

DROGODEPENDENCIAS EN PERSONAL SANITARIO, UNA VISIÓN DESDE LA MEDICINA DEL TRABAJO (I): ASPECTOS JURÍDICO-LEGALES Y EPIDEMIOLÓGICOS.

C. OTERO DORREGO*, C. HUERTA CAMARERO**, N. DURO PERALES***

(*) Médico Especialista en Medicina del Trabajo y Técnico Superior en Prevención de Riesgos Laborales, Hospital de Móstoles (Móstoles, Madrid).

(**) Médico Especialista en Medicina del Trabajo, Hospital de Móstoles (Móstoles, Madrid).

(***) Técnico Superior en Prevención de Riesgos Laborales, Licenciada en Derecho , Hospital de Móstoles (Móstoles, Madrid).

RESUMEN

Los problemas de drogodependencias en personal sanitario suponen un gran reto para la responsabilidad profesional del médico del trabajo, que tiene que abordar la rehabilitación laboral (y personal) del profesional sanitario drogodependiente, evitando que ocasione daños a los pacientes en el ejercicio de su profesión, un equilibrio difícil de conseguir. Se pretende elaborar un procedimiento de actuación útil, para lo cual se revisan todos los aspectos legales que se puedan ver afectados durante el manejo de drogodependientes (marco legal, responsabilidades, derechos y deberes), las políticas sanitarias y programas de ayuda actuales y los datos epidemiológicos (Prevalencia de drogodependencias y recaídas en personal sanitario).

PALABRAS CLAVES

Médico del Trabajo, responsabilidad profesional, drogodependencias en personal sanitario, aspectos legales, procedimiento.

ABSTRACT

The problems of drug addiction in health personnel pose a great challenge to the professional responsibility of the medical officer, who has to deal with the rehabilitation work (and staff) health professional drug addicts, preventing cause harm to patients in the exercise of their profession, a difficult balance to achieve. The aim is to develop a useful procedure for action, which would review all the legal issues that may be affected during the handling of drug addicts (legal, responsibilities, rights and duties), health policies and programmes to assist current and data epidemiological (prevalence of relapses into drug addiction and health personnel).

KEY WORDS

Medical labour, professional liability, substance abuse in health personnel, legal matters, procedure.

INTRODUCCION

Para entender un problema, primero hay que definirlo desde lo más general (problema de drogodependencias en la población general) hasta lo particular (drogodependencias en trabajadores) y específico (en concreto, en trabajadores del ámbito sanitario), valorando los aspectos legales de cada situación. Para conocer el problema a fondo es preciso abordarlo desde todos los puntos de vista posibles (social, laboral, médico, jurídico-legal). Surgen una serie de preguntas: ¿está permitido el consumo de drogas?, ¿se puede o se debe sancionar el consumo de drogas y en qué situaciones?, ¿la drogodependencia es una enfermedad?, y si lo es, ¿es sancionable trabajar bajo los efectos del consumo según la norma laboral?. Es más, si la drogodependencia es una enfermedad ¿cuál es la política sanitaria a aplicar a los drogodependientes?, ¿también en el mundo laboral?. Y dado que es una enfermedad que repercute en la aptitud laboral de los trabajadores afectados desde el punto de vista médico ¿cómo debe actuar el médico del trabajo?. Para dar respuesta a estas preguntas se hace una revisión lo más exhaustiva posible de la documentación legal y científica.

En una primera etapa se revisa la legislación nacional vigente⁽¹⁾, valorando todos los aspectos legales que puedan verse afectados durante el manejo del personal sanitario drogodependiente por el médico del trabajo (marco legal, responsabilidades, sanciones, derechos, deberes). Posteriormente se revisan los programas de ayuda (actual política sanitaria) que el médico del trabajo puede utilizar como herramientas de apoyo en dicho manejo. En una tercera etapa se analizan los datos epidemiológicos en cuanto drogadicciones y los perfiles de los profesionales sanitarios más afectados. Con toda esta información seremos capaces de abordar la confección de un procedimiento de actuación adecuado, con un imprescindible marco ético y legal para el contenido científico que se vaya a desarrollar dentro de dicho procedimiento.

1. CONSUMO DE DROGAS Y RESPONSABILIDADES LEGALES

1.1. Definiciones en el ordenamiento jurídico

El Art. 368 del Código Penal (CP)⁽²⁾ define las “drogas” como sustancias que resultan tóxicas y cuyo tráfico, producción y distribución se consideran delitos de diferentes tipos. Al referirse a “sustancias”, se hace mención a la Convención de las

Naciones Unidas sobre el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas⁽³⁾.

La definición de “drogas” es más exhaustiva en el Art. 4.1. de la Ley 5/2002 de 27 de junio, de Drogodependencias y otros trastornos adictivos⁽⁴⁾, considerándose como tal “todas aquellas sustancias que, introducidas en un organismo vivo, pueden modificar una o más funciones de éste, siendo capaces de generar dependencia, provocar cambios en la conducta y efectos nocivos para la salud y el bienestar social”. Tienen consideración de drogas: a) las bebidas alcohólicas (>1% de Vol.), b) el tabaco, c) las sustancias estupefacientes y psicotrópicas sometidas a control de conformidad con lo establecido en las normas nacionales y convenios internacionales suscritos por el Estado español, d) determinados productos de uso industrial o varios, como inhalantes y colas, en uso distinto, y, e) cualquier otra sustancia que cumpla la definición.

Se trata de un problema personal (efectos nocivos para la propia salud) y social (afectación del bienestar social).

La propia Ley 5/2002 (Art. 4.2) diferencia entre “**trastorno adictivo**”, que es un “patrón desadaptativo de comportamiento que provoca un trastorno psíquico, físico o de ambos tipos, por abuso de sustancias o conducta determinada, repercutiendo negativamente en las esferas psicológica, física y social de la persona y su entorno”, y “**drogodependencia**”, que es un tipo especial de trastorno adictivo, definido como “aquel estado psíquico, y a veces psíquico y social, causado por la acción recíproca entre un organismo vivo y una droga, que se caracteriza por *modificaciones en el comportamiento* y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible por *consumir una droga en forma continuada o periódica*, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y físicos y, a veces, para evitar el malestar producido por su privación”.

También la Ley 5/2002 (Art. 4.2) aborda el tratamiento de las drogodependencias, diferenciando entre “**desintoxicación**” que es el proceso terapéutico orientado a la interrupción de la intoxicación, y “**deshabitación**” que es el proceso orientado al aprendizaje de habilidades que permitan al drogodependiente enfrentarse a los problemas asociados al consumo de drogas, con el objetivo de eliminar la dependencia de las mismas. En un tratamiento integral habría una primera etapa que busca la desintoxicación, pero debe continuarse con una segunda etapa de deshabitación más prolongada, personalizada y que precisa un exhaustivo seguimiento.

1.2. Aspectos jurídicos del consumo de drogas: Responsabilidad penal y administrativo-disciplinaria

1.2.1. Responsabilidad penal

El *consumo de drogas no se considera un delito*, según el Código Penal, salvo que la tenencia de drogas se dedique al tráfico (Art. 368 CP). Incluso el propio Código Penal considera que la drogodependencia (en caso de adicciones graves) es una *circunstancia atenuante* cuando se han cometido actos delictivos (Art. 21.2 CP). Desde la última reforma del CP en materia de seguridad vial⁽⁵⁾ el Artículo 556 ha modificado el Art. 379 (“quien **conduzca un vehículo a motor o un ciclomotor bajo la influencia de drogas tóxicas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas o de bebidas alcohólicas** será castigado con la pena de prisión de tres a seis meses o multa de seis a 12 meses y, en su caso, trabajos en beneficio de la comunidad de 31 a 90 días y, en cualquier caso, privación del derecho a conducir vehículos a motor y ciclomotores por tiempo superior a uno y hasta cuatro años”) y el Art. 380 (“**cuando un conductor se niegue a someterse a las pruebas legalmente establecidas para comprobar si conduce bajo los efectos de alguna de las sustancias descritas en el artículo anterior será castigado como autor de un delito de desobediencia graves**”). Estas circunstancias pueden ser importantes en el caso de profesionales sanitarios que precisan conducir vehículo en el desempeño de sus funciones (p.ej. médicos y enfermeros que realizan avisos domiciliarios).

1.1.2. Responsabilidad disciplinaria

El consumo de drogas también puede dar lugar a sanciones administrativas y disciplinarias en los siguientes casos:

- a. El consumo o tenencia ilícita de drogas (aunque no se dedique para el tráfico de las mismas) así como el abandono de los útiles usados para el **consumo en lugares públicos** (p.ej. en Centros Sanitarios) se considera una **infracción grave** según el Art. 25 de la Ley de Protección de la Seguridad Ciudadana (L.O. 1/1992, de 21 de febrero)⁽⁶⁾ siendo sancionable. Es más, tolerar dicho consumo por parte de los responsables de los locales o establecimientos públicos (p.ej. Gerencias de Centros sanitarios) también se considera una infracción grave (Art. 23.i) que también da lugar a sanción.
- b. El consumo de drogas también se sanciona en el Derecho Laboral. Al margen de lo estableci-

do en los Estatutos Marco del Personal Sanitario de cada Comunidad Autónoma, el Estatuto de los Trabajadores⁽⁷⁾, en el apartado f) del Art. 54, contempla el despido disciplinario por este motivo (“Se considerarán incumplimientos contractuales [...] la embriaguez habitual o toxicomanía si repercuten negativamente en el trabajo”). Sin embargo, desde el año 2002, los despidos disciplinarios causados por drogodependencia podrían recurrirse, al ser considerada como “enfermedad” (Ley 5/2002)⁽⁴⁾.

2. POLITICA SANITARIA HACIA LOS DROGODEPENDIENTES

En la actualidad existe una concienciación social de la repercusión del consumo de drogas y el objetivo es aplicar estrategias preventivas evitando abordar el problema desde un punto de vista represor. Lo que se pretende es favorecer la reinserción social y laboral. Dichas estrategias están presentes tanto en el panorama nacional (Plan Nacional sobre Drogas⁽⁸⁾, Observatorio Español sobre Drogas (OED), Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008⁽⁹⁾) como en el panorama internacional (Portal ELISAD⁽¹⁰⁾ (European Gateway on alcohol, drug and addictions), Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías (OEDT)⁽¹¹⁾).

2.1. Derechos y deberes de aplicación al paciente drogodependiente

Además de la Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo⁽¹²⁾, la norma más relevante es la ya mencionada **Ley 5/2002 de Drogodependencias y otros trastornos adictivos**⁽⁴⁾, que define estos trastornos como *enfermedades*, y por tanto los adictos deben ser considerados como *enfermos o “pacientes”* (enfermos que se dejan tratar por un médico).

Según establece la citada norma, la atención a los drogodependientes se prestará a través del Sistema Sanitario Público y Servicios Sociales, pudiendo ser en Centros de la propia red pública o en Centros Privados Concertados (Art.13). En el Art. 17 se establecen los *derechos* del paciente drogodependiente, entre los que cabe destacar el derecho a la *confidencialidad*, el *derecho a la información verbal o escrita de su proceso terapéutico*, el *derecho a la certificación acreditativa por parte de su terapeuta de su situación*, y el *derecho a la firma de un contrato terapéutico*. Y en el Art. 18 se especifican los *deberes del paciente*, entre los que cabe citar: el *deber de someterse a las determinaciones toxicológicas* que le sean indicadas, el deber de firmar una

baja voluntaria en el caso de negativa al tratamiento o atención (abandono del mismo), y el deber de responder a preguntas (de su terapeuta) de forma veraz.

Todos estos derechos y deberes del paciente drogodependiente no puede obviarlos el médico del trabajo si, como consecuencia de la vigilancia de la salud, se encontrase con problemas de drogodependencias entre sus trabajadores.

Seis meses después de la aprobación de la Ley de Drogodependencias, se aprobó la **Ley 41/2002** o "**Ley de autonomía del paciente**"⁽¹³⁾, que aporta novedades que el médico del trabajo debe tener en cuenta en sus actividades de vigilancia de la salud. La citada norma contempla entre sus principios básicos (Art.2) el **derecho del paciente al consentimiento informado previo**, para poder decidir libremente después de recibir una información adecuada, y el **deber u obligación del profesional** de la actividad asistencial a guardar la reserva debida (**secreto profesional**). Queda clarificado que el secreto profesional es un deber del facultativo, y no es un derecho en el cual escudarse.

Por su interés para el médico del trabajo, merece la pena comentar más ampliamente estos dos principios: Consentimiento Informado (CI) y Secreto Profesional.

- a. El CI debe realizarse por escrito (Art. 8 de la Ley 41/2002) siempre que las pruebas que se vayan a realizar tengan riesgo o inconvenientes de repercusión negativa (p.ej. las pruebas toxicológicas que se realicen a drogodependientes en fase de rehabilitación laboral), y debe contener información suficiente. El CI se puede revocar -también por escrito- en cualquier momento. Solamente se puede prescindir del CI (Art.9 de la Ley 41/2002, límites del CI), cuando exista un riesgo para la salud pública o, cuando exista un riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no sea posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él. En caso de riesgo para la salud pública se puede disponer el internamiento obligatorio, adoptando las medidas oportunas conforme a la Ley Orgánica 3/1986⁽¹⁴⁾ y comunicándose a la autoridad judicial en un plazo máximo de 24 horas.
- b. El Secreto Profesional se recoge en el Art. 2.7 de la citada Ley 41/2002 ("la persona que elabore o tenga acceso a la documentación clíni-

ca está obligada a guardar la reserva debida"). También se hace mención a la confidencialidad en otros antecedentes normativos: Art. 17.g. de la Ley 5/2002 o de Drogodependencias, Ley 15/1999 o Ley Orgánica de Protección de Datos de carácter Personal (LOPD) y Ley 8/2001 o Ley de Protección de Datos de Carácter Personal de la Comunidad de Madrid.

2.2. Conciliación de la Política Sanitaria y la Norma Laboral: aplicación a los trabajadores sanitarios drogodependientes

En el caso de que los trabajadores sanitarios afectados por problemas de adicción a drogas no pertenezcan a la red pública sanitaria (trabajadores en Centros Sanitarios privados) sería de aplicación el Estatuto de los Trabajadores⁽⁷⁾ y el correspondiente Convenio Colectivo.

El Estatuto de los Trabajadores, como ya se comentó, contempla el despido disciplinario por embriaguez habitual o toxicomanía, aunque se podría recurrir si se consideran como enfermedades (Ley 5/2002 de Drogodependencias).

Pero en general, la mayoría de los trabajadores sanitarios tienen alguna vinculación con el Sistema Sanitario Público (trabajan en la Red Pública) y en ese caso la norma de aplicación no podría ser el Estatuto de los Trabajadores, sino el Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud⁽¹⁵⁾ y el Estatuto Básico del empleado público⁽¹⁶⁾. Según el Estatuto Marco, el problema del consumo de alcohol o drogas en trabajadores sanitarios se podría considerar como una falta en los siguientes supuestos:

- a. Cuando sea causa de daño a terceros ("Es falta muy grave la realización de actuaciones manifiestamente ilegales en el desempeño de sus funciones cuando causen perjuicio grave a la administración, a las instituciones y centros sanitarios o a los ciudadanos. Art. 72.3.g.).
- b. Cuando provoque falta de rendimiento que afecte al normal funcionamiento de los servicios, considerándose falta grave (Art. 72.3.n.).
- c. También se considera falta grave el encubrimiento (Art. 72.3.n.).

Este tipo de faltas pueden dar lugar a una sanción (sanciones disciplinarias-administrativas) con separación del servicio activo, suspensión de funciones, etc.

No obstante, en la población laboral, al igual que en la población general, no se puede abordar el problema de las adicciones y drogodependencias desde el punto de vista represor o punitivo, sino que se debe aplicar una política sanitaria que favorezca la rehabilitación personal y profesional. Además, desde la entrada en vigor de la Ley 31/1995⁽¹⁷⁾ de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL), se aplica a todos los trabajadores (personal sanitario incluido) que entran dentro de su ámbito, el derecho a la vigilancia de su salud (Art.22 LPRL) con fines preventivos, al estar expuestos a determinados riesgos laborales (salvo en las excepciones que fija la propia ley: policía, seguridad y resguardo aduanero, servicios operativos de protección civil y peritaje forense en los casos de grave riesgo, catástrofe y calamidad pública, etc).

En cuanto al colectivo de profesionales sanitarios, la política de ayuda, a imagen de los programas anglosajones^(18,19), partió de la iniciativa de los colegios profesionales que pusieron en práctica programas específicos de ayuda a “sanitarios enfermos”^(20,21,22): el pionero fue el programa PAIME (Programa de Atención Integral al Médico Enfermo) del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona (COMB) en 1998, que se fue extendiendo a otros Colegios Médicos, y que, desde 2001 también se puso en marcha en Madrid dentro de la Comisión de Ayuda y Prevención al Médico (CAYPAM) del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid (ICOMM). Los Colegios de Enfermería (Barcelona, Cantabria, etc.) se han ido sumando a esta política con la puesta en práctica del programa RETURN o RETORNO.

Cada uno de estos programas extiende su ámbito de actuación a todos sus colegiados (independientemente de su situación laboral) pero sólo a colectivos concretos: médicos o enfermeros. Se excluyen otros profesionales que pueden estar vinculados al ámbito sanitario pero que no tienen colegio profesional (auxiliares de enfermería, técnicos de laboratorio, celadores, administrativos, técnicos de salud, etc.). Estos programas tienen un doble objetivo: proteger a los pacientes en general y a la profesión sanitaria en particular.

Desde el verano de 2006 se pone en marcha un nuevo plan de ayuda, el PAIPSE⁽²³⁾ (Plan de Atención Integral al Profesional Sanitario Enfermo), en el ámbito de las instituciones sanitarias de la Comunidad de Madrid. Aumenta la cobertura ya que pueden acceder al programa de recuperación todos los trabajadores vinculados con el ámbito sanitario (médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería, técnicos

de laboratorio, celadores, etc.) y la financiación de las prestaciones, dado que el tratamiento se realiza dentro de los dispositivos de la red pública adscritos al plan, aunque el requisito de acceso sería la vinculación laboral con las instituciones sanitarias de la Comunidad de Madrid. En los programas dependientes de los Colegios Profesionales la financiación puede ser subvencionada en parte por el Colegio, pero no totalmente.

La piedra angular de todos estos programas de ayuda es la confidencialidad.

3. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS Y PERFILES DE PROFESIONALES SANITARIOS CON DROGODEPENDENCIAS

3.1. Datos epidemiológicos

La prevalencia de trastornos mentales, incluyendo los trastornos adictivos, en la población general (individuos adultos, mayores de 18 años) de los países desarrollados se estima que oscila entre un 12 y un 16%⁽²²⁾ (o entre un 10-15% de trastornos adictivos a sustancias, según datos de otros autores, que excluyen explícitamente la adicción a nicotina)^(19,24,25). Cuando se estudian grupos concretos de población (por ejemplo, el colectivo de “médicos”), estos porcentajes pueden variar debido, sobre todo, a sesgos de selección (seleccionar médicos conlleva elegir individuos mayores de 24 años -edad de fin de licenciatura-, edad a la cual ya han debutado muchas patologías psiquiátricas que obligan a impedir la finalización de los estudios, y por el mismo motivo están menos representadas en ese grupo seleccionado que en el resto de la población)⁽²²⁾.

La prevalencia de trastornos mentales (incluidos los trastornos adictivos) en la población médica en el panorama nacional e internacional se estiman entre un 10-15%^(20,21,22). En estos datos, según lo anteriormente expuesto, se barajarían cifras inferiores de trastornos mentales diferentes a las adicciones que en la población general. Sin embargo, es muy difícil cuantificar el problema y numerosos estudios científicos e informes de instituciones prestigiosas ofrecen datos muy dispares. Si entre los trastornos mentales se incluyen diagnósticos como “síndrome de burnout” y estrés laboral, los porcentajes pueden ser superiores a los de la población general. Algunos autores sostienen que la población médica presenta mayores probabilidades de padecer trastornos adictivos que la población general, debido a diferentes condicionantes (tabla I). Según un informe publicado por la British Medical Association, uno de cada 15 médicos padecería uno de estos trastornos a lo

Tabla I. Factores que favorecen la aparición de problemas mentales y adictivos en médicos
Periodo de formación largo y estresante
Necesidad de actualización continua de los conocimientos
Incremento constante de la presión asistencial
Incremento constante de las tareas burocráticas
Incremento del número de denuncias y litigios contra médicos
Alejamiento de la toma de decisiones asistenciales, que luego le afecta mucho en su práctica clínica
Facilidad de acceso a psicofármacos. Abuso de ellos.
Falta de soporte y supervisión clínica
Falta de control de las condiciones de trabajo
Poco tiempo para actividades lúdicas y recreativas
Relaciones familiares empobrecidas

Tomada de Arteman Jane⁽²⁰⁾

largo de los 40 años estimados de su vida profesional. La prevalencia del abuso de drogas entre la población de médicos podría llegar a alcanzar el 15% y la tasa de suicidios el 15/100000 habitantes, cifras bastante superiores que las alcanzadas en la población general (5% y 6/100000, respectivamente)⁽²⁰⁾.

Es el alcohol la sustancia de abuso más consumida por la población general. Según datos de la OMS durante el año 2002, el alcohol explicaría el 3% de la mortalidad total en España y las drogas ilegales el 0,6%⁽²⁶⁾. En cuanto a la carga de enfermedad en España en 2002, el alcohol explicaría el 7,6% y las drogas ilegales el 3,9%. Excluyendo el consumo de alcohol, las estimaciones de consumo de las distintas sustancias de abuso en Europa, serían las que se presentan en la tabla II, según datos extraídos del portal ELISAD (European Gateway on alcohol, drug and addictions)⁽¹⁰⁾.

Tabla II. ESTIMACIONES CONSUMO EN POBLACION EUROPEA ELISAD (European gateway on alcohol, drug and addictions)	
Cannabis	Prevalencia a lo largo de la vida: 65 millones (1/5 europeos adultos)
Cocaína	Prevalencia a lo largo de la vida: >= 10 millones (3% europeos adultos)
Éxtasis	Prevalencia a lo largo de la vida: 8,5 millones (2,5 % europeos adultos)
Anfetaminas	Prevalencia a lo largo de la vida: <= 10 millones (3 % europeos adultos)
Opiáceos	Consumo problemático de opiáceos: de 1 a 8 casos por cada 1000 europeos adultos)

El tipo de droga más utilizado por la población médica, según datos del PAIME (tabla III) presenta algunas variaciones respecto a la población general: después del alcohol, las drogas más prevalentes son los opiáceos y las benzodiazepinas, probablemente porque el acceso a dichas sustancias es relativamente sencillo, y quizás el consumo de cannabis se encuentre infravalorado, pues su consumo no se aso-

cia a un tipo de morbilidad que pueda requerir que el afectado se dirija al PAIME. Según algunos estudios, hasta un 24% de MIR (Médicos Internos Residentes) consumiría cannabis regularmente⁽²⁰⁾. Dómino y cols. realizaron un estudio retrospectivo de los datos obtenidos de los 292 profesionales sanitarios que participaron en el Washington Physicians Health Program (WPHP) entre el 1 de enero de 1991 y el 31 de diciembre de 2001, y observaron que el alcohol fue la droga de elección en más de la mitad de individuos (n=164) y en el 14% el fentanilo (n=27) y otros opiáceos (n=15)⁽²⁴⁾.

Tabla III. TIPOS DE DROGAS MAS UTILIZADOS (entre los trastornos adictivos que precisaron asistencia en PAIME 1998-2002)	
Alcohol	49 %
Cocaína	9,2 %
Opiáceos	9,5 %
Benzodiazepinas	9,5 %
Anfetaminas	1,4 %
Cannabis	0,7 %

Tomado de Padrós Selma J⁽²¹⁾

También en el grupo de médicos se pueden encontrar algunos patrones de consumo asociados a la edad: el abuso de alcohol suele asociarse a médicos mayores de 40 años y suele asociarse a estrés (guardias, desmotivación profesional, problemas familiares derivados de la difícil conciliación de la vida familiar y laboral, demanda de formación adecuada en las -cada vez más frecuentes- nuevas tecnologías, etc.), mientras que el consumo de cannabis, con o sin consumo de alcohol asociado, es más frecuente entre el colectivo de médicos residentes (adultos jóvenes)⁽²⁰⁾.

Los **policonsumos** (consumo conjunto de varias drogas: cocaína y alcohol, cocaína y opiáceos, etc.) y la **comorbilidad** (consumo de drogas asociados a otras psicopatologías o a situaciones de dolor crónico) son situaciones frecuentes, que suelen agravar el problema de las adicciones.

3.2. Perfiles de profesionales sanitarios con drogodependencias

El colectivo de profesionales sanitarios más afectado por el problema de adicciones y drogodependencia es el de anestesiólogos^(27,28). Beaujouan⁽²⁹⁾ y cols. realizaron un estudio entre los anestesiólogos franceses. Mediante una encuesta nacional utilizando el cuestionario AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test), y con una tasa de respuesta del

38% (n= 3476 cuestionarios), pusieron de manifiesto que la prevalencia de adicciones entre los anestesiólogos estaba en torno al 10.9% (n= 366), y que de este grupo la adicción más frecuente consistía en el abuso de alcohol (59%), seguido de abuso de tranquilizantes e hipnóticos (41%), cannabis (6.3%), opiáceos (5.5%), y estimulantes, considerando al entorno de trabajo como el factor de riesgo que más se relacionaría con el desarrollo del trastorno adictivo. Mientras que en la mayoría de los estudios franceses^(29,30) se relaciona a los anestesiólogos con el consumo de fármacos psicoactivos concomitante con abuso de tabaco y alcohol, en los estudios anglosajones y latinoamericanos se contempla con más detenimiento el abuso de opiáceos y cocaína entre los anestesiólogos^(24,31). En diferentes estudios retrospectivos, la incidencia de adicciones a sustancias de abuso entre los anestesiólogos americanos varió entre 1% y el 5%, mientras que entre los anestesiólogos franceses se estimó en un 5.5%^(29,32). Estas cifras empeoran en el grupo de residentes de anestesia respecto a facultativos de su propia especialidad y respecto al grupo de residentes del resto de especialidades. Un 33.7% del total de médicos de programas de terapia de adicciones eran residentes de anestesia, presentando una incidencia 7.4 veces mayor que la presentada por los residentes de otras especialidades⁽³²⁾. En una encuesta de la ASA (American Society of Anesthesiologists) los residentes presentaron una prevalencia de un 34,5% de consumo de sustancias de abuso, con predilección por opiáceos como fentanilo y sufentanilo^(32,33,34).

El abuso de opiáceos y sustancias psicoactivas mayores es más frecuente entre anestesiólogos que entre otros profesionales médicos, como internistas y cirujanos^(32,35,36). Entre los profesionales sanitarios, los anestesiólogos presentan un riesgo de abuso de sustancias psicoactivas tres veces mayor que los internistas⁽²⁴⁾, así como de recaídas, debido al fácil acceso a drogas adictivas muy potentes, como son los opiáceos parenterales. Por estos motivos, la drogodependencia entre el grupo de anestesiólogos es mucho más trascendente que un mero problema de salud pública, ya que involucra a médicos especialistas que se drogan con fármacos psicoactivos que deben administrar a sus pacientes, ocasionando en la mayoría de las situaciones graves consecuencias personales, laborales, y legales (mala praxis, denuncias o reclamaciones de pacientes, etc.).

Según apunta Gustavo Calabrese, los **factores de riesgo** que se han asociado al consumo de sustancias de abuso entre los anestesiólogos se podrían clasificar en tres grupos^(32,37,38):

- a. *Factores generales*: predisposición genética, factores psicosociales, biológicos, historia familiar de abuso, historia personal de abuso, comorbilidad con otra psicopatología (trastornos de personalidad, patrones de falta de autoestima, etc.)
- b. *Factores específicos de organización del trabajo* (compartidos con otras especialidades médicas): exceso de horas trabajadas, guardias, escasas horas de sueño, responsabilidad por la seguridad del paciente, desajuste entre las expectativas profesionales y personales, excesiva competitividad, necesidad permanente de formación continuada y formación en nuevas tecnologías, etc.)
- c. *Factores específicos de la propia especialidad*: disponibilidad de la medicación, fácil acceso y falta de control de la droga (85% de los residentes de anestesia de los programas de recuperación indicaron que habían elegido la especialidad por tener la droga a su alcance), potencia y poder adictivo de los opiáceos, y exposición ambiental (ocupacional) a vapores de fentanilo, debidos al aerosol que se produce al dispensarlos de forma intravenosa a los pacientes. Según Gold y otros autores^(39,40,41), esta exposición ambiental podría provocar una sensibilización al consumo, representando un importante factor de riesgo para las adicciones a los opiáceos de los anestesiólogos.

Otros colectivos de profesionales sanitarios han sido objeto de estudio en cuanto al problema de adicciones a tabaco, alcohol y drogas. Clásicamente se ha estudiado el colectivo de dentistas americanos, aunque, en contra de todas las especulaciones previas, hay muy escasa evidencia de que la prevalencia de adicciones en este grupo de profesionales sea mayor que en la población general⁽⁴²⁾.

La prevalencia de adicciones en el personal de enfermería es similar a la de la población general (aproximadamente 10%), siendo el trastorno adictivo más frecuente el consumo de alcohol, una vez se ha excluido el tabaco⁽¹⁹⁾.

4. OBSERVACIONES FINALES

Es muy difícil para el médico del trabajo conseguir un equilibrio adecuado entre la rehabilitación laboral del profesional sanitario con un problema de adicción a sustancias de abuso en tratamiento y la ausencia de daños atribuibles a una recaída del mismo (daños a pacientes y daños a sí mismo), pero

no imposible. Por eso, resulta imprescindible establecer un adecuado marco ético y jurídico-legal para poder desarrollar, dentro de ese contexto, un procedimiento de actuación del médico del trabajo en cuanto al seguimiento de profesionales sanitarios tratados de adicciones a sustancias de abuso que se reincorporan a su trabajo, así como para abordar el problema de las drogodependencias en el lugar de

trabajo en cada una de las profesiones sanitarias que se puedan ver afectadas (diferentes grados de responsabilidad laboral según sus tareas específicas: facultativos con especialidades quirúrgicas, facultativos con especialidades no quirúrgicas, personal de enfermería con diferentes grados de atención al paciente, personal no sanitario que presta sus *servicios en el ámbito sanitario*).

BIBLIOGRAFIA

1. Comas Lumbreras, C. Las drogas y los drogodependientes en el Ordenamiento Jurídico. Biomedicina y derecho sanitario (Tomo I): 298-328. Universidad Europea de Madrid, 2006.
2. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal (BOE nº 281, 24-Nov-1995).
3. Convención de las Naciones Unidas contra el tráfico ilícito de estupefacientes y sicotrópos (1988).
4. Ley 5/2002 de 27 de junio, de Drogodependencias y otros trastornos adictivos (BOCM nº 160, 8-jul-2002 y BOE nº 176, 24-jul-2002).
5. Ley Orgánica 15/2007, de 30 de noviembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal en materia de seguridad vial. (BOE nº 288, 1-Dic-2007).
6. Ley Orgánica 1/1992, de 21 de febrero, sobre Protección de la Seguridad Ciudadana (BOE nº 46, 22-Feb-1992).
7. Real Decreto Legislativo 1/1995, de 24 de marzo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores (BOE nº 75, 29-Mar-1995).
8. Plan Nacional sobre Drogas. <http://www.pnsd.msc.es>
9. Real Decreto 1911/99, de 17 de Diciembre, por el que se aprueba la estrategia sobre Drogas para el periodo 2000-2008 (BOE nº 313, 31-Dic-1999).
10. (Portal ELISAD (European Gateway on alcohol, drug and addictions) en <http://www.addictionsinfo.eu>
11. Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías (OEDT) en <http://www.emcdda.europa.eu/?nno-deid01596>
12. Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. (BOE nº 309, 27-Dic-2005).
13. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (BOE nº 274, 15-Nov-2002).
14. Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de medidas especiales en materia de salud pública. (BOE nº 102, 29-Abr-1986).
15. Ley 55/2003, de 16 de diciembre, Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud (BOE nº 301, 17-Dic-2003).
16. Ley 7/2007, de 12 de abril, Estatuto Básico del empleado público (BOE nº 89, 13-Abr-2007).
17. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, Ley de Prevención de Riesgos Laborales. (BOE nº 269, 10-Nov-1995).
18. Talbott G, Gallegos K, Wilson P, Porter T. The Medical Association of Georgia's impaired physicians program. Review of the first 1000 physicians: analysis of specialty. JAMA 1987;257:2927-30.
19. Dunn D. Substance abuse among nurses: intercession and intervention. AORN J;82(5):772-82, 785-99; quiz 801-4, 2005 Nov.
20. Arteman Jané, A. Programas especiales dirigidos al médico enfermo. JANO extra marzo 2004. Vol. LXVI nº 1514: 1119-1128.
21. Padrós Selma, J. El programa PAIME. SEMERGEN 2003;29(supl.1):20-24.
22. Bruguera i Cortada, E. El médico Enfermo. SEMERGEN 2003;29(supl.1):24-28.
23. ORDEN 1436/2006, de 21 de julio, del Consejero de Sanidad y Consumo, por la que se aprueba el Plan de Atención Integral al Profesional Sanitario Enfermo, en el ámbito de las instituciones sanitarias de la Comunidad de Madrid. (BOCM nº 181, 1-Ago-2006).
24. Domino KB, Hornbein TF, Polissar NL, Renner G, Johnson J, Alberti S, Hanks L: Risk Factors for Relap-

se in Health Care Professionals with Substance Use Disorders. *JAMA*. 2005 Mar 23/30; 293(12):1453-60.

25. Schifferdecker M, Schmidt R, Loevenich A, Krahl A. Drug dependence among physicians. *Z Arztl Fortbild (Jena)*. 1996 Jun;90(4):295-300.

26. Brugal MT, Rodríguez-Martos A. Morbimortalidad asociada al consumo de drogas. *Adicciones* (2006), Vol. 18, Supl. 1.

27. Domino KB. Substance Abuse and Associated Risk Factors: Lessons Learned. *ASA Newsletter*. En Internet: <http://www.asahq.org/aapd-saac/meetingpapers/2003/domino.pdf>

28. Gallegos KV, Browne CH, Veit FW, Talbott GD. Addiction in anesthesiologists: drugs access and patterns of substance abuse. *QRB Qual Rev Bull*. 1988;14:116-122.

29. Beaujouan L, Czernichow S, Pourriat JL, Bonnet F. Prévalence et facteurs de risque de l'addiction aux substances psychoactives en milieu anesthésique: résultats de l'enquête nationale. *Ann Fr Anesth Reanim*;24(5) :471-9, 2005 May.

30. Chandon M. Addiction en milieu anesthésique: pour aller plus loin. *Ann Fr Anesth Reanim*;24(5) :463-5, 2005 May.

31. Silverstein J, Silva D, Iberti T. Opioid addiction in anesthesiology. *Anesthesiology* 1993;79:354-75.

32. Calabrese G. Fármaco-dependencia en anesthesiólogos, un gran problema ocupacional actual. *Rev. Col. Anest.*, June 2006, vol.34, no.2, p.103-111. ISSN 0120-3347.

33. American Society of Anesthesiologists (ASA). En Internet: <http://www.asahq.org/> .

34. Kintz P, Villain M, Dumestre V, Cirimele V. Evidence of addiction by anesthesiologists as documented by hair analysis. *Forensic Sci Int*. 2005 Oct 4;153(1):81-4.

35. Lutsky I, Hoopwood M, Abram S, Cerletty Jm, Hoffman RG, Kampine JP. Use of psychoactive substances in three medical specialties: anesthesia, medicine and surgery. *Can J Anaesth* 1994;41:561-7.

36. Barreiro G, Benia W, Francolino C, Dapuetto J, Szttern P, Ganio M. Consumo de sustancias psicoactivas: estudio comparativo entre anesthesiólogos e internistas en Uruguay. *Anest Analg Reanim* 2001 Aug; vol.17 (1): 20-25.

37. Calabrese G. ¿A qué riesgos profesionales estamos expuestos los anesthesiólogos?. *Rev Col Anest* 2004;16(3).

38. Calabrese G. Fármaco-dependencia en anesthesiólogos, una realidad preocupante. *Rev Col Anest* 2004;16(1).

39. Gold MS, Byars JA, Frost-Pineda K. Occupational exposure and addictions for physicians: case studies and theoretical implications. *Psychiatr Clin North Am*. 2004 Dec;27(4):745-53.

40. Gold MS, Melker RJ, Dennis DM, Morey TE, Bajpai LK, Pomm R, Frost-Pineda K. Fentanyl abuse and dependence: further evidence for second hand exposure hypothesis. *J Addict Dis*. 2006;25(1):15-21.

41. McAuliffe PF, Gold MS, Bajpai LK, Merves ML, Frost-Pineda K, Pomm R, Goldberger BA, Melker RJ, Cendan JC. Second-hand exposure to aerosolized intravenous anesthetics propofol and fentanyl may cause sensitization and subsequent opiate addiction among anesthesiologists and surgeons. *Med Hypotheses*. 2006;66(5):874-82. Epub 2006 Jan 23.

42. Kenna GA. The prevalence of alcohol, cigarette and illicit drug use and problems among dentists. *JADA*, Jul 2005;136:1023-32.