantes. SIDA.

INTRODUCCIÓN

La prestación de servicios sanitarios a los individuos pertenecientes a una comunidad, genera problemas desde el punto de vista ético. Dichos dilemas son diferentes, según se trate de un sistema de prestación público o de seguros de salud privados. En el primer caso, se suscitan conflictos en torno a la posible limitación de los servicios a prestar por la administración; o a propuestas tales como el

SUMMARY

The study aimed to determine the opinion of Basque Country University (UPV/EHU) students on ethical conflicts with respect private health insurance. Material and method: the study population consisted of first and last year students in 17 careers of UPV/EHU. The sample was obtained by surveying students in classroom on an arbitrary date. The questionnaire proposed a ethical disputed issue, and asked for students' opinion. There were five answers possible, ranging from "Fully in agreement" to "Not in agreement at all". Also possible were "I do not wish to express an opinion" and "I have no opinion on the issue". Results. 2,394 students respond (3,9% of every UPV/EHU students). 60,4% reject HIV testing prior health insurance policy, while 19,9% approve it. Likewise, 78,8% were against DNA testing before policy underwriting in order to find genetic susceptibilities, and 8,8% were in favour.

Key Words: Medical ethics. Health insurance. AIDS. Genetic susceptibility. Public opinion. Students.

pago de una cierta cantidad por los medicamentos, para lograr un uso más racional de los mismos^{1,2}.

Sin embargo, en los seguros privados, tanto sanitarios como de vida, los conflictos de corte ético que se presentan son otros. Uno de los principales es el de la información con que puede contar la firma aseguradora, para decidir si suscribe la póliza con una persona determinada, y, en caso afirmativo, fijar los aspectos económicos de la misma

- cotización, prima -; qué pruebas puede exigir al individuo para conocer su estado de salud y su nivel de riesgo.

Dos circunstancias han incrementado el interés en torno a esta cuestión. En primer lugar, se encuentra el problema del SIDA. Se plantea si es ético que una compañía demande un test VIH previo a la suscripción de la póliza³ - incluso se ha rechazado el seguro a personas, únicamente por el hecho de hacer la prueba, aunque hubiera dado negativa, ya que, según dichas compañías, el deseo de realizar el test se debería a que realizan prácticas de riesgo⁴.

El otro conflicto se relaciona con el ADN y el análisis genético. Algunas aseguradoras consideran que los datos genéticos son una información médica semejante a otras, y que por tanto se puede exigir la práctica de un análisis del ADN, previo a la suscripción de una póliza, para conocer las predisposiciones genéticas de un individuo^{5,6}. Los argumentos contrarios al uso de los datos genéticos señalan, en primer lugar, que en la mayoría de los casos el padecimiento de una enfermedad no se debe a una alteración en un único gen, sino en varios, y cuenta además con un importante componente ambiental o de hábitos^{7,8}. Asimismo, se considera que la condición genética no debería ser la base de la discriminación. Por último, se juzga que hay un riesgo de que la población no acuda a hacerse tests genéticos, por el miedo a la discriminación, con lo que no se podría llevar a cabo terapias para tal trastorno^{9,9}.

Estos conflictos relacionados con los genes no son nuevos -en la década 1970-79 algunas compañías negaban cobertura, o cobraban tasas más altas a los afro-americanos portadores de la anemia falciforme⁷, pero en la actualidad se han incrementado, y lo harán previsiblemente en mayor grado en el futuro, con el avance de la interpretación del DNA. Asimismo, los citados problemas son más notables en EEUU, donde predomina el seguro privado, y más de 40 millones de personas no tienen ningún tipo de póliza de salud¹⁰.

En razón de la trascendencia de estos hechos, se estudian en una encuesta sobre conflictos éticos relacionados con la salud, que se lleva a cabo en el colectivo universitario. En dicha investigación se deseaba obtener la opinión de los estudiantes universitarios, acerca de diversos aspectos de la bioética y la deontología, y analizar qué factores influían sobre dichos criterios.

MATERIAL Y MÉTODO

La población estudiada fue la de los alumnos de la Universidad del País Vasco / Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV/EHU), en sus tres campus: Bizkaia, Guipuzkoa y Araba.

Del conjunto de la oferta de estudios de la UPV/EHU se seleccionaron 17 carreras pertenecientes a distintas ramas del saber: sanitarias (Medicina, Farmacia, Odontología y Enfermería), científico-técnicas (Matemáticas, Físicas, Químicas, Biológicas y Geológicas), y sociales (Periodismo, Publicidad, Sociología, Políticas, Relaciones Laborales, Magisterio, Empresariales y Psicología).

El estudio se llevó a cabo entre los alumnos de primer y último curso de cada una de las carreras elegidas, con el fin de analizar posibles diferencias de opinión entre estos dos niveles. La muestra se obtuvo encuestando a todos los alumnos presentes en el aula correspondiente a cada grupo o sección, en una fecha elegida al azar.

El test incluía varios items referidos a determinadas características de los encuestados, como el sexo, edad, creencia religiosa personal o tendencia política. A continuación se incluyeron diversas preguntas referidas al tema de los seguros de salud. En cada una de estas se proponía una situación conflictiva, o se expresaba una opinión con respecto a un tema controvertido. Se solicitaba la opinión del alumno, para lo cual disponía de 5 opciones de respuesta, en base a la escala de Likert, desde "totalmente en desacuerdo" a "totalmente de acuerdo", permitiendo optar asimismo por "No deseo opinar" y "No tengo opinión formada sobre el tema".

Para el tratamiento y el análisis de los datos se utilizó una base de datos Excel, así como los programas estadísticos SSPC - PC+ y Epi-info.

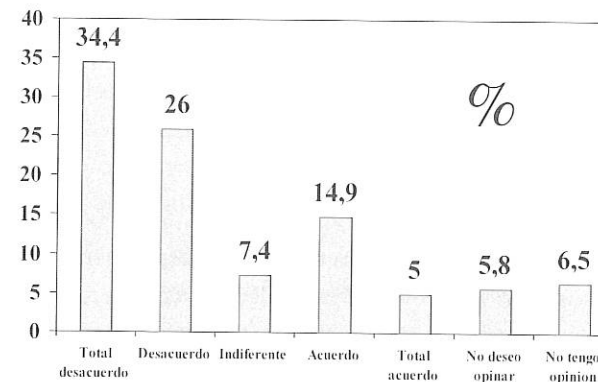
Con anterioridad a este estudio, se llevó a cabo otro de similares características entre estudiantes de último curso de carreras de corte sanitario de la UPV/EHU. La muestra obtenida en aquella ocasión fue de 262 alumnos, y el cuestionario de dicho estudio sirvió de pretest para la investigación que se presenta.

RESULTADOS

El número de personas encuestadas fue de 2.394 - un 3,9% de los alumnos matriculados en la UPV/EHU -. Por sexos, 680 fueron hombres (28,9%) y 1.675 mujeres (71,1%) - en 39 no se señaló este dato -. Por edades, 1005 alumnos tenía menos de 20 años (43,3%), 1143 entre 20 y 24 años (49,2%) y 174 más de 24 (7,5%). En 72 encuestas no se señaló este dato. Un 44% se declaró católico no practicante, un 25,6% católico practicante, un 16,3% indiferente, y un 12,9% ateo. 31 alumnos no contestaron . En cuestiones políticas, un 3% señaló ser de derecha o extrema derecha, un 3,1% de centro derecha, un 4% de centro, un 8% de centro-izquierda, un 32% de izquierda o

extrema izquierda, y un 49,8% indiferente. En 206 encuestas no se señaló este dato.

A la pregunta de si una compañía de seguros podría exigir la realización del test VIH, previo a suscribir una póliza, un 60,4% se mostró en desacuerdo y un 19,9% de acuerdo. El 5,8% de la muestra no deseó opinar, el 6,5% señaló no tener opinión formada (gráfica 1). Por sexos, el 63,2% de las mujeres estuvo en desacuerdo, y el 17,1% a favor; y, por su parte, el 54,1% de los hombres se mostró en contra, y un 26,3% de acuerdo. Según la carrera y curso que se cursaba, los mayores porcentajes de acuerdo se dieron en 5º Odontología (34,5%), 5º Políticas (34,1%), y 5º Físicas (29,4%); y los menores en 1º Sociología (4,5%), 5º Geológicas (9,1%), y 5º de Sociología (10%). (cuadros 1 y 3).



Grafica 1. Opinión de los estudiantes en relación a la posibilidad de que una compañía de seguros pueda exigir el test de VIH a una persona, previo a suscribir una póliza

Igualmente se planteaba la cuestión de si una compañía podía demandar a un posible cliente un análisis de su DNA, para conocer si tenía susceptibilidad genética a enfermedades, antes de contratar una póliza. Un 88,8% de los estudiantes estuvo en contra de esta posibilidad, y un 8,8% a favor. Un 2,6% marcó la opción "No deseo opinar", y un 4,2% la de "No tengo opinión formada sobre el tema" (gráfica 2). Por sexos,

	Total desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	No deseo opinar	No tengo opinión	Total
Masculino	232 (35,2)	184 (28)	41 (6,2)	90 (13,6)	23 (3,5)	44 (6,7)	44 (6,7)	658
Femenino	529 (32,6)	349 (21,5)	148 (9,1)	282 (17,4)	145 (8,9)	71 (4,4)	100 (6,1)	1624
Sanitarias	200 (32,2)	177 (28,4)	41 (6,6)	104 (16,7)	29 (4,7)	29 (4,7)	42 (6,7)	622
Científico-técnicas	215 (35,9)	158 (26,4)	43 (7,2)	80 (13,3)	29 (4,8)	34 (5,7)	40 (6,7)	599
Sociales	384 (34,9)	269 (24,6)	86 (7,8)	160 (14,6)	59 (5,4)	72 (6,5)	68 (6,2)	1098
Total	799 (34,4)	604 (26)	170 (7,4)	344 (14,9)	117 (5)	135 (5,8)	150 (6,5)	2.319

Cuadro 1. Distribución de la opinión - n° (%) -, según sexo y tipo de carrera del item: "Me parece bien que una compañía de seguros pueda obligar a un posible cliente a someterse a una prueba del SIDA, para saber si tiene anticuerpos anti VIH"

el 81,2% de las encuestadas estuvo en desacuerdo, frente al 73,4% de los hombres. El acuerdo con esta propuesta fue de 10,9% entre los encuestados de sexo masculino, y del 7,8% en los de sexo femenino. Por carreras, el mayor acuerdo se registró en 3º de Empresariales (17,2%), 5º de Farmacia (15,2%), y 5º Políticas (14,8%); y el menor en 5º de Geológicas y 5º de Matemáticas (0%), y 1º de Enfermería (1,5%) (cuadros 2 y 4).

DISCUSIÓN

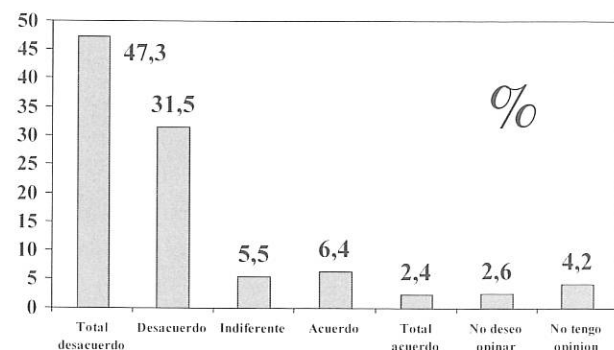
Se observa entre los estudiantes una postura claramente contraria a que las empresas de seguros puedan exigir un test VIH o un análisis del DNA a las personas que desean suscribir una póliza con la firma aseguradora. Por tanto, se rechaza que, en general, las compañías puedan contar con nuevos medios para establecer el estado de salud del solicitante, como las técnicas genéticas, o que se incluya la seropositividad VIH como estado premórbido susceptible de ser conocido por estas compañías. Igualmente se deduce que los estudiantes sitúan el principio de confidencialidad por encima de los posibles intereses comerciales de las empresas, lo que coincide con las normas deontológicas que rigen el proceder de los sanitarios.

Del estudio de los resultados, se comprueba que esa actitud antes señalada es más marcada en el caso de los datos genéticos. Por lo tanto, se considera en mayor grado que la constitución del DNA es patrimonio exclusivo del individuo, y no puede ser investigada, salvo que lo consienta éste. Igualmente, se puede aventurar otra posible explicación a este resultado, El proponer un procedimiento no posible en la actualidad, de tipo especulativo, o muy novedoso, como es el análisis genético, podría generar de por sí un mayor rechazo entre los encuestados. En el análisis según diversas variables, las diferencias antes señaladas según el sexo, en el sentido de una mayor

CARRERA CURSO	ACUERDO %	DESACUERDO %	CARRERA CURSO	ACUERDO %	DESACUERDO %
Medicina 1º	15,6 %	60,2 %	Medicina 6º	24,7	56,5
Odontología 1º	20	70,9	Odontología 5º	34,5	48,3
Farmacia 1º	20,5	55,1	Farmacia 5º	21,1	68,9
Biología 1º	15,8	63,3	Biología 5º	13,5	69,2
Geología 1º	20,5	61,5	Geología 5º	9,1	68,2
Químicas 1º	15,4	68,5	Químicas 5º	26	56
Físicas 1º	23,2	60	Física 5º	29,4	52,9
Matemáticas 1º	19,2	55,8	Matemáticas 5º	17,6	52,9
Sociología 1º	4,5	81,8	Sociología 5º	10	70
Políticas 1º	18,6	70,1	Políticas 5º	32,1	46,4
Periodismo 1º	10,8	66,3	Periodismo 5º	17,2	72,4
Publicidad 1º	20	55	Publicidad 5º	25,8	45,2
Psicología 1º	23,8	57,2	Psicología 5º	14,3	28,6
Enfermería 1º	25,3	57,8	Enfermería 3º	15,7	64,3
RRL 1º	17,7	63,3	RRL 3º	15,6	66,9
Empresarial 1º	25,3	53,9	Empresariales 3º	15,7	55,7
Magisterio 1º	16,7	60,9	Magisterio 3º	27,8	49,2

Cuadro 3. Distribución de la opinión en % según carrera y curso a la pregunta: "Me parece bien que una compañía de seguros pueda obligar a un posible cliente a someterse a una prueba del SIDA, para saber si tiene anticuerpos anti VIH"

oposición entre las mujeres, resultaron significativas ($p < 0,05$). Por religiones, los ateos y los católicos no practicantes fueron los más en contra de los tests VIH (cuadro 5). No se observaron diferencias significativas al comparar la opinión de los alumnos de 1º y último curso, o entre grupos de carreras (sanitarias, científico-técnicas y sociales).



Grafica 2. Opinión de los estudiantes acerca de la posibilidad de que una compañía de seguros pueda exigir un análisis del ADN a una persona, previo a suscribir una póliza, para conocer posibles susceptibilidades genéticas

Del estudio de otras investigaciones a nivel de la población general, se constata una clara conformidad con la idea de que el conocimiento de los resultados de los tests genéticos o de VIH puede dar lugar a discriminaciones para los portadores, si desean contratar un seguro¹¹. En una investigación

realizada en EEUU en 1994, el 77% de una muestra de población general opinaba que las compañías de seguros no deberían tener acceso a los datos genéticos, y un 12% estaba de acuerdo. Igualmente, un 27% estaba dispuesto a pagar más por sus pólizas, para que la cobertura de seguro de vida estuviera disponible para todos, con la misma tasa, sin tener en cuenta su salud o riesgo, un 59% no era proclive a pagar con el citado fin, y un 15% no contestó¹².

Por lo que respecta al criterio de los aseguradores, en una encuesta entre agentes, un 3% señalaron que no cubrirían a una persona con el gen de la diabetes juvenil, y un 25% lo harían pero con tasas más altas. En la misma encuesta, al plantear el caso de un portador del gen del cáncer de garganta, ninguno negó la cobertura, y un 13% señaló que cobrarían más prima¹³. En otro estudio entre presidentes de compañías de seguros, al plantear el caso de un individuo en riesgo de cáncer colorrectal hereditario, con familiares afectados de tal patología, un 2% no aseguraría a esa persona, y un 18% incrementarían la cuantía de la póliza. Igualmente, el 97% no requerirían un test genético previo a suscribir una póliza a un pariente del afectado del citado tipo de cáncer¹⁴. En otra investigación realizada unos años antes, los porcentajes de directores que negarían la póliza era mayor - mujer con espina bífida 68,8%, hombre con fibrosis quística 75%, mujer con familiares fallecidos por cáncer de garganta 43,8%, o que requerían practicar un test genético para descubrir posibles susceptibilidades a patologías tales como enfermedad de Huntington, Alzheimer o enfermedad coronaria, si la póliza pasara de 250.000 dólares - 68-70%- 15.

	Total desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	No deseo opinar	No tengo opinión	Total
Masculino	310 (47,6)	171 (26,2)	46 (7,1)	54 (8,3)	18 (2,8)	19 (3)	32 (5)	650
Femenino	786 (47,6)	545 (33,7)	74 (4,6)	91 (5,6)	35 (2,2)	37 (2,3)	65 (4)	1615
Sanitarias	282 (45,8)	201 (32,7)	33 (5,4)	38 (6,2)	12 (1,9)	19 (3,1)	30 (4,9)	615
Científico-técnicas	313 (35,9)	184 (31,1)	20 (3,4)	31 (5,2)	13 (2,2)	11 (1,9)	19 (3,2)	591
Sociales	496 (45,3)	342 (31,1)	73 (6,6)	79 (7,2)	31 (2,8)	29 (2,6)	48 (4,4)	1098
Total	1091 (47,3)	727 (31,5)	126 (5,5)	148 (6,4)	56 (2,4)	59 (2,6)	97 (4,2)	2.304

Cuadro 2. Distribución de la opinión - n° (%) -, según sexo, y tipo de carrera del ítem: "Me parece bien que una compañía de seguros pueda obligar a un posible cliente a someterse a un análisis de su DNA, para conocer si tiene predisposición a sufrir alguna enfermedad grave"

Otra encuesta entre directores de aseguradoras, observó que había un considerable grado de subjetividad en las decisiones sobre primas de muchos de ellos, y que algunos de dichos responsables no estaban completamente informados acerca de ciertos principios básicos de la genética médica¹⁶.

Por lo que respecta a opinión entre estudiantes, en una encuesta de 1990, un 15% admitía que una compañía de seguros pudiera negar una póliza a una persona por sufrir el SIDA, descendiendo ese porcentaje al 4,2% tras asistir a un curso de información sobre esta patología¹⁷.

En un estudio de 1998, al comparar entre un grupo de personas, o familiares de éstos, con alteraciones genéticas, con una muestra de población general, un 33,4% de los primeros habían tenido problemas a la hora de contratar una póliza de seguro de vida, frente a un 5,3% del grupo de no afectados, tales como no suscripción del seguro, aumento de prima o exámenes médicos innecesarios¹⁸. Igualmente en otra investigación entre personas con patologías genéticas en la familia conocidas, un 22% indicó que habían sido rechazadas para un seguro de salud, tanto si estaban enfermos como si no⁷.

CARRERA CURSO	ACUERDO %	DESACUERDO %	CARRERA CURSO	ACUERDO %	DESACUERDO %
Medicina 1º	5	82,5	Medicina 6º	2,3	90,6
Odontología 1º	3,6	87,3	Odontología 5º	13,8	75,9
Farmacia 1º	10,3	74,6	Farmacia 5º	15,2	62
Biología 1º	4,9	84,4	Biología 5º	3,8	90,4
Geología 1º	5,1	84,6	Geología 5º	0	100
Químicas 1º	7,3	55	Químicas 5º	3,9	86,3
Físicas 1º	9,6	81,9	Física 5º	11,8	82,3
Matemáticas 1º	13,5	71,2	Matemáticas 5º	0	88,2
Sociología 1º	9,1	81,8	Sociología 5º	10,2	84,6
Políticas 1º	2,4	92,8	Políticas 5º	14,8	74,1
Periodismo 1º	8,4	77,1	Periodismo 5º	10	83,3
Publicidad 1º	13,2	76,3	Publicidad 5º	9,4	75
Psicología 1º	10,5	84,2	Psicología 5º	4,8	71,4
Enfermería 1º	1,5	77,5	Enfermería 3º	12,5	84,8
RRL 1º	9,5	79,2	RRL 3º	6,4	82,8
Empresarial 1º	12,9	70,6	Empresariales 3º	17,2	51,4
Magisterio 1º	12,8	68,7	Magisterio 3º	6,5	62,7

Cuadro 4. Distribución de la opinión en % según carrera y curso a la pregunta: "Me parece bien que una compañía de seguros pueda obligar a un posible cliente a someterse a un análisis del DNA, para conocer si tiene predisposición a sufrir alguna enfermedad grave"

BIBLIOGRAFÍA

1. Spagnolo de la Torre E. Análisis y comentarios en torno al Informe Abril Martorell. Med Clin (Barc), 1993; 100: 258-262
2. Rufino González TF, Villa Estrada. La crisis del Estado de Bienestar y sus repercusiones en la política sanitaria. Enfermería Científica, 1997; (182-183): 68-71.
3. Pockley P, Kingman S, Hopkins J, Dorozynski A, Helena H, Dolley M, Spurgeon D. Insurers inconsistent over HIV. BMJ, 1993; 306: 1495-1498.
4. Verral M. UK insurers drop enquiry on HIV testing. Nature, 1994; 370: 316.
5. Burgess MM, Laberge CM, Knopper BM. Bioethics for clinicians: 14. Ethics and genetics in medicine. Can Med Assoc J, 1998; 158: 1309-1313.
6. The Ad Hoc Committee on Genetic Testing / Insurance issues. Genetic testing and insurance. Am J Hum Genet, 1995; 56: 327-331
7. Hudson KL, Rothenberg KH, Andrews LB, Ellis Kahn MJ, Collins FS. Genetic discrimination and health insurance: an urgent need for reform. Science, 1995; 270: 391-393.
8. Abbott A. Complexity limits the power of prediction. Nature, 1996; 379: 390.
9. Pokorski RJ. Genetic information and life insurance. Nature, 1995; 376: 13-14.
10. Bayer R. Ethical challenges posed by clinical progress in AIDS. Am J Pub Health, 1997; 87: 1599-1602.
11. Hietala M, Makoven A, Aro AR, Menela P, Peltolen L, Aula P. Attitudes toward genetic testing among the general population and relatives of patients with severe genetic disease: a survey from Finland. Am J Hum Genet, 1995; 56 : 1493-1500.
12. Massod E. Gene tests: who benefits from risk. Nature, 1996; 379: 389-392.
13. Hall MA, Rich SS. Laws restricting health insurers' use of genetic information: impact on genetic discrimination. Am J Hum Genet, 2000; 66: 293-307.
14. Rodríguez-Bigas MA, Vasen HFA, O'malley L, Rosenblatt MJT, Farrell C, Weber TK, Petrelli NJ. Health, life and disability insurance and hereditary non-polyposis colorectal cancer. Am J Hum Genet, 1998; 62: 736-737.
15. McEwen JE, McCarty K, Reilly RR. A survey of state insurers commissioners concerning genetic testing and life insurance. Am J Hum Genet, 1992; 51: 785-792.
16. McEwen JE, McCarty K, Reilly RR A survey of medical directors of life insurance companies concerning use of genetic information. Am J Hum Genet, 1993; 53: 33-45.
17. Brenlla González J, Requena Rey F, Rey González LA, Bueno crego R, Pintos García N. El SIDA: actitudes de los alumnos de enfermería. Enfermería Científica, 1990; (97): 16-20.
18. Low L, King S, WilkieT. Genetic discrimination in life insurance: empirical evidence from a cross-sectional survey of genetic support groups in the United Kingdom. BMJ, 1998; 317: 1632-1635.



OSALAN

AL PERSONAL SANITARIO DE LOS
SERVICIOS DE PREVENCIÓN:

*"Ayuda a controlar la Salud Laboral
de la población trabajadora, mediante
la vigilancia sanitaria específica"*



Las drogas en el marco de la ley de prevención de riesgos laborales

Javier González Caballero. Enfermero de Empresa
Instituto Nacional de la Seguridad Social BILBAO

RESUMEN

Se ha hecho una descripción de los problemas originados por drogas en el entorno laboral, repercusiones, diagnósticos, soluciones y programas de prevención. Se describen las drogas desde el punto de vista de salud laboral sugiriendo pautas y métodos de trabajo.

Palabras Clave: Drogas, entorno laboral, métodos de trabajo.

INTRODUCCIÓN

- La aprobación de la Ley 31/95 de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL) supone un cambio en las pautas de actuación de las empresas, con el fin de establecer una mejora en las condiciones de trabajo. Esta situación novedosa implica, por tanto, una modificación en la cultura preventiva laboral.
- Para poder alcanzar los objetivos pretendidos, la mencionada Ley plantea la necesidad de que el empresario, como máximo garante de la seguridad y salud de los trabajadores, deba realizar unas actividades en estas facetas a través de un modelo activo de actuación preventiva, lo que supone que las actuaciones deben ir encaminadas a la adopción de medidas que garanticen la seguridad y salud de los trabajadores.
- Este modelo de actuación, aunque presenta una lógica sencilla de entender, va a suponer en muchas ocasiones un profundo cambio en el modo de concebir por parte de los profesionales en este ámbito, las diferentes acciones en materia de seguridad y salud en el trabajo, que con anterioridad a la entrada en vigor de la LPRL, se realizaban generalmente a través de un modelo reactivo de actuación, consistente en actuar con posterioridad a que se hubieran producido los hechos indeseados en este campo, los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales.

SUMMARY

It has been made a description about the drugs-related problems at the occupational environment: importance, repercussions, diagnosis, solutions and prevention programme. A global of the drugs from the point of view of the occupational health is described, suggesting a theoretical pattern of method of work.

Key Words: Drugs, occupational environment, method of work.

EL MEDIO LABORAL COMO MARCO PARA LA PREVENCIÓN EN DROGAS.

- El estudio sobre la "INCIDENCIA DE LAS DROGAS EN EL MEDIO LABORAL", refiere que aproximadamente tres de cada diez trabajadores indican que en su lugar de trabajo conoce a compañeros que ingieren bebidas alcohólicas en exceso o toman drogas, y prácticamente todos los trabajadores (97,4%) proponen la realización de una serie de actuaciones entre las que destaca:
 - La información y formación del colectivo de empleados sobre este fenómeno y sus consecuencias.
 - La orientación hacia centros especializados de aquellos compañeros con problemas.
 - Ayuda destinada a los ya consumidores y sus familiares.
- Entre las demandas recogidas y las actuaciones realizadas se constata su situación paradójica:
 - Sólo 2,1 de cada 10 trabajadores indica que en su empresa se ha realizado alguna actividad en este sentido.
- En el estudio "LA INCIDENCIA DE LAS DROGAS EN EL MUNDO LABORAL EN LA COMUNIDAD DE MADRID" (1996) ante esta misma circunstancia refiere que "no se ha hecho nada", según el 70,8% de la muestra de

trabajadores y el 51,9% de los empresarios encuestados. Abundando más en este aspecto, el 68,7% del personal laboralmente activo refiere idéntica situación en el estudio "LAS DROGAS EN EL MUNDO LABORAL DE ANDALUCÍA" (1997). En otra investigación "LA INCIDENCIA DE LAS DROGAS EN EL MEDIO LABORAL DE LA COMUNIDAD VALENCIANA" (1998), el 63% de los empleados y el 58,6% de los empleadores indican que en su centro de trabajo no se ha realizado ninguna actuación ante el problema de alcohol-drogas. En este sentido, se recoge otro dato similar en el estudio "EL CONSUMO DE DROGAS Y FACTORES ASOCIADOS EN LA POBLACIÓN LABORAL DE CANARIAS" (1999), en el cual se constata que el 72,2% de los trabajadores y el 50,9% de los empresarios muestra idéntica opinión que en los trabajos precedentes.

- Esta constatable situación parece explicar otra que acontece a diario en el medio laboral: De una parte se demanda información, asesoramiento y ayudas por parte de los trabajadores y de otra, se observa una considerable tolerancia por parte de los distintos agentes sociales que integran la empresa, respecto al consumo de determinadas drogas: alcohol y tabaco fundamentalmente, siendo éstas quienes concitan los mayores niveles de consumo entre la población laboral.
- Son varias las razones que justifican la intervención en materia de drogas desde el marco de la empresa, entre las cuales las más importantes serían la existencia de un gran porcentaje de trabajadores que consumen drogas y las graves repercusiones que estos consumos tienen, tanto para la salud y bienestar del trabajador, como en el sistema productivo. Pero hay además una serie de razones que hacen de la empresa un espacio privilegiado para el desarrollo de programas que inciden en el ámbito de la salud en general y en los consumos de drogas en particular.
 - Cuenta con una población relativamente homogénea
 - Tiene asegurada la continuidad de las intervenciones a lo largo del tiempo (algo esencial para poder evaluar los logros de cualquier programa preventivo).
 - Dispone con frecuencia de unos recursos humanos altamente cualificados (servicios médicos, psicológicos y sociales de la empresa) y de estructuras organizativas, en principio idóneas para su ejecución (comités de seguridad y salud, servicio de prevención, delegados de prevención).
 - El centro de trabajo es un espacio idóneo para la detección precoz de los problemas provocados por el uso y abuso de drogas.

- La empresa presenta ventajas adicionales para el tratamiento de los consumidores abusivos de drogas:

- Permite un importante grado de "control terapéutico" sobre los consumidores.
- Actúa como coadyuvante en la motivación para el abandono de los consumos abusivos de drogas, ante la posibilidad de pérdida de trabajo.
- Facilita un entorno propicio para la rehabilitación y reinserción social (ambiente normalizado, apoyo de compañeros, etc.)

- Investigaciones recientes realizadas en España sobre los resultados obtenidos por las empresas españolas que están desarrollando programas de atención para sus trabajadores con consumos abusivos de drogas, coinciden en destacar de forma mayoritaria los siguientes efectos, en los que además coinciden tanto los técnicos de los servicios de salud laboral como los representantes sindicales de las empresas afectadas:

- Mejora del clima laboral.
- Disminución de los niveles de absentismo.
- Reducción de los períodos de incapacidad laboral transitoria.
- Reducción del número de accidentes laborales.
- Reducción de los niveles de conflictividad con mandos y compañeros.
- Facilita el tratamiento de otros problemas de salud.
- Reducción de riesgos de contraer enfermedades relacionadas con las drogas.

- El desarrollo de políticas coherentes frente a los consumos de drogas desde la empresa no requiere el desembolso de importantes sumas de dinero. Así lo ponen de manifiesto las experiencias que ya están llevando a cabo algunas empresas en este campo. Los costes que exigen los programas de este tipo son muy reducidos, siendo cubiertos con frecuencia con cargo a los presupuestos ordinarios de los departamentos de salud laboral.

- Por otra parte, como señala la OIT, los programas sobre drogas suponen un beneficio mínimo de dos dólares por cada uno invertido (proporción que llega a ser de siete a uno). Constatación que corrobora el Consorcio Internacional sobre el Abuso de Drogas en el Ámbito Laboral, iniciativa del sector empresarial, certificando que por cada 0,6 Euros invertidos en un programa de intervención ante las drogas, se reporta un ahorro de entre 3 y 9 Euros.

ELABORACIÓN DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN DROGAS EN EL ÁMBITO LABORAL.

• El desarrollo de una acción preventiva de esta índole viene dada por la alta incidencia y prevalencia del abuso de alcohol-drogas en nuestro entorno de trabajo.

• Tres son los principios que se han de considerar en la justificación de un programa de intervención:

- El programa se debe ajustar a la valoración previa de las necesidades en el colectivo a implantar .

- Debe cumplir unos criterios metodológicos a la hora de ser planificado, instaurado y evaluado.

- Debe estar basado en teorías científicas contrastadas.

• A continuación se desarrolla una propuesta relativa al diseño e instauración de un modelo de actuación ante el consumo de sustancias psicoactivas en el espacio de trabajo que consta de los siguientes pasos:

1). CREACIÓN DE UNA COMISIÓN DE TRABAJO

La Comisión de Trabajo deberá estar constituida por los distintos interlocutores sociales que integran el medio laboral, donde cada uno de los estamentos citados asumirá sus cometidos en función de la responsabilidad que ocupe en su ámbito de trabajo. Estará integrada por:

- Delegados de Prevención

- Cuadros directivos y mandos intermedios

- Servicio de Prevención, representado por el servicio médico u otros profesionales cualificados.

- Técnicos de recursos humanos.

Son circunstancias favorecedoras en el desarrollo de un programa, el hecho de alcanzar unos mínimos iniciales consensuados y su redacción por escrito. Desde luego, toda iniciativa, tarea o actividad que se programe y que no esté sometida a un consenso previo, estará abocada al fracaso de antemano, obteniéndose las más de las veces, un efecto contrario al deseado inicialmente.

El Comité de Seguridad y Salud será el espacio adecuado donde se presente el programa final, se observe la evolución y los resultados obtenidos del programa diseñado.

2). DETERMINACIÓN DE OBJETIVOS GENERALES

- Enmarcar las actividades preventivas que determinen su ejecución dentro de un plan general de salud de la empresa.

- Concienciar a los distintos interlocutores laborales de la importancia de su implicación activa en el

programa preventivo, asumiendo las responsabilidades inherentes a su condición.

- Resaltar las ventajas que reporta la intervención para todo el colectivo laboral.

- Sensibilizar a los distintos estamentos involucrados en la prevención de la necesidad de instaurar un programa preventivo.

3). PLANIFICACIÓN DEL PROGRAMA

- Ámbitos de aplicación

- Análisis de la realidad en la organización

- Determinación de objetivos concretos

- Determinación de actividades

- Diseño de estrategias

- Seguimiento

- Evaluación del programa

- Reinserción laboral.

3.1. Ámbitos de Aplicación:

a) **Acción Preventiva:** Dirigida a toda la población laboral, viene dada no sólo por las distintas actividades de educación para la salud, encaminadas a minimizar las consecuencias derivadas del uso de las drogas, sino también, reforzando el mensaje de no consumo o consumo responsable. A su vez debe incidir en aquellos factores de riesgos o condiciones de trabajo que pudieran favorecer o inducir su consumo.

b) **Asistencia y atención a demanda:** A través de una detección precoz o en su defecto canalizando la situación a recursos terapéuticos externos con los cuales se mantendrá un contacto permanente.

c) **Reinserción laboral:** Vendrá dada por la reserva del puesto de trabajo durante el tratamiento rehabilitador, al cual se incorporará en cuanto sea factible, considerando su propia actitud, de los compañeros y los factores de riesgo laborales inherentes a su actividad.

3.2. Análisis de la realidad en la organización:

Esta situación se puede determinar utilizando distintos parámetros:

a) Perfil *sociodemográfico* de los consumidores de drogas.

b) Perfil laboral de los consumidores de drogas.

c) Perfil de los consumos observados.

d) Observancia de los costes asociados.

e) Marcadores biológicos utilizados.

f) Características de las demandas de atención recibidas.

g) Descripción de la empresa.

h) Información proporcionada por el Área de Recursos Humanos, la Unidad de Salud Laboral, los propios compañeros, su responsable más próximo, los representantes sindicales, etc.

i) Consulta de bibliografía de los programas diseñados con anterioridad.

j) Aplicación de cuestionarios sobre consumo.

k) Identificación de factores de riesgo laboral que pueden inducir el consumo.

3.3. Determinación de objetivos concretos

a) Vigilar y analizar los diversos factores o situaciones de riesgo laboral que tengan incidencia en cada puesto de trabajo y que puedan inducir al consumo de sustancias psicoactivas.

b) Establecimiento de medidas correctoras que erradiquen el riesgo en su origen o en su defecto, que lo minimicen hasta hacerlo tolerable.

c) Mejora de la calidad de vida en el trabajo a través de la promoción de hábitos saludables.

d) Incrementar la productividad empresarial: Con la implementación de un programa de intervención en drogas se reducirá la siniestralidad laboral, las jornadas perdidas y los periodos de incapacidad laboral ("Bajas"), contribuyendo de esta forma a la mejora del clima laboral, lo cual redundará positivamente en la producción.



3.4. Determinación de Actividades.

Una vez que la Comisión de Trabajo ha definido por consenso la política de actuación a instaurar, se deben recoger los acuerdos alcanzados en un documento escrito que se hará llegar a cada uno de los trabajadores. Dicho documento incluirá:

- Una carta personal explicativa, una copia de la política de la entidad

- La justificación del programa

- Un breve glosario de términos

- Unos datos sobre el consumo

- Unos comentarios efectuados por los distintos agentes sociales, si se considera oportuno.

No obstante, aquellos puntos más significativos han de ser recordados a través de carteles situados en puntos de máxima concurrencia.

Las actuaciones dirigidas a la reducción de la oferta lo constituirían el conjunto de acciones encaminadas a dificultar el acceso de los potenciales consumidores mediante, por ejemplo, la eliminación de máquinas expendedoras de tabaco, ceniceros, etc..., sustituyéndolo por la habilitación de espacios libres de humo, carteles informativos u otros mensajes de promoción de hábitos saludables. En la misma línea se puede actuar en lo que al alcohol respecta. Se restringirá en el espacio de trabajo u anexos su venta o distribución y se limitará la publicidad, sustituyéndose por máquinas dispensadoras de bebidas alternativas: refrescos, bebidas calientes o fuentes de agua fresca.

Las actividades encaminadas a la reducción de la demanda lo comprenden las actuaciones formativas, informativas y sensibilizadoras orientadas a la toma de conciencia de los riesgos que comporta el abuso de drogas. En este punto es de suma importancia el análisis y estudio de aquellos riesgos profesionales que puedan inducir el consumo de sustancias.

En cuanto al asesoramiento profesional, otra actividad primordial, lo constituiría el contacto con otros técnicos especialistas en este ámbito que desempeñen su cometido en distintas instituciones: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, Osalan

(Comunidad Autónoma Vasca), centros de salud mental, los recursos sanitarios disponibles y ONGs.

Las reuniones periódicas con los distintos estamentos que componen la organización, permite no sólo el intercambio de información, sino el mantenimiento de la vigencia y operatividad de la Comisión de Trabajo.

3.5. Diseño de Estrategias.

Estrategias de educación para la salud: En las cuales se recurre a soportes publicitarios para estimular su participación activa en el seguimiento de hábitos saludables, tratando de favorecer un consumo responsable a través de

un autocontrol individual y colectivo. Los recursos disponibles son: Folletos, Artículos, Trípticos, Carteles, Videos, Charlas, Conferencias, Mesas redondas, Murales, Etc...

3.6. Seguimiento.

Efectuado desde el medio laboral, se establecerán entrevistas periódicas en las que se puedan objetivas los planteamientos efectuados en cuanto a cambios observados en los hábitos de consumo.

3.7. Evaluación del Programa.

La evaluación, como parte integrante del programa nos permitirá valorar de una parte la efectividad de las actuaciones diseñadas y de otra, introducir las modificaciones que se consideren oportunas en los planteamientos iniciales. Evaluación del proceso. A través de la evaluación periódica de los resultados, observaremos el cumplimiento de los objetivos definidos previamente, que han de ser realistas y prudentes. La consecución de los mismos irá en función de sendos parámetros.

INDICADORES	TÉCNICAS DE EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • Formación impartida (Nivel de conocimientos conseguidos). • Materiales elaborados 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionarios
<ul style="list-style-type: none"> • Número de demandas de información • Número de participantes en el programa • Número de recursos extralaborales solicitados • Motivo de adscripción al programa: Iniciativa propia, familia, compañeros, mediadores laborales, Servicio de Salud Laboral • Recursos disponibles: Humanos, económicos 	<ul style="list-style-type: none"> • Observación
<ul style="list-style-type: none"> • Grado de consecución de objetivos 	<ul style="list-style-type: none"> • Debate, ficha personal, ...
<ul style="list-style-type: none"> • Grado de satisfacción 	<ul style="list-style-type: none"> • Debate

3.8. Reinserción Laboral.

Cuando la incorporación a un programa terapéutico no implica el abandono del puesto de trabajo, la situación laboral del trabajador no sufre importantes variaciones. Si por el contrario precisara una incapacidad temporal prolongada para el cumplimiento del tratamiento, una vez concluido el mismo, se tendrá prevista su incorporación a un programa de terapia ocupacional previa al regreso al puesto de trabajo. Bien a las tareas que desempeñaba anteriormente o a unas nuevas que se le asignen, en función de la valoración de su entorno: adaptabilidad y capacidad personal, situaciones de riesgo, actitudes de compañeros, etc. Esta situación previa permite una adaptación paulatina

al que será su destino final. El espacio adecuado para realizar estas tareas previas de adaptación es el contexto del sindicato, donde se encomendarán labores administrativas, de archivo, ...

En ocasiones, la conclusión del tratamiento implica la abstinencia pero no siempre es así. Aunque algunos trabajadores logran mejorías parciales que permiten reanudar su actividad laboral, no modifican su conducta pero cambian su actitud, lo cual resulta alentador.

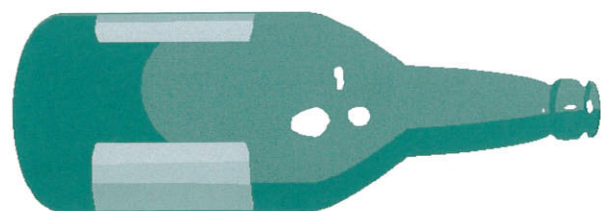
4). CRITERIOS DE CALIDAD

- El consenso entre los distintos integrantes de la Comisión de Trabajo, no sólo en la planificación del programa, sino en el desarrollo del mismo.
- La confidencialidad
- La voluntariedad
- El mantenimiento del puesto de trabajo.

5). COROLARIO

A modo de resumen, éstas son las orientaciones que deben imperar en una estrategia orientada a la prevención:

- Participación de todos los estamentos implicados.
- Hacer partícipe de la prevención a la totalidad de la empresa.
- Integrar en un discurso preventivo planteamientos relativos tanto a la mejora de las condiciones de trabajo como a la rentabilidad económica de la prevención.
- Garantizar la confidencialidad y el compromiso de que no se deriven medidas sancionadoras.
- Contextualizar las estrategias de detección como medidas dentro de un plan de actuación en materia de prevención.



BIBLIOGRAFÍA

ALARCÓN, M.R. (1996). La prevención de riesgos laborales. Aspectos clave de la Ley 31/95. Editorial Aranzadi. Pág. 114.

GONZÁLEZ, S. Y APARICIO J. (1996). Comentarios a la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales. Editorial Trotta. Pág. 114.

Real Decreto 39/1997 de 17 de Enero. BOE 31 de Enero de 1997

GONZALEZ, S. (1996). *Gestión de prevención en la empresa*. Volumen II. Biblioteca Cinco Días. Pág. 23.

GONZALEZ, S. (1996). *Gestión de prevención en la empresa*. Volumen II. Biblioteca Cinco Días. Pág. 16.

GONZALEZ, S. (1996). *Gestión de prevención en la empresa*. Volumen II. Biblioteca Cinco Días. Pág. 17.

GONZALEZ, S. (1996). *Gestión de prevención en la empresa*. Volumen II. Biblioteca Cinco Días. Pág. 20.

GOBIERNO VASCO. Departamento de Justicia, Economía, Trabajo y Seguridad Social (1996). *Boletín Informativo sobre prevención comunitaria de las drogodependencias Prebentzioa*. Nº. 48.

MASIP, J.M. Prevención de riesgos laborales. Estrategias, gestión y prevención de las adicciones en el mundo laboral. Editorial Síntesis. Pág. 13.

GOBIERNO VASCO. Departamento de Justicia, Economía, Trabajo y Seguridad Social (1996). *La prevención de las drogodependencias en el mundo laboral*. Pág. 83.

FUNDACIÓN DE AYUDA CONTRA LA DROGADICCIÓN. (1996). *La incidencia de las drogas en el mundo laboral, 1996*. Págs. 161-184.

SÁNCHEZ, L. (1994). Estrategias de la efectividad de los programas de atención a drogodependientes en la empresa. Fundación Mapfre Medicina. Pág. 6.

SÁNCHEZ, L. (1996). *Manual para profesionales de los servicios de salud laboral*. Fundación de Ayuda contra la Drogadicción y Fundación Mapfre Medicina. Págs. 78-79.

GOBIERNO VASCO. Departamento de Industria, Agricultura y Pesca (1997). *Alcohol y otras drogas en la empresa. ¿Por qué actuar?*. Página 19.

PORTELLA, E y cols. (1998). El alcohol y su abuso: impacto socioeconómico. Editorial médica Panamericana. Págs. 68-72.

GOBIERNO VASCO. *Prevención del alcoholismo en el ámbito laboral*. Jornadas de Encuentro Aquitania-Euskadi. Bilbao 23-24.05.1996. Pág. 27.

GOBIERNO VASCO. Departamento de Industria, Agricultura y Pesca (1997). *Alcohol y otras drogas en la empresa. Un modelo de intervención*. Página 6.

GOBIERNO VASCO. *Prevención del alcoholismo en el ámbito laboral*. Jornadas de Encuentro Aquitania-Euskadi. Bilbao 23-24.05.1996. Pág. 33.

GOBIERNO VASCO. Departamento de Justicia, Economía, Trabajo y Seguridad Social (1996). *La prevención de las drogodependencias en el mundo laboral*. Pág. 100.

GOBIERNO VASCO. *Prevención del alcoholismo en el ámbito laboral*. Jornadas de Encuentro Aquitania-Euskadi. Bilbao 23-24.05.1996. Pág. 5.

COMISIONES OBRERAS Y DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS. *Guía sindical de salud laboral. Alcohol y drogas en el lugar de trabajo*. Pág. 16.

MASIP, J.M. (1999). Prevención de riesgos laborales. Estrategias, gestión y prevención de las adicciones en el mundo laboral. Pág. 183.

COMISIONES OBRERAS. (1989). La actitud de las empresas españolas ante el alcohol y las drogas.

COMUNIDAD DE MADRID. (1998). La incidencia de las drogas en el mundo laboral en la Comunidad de Madrid. Págs. 249-252.

UNIÓN GENERAL DE TRABAJADORES. Guía de prevención de drogodependencias en el medio laboral. Págs. 6-9.

COMISIONES OBRERAS. (1998). *Orientaciones sobre intervención sindical en drogodependencias*. Págs. 87-90.

COMISIONES OBRERAS. *¿Dónde me coloco?*. Págs. 10-11.

UGT. (1998). *Seminario de nuevas estrategias en la prevención de drogodependencias en el ámbito laboral*. Pág. 35.

COMISIONES OBRERAS. (1989). *La actitud de las empresas españolas ante el alcohol y otras drogas*.

JOURNAL OCCUPATIONAL MEDICINE. (1996) volumen 28. Nº. 12

GOBIERNO VASCO. *Prevención del alcoholismo en el ámbito laboral*. Jornadas de Encuentro Aquitania-Euskadi. Bilbao 23-24.05.1996. Pág. 6.

PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS. (1997). *Prevención de las drogodependencias. Análisis y propuesta de actuación*. Pág. 111.

GOBIERNO VASCO. Departamento de Justicia, Economía, Trabajo y Seguridad Social (1996). *La prevención de las drogodependencias en el mundo laboral*. Pág. 100-101.

SÁNCHEZ, L. (1996). *Manual para profesionales de los servicios de salud laboral*. Fundación de Ayuda Contra la Drogadicción y Fundación Mapfre Medicina. Págs. 92-93.

GOBIERNO VASCO. Departamento de Industria, Agricultura y Pesca (1997). *Las drogas en la prevención de riesgos laborales. Currículum formativo para delegados de prevención*. Página 33.

RENFE. *Suplemento líneas nº. 178*. Pág. 20.

SÁNCHEZ, L. (1994). *Evaluación de la efectividad de los programas de atención a drogodependientes de la empresa*. Fundación Mapfre Medicina. Pág. 153.

COMISIONES OBRERAS. (1998). *Orientaciones sobre intervención sindical en drogodependencias*. Pág. 115.

FUNDACIÓN DE AYUDA CONTRA LA DROGADICCIÓN. (1998). *Problemas de Alcohol en el ámbito laboral*. Pág. 149.



agenda de congresos

1º CONGRESO EUROPEO SOBRE PREVENCIÓN DE RIESGOS, NUEVAS FORMAS DE GESTIÓN Y PERSPECTIVAS EN PSICOSOCIOLOGÍA LABORAL EN EL SIGLO XXI.

Madrid, 12,13 y 14 de Febrero de 2003.
 Departamento del servicio de Prevención. C/Francos Rodríguez s/n
 Dehesa de la Villa s/n 28040-Madrid. Tel.: 91 588 31 76/08. Fax.: 91 588 32 09
 e-mail: saludlaboral@munimadrid.es
 www.munimadrid.es/congreso_slaboral

ICOH-CIST-EL DESAFÍO DE LA EQUIDAD EN SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO.

Cataratas de Iguazú-Brasil, del 23 al 28 de Febrero de 2003.
 Av. Cândido de Abreu, 20. Galería sala 06, CEP 80530-902, CURITIBA-PR-BRASIL.
 Tel./Fax: 55413536719.
 e-mail: icoh2003@fiepr.com.br

EVALUACIÓN DE FACTORES PSICOLÓGICOS EN EL TRABAJO.

Del 3 al 6 de Marzo de 2003. Niva. Geilo (Noruego).
 Tel.: 358 9 4747 2498
 Fax.: 358 9 4747 2497
 e-mail: pirjo@turtiainen@ttl.fi
 www.niva.org

VII SIMPOSIO INTERNACIONAL DE SALUD MARÍTIMA.

Tarragona, del 22 al 26 de Abril de 2003. SEMM. Casa del Mar. Francisco Bastos 19,
 43050-Tarragona.
 Tel.: 977 240 387. Fax.: 977 234 954.
 e-mail: semm@semm.org
 www.semm.org/ismh7.html

III ENCUENTRO NACIONAL Y I INTERNACIONAL SOBRE PREVENCIÓN Y SALUD LABORAL.

Del 4 al 6 de junio de 2003. Vilanova i la Geltrú. Barcelona.
 http://enpysal.8m.com.

I CONGRESO INTERNACIONAL SOBRE ALERGIAS PROFESIONALES Y AMBIENTALES.

Helsinki-Finlandia, del 9 al 12 de Julio de 2003.
 Finnish Institute of Occupational health. Helsinki (Finlandia) Tel.: 358 947 471.
 e-mail: lasse.kanerva@occuphealth.fi
 www.occuphealth.fi

IEA 2003-ERGONOMÍA EN LA ERA DIGITAL.

Seúl-Corea, del 24 al 29 de Agosto de 2003.
 Secretariat of IEA 2003. Kangnam P.O. Box 467. SEÚL (Corea) 135-646 ICEM
 Tel.: 82 2 34 46 24 51. Fax: 82 2 34 46 24 65.
 E-mail: papers@iea2003.org
 www.iea2003.org

Efectos del tabaco (1)

Se sabe que el tabaco perjudica seriamente la salud. Los investigadores lo denuncian como agente inductor, o al menos favorecedor, de multitud de trastornos y dolencias como la bronquitis crónicas, enfisema pulmonar, enfermedades coronarias, úlceras de estómago y duodeno, diversos tipos de cáncer (pulmón, bucal, de laringe, faringe, esófago, etc.), disminución de la visión periférica y de la capacidad de la visión nocturna, etc.

COMPONENTES DEL HUMO DEL TABACO:

La **nicotina** es una sustancia extremadamente tóxica. Dos o tres gotas serían suficientes para matar a una persona adulta. La dosis mortal es de 30 miligramos. Un cigarrillo suele contener de 15 a 20 mgr. de nicotina se calcula que, al fumar, pasan a la sangre 1,2 mgr.



La nicotina es la responsable de la mayoría de los efectos a corto plazo del tabaco y, además, de crear dependencia, haciendo que el tabaco sea considerado como una droga más.

El **alquitrán** es el responsable de la mayoría de los cánceres producidos por el tabaco, así como problemas bronquiales y vasculares.

El **monóxido de carbono (CO)**, conocido como "gas de los braseros", es un producto resultante de la combustión del tabaco. Parece ser el componente que provoca enfermedades cardíacas. Contribuye, además, a crear dependencia en el consumidor.

EFFECTOS DEL TABACO

El tabaco es un estimulante del sistema nervioso central que, sin embargo, en los adictos produce relajación. El hábito de fumar aumenta la tolerancia (se aguanta más), con lo que los

EL TABACO AFECTA AL SISTEMA BRONCO-PULMONAR



efectos agudos (mareos, vómitos, sudoración), se notan cada vez menos.

A largo plazo, el tabaco afecta principalmente a los sistemas bronco pulmonar y cardiovascular. Las estadísticas señalan que el tabaco es la principal causa de cáncer de pulmón, aunque por supuesto existen otras causas, como la contaminación industrial.

El tabaco también se asocia con los cánceres de boca y del tracto respiratorio, sin olvidar que otras enfermedades respiratorias (bronquitis, enfisema...) inciden más en los fumadores que en los que no lo son, especialmente cuando ambos están expuestos a la contaminación industrial o urbana.

Existen muchos datos que indican que el fumador es más propenso a sufrir otro tipo de dolencias, como úlceras de estómago, enfermedades cardíacas y de los vasos sanguíneos y que, por si esto fuera poco, tiene menos inmunidad a las infecciones que los que no fuman.

EL FUMADOR ES MÁS PROPENSO A ENFERMEDADES CARDÍACAS



La evidencia de que fumar es uno de los principales riesgos para la salud es aplastante. Hasta tal punto es así que, según el Real Colegio Británico de Médicos, cada cigarrillo acorta la vida del fumador en más de 5 minutos.

CADA CIGARRILLO ACORTA LA VIDA EN MÁS DE CINCO MINUTOS



SINTOMATOLOGÍA DEL FUMADOR HABITUAL

El fumador habitual presenta una serie de síntomas que revelan su condición, como por ejemplo:

- **Astenia:** cansancio que, a veces, desaparece al fumar.
- **Anorexia:** falta de apetito, que se suele acentuar al fumar.

AL FUMAR SE ACENTÚA LA FALTA DE APETITO



- **Disnea:** dificultad para respirar, que se acentúa con el mínimo esfuerzo.
- **Disfonía:** ronquera del fumador.
- **Tos bronquial matinal:** tos con flemas por la mañana.
- **Impotencia** a edades precoces o disminución de la libido.
- **Coloración amarillenta** de los dientes.
- **Dolores** torácicos difusos.
- **Bronquitis** estacionales.

Efectos del tabaco (II)

El hábito de fumar tiene un efecto nocivo sobre la salud, la lógica nos dice que necesariamente ha de repercutir sobre el absentismo laboral. Pero es que, además, existen estudios dignos de crédito que demuestran que la tasa de absentismo entre los trabajadores que fuman es muy superior a la observada entre los que no lo hacen, con lo que el tabaquismo se convierte también en un problema laboral de primer orden.

EL TABACO EN EL TRABAJO

Además de los riesgos que por sí sólo produce para la salud, el tabaco potencia los riesgos laborales, como lo demuestra el hecho de que los trabajadores que fuman presentan un índice de frecuencia de accidentes y enfermedades profesionales mucho más elevado que los que no fuman

COLORACIÓN AMARILLENTA DE LOS DIENTES



Es sabido que el hábito de fumar potencia el efecto de ciertos contaminantes presentes en el ambiente de trabajo.

Por ejemplo, el tabaco ejerce un claro sinergismo con el asbesto en la aparición del carcinoma pulmonar, que es mucho más frecuente entre los fumadores.

El "rito" que conlleva el acto de fumar también

EL RITO DE FUMAR PUEDE DAR LUGAR A DISTRACCIONES



puede ser causa potencial de accidentes, como consecuencia de una distracción al ir encender un cigarrillo, tener en la mano ocupada en sujetarlo, una irritación ocular momentánea provocada por el humo, un acceso de tos, o la disminución de la capacidad de atención debida a la disminución del contenido de oxígeno en la sangre que el tabaco ocasiona.

IRRITACIÓN OCULAR MOMENTÁNEA PROVOCADA POR EL HUMO



A esto cabría añadir el riesgo de incendio y explosión que supone fumar en lugares donde se utilicen sustancias inflamables.

RIESGO DE INCENDIO Y EXPLOSIÓN



Todo lo apuntado hasta aquí viene confirmado por el hecho de que, según en lugares donde se utilicen sustancias inflamables.

Todo lo apuntado hasta aquí viene confirmado por el hecho de que, según varios estudios realizados en distintos países, la tasa de absentismo laboral es sensiblemente superior entre los trabajadores que fuman, sobre todo en los de edad superior a 35 años. Otro dato importante es que el número de días perdidos es proporcional al número de cigarrillos diarios fumados, tanto en el caso de los hombres como en el de las mujeres

No se puede terminar este apartado sin hacer una referencia, aunque sea breve, a los fumadores pasivos. El humo desprendido de los cigarrillos contamina el ambiente de trabajo y es inhalado por los operarios no fumadores, que

EFFECTOS TÓXICOS DEL HUMO EN LOS FUMADORES PASIVOS



también padecerán los efectos tóxicos del tabaco. En consecuencia, habría que limitar la exposición al humo del tabaco en los puestos de trabajo, de la misma manera que se hace con otros agentes tóxico.

DEJAR DE FUMAR

Sin embargo, son muchos los fumadores que abandonan el tabaco a tiempo. Las razones dadas por estas personas sugieren que la mayoría lo dejaron porque comenzaron a experimentar síntomas de enfermedades causadas por el tabaco, principalmente bronquitis y trastornos gástricos.

ES MÁS FÁCIL DEJAR DE FUMAR QUE FUMAR MENOS



ABANDONE EL TABACO A TIEMPO



Dejar de fumar es más fácil que disminuir el número de cigarrillos. ¿Por qué no lo intenta seriamente?.



direcciones webb

<http://WWW.MedWeb.Emory.Edu/MedWeb/>
Emory MedWeb

<http://www.ohsu.edu/clinweb/>
Cliniweb International

<http://www.medmark.org/>
MedMark:

<http://www.comb.es/cast/home.htm>
Colegio de Médicos de Barcelona La comunidad virtual del médico. Metges on Line.

<http://www.comtf.es/>
Colegio de Médicos de Tenerife.

<http://www.cof.es/>
Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España

<http://www.comib.es/sbmt/index.htm>
Colegio Oficial de Médicos de las Islas Baleares. Sociedad Balear de Medicina del Trabajo.

<http://www.hon.ch/home.html>
Health On the Net Foundation (MedHunt) The Health On the Net Foundation (HON), created in 1995, is a not-for-profit International Swiss Organization. HON's mission is to guide lay persons or non-medical users and medical practitioners to useful and reliable online medical and health information. HON provides leadership in setting ethical standards for Web site developers.

<http://www.medmatrix.org/index.asp>
Medical Matrix is a free directory of selected medical sites on the Internet. Each site listing has been carefully evaluated by reviewers from our panel of physicians and medical librarians. Medical Matrix lists only those sites that meet our criteria for information quality and site usability, with an emphasis on usefulness to healthcare practitioners.

<http://omni.ac.uk>
OMNI: The UK's Gateway to High Quality Internet Resources in Health and Medicine. Your guide to quality Internet resources in health and medicine

<http://www.studyweb.com/>
StudyWeb (directorio con cierta evaluación, imágenes) StudyWeb has officially become part of The Lightspan Network and is now available only by school subscription. The school license includes families and children, so you will once again have access to the thousands of prescreened Links for Learning.

<http://www.angelfire.com/wv/homepage/index.html>
Accidentes de Trabajo Página que ofrece enlaces a temas relacionados con accidentes laborales

<http://gilligan.mc.duke.edu/oem/>
Duke Occupational & Environmental Medicine En Inglés. Duke Occupational & Environmental Medicine

Boletín de solicitud de MIEMBRO DE LA S.E.S.L.A.P.

Apellidos: Nombre:
 Profesión: Fecha Nacimiento:
 Departamento / Ministerio / Organismo Público:
 Dirección Particular:
 Localidad: Provincia:
 C.P.: Teléfono: Fax:

DATOS DOMICILIACION BANCARIA:

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

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

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

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 9 euros anuales. Socios de S.E.S.L.A.P. exentos.

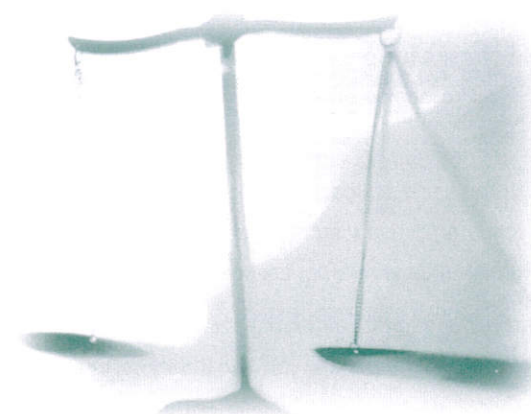
Remitir a: SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD LABORAL EN LA ADMINISTRACION PUBLICA (S.E.S.L.A.P.)
 c/ Urbietta, 39 - 1º Izquierda
 20006 SAN SEBASTIAN

FELIZ NAVIDAD Y PRÓSPERO AÑO **2003**
MOYLU YENI YILLAR
BON NADAL I FELIÇ ANY NOU
FELIZ AÑO NOVO
GODT NYTT ÅR
ZORIONAK ETA URTE BERI ON
BONNE ET HEUREUSE ANNÉE
BONES NAVIDAES FELIZ AÑO 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
ص (م) فلاح بفرحة
SZCZĘŚLIWEGO NOWEGO ROKU
KA ΛΑ ΧΡΙΣΤΟΥΓΕΝΝΑ ΚΑΙ ΚΑΛΗ ΠΡΩΤΟΧΡΟΝΙΑ

Felices Fiestas

de parte de todas las personas

que hacemos la revista **S.E.S.L.A.P.**



legislación

LIBRO BLANCO DE LA SALUD

Extracto del borrador

III. PROPUESTA DE PLAN PARA LA MEJORA DE LA VIGILANCIA DE LA SALUD LABORAL

3.1. Objetivos

- 1 Conseguir la cobertura en la especialidad de Medicina del Trabajo para todos los trabajadores.
- 2 Mejorar la calidad de la práctica de la vigilancia específica de la salud laboral para los trabajadores.
- 3 Adquirir, en el ámbito de cada Comunidad Autónoma, el compromiso para la mejora de la vigilancia de la salud de los trabajadores.
- 4 Implantar el Sistema de Información de Salud Laboral (SISAL) en los niveles autonómico y estatal.
- 5 Organizar un Programa Nacional de Vigilancia de la Salud Postocupacional.

3.2. Actividades

Para conseguir el objetivo 1:

- 1.1 Conocer la situación real de partida que permita recoger en una base de datos la situación de las empresas según las distintas modalidades organizativas de la prevención y la cobertura de las diferentes especialidades y disciplinas preventivas, en especial la Medicina del Trabajo.
- 1.2 Establecer un orden de prioridad, según factores de riesgo potenciales de cada actividad económica y población expuesta, para instar a las empresas que no han organizado la práctica de la Medicina del Trabajo (distribución de empresas en un periodo máximo de 5 años).

- 1.3 Derogar la normativa que permite a las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social la realización de exámenes médicos generales, con cargo a cuotas por contingencias profesionales.
- 1.4 Realizar campañas informativas dirigidas a las empresas sobre la obligación de llevar a cabo la vigilancia de la salud de los trabajadores en función de los riesgos inherentes al trabajo y exigir su inicio. Incluir los beneficios sociales y económicos que puede reportar a las mismas la realización de una buena vigilancia de la salud de los trabajadores.
- 1.5 Realizar campañas informativas dirigidas a los trabajadores sobre lo que es la vigilancia de la salud y sobre lo que pueden exigir.
- 1.6 Analizar las necesidades y formar profesionales capacitados suficientes para atender una cobertura plena en vigilancia de la salud (ampliación de plazas de aspirantes a Medicina del Trabajo, finalización del proceso MES-TOS, inicio del sistema MIR en dicha especialidad, creación de la especialidad de Enfermería del Trabajo, ...).

Para conseguir el objetivo 2:

- 2.1 Actualizar el Cuadro de Enfermedades Profesionales Español y aprobar las normas complementarias necesarias (información, notificación, registro, calificación, ...).
- 2.2 Exigir, ante cualquier actuación en materia de prevención de riesgos laborales que se lleve a cabo en las empresas (desde los organismos técnicos y sanitarios de la Administración autonómica, desde la Inspección de Trabajo y Seguridad Social, desde los Gabinetes sindicales y empresariales, ...), que las evaluaciones de riesgo contemplen todos los factores de riesgo de todos los puestos de trabajo y la identificación de los trabajadores afectados.
- 2.3 Impulsar la culminación de los procesos de elaboración de los Protocolos pendientes de aprobación por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.
- 2.4 Elaborar una Guía de orientación de las actividades de vigilancia de la salud, incluyendo una Historia clínico laboral marco.
- 2.5 Proponer la redacción de nuevos Protocolos que respondan a las necesidades objetivadas y encargar su ela-

boración a las Administraciones y entidades que trabajan en el área de vigilancia de la salud.

- 2.6 Formar a los profesionales sanitarios en la aplicación de los Protocolos aprobados y en el análisis epidemiológico.
- 2.7 Impulsar la aplicación de los protocolos en el ámbito de cada empresa y su adaptabilidad a las condiciones particulares de la misma, así como para su realización en trabajadores multiexpuestos.
- 2.8 Valorar la utilización y eficacia de los Protocolos aprobados y su efectividad en la detección precoz de daños laborales.
- 2.9 Realizar campañas informativas y divulgativas sobre los aspectos generales de la vigilancia de la salud y de los Protocolos dirigidos a profesionales, interlocutores sociales y empresarios en general.
- 2.10 Impulsar la realización de una vigilancia de la salud específica con otros medios en los casos de riesgos para los que aún no se ha aprobado un protocolo específico, garantizando un seguimiento diferenciado.
- 2.11 Fomentar la consideración, además de los riesgos del puesto de trabajo, de las condiciones particulares del trabajador (menores, embarazo y lactancia, especialmente sensibles, discapacitados, trabajadores de edad avanzada, patologías intercurrentes, ...).
- 2.12 Promocionar las vertientes individual y colectiva de la vigilancia de la salud.
- 2.13 Favorecer la necesaria multidisciplinariedad que permita la correcta vigilancia específica de salud laboral, mejorando los contenidos curriculares de la formación de los técnicos no sanitarios de prevención de riesgos laborales, así como de enfermeros y médicos del trabajo.
- 2.14 Integrar la Medicina del Trabajo con el resto de disciplinas preventivas existentes en la empresa, con medios propios o concertados. Incluir dicha especialidad en los Servicios de Prevención Ajenos que hayan sido acreditados con sólo disciplinas técnicas y éstas en los que solamente lo hayan sido con aquella especialidad sanitaria.
- 2.15 Exigir que tras la práctica de la vigilancia específica de la salud el trabajador sea informado por escrito de los resultados de la misma.

- 2.16 Establecer los criterios normativos y éticos que impidan la discriminación laboral por los resultados de la vigilancia de la salud, descartando los reconocimientos selectivos y potenciando los preventivos (en este último caso los criterios de inaptitud deben orientarse hacia los de adaptación de puestos de trabajo).

Para conseguir el objetivo 3:

- 3.1 Adquirir dicho compromiso y establecer los medios para el control de la ejecución del Plan de Mejora de la Vigilancia Específica de Salud Laboral en su territorio, por parte del órgano de participación tripartito que cada Comunidad Autónoma considere y de las administraciones públicas competentes.
- 3.2 Coordinar las actuaciones de las administraciones sanitaria y laboral en prevención de riesgos laborales.
- 3.3 Realizar anualmente el control y evaluación de la actividad sanitaria que se está llevando a cabo en las empresas de cada Comunidad Autónoma, en las distintas modalidades organizativas de la prevención, y detectar las que carecen de dicha actividad.
- 3.4 Ejercer las competencias propias de la autoridad sanitaria en materia de infracciones y sanciones por incumplimiento o mala práctica de la vigilancia específica de salud laboral.
- 3.5 Establecer en los Servicios Públicos de Salud, con carácter complementario, sistemas centinela de notificación de patología laboral que permitan la alerta ante casos que pueden escapar a la vigilancia específica de salud laboral y formar a sus profesionales sanitarios en esta materia.
- 3.6 Promover acciones de formación continuada de los profesionales sanitarios de los servicios de prevención.

Para conseguir el objetivo 4:

- 4.1 Concluir y pilotar la aplicación informática que dará soporte al SISAL.
- 4.2 Promulgar los cambios normativos necesarios para su implantación en las Comunidades Autónomas y el Estado.

Para conseguir el objetivo 5:

- 3.3.1 Aprobar e implantar el Programa Nacional de Vigilancia de la Salud de los trabajadores que han estado expuestos a amianto.
- 3.3.2 Determinar las poblaciones expuestas a riesgo susceptibles de vigilancia post-ocupacional, por largos periodos de latencia o por posible progresión de la patología tras la interrupción de la exposición (cancerígenos, ciertos químicos, radiaciones ionizantes, ciertos biológicos, ...).
- 3.3.3 Organizar los recursos necesarios en cada territorio para el inicio de los Programas de vigilancia post-ocupacional, incluyendo el sistema de financiación diferenciado.

3.3. Responsables

Administración General del Estado (en especial la sanitaria).

Administración Autonómica (en especial la sanitaria).

Otros (empresarios, organizaciones empresariales, sindicatos, otras entidades, ...).

3.4. Indicadores

% de empresas y de trabajadores con alguna modalidad organizativa de la prevención (diferenciar, incluyendo sistemas mixtos).

% de empresas y de trabajadores con cobertura de las distintas especialidades y disciplinas preventivas (diferenciar, señalando especialmente la Medicina del Trabajo e incluyendo la modalidad organizativa).

Elaboración de la clasificación de empresas en virtud de los riesgos potenciales por actividad económica y población expuesta.

Derogación de los reconocimientos médicos generales por las MATEPPSS.

Número y población incluida en las acciones informativas y formativas (trabajadores, empresarios, profesionales, ...).

Número de profesionales sanitarios especializados formados o autorizados, en formación y disponibles en el mercado laboral.



Aprobación del nuevo cuadro de enfermedades profesionales y de las normas complementarias.

Protocolos previstos, en elaboración y aprobados (incluida la Guía de orientación).

Aplicación de los protocolos (% de empresas y de trabajadores en general y con riesgo). Considerar aparte otros medios diferenciados utilizados cuando no existen protocolos específicos.

% de cumplimentación de la Historia clínico laboral (por empresas, por trabajadores y por los distintos apartados de la misma).

% de empresas con coordinación e integración de la medicina del trabajo con el resto de disciplinas preventivas.

% de trabajadores informados por escrito sobre los resultados de la vigilancia de su salud.

% de reconocimientos selectivos realizados.

Comunidades Autónomas que han asumido el Plan de Mejora de la Vigilancia Específica de Salud Laboral.

% de servicios sanitarios de vigilancia de la salud laboral controlados y evaluados en cada Comunidad Autónoma. Incluir resultados diferenciados.

Número y cuantía de las sanciones impuestas por la autoridad sanitaria de cada territorio por infracciones relacionadas con la vigilancia de la salud.

Número de sistemas centinelas de notificación de patología laboral implantados en los Servicios Públicos de Salud. Incluir además número de centros y profesionales implicados, así como de los procesos objeto de vigilancia.

Número y % de empresas y trabajadores incluidos en el SISAL, así como % de datos cumplimentados.

Normas promulgadas para la implantación del SISAL.

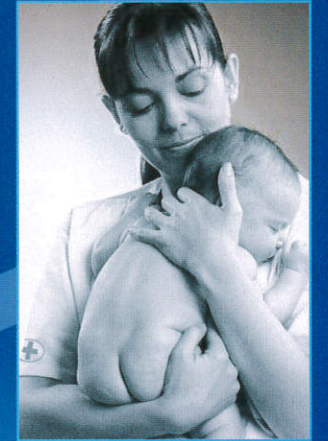
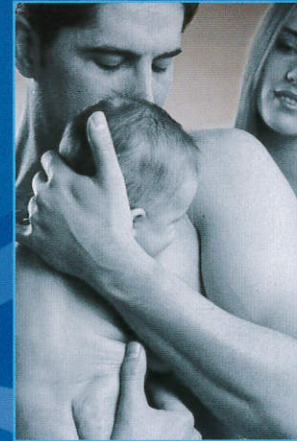
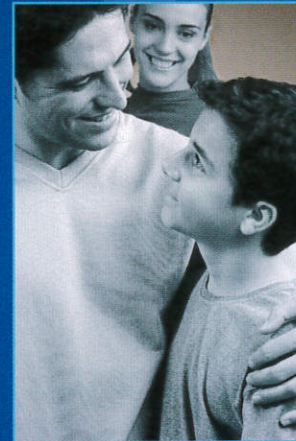
% de trabajadores anteriormente expuestos objeto de vigilancia de la salud postocupacional por riesgo de amianto.

% de trabajadores anteriormente expuestos objeto de vigilancia de la salud postocupacional por otros riesgos (diferenciar).

En todos los casos posibles hacer diferenciaciones geográficas, por sectores o actividades económicas, ...

1. DENOMINACIÓN DEL MEDICAMENTO. Boostrix - Suspensión inyectable. Vacuna combinada antidifteria, antitetánica, antitostofina acelular (adsorbida). **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA.** 1 dosis (0,5 ml) contiene: Toxide difterico ≥ 2 UI. Toxide tetánico ≥ 20 UI. Antigenos de pertussis (Toxide pertusico: 8 microgramos; Hemaglutinina filamentososa: 8 microgramos; Pertactina: 2,5 microgramos) Adsorbidos en hidróxido de aluminio (Total: 0,3 miligramos $A^{(1)}$). Fosfato de aluminio (Total: 0,2 miligramos $A^{(2)}$). Lista de excipientes en 6.1. **3. FORMA FARMACÉUTICA.** Suspensión inyectable. **4. DATOS CLÍNICOS.** 4.1. Indicaciones terapéuticas. Boostrix está indicada para la vacunación de recuerdo frente a difteria, tétanos y tos ferina a partir de 10 años de edad. Boostrix no está indicada para la inmunización primaria. 4.2. Posología y forma de administración. Posología. Se recomienda una única dosis de 0,5 ml de la vacuna. Boostrix puede administrarse de acuerdo con las prácticas médicas locales actualmente utilizadas para la vacunación de recuerdo con la vacuna combinada antidifteria y antitetánica tipo adulto, cuando se desee administrar una dosis de recuerdo frente a tos ferina. No debe vacunarse con Boostrix a aquellos individuos con una historia incompleta o sin historia de serie primaria de vacunación con los toxoides difterico y tetánico. Boostrix no está contraindicada en sujetos con una historia incompleta o sin historia de vacunación previa frente a tos ferina. Sin embargo, sólo se indicará una respuesta de recuerdo en sujetos que hayan sido previamente inmunizados mediante vacunación o infección natural. No se ha estudiado Boostrix en sujetos con lesiones potencialmente tetanígenas y no debe usarse en estas circunstancias. No existen datos sobre la duración de la protección frente a tos ferina tras la vacunación con Boostrix. La vacunación repetida frente a difteria y tétanos debe realizarse en los intervalos establecidos en las recomendaciones oficiales (generalmente 10 años). No es necesario mandar la vacunación primaria, si se ha excedido el intervalo recomendado oficialmente entre las dosis de recuerdo. **Forma de administración.** Boostrix se debe inyectar por vía intramuscular profunda. **4.3. Contraindicaciones.** Boostrix no debe administrarse a personas con hipersensibilidad conocida a cualquier componente de la vacuna (ver 6.1.), ni que hayan presentado hipersensibilidad después de la administración previa de vacuna antidifteria, antitetánica o antitostofina. Boostrix está contraindicada si la persona ha presentado una encefalopatía de etiología desconocida en los 7 días siguientes a la vacunación previa con una vacuna con componente antitostofina. En estas circunstancias debe utilizarse una vacuna combinada frente a difteria-tétanos tipo adulto. Como con otras vacunas, se debe posponer la administración de Boostrix en personas que padecen enfermedades febriles agudas. La presencia de una infección leve no es una contraindicación. Boostrix no debe administrarse a individuos que hayan padecido trombocitopenia pasajera o complicaciones neurológicas tras una inmunización previa frente a difteria y/o tétanos. **4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo.** La vacunación debe ir precedida por una revisión de la historia médica (en particular respecto a las vacunaciones anteriores y la posible aparición de acontecimientos adversos) y por una exploración clínica. Si se produce alguno de los siguientes en relación temporal con la administración de una vacuna con componente antitostofina, deberá considerarse cuidadosamente la decisión de administrar nuevas dosis de vacunas que contengan el componente antitostofina: Temperatura $>40,0^{\circ}C$ en las primeras 48 horas, no debida a otra causa identificable. Colapso o estado similar al "shock" (episodio hipotónico-hiporreactivo) en las 48 horas siguientes a la vacunación. Llanto inconsolable, persistente de 23 horas de duración, producción en las 48 horas siguientes a la vacunación. Convulsiones con o sin fiebre, producidas en los 3 días siguientes a la vacunación. Pueden existir circunstancias, tales como una elevada incidencia de tos ferina, en las que los potenciales beneficios superen los posibles riesgos. Como con todas las vacunas inyectables, se deberá disponer en todo momento del tratamiento y supervisión médica adecuados, para el caso poco común de aparición de una reacción anafiláctica tras la administración de la vacuna. Boostrix debe administrarse con precaución en individuos con trombocitopenia (ver también 4.3) o algún trastorno hemorrágico ya que puede producirse una hemorragia tras la administración intramuscular en estos individuos. Debe ejercerse una presión firme en el lugar de inyección (sin frotar) durante al menos dos minutos. Boostrix no debe, bajo ninguna circunstancia, administrarse por vía intravascular. La existencia de una historia familiar de convulsiones y acontecimientos adversos tras la vacunación con DTP, no constituyen contraindicaciones. La infección por el VIH no se considera una contraindicación. Tras la vacunación de pacientes inmunodeprimidos podría no obtenerse la respuesta inmunológica esperada. **4.5. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción.** No se ha estudiado el uso concomitante de Boostrix con otras vacunas inactivadas o con inmunoglobulina. No es probable que la administración conjunta provoque interferencias con las respuestas inmunes. Cuando se considere necesario, Boostrix puede administrarse simultáneamente con otras vacunas o inmunoglobulina en sitios diferentes de inyección. Como con otras vacunas, en pacientes que reciban terapia inmunosupresora o en aquellos con inmunodeficiencia, puede no alcanzarse una respuesta adecuada. **4.6. Embarazo y lactancia.** No se dispone de datos adecuados en humanos del uso de Boostrix durante el embarazo y no se han realizado estudios de toxicidad reproductiva en animales. Como con otras vacunas inactivadas, el embarazo sólo cuando sea claramente necesario, y los beneficios potenciales superen los posibles riesgos para el feto. No se dispone de datos de su administración durante el periodo de lactancia en humanos. **4.7. Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas.** Es poco probable que la vacuna tenga algún efecto sobre la capacidad de conducir vehículos y utilizar maquinaria. **4.8. Reacciones adversas.** Un total de 1.243 vacunados, de los cuales 1.032 eran mayores de 10 años de edad, han recibido una dosis de Boostrix en los ensayos clínicos realizados. Los efectos adversos comunicados se muestran a continuación. En la mayoría de los casos, no se ha establecido una relación causal con la vacuna. **Muy frecuentes ($\geq 10\%$):** Reacciones locales (dolor, enrojecimiento e inflamación en el lugar de inyección). **Reacciones sistémicas (dolor de cabeza, malestar y fatiga, mareos, fiebre $>37,5^{\circ}C$, Reacción de comienzo tardío (≥ 48 horas tras la vacunación): dolor de cabeza. Frecuentes ($\geq 1\%$ y $< 10\%$): Vómitos. Reacción de comienzo tardío (≥ 48 horas tras la vacunación): dolor, enrojecimiento, inflamación, induración en el lugar de inyección, mareos, fatiga, fiebre $>37,5^{\circ}C$, malestar, vómitos. Infrecuentes ($\geq 0,1\%$ y $< 1\%$): Fiebre $>39^{\circ}C$, aumento de la sudoración, hipertensión, artrosis, migraña, prurito, linfadenopatía. Se han comunicado de forma infrecuente colapso o estado similar al "shock" (episodio de hipotensión-hiporreactivo) y convulsiones tras la inmunización de niños con productos que contienen uno o más de los componentes antigénicos de Boostrix. No se ha evaluado la reactogenicidad de la revacunación con Boostrix. **4.9. Sobredosis.** No se ha comunicado ningún caso de sobredosis. **5. PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS.** **5.1. Propiedades farmacodinámicas.** Grupo farmacológico: Vacunas combinadas bacterianas. Código ATC J07A FMJ. Boostrix contiene toxide difterico, toxide tetánico y tres antígenos purificados de B.pertussis (toxide pertusico, hemaglutinina filamentososa y pertactina) adsorbidos en sales de aluminio. Los toxoides difterico y tetánico se obtienen mediante tratamiento con formaldehído de las toxinas purificadas de *Corynebacterium diphtheriae* y *Clostridium tetani*. Los componentes de la vacuna antitostofina acelular se obtienen por extracción y purificación de cultivos de *Bordetella pertussis* en fase I de crecimiento, seguido de una detoxificación irreversible de la toxina de B.pertussis mediante tratamiento con glutaraldehído y formaldehído y de la hemaglutinina filamentososa y la pertactina mediante tratamiento con formaldehído. Los toxoides difterico y tetánico y los componentes de B.pertussis son similares a los de las vacunas DT tipo adulto con el mismo contenido antigénico que Boostrix. **5.2. Propiedades farmacocinéticas.** No se requiere evaluación de las propiedades farmacocinéticas para las vacunas. **5.3. Datos preclínicos sobre seguridad.** Los datos preclínicos revelan que no existe especial peligro para los humanos, basándose en estudios convencionales de seguridad, toxicidad específica y compatibilidad de los componentes. **6. DATOS FARMACÉUTICOS.** **6.1. Relación de excipientes.** Formaldehído, 2-fenoxietanol, potasio 80, cloruro sódico, glicina y agua para inyectables. **6.2. Incompatibilidades.** Boostrix no debe mezclarse en la misma jeringa con otras vacunas. **6.3. Periodo de validez.** La fecha de caducidad se indica en la etiqueta y en el envase. Cuando se almacena en las condiciones establecidas, el periodo de validez es de 36 meses. **6.4. Precauciones especiales de conservación.** Boostrix debe conservarse entre $+2^{\circ}C$ y $+8^{\circ}C$. No congelar. Desechar la vacuna si se ha congelado. **6.5. Naturaleza y contenido del recipiente.** Boostrix se presenta como una suspensión inyectable en jeringa precargada (vidrio tipo I) (0,5 ml) con tapones de goma. Envases de 1, 10, 20, 25, 50 jeringas precargadas. Pueden no estar comercializados todos los envases. **6.6. Instrucciones de uso y manipulación.** Antes de la administración, la vacuna debe agitarse bien, para obtener una suspensión blanca, turbia y homogénea y se debe examinar visualmente para observar si existe alguna partícula extraña y/o variación del aspecto físico. En caso de apreciarse alguna de estas circunstancias, desechar la vacuna. Una vez fuera de la nevera, la vacuna es estable durante 8 horas a $+21^{\circ}C$. **7. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** SmithKline Beecham, S.A. C/ Valle de la Fuente 3, 28034 Madrid. Dirección para comunicaciones. C/ Severo Ochoa 2, 28760 - TRES CANTOS (Madrid). Teléfono: 91 807 03 01. Fax: 91 807 03 10. **8. CONDICIONES DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN.** Con receta médica. Especialidad Farmacéutica Reembolsable por el Sistema Nacional de Salud. PVP: 13,52 €. PVP-IVA: 14,06 €.**

PORQUE LA TOS FERINA NO ES SÓLO COSA DE NIÑOS...



nuevo

Boostrix™

Vacuna frente a difteria, tétanos y tos ferina acelular para ADOLESCENTES y ADULTOS



c.i.c 902 202 700
es-cic@gsk.com
centro de información al cliente

www.worldwidevaccines.com