COBERTURA DE VACUNACIÓN EMPRESARIAL CONTRA INFLUENZA Y HEPATITIS A EN POBLACIÓN TRABAJADORA DE LA CIUDAD DE BUCARAMANGA

JOHANNA ANDREA RIVERA FIALLO

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
ESCUELA DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA
ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD
BUCARAMANGA
2008

COBERTURA DE VACUNACIÓN EMPRESARIAL CONTRA INFLUENZA Y HEPATITIS A EN POBLACIÓN TRABAJADORA DE LA CIUDAD DE BUCARAMANGA HASTA DICIEMBRE DEL AÑO 2006.

JOHANNA ANDREA RIVERA FIALLO

Trabajo de grado para optar al titulo de
Especialista en Administración de Servicios de Salud

Directora
MARY LUPE ANGULO DE MEZA

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
ESCUELA DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA
ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD
BUCARAMANGA
2008

A CRISTO JESÚS, A LA MADRE MARIA
A mi familia

AGRADECIMIENTOS

El autor expresa su agradecimiento:

A la UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER, de quien he recibido mi formación de pregrado y postgrado.

A mis directivos, docentes y compañeros.

A mis padres, hermana y mi esposo quienes de una manera u otra contribuyeron a la culminación de este reto.

A todos ellos MUCHAS GRACIAS!.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION 14

1. TITULO 15

2. PROBLEMA 16

2.1. DESCRIPCION DEL PROBLEMA 16
2.2. FORMULACION DEL PROBLEMA. 17
3. OBJETIVOS 18

3.1. OBJETIVO GENERAL 18
3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS 18
4. MARCO TEORICO DE REFERENCIA 19

4.1. BASES TEORICAS. 19
4.1.1. Influenza 19
4.1.1.1. Antecedentes Históricos de la Influenza 20
4.1.1.2. Contagio por influenza 23
4.1.1.3. Diagnóstico de la influenza 23
4.1.1.4. Impacto de la enfermedad 24
4.1.1.5. Impacto económico de la influenza 26
4.1.1.6. Vacunación contra la influenza 28
4.1.2. Hepatitis A 29
4.1.2.1. Características de la Hepatitis A 30
4.1.2.2. Complicaciones de la Hepatitis A 31
4.1.2.3. Relación de la Hepatitis A y la edad 32
4.1.2.4. Morbilidad y mortalidad de la Hepatitis A 32
4.1.2.5. Factores para la transmisión del virus de Hepatitis a (VHA). 33
4.1.2.6. Diagnostico de la Hepatitis A. 34
4.1.2.7. Prevención y tratamiento de la Hepatitis A. 35
4.1.2.8. Inmunizacion y vacunación. 36
4.2. ASPECTOS LEGALES 37
5. METODOLOGIA 40

5.1. TIPO DE ESTUDIO 40
5.2. POBLACION Y MUESTRA 40
5.3. INSTRUMENTOS DE RECOPILACION DE INFORMACION. 40
5.4. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN. 41
5.5. RESULTADOS 41
5.6. ANALISIS DE RESULTADOS. 52
CONCLUSIONES 55

RECOMENDACIONES.....57
BIBLIOGRAFIA.....58
ANEXOS.....60

LISTA DE CUADROS

CUADRO 1. Tipificación viral de las pandemias de Influenza en el siglo XX. ……..21

CUADRO 2. Signos y síntomas de la Hepatitis A en niños y adultos…….32

CUADRO 3. Características y mortalidad por Hepatitis A, según grupo de edad…….33

CUADRO 4. Trabajadores afectados por Influenza en el año 2006…….41

CUADRO 5. Favorabilidad del ambiente y condiciones de trabajo para prevenir infecciones por Influenza……..43

CUADRO 6. Agente de acciones preventivas respecto a la infección por Influenza……..44

CUADRO 7. Trabajadores afectados por Hepatitis A en los últimos cinco años…….45

CUADRO 8. Favorabilidad del ambiente y condiciones de trabajo para prevenir la infección por Hepatitis A……..46

CUADRO 9. Agente de acciones preventivas para evitar infección por Hepatitis A……..47

CUADRO 10. Existencia de programas de salud ocupacional en la empresa para prevenir enfermedades infecciosas……48

CUADRO 11. Cobertura de vacunación contra Influenza y Hepatitis A, en trabajadores de Bucaramanga……..50

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Virus influenza tipo A……...19

Figura 2. Estructura Virus de la Hepatitis A……30

Figura 3. Distribución geográfica de la infección por Virus de la Hepatitis A…34

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Trabajadores afectados por Influenza en el año 2006……...42

Gráfico 2. Favorabilidad del Ambiente y condiciones de trabajo para prevenir la infección por Influenza……43

Gráfico 3. Agente que asume las acciones preventivas para evitar la infección por Influenza……..….44

Gráfico 4. Personas trabajadoras afectadas por Hepatitis en los últimos cinco años……45

Gráfico 5. Favorabilidad del ambiente y condiciones de trabajo para evitar la infección por Hepatitis A……...47

Gráfico 6. Agente que asume las acciones preventivas para evitar la infección por Hepatitis A……48

Gráfico 7. Existencia de programas de salud ocupacional empresarial para prevenir enfermedades infecciosas……49

Gráfico 8. Vacunación contra Influenza……51

Gráfico 9. Vacunación contra Hepatitis A……51

LISTADO DE ANEXOS

ANEXO A. Formato de encuesta aplicado a trabajadores de empresas en la ciudad de Bucaramanga……..61

RESUMEN

TITULO: COBERTURA DE VACUNACIÓN EMPRESARIAL CONTRA INFLUENZA Y HEPATITIS A EN POBLACIÓN TRABAJADORA DE LA CIUDAD DE BUCARAMANGA ⋆

AUTOR: JOHANNA ANDREA RIVERA FIALLO⋆⋆

PALABRAS CLAVES: Enfermedad, Influenza, Hepatitis A

Las infecciones por Influenza y Hepatitis A son causas de enfermedades comunes y recurrentes que afectan a todos los grupos de poblaciones, estimándose que un 15% de la población mundial lo han padecido. La mutabilidad del virus, los espacios cerrados en donde se concentran muchas personas, las deficientes condiciones de higiene, la pobreza y la falta de políticas preventivas en salud, contribuyen para que estas enfermedades infecciosas amenacen con convertirse en una pandemia de vastas proporciones.

Las diferentes infecciones como la Influenza y la Hepatitis A, pueden representar ara la empresa una significativa reducción de la productividad y bienestar en la salud de los empleados y sus familias, aumentando el ausentismo y los gastos por el tratamiento medico.

Dada la importancia de esta problemática se propone un estudio investigativo sobre la cobertura de la vacunación Empresarial contra Influenza y Hepatitis A en población trabajadora de la ciudad de Bucaramanga, a Diciembre de 2006.

El estudio es Descriptivo Exploratorio y de corte transversal; la población la constituyen 100 empresas de Bucaramanga, grandes, medianas y pequeñas, de las cuales se escoge aleatoriamente como muestra 40 de ellas y seis trabajadores de cada una, totalizándose 240 trabajadores, a los que se les aplicó una encuesta sobre prevalencia y cobertura de vacunación empresarial a Diciembre de 2006 previa explicación de datos importantes de cada una de las enfermedades.

⋆ Trabajo de Grado

⋆⋆ Universidad Industrial de Santander. Facultad de Salud. Departamento de Salud Pública. Especialización en Administración de Servicios de Salud. Mary Lupe Angulo de Meza, Directora

ABSTRACT

TITLE: COVERING OF MANAGERIAL VACCINATION AGAINST INFLUENZA AND HEPATITIS TO IN HARD-WORKING POPULATION OF THE CITY DE BUCARAMANGA*

AUTHOR: JOHANNA ANDREA RIVERA FIALLO**

KEY WORDS: Illness, Influenza, Hepatitis A

The infections for Influenza and Hepatitis to they are causes of common and recurrent illnesses that affect to all the groups of populations, being considered that the world population's 15% has suffered it. The changeability of the virus, the closed spaces where many people concentrate, the faulty conditions of hygiene, the poverty and the lack of political preventive in health, they contribute so that these infectious illnesses threaten to become a pandemic of vast proportions.

The different infections like the Influenza and the Hepatitis to, they can represent altar the company a significant reduction of the productivity and well-being in the health of the employees and their families, increasing the absenteeism and the expenses for the treatment prescribes.

Given the importance of this problem intends an investigative study on the covering of the Managerial vaccination against Influenza and Hepatitis to in hard-working population of the city of Bucaramanga, to December of 2006.

The study is Descriptive Exploratory and of traverse court; the population constitutes it 100 companies of Bucaramanga, big, medium and small, of which you/he/she is chosen aleatorily like sample 40 of them and six workers of each a, being totalled 240 workers, to those that were applied a survey has more than enough prevalencia and covering of managerial vaccination to December of 2006 previous explanation of important data of each one of the illnesses.

* Proyecto de Grado

** Universidad Industrial de Santander. Facultad de Salud. Departamento de Salud Pública. Especialización en Administración de Servicios de Salud. Mary Lupe Angulo de Meza, Directora

INTRODUCCION

Las infecciones por Influenza y Hepatitis A son unas de las enfermedades más comunes y recurrentes que afectan a todos los grupos de población. La mutabilidad del virus que las producen, las deficientes condiciones de higiene en donde se propaga, la pobreza y la falta de políticas preventivas en salud, y también la falta de voluntad política para desarrollar programas preventivos y efectivos en muchas partes del mundo, contribuyen para que estas enfermedades infecciosas amenacen con convertirse en una pandemia de vastas proporciones.

Sitios concurridos, lugares en donde comparte mucha gente son espacios ideales para la propagación de estas enfermedades, las cuales han afectado a un 15% de la población mundial.

Considerando la importancia que tiene la prevención de estas enfermedades infecciosas este estudio tiene por objeto conocer las practicas y la cobertura que alcanza la vacunación contra la influenza y Hepatitis A en población trabajadora de la ciudad de Bucaramanga.

Se justifica el estudio por cuanto son prácticamente inexistentes las investigaciones epidemiológicas realizadas en población trabajadora en la ciudad, y porque es importante generar información que sirva tanto a los trabajadores, como a las empresas e instituciones que trabajan en el campo de la salud.

Metodológicamente se plantea un tipo de estudio descriptivo exploratorio transversal, en el cual participaron 240 trabajadores de diferentes empresas, a los cuales se aplica una encuesta dirigida a identificar riesgos de contagio, personas vacunadas y planes empresariales para afrontar esta problemática.

Este documento se estructura en tres partes:

1. Contempla el problema y los objetivos.
2. El marco teórico y legal.
3. Metodología empleada, los resultados y el análisis respectivo.
4. Plantea unas conclusiones finales del estudio y las respectivas recomendaciones.

1. TITULO

COBERTURA DE VACUNACION EMPRESARIAL CONTRA INFLUENZA Y HEPATITIS A EN POBLACION TRABAJADORA DE LA CIUDAD DE BUCARAMANGA HASTA DICIEMBRE DEL AÑO 2006.

2. PROBLEMA

2.1. DESCRIPCION DEL PROBLEMA

La influenza y la hepatitis A son enfermedades infecciosas con una prevalencia muy alta en distintos grupos de edad, la primera es una enfermedad viral aguda de las vías respiratorias que causa cefalea, tos seca, mialgias, llegando en algunos casos a la neumonía; la hepatitis A es una de las enfermedades más comunes del hígado, afecta aproximadamente a 300 millones de personas en el mundo, de las cuales fallecen al menos 150.000 por esta causa, por la cirrosis ocasionada.[1]

Respecto a la influenza, se estima que cada año a nivel mundial, cerca del 10% de la población se contagia por esta enfermedad, pudiéndose llegar a un contagio del 60% en poblaciones cerradas, (guarderías, batallones, empresas).[2]

Aunque la introducción de fármacos (antibioticos) a mediados del siglo XX hizo que muchos pensaran que las enfermedades infecciosas pronto serían erradicadas, la experiencia actual es muy distinta, no sólo han aparecido nuevas enfermedades infecciosas (VIH o la enfermedad de Lyme), sino que cada vez más agentes infecciosos han desarrollado resistencias a fármacos eficaces en otro tiempo.

Ante esta perspectiva amenazante es necesario que se entiendan estas enfermedades como un problema serio de salud publica, que ocasiona daños severos a la salud pues predisponen para enfermedad viral aguda, bronquitis, neumonía, cardiopatías, cirrosis y fallas hepáticas, ademas de hospitalizaciones, ausentismo y deserción laboral en trabajadores, aspectos que podrían atenuarse o incluso eliminarse con la vacunación.

Respecto a esto hay que decir que los programas de salud ocupacional en las empresas, específicamente en Colombia no pasan del terreno de explicitación formal, pero no se concretan en políticas efectivas de cumplimiento, ahondar en esta problemática a nivel de vacunación empresarial es uno de los propósitos de este trabajo.

[1] BANDER D.D. Viral hepatitis, Indian JMed SCI 2003, New York, p. 363.

[2] VAN, MARK, SPALIEK M. Shift work and pathological conditions, med toxics, New York, 2002.

2.2. FORMULACION DEL PROBLEMA.

A partir de la situación problemática presentada se plantea la siguiente pregunta de investigación:

CUÁL ES LA COBERTURA DE VACUNACIÓN EMPRESARIAL CONTRA INFLUENZA Y HEPATITIS A QUE SE REALIZA EN LA POBLACIÓN TRABAJADORA DE LA CIUDAD DE BUCARAMANGA HASTA DICIEMBRE DE 2006?

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Analizar la cobertura de vacunación empresarial contra Hepatitis A e Influenza en población trabajadora de la ciudad de Bucaramanga hasta Diciembre de 2006.

3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Cuantificar la cobertura de vacunación contra Influenza y Hepatitis A en trabajadores de la ciudad de Bucaramanga.

- Comparar las coberturas de vacunación empresarial contra Influenza y Hepatitis A y su impacto en la producción laboral en la ciudad de Bucaramanga.

- Identificar posibles factores de riesgo en las empresas que pueden facilitar la propagación de Influenza y Hepatitis A.

- Recomendar acciones que permitan mejorar la protección de los trabajadores respecto a la Influenza y Hepatitis A.

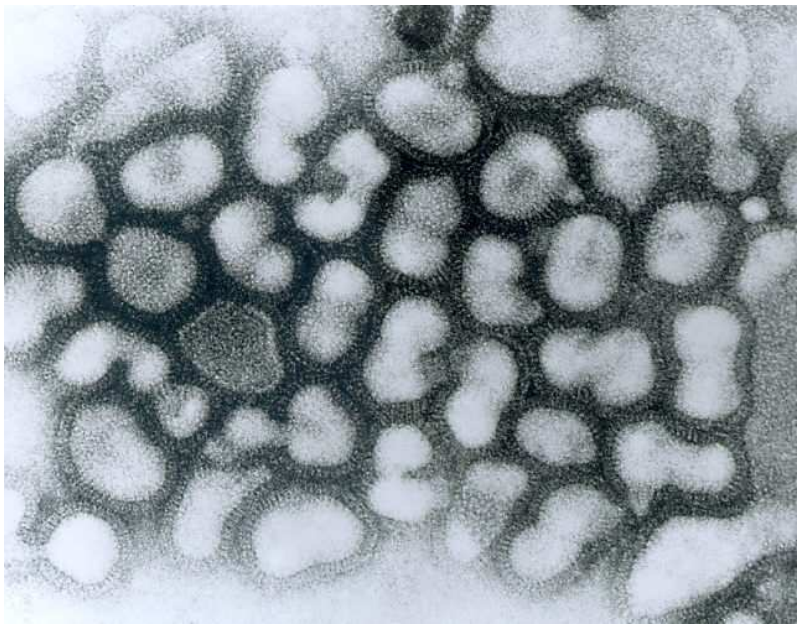
4. MARCO TEORICO DE REFERENCIA

4.1. BASES TEORICAS.

4.1.1. Influenza

La influenza es una enfermedad viral aguda de las vías respiratorias causada por un virus de la familia de los ortomixovirus (virus de la influenza A, B y C). Los brotes de influenza usualmente ocurren durante el invierno en climas templados, y los más importantes están asociados con los virus A y B, la infección por el virus tipo B es más leve que el A, y el virus tipo C están asociado con menor sintomatología.[3] Esta enfermedad viral es de transmisión aérea principalmente, por secreciones respiratorias. El periodo de incubación puede durar siete días.

Figura 1. Virus influenza tipo A



Fuente: http://es.wikipedia.org//wiki/imagen:influenza .

La enfermedad se caracteriza por la aparición de síntomas respiratorios, fiebre, cefalea, tos seca y mialgias. La mayor parte de los pacientes se recupera en una o dos semanas sin necesitar tratamiento medico, la excepción son los niños, los

[3] GLAXO SMITHKLINE, Influenza, guía de tratamiento, Bogotá, 2005, p.69

ancianos y los portadores de enfermedades crónicas de las vías respiratorias y aquellos con patología cardiaca, diabetes o cáncer.

El virus de la influenza posee una serie de proteínas en su estructura, los antigenos internos (proteínas M1 y NP) son antigenos de tipo específico y se usan para determinar si el virus es de tipo Ay B. Los antigenos externos hemaglutinina y neuraminidasa (HA y NA) muestran mayor variación y son los antigenos específicos del subtipo y clase, se usan para determinar la clase particular de virus responsable de un brote.[4]

La influenza se manifiesta habitualmente en forma de brotes, epidemias o casos aislados con frecuencia anual. En raras ocasiones se han presentado pandemias, las cuales ocurrieron en los años 1889, 1917, 1957 y 1968. En las epidemias se alcanzan tasas de ataque clínicos de 5 a 20% y en las pandemias hasta 50% de la comunidad general puede verse afectada. En las pandemias la mortalidad puede ser muy elevada dado que la gran mayoría de la población es susceptible.

Estimaciones del impacto de la pandemia de 1918-1919 revelaron una mortalidad aproximada de 20 millones de personas.

4.1.1.1. Antecedentes Históricos de la Influenza

La influenza fue descrita desde la antigüedad por Hipócrates en el año 412 antes de Cristo, y los brotes de influenza fueron tabulados por Hirsch desde el año 1173.[5] A parecer la primera pandemia fue descrita en 1580 y desde entonces se han documentado alrededor de 31 posibles pandemias.

Cuando se presenta una pandemia, esta afecta a diferentes sectores de la población con distintos niveles de impacto, por ejemplo, la pandemia de 1918 afectó a adultos entre los 20 y 50 años y alcanzó una mortalidad estimada de más de 20 millones de personas en el mundo[6].

Las pandemias de 1957 y 1968 afectaron a todos los grupos poblacionales, pero los mayores casos se presentaron en adultos mayores de 60 años, presentando una mayor mortalidad, a pesar de que todos los grupos poblacionales eran susceptibles. Igualmente mostraron mayor mortalidad en aquellas personas que presentaban otras patologías como enfermedad cardiopulmonar. Es pertinente aclarar que menos adultos jóvenes sanos fueron afectados en comparación con la pandemia de 1918.[7]

---

[4] WORLD HEALTH ORGANIZATION, INMUNIZATIONS, VACCINES AND BIOLOGICALS, en www.who.int/vaccines/en/influenza.shtml.

[5] HISTORIA DE LA MEDICINA, ENCICLOPEDIA TEMATICA SALVAT, BARCELONA, 2001, P.42.
[6] GLAXO SMITHKLINE. Influenza, guía de tratamiento, Bogotá, 2005, p.23
[7] Ibid, p. 25

Los virus causantes de estas pandemias no han sido los mismos, en 1957 el virus H2N2 reemplazó totalmente al virus H1N1 previo y en 1968 el virus H3N2 lo reemplazó totalmente; no ocurrió lo mismo con el virus causante de la pandemia de 1977, el cual es una variante del virus H1N1 visto por ultima vez en 1957, las razones de esta reaparición viral son hasta ahora desconocidas.[8]

Con respecto al origen de las pandemias se puede concluir que no hay un tiempo predecible ni un ciclo particular de aparición. También se ha observado que a pesar del surgimiento de nuevos subtipos de virus que necesariamente no han conducido a nuevas pandemias. Lo anterior evidencia que hay otros factores que favorecen su aparición, los cuales se deben determinar para establecer las características de propagación viral. Por consecuencia, la impredictibilidad de la influenza y las serias consecuencias que puede provocar una pandemia, son justificación para prepararse antes del inicio, con la constante vigilancia y una adecuada planificación antes de la aparición de la misma.

Un resumen de la tipificación viral de las pandemias de influenza en el siglo XX se observan en el siguiente cuadro.

Cuadro 1. Tipificación viral de las pandemias de influenza en el siglo XX

Influenza humana, eventos importantes en el siglo XX[2]					
	Año	**Nombre**	**Subtipo**	**Fuente**	**Impacto**
	1918	Gripe española	Vírus H1N1 similar a influenza porcina	Posible emergencia desde huésped porcino o aviar de un virus H1N1 mutado	Pandemia con mas de 20 millones de muertes
Pandemias	**1957**	Gripa asiática	Virus H2N2	Posible infección mixta de un animal con una cepa humana HIN1 y una cepa aviar H2N2 en Asia	El virus H1N1 de la anterior pandemia dejo de circular
	1968 ^	Gripe de Hong Kong	Virus H3N2	Alta probabilidad de una infección mixta de un animal con una cepa humana H2N2 y una cepa aviar H3Nx en Asia	El vírus pandémico H2N2 dejó de circular

[8] AGUILERA, A. Epidemiología de la Influenza. Enciclopedia de la Salud, SALVAT, Madrid, 202, p.31.

…Viene

		Gripe **rusa**	Virus H1N1	Fuente desconocida, pero el virus es casi idéntico a las cepas epidémicas humanas de l950. Reaparición detectada casi al mismo tiempo en China y Siberia	Pandemia benigna. CocirculaciondeH1N1 con H3N2 desde 1977
Incidentes de limitada propagación en humanos	**1976**	Influenza porcina	H1N1	New Jersey, Estados Unidos. Virus enzóotico existente en cerdos en los Estados Unidos, al menos desde 1930	Continúa… Brote localizado, un caso fatal
	1986		H1N1	Holanda, virus porcino derivado de fuente aviar	Un adulto con neumonía severa
	1988 1993	Influenza porcina	H1N1	Wisconsin, Estados Unidos, virus porcino	Muere una mujer embarazada luego de exposición a cerdo enfermo
			H3N2	Holanda. Recombinante porcino entre una "vieja" **cepa** humana H3N2 (1973/1975) y una cepa aviar	Dos niños con enfermedad leve. Padre infectado por cerdos, sospechoso de ser el transmisor
	1995		H7N7	Reino Unido, virus de pato	Un adulto con conjuntivitis
	1997 1999	Influenza de polios	H5N1	Hong Kong, aves de corral	18 casos confirmados, 6 letales
			H9N2	China, Hong Kong, virus de influenza similar al de codorniz	2 casos humanos con enfermedad leve

Fuente: ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, NUEVA YORK. 2004

Para que se de una pandemia de influenza o de otra enfermedad infecciosa se deben cumplir tres requisitos:

1. Un nuevo subtipo de influenza debe transmitirse al hombre.
2. El nuevo virus debe tener la capacidad de replicarse en el hombre y causar enfermedad.
3. El nuevo virus debe tener la capacidad de transmitirse eficientemente entre los humanos, esa transmisión eficiente de persona a persona es la base de la diseminación como brote mundial.

4.1.1.2. Contagio por influenza

La influenza es una enfermedad muy contagiosa, los pacientes pueden permanecer infectados por ocho días, después de manifestar la infección.

Gotas que contienen partículas virales son dispersadas por el tracto respiratorio de una persona infectada tosiendo y estornudando y pueden invadir el tracto respiratorio de una persona sana. El virus también puede diseminarse a través del contacto directo con manos contaminadas y artículos como pañuelos.

Las defensas normales del cuerpo contra la invasión de patógenos en el tracto respiratorio es la limpieza mucociliar y la respuesta local en forma de anticuerpos secretorios específicos, IgAs. Si estos mecanismos no son eficaces, las partículas del virus de la influenza se adhieren al recubrimiento del tracto respiratorio y penetran las células.[9] El ARN viral se apropia de los procesos metabólicos de las células. La replicación de nuevas partículas virales comienza y continúa aproximadamente por ocho horas hasta que esa célula muere. Las partículas virales replicadas se liberan para invadir otras células cercanas.

Al cabo de unas horas, el número mayor de células en el tracto respiratorio están muriendo y liberando virus. La infección interrumpe la limpieza mucociliar y los otros mecanismos de defensa. El tracto respiratorio superior se hace muy congestionado y la infección puede extenderse al tracto inferior para causar neumonía viral con trombosis capilar, exudación y sangrado alveolar. Entonces puede ocurrir la invasión secundaria por bacterias de la nasofaringe y puede desarrollarse neumonía bacteriana.[10]

4.1.1.3. Diagnóstico de la influenza

Durante las epidemias y pandemias la influenza se diagnostica fácilmente, cuando la presencia del virus de la influenza ha sido confirmada en una región por las autoridades de salud locales y muchos pacientes se quejan de fiebre, dolor muscular y tos.

En otro tiempo, el diagnostico era probablemente más una cuestión de especulación. El virus de la influenza puede aislarse de secreciones respiratorias e identificadas en el laboratorio. Sin embargo, tales investigaciones están raramente justificadas en la práctica general para demostrar la causa de una enfermedad febril corta.

---

[9] AGUILAR, A. Epidemiología y manifestaciones de la influenza, Enciclopedia de la Salud, Salvat, Madrid, 2002

[10] Aprendiendo sobre Fluarix, Laboratorio Glaxo –Smithkline. Pág. 11

Para excluir las complicaciones de la influenza es aconsejable una radiografía de tórax si los síntomas persisten por más de una semana.

Las complicaciones más comunes son los trastornos respiratorios, estos ocurren a menudo en ancianos pero también son un problema significativo en niños, en pacientes crónicamente enfermos o en pacientes inmunocomprometidos.

La bronquitis es la complicación más común y afecta al 20% de los casos; el riesgo de desarrollar bronquitis es particularmente más alto en diabéticos, pacientes con enfermedad cardiaca isquemica y las personas mayores de 60 años. La neumonía viral o bacteriana es otra complicación importante; probablemente es responsable de la mayoría de muertes asociadas a la influenza.

La neumonía viral primaria ocurre principalmente en las personas con enfermedades cardiovasculares; también pueden infectarse mujeres embarazadas y adultos jóvenes saludables; se desarrolla con una progresión implacable de la influenza típica con rápida manifestación de tos, fiebre, ahogo y cianosis. El cultivo de esputo muestra una flora bacteriana normal, pero los cultivos virales muestran valores altos del virus de la influenza; de otra parte los pacientes no responden a los antibioticos y la tasa de mortalidad es alta.

La neumonía bacteriana secundaria, normalmente afecta a los pacientes mayores con enfermedades cardiacas crónicas, pulmonares y metabólicas. Se desarrolla aproximadamente 4 o 14 días después de la clara recuperación de la influenza, reaparece la fiebre y es acompañada por tos persistente. Los cultivos de esputo muestran bacterias como Streptococcus Pneumoniae, Staphylococcus Aureus y Haemophilus Influenzae. Los pacientes regularmente responden a los antibioticos.

Otras complicaciones de la influenza incluyen: miositis aguda (inflamación de los músculos); miocarditis (inflamación del músculo cardiaco), pericarditis (inflamación del pericardio), desordenes del sistema nervioso central que incluyen algunos casos de encefalitis; manifestaciones clínicas de perturbaciones mentales que van desde el letargo hasta el delirio, convulsiones y coma; aproximadamente un 10-40% de los afectados muere.[11]

4.1.1.4. Impacto de la enfermedad

La influenza aguda es muy común en el mundo, según la encuesta por entrevista de salud realizada en los Estados Unidos, en este país la influenza tiene una frecuencia anual de 43 casos por 100 personas en todas las edades. Se estima que en ese país esta enfermedad genera de 13.8 millones a 16 millones de casos

[11] Aprendiendo sobre Fluarix. Laboratorio Glaxo- Smithkline. Pag. 12,13.

por año en menores de 20 años y de 4.1 millones a 4.5 millones en adultos mayores.[12]

La atención médica por este padecimiento representa un promedio de 1.1 a 3.6 visitas al medico, dependiendo del año de la epidemia y la edad del paciente.

En Colombia, el Instituto Nacional de Salud, INS, adscrito al ministerio de Salud [13] registra 54 casos de influenza por cada 100 personas en todas las edades, siendo los grupos más afectados los niños y las personas adultas mayores de 45 años. En Colombia la infección respiratoria aguda ocupa los primeros lugares de morbimortalidad en la población de menores de cinco años, especialmente en los municipios con mayor porcentaje de necesidades básicas insatisfecha.

Desde 1997 el Instituto Nacional de Salud realiza una vigilancia de influenza y otros virus respiratorios con base en el laboratorio de una manera sostenida en el tiempo y no solo basada en cubrimiento de brotes o investigaciones puntuales, sino en una vigilancia con toma de muestras semanales todo el año, en sitios definidos como centinelas. Esta información es muy valiosa en la toma de decisiones referente a la vacuna que se debe usar y el momento indicado de realizar la vacunación en el país para que de este modo el impacto de la inmunización tenga repercusión directa en la salud pública.

El sistema ha logrado es sus 10 años de funcionamiento convertirse en un sistema de vigilancia continuo y sistemático. Durante este lapso se han tomado semanalmente en promedio 9 muestras (Frotis faringeos o Aspirados o BAL) a pacientes que consultan por infección respiratoria de no mas de 5 días de evolución de síntomas: fiebre de inicio súbito >38ºC, dolor de garganta y tos acompañada de uno o más de los siguientes signos y síntomas: rinorrea, cefalea, conjuntivitis o coriza. El cumplimento en la recepción de muestras ha sido el 95% de 520 semanas reportadas en 4 sitios centinela Bogotá, Guaviare, Manizales, Barranquilla.

Igualmente el sistema ha demostrado tener una alta sensibilidad del sistema para la detección de virus respiratorios, el porcentaje de positividad para la detección de cualquier virus respiratorio ha sido desde un 28.3 % hasta 49.6% Los años de mayor porcentaje de positividad para virus influenza fueron 1998 con 13%, 1999 12.3 %, 2003 con 18 % y 2006 con 27%.[14]

[12] SULLIVAN, KM. Estimates of the US health impact of influenza, New York, 2002.
[13] MINISTERIO DE SALUD, COLOMBIA. Informe epidemiológico, estadística, Bogotá,2003,p. 42-44
[14] www.minproteccionsocial.gov.co/pai/info/info07.doc -

La atención médica por esta enfermedad en Colombia registra un promedio de 0,7 a 1.0 visitas al médico para recibir atención, con esto se demuestra que en Colombia se registran más casos de influenza por cada 100 personas que en Estados Unidos y que en promedio se acude menos al médico para recibir atención.

Respecto a esto puede decirse que los cambios climáticos que favorecen la propagación de la enfermedad, son más severos en Colombia y el nivel de humedad que favorece la propagación es más alto.

En Estados Unidos está bien documentado el impacto de las epidemias anuales en hospitalización y muerte de adultos. A diferencia de otras enfermedades respiratorias a la influenza se le asocia con aumentos anuales de mortalidad, que en Estados Unidos se cuantifican considerando los decesos por neumonía e influenza que aparecen en los certificados de defunción.

Aunque año tras año existe una vacunación significativa en las estadísticas, en promedio las epidemias típicas de influenza se asocian con 10.000 a 40.000 muertes en Estados Unidos.[15]; en Colombia estas estadísticas son imprecisas.

Las influenzas A y B se pueden asociar con enfermedad severa, las cifras de mortalidad por todas las causas aunque menos precisas que las estadísticas de muerte relacionadas con neumonía e influenza, son probablemente una expresión más exacta de la carga total de influenza.

De acuerdo con estos datos, en Estados Unidos la mortalidad por influenza no pandémica excede desde 1971 los 600.000 casos.

Análisis similares se utilizan para calcular el impacto de las epidemias en la frecuencia de hospitalización. Estos datos indican que la enfermedad ocasiona 100.000 hospitalizaciones por problemas respiratorios cada año.[16]

4.1.1.5. Impacto económico de la influenza

Los efectos sociales y financieros de la influenza son una carga para la sociedad y los pacientes. El impacto económico representa en Estados Unidos 14,6 billones de dólares anuales en visitas a médicos, pérdida de productividad y salarios. Esto incluye 1,4 billones de costos directos en atención a la salud, primordialmente atención, médicos y otros costos; y 13,2 billones en costos indirectos, que incluyen pérdida de ingresos por enfermedad y a futuro por mortalidad.

[15] BLAISE, WB. Severe illness with influenza, New Cork, 2001, p 189.
[16] Ibid, p 191.

El análisis retrospectivo y prospectivo de grandes poblaciones permite determinar los factores de riesgo de hospitalización y muerte; entre los que incrementan la probabilidad están la edad avanzada (mayor de 65 años) y la presencia de enfermedad pulmonar o cardiaca preexistente, como insuficiencia cardiaca congestiva, enfermedad valvular del corazón, enfermedad obstructiva crónica o asma.

Aunque las hospitalizaciones y las muertes son desenlaces dramáticos y relativamente fáciles de cuantificar, representan sólo una pequeña expresión del problema cuando se considera el impacto total de la influenza, ya que la mayoría de infectados se recuperan totalmente.[17]

Sin embargo, incluso en adultos previamente sanos, el padecimiento se caracteriza con frecuencia por fatiga profunda y duradera, así como malestar general, lo que da lugar a días en cama, ausentismo en el trabajo o la escuela y otras disrupciones significativas en las actividades normales.

Se considera que las personas con influenza tienen un promedio de cinco a seis días de actividad restringida, tres o cuatro días de incapacidad en cama y tres días de trabajo o escuela perdidos.

Los programas de vacunación según www.casadevacunas.com.co del Laboratorio Glaxo Smithkline, son fundamentales para prevenir la enfermedad y evitar así gastos por ausentismo laboral, incapacidades, gastos médicos, etc.

La relación costo-beneficio en cifras de los Estados Unidos permiten el ahorro de 40 dólares aproximadamente por persona, es decir, vale la pena invertir en prevención.

En Colombia, dado que los planes de vacunación no son obligatorios, los costos al presentarse las enfermedades se incrementan notablemente, pero a pesar de esto poco se hace para remediar la situación, ante una legislación laxa en donde los controles institucionales en el campo de la salud no son tan rigurosos como deberían ser.

La incapacidad que genera a una persona que contrae la infección por Influenza, es de aproximadamente una semana pero el personal medico genera incapacidades por tres días solamente, para que sean asumido el costo por la empresa cotizante y no se cargue a la EPS. Este aspecto es importante enfatizarlo a las empresas con el fin de analizar el costo beneficio de la vacunación. El Laboratorio Glaxo Smithkline, maneja un demo que permite al nivel gerencial de las empresas introducir datos exactos de las empresas que

[17] www.casadevacunas.com.co

genera tablas para ser analizadas y soporten programas de Vacunación. Aún existiendo todas estas herramientas las empresas son apáticas a estos temas.

4.1.1.6. Vacunación contra la influenza

Tanto la influenza A como la B son causas importantes de enfermedades respiratorias. A pesar de que la influenza tipo B se asocia en forma frecuente con brotes limitados y con una enfermedad leve, ocasionalmente causa epidemias de importancia con tasas de mortalidad considerable. Sin embargo, como se presentan cambios frecuentes en los antígenos constitutivos del subtipo viral. La influenza tipo A es la principal causa de epidemias extensas y pandemias de alta mortalidad.[18]

Las epidemias de influenza A ocurren generalmente de forma anual en los climas templados durante los meses de invierno y duran entre 3 a 6 semanas, aunque el virus se puede encontrar en la población afectada unas semanas antes y después del brote.

En regiones tropicales el virus puede causar la enfermedad a lo largo del año, aunque usualmente muestra un patrón semestral de presentación.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) tiene un programa global de vigilancia virológica que cubre 82 países e involucra a más de 100 laboratorios colaboradores. Esta red asegura información genética y antigénica actualizada de la cepa de influenza circulante, lo cual es un prerrequisito para la apropiada formulación de las vacunas anuales de influenza. Sin embargo, la vigilancia de la influenza varía considerablemente en el mundo: mientras que en el continente africano existen serias limitaciones, la vigilancia biológica y de la enfermedad gana terreno en Asia y Suramérica. En los países en vía de desarrollo la influenza se considera generalmente menos importante que otras enfermedades infecciosas y esto dificulta la lucha contra esta enfermedad.

En el programa global para la influenza de la OMS, cada año, en Septiembre y Febrero respectivamente, emite la recomendación de la composición de la vacuna de influenza para el siguiente período, que normalmente inicia en Mayo-Junio en el Hemisferio Sur y en Noviembre – Diciembre en el Hemisferio Norte. La composición se basa en la información recolectada de la red de vigilancia de los centros colaboradores de la OMS.

Durante el periodo 2003-2004, los virus de influenza A (H1), A (H3N2) y los virus B, circularon en el mundo, predominando el virus Influenza A (H3N2). Varios países asiáticos reportaron importantes brotes de Influenza Aviar tipo A (H5N1)

[18] www.who.int/vaccines/influenza/sctml.

entre las aves de corral. Estos brotes fueron asociados con enfermedad severa en caso de muerte en humano en Vietnam y Tailandia.

En los Estados Unidos el periodo de influenza de 2003 a 2004 se inició antes de lo habitual y se asoció principalmente con el virus de la influenza A (H3N2).

La forma más eficaz de protegerse de la influenza- gripe es la vacunación, ya que es una enfermedad prevenible, esta vacuna no previene el resfriado común, previene la enfermedad por el virus de la influenza gripe.
Esta vacunación debe realizarse todos los años, ya que las cepas de los virus que los producen cambian anualmente, la OMS es la responsable de informar sobre cuáles son los virus que circulan y qué debe contener la vacuna para cada año.

4.1.2. Hepatitis A

La hepatitis A es una enfermedad inflamatoria aguda del hígado causada por el virus de la Hepatitis A (VHA), esta se transmite de persona a persona al llevarse cosas a la boca que han sido contaminadas con el excremento de una persona infectada por el VHA, esta infección es más frecuente cuando se tiene contacto con otras personas principalmente en el hogar, también se dá al consumir alimentos contaminados o beber agua contaminada con el VHA.[19]

La frecuencia y severidad de los síntomas de la Hepatitis A tienden a variar con la edad, cuando se infectan niños pequeños, a menudo tienen síntomas no específicos que son confundidos con enfermedad como el resfriado o pueden ser asintomático.

Ocasionalmente la enfermedad en niños puede ser mucho más severa que en los adultos y una vez que se presenta la falla hepática, la tasa de mortalidad es muy alta. La mayoría de personas de edad madura que son infectadas abruptamente con el VHA desarrollan los signos y síntomas de la Hepatitis y se sienten muy enfermas a veces durante semanas o meses.

Las características clínicas típicas de la Hepatitis A son similares a las Hepatitis causadas por otros patógenos e incluyen ictericia, orina oscura, heces pálidas, fatiga, pérdida del apetito y dolor abdominal.

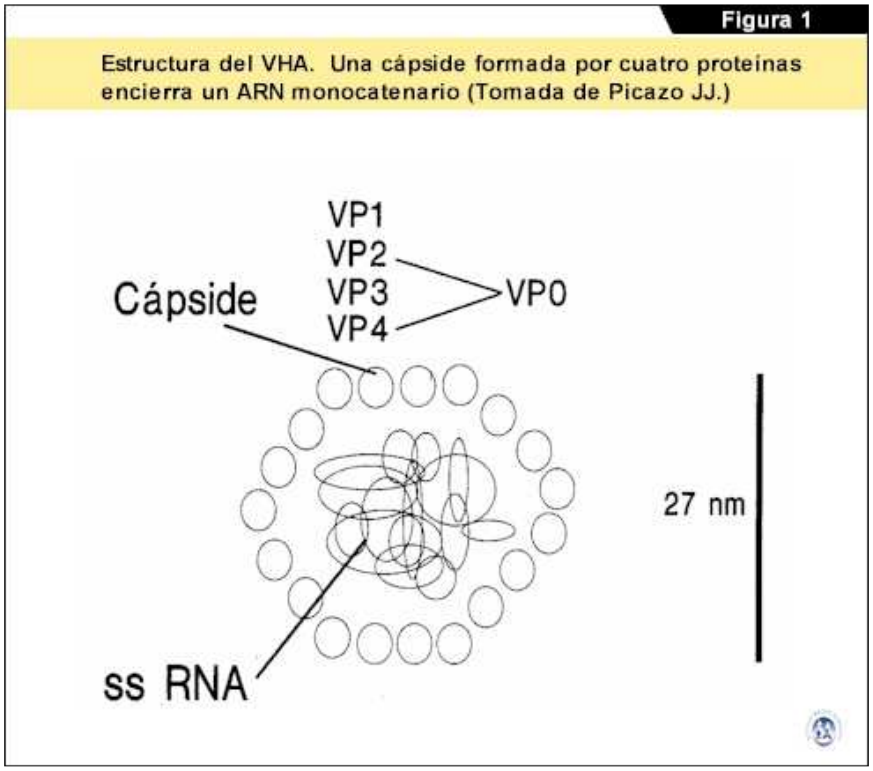
La tasa de mortalidad general es baja, pero es mucho más alta en mayores de 40 años de edad que en grupos de menor edad.[20]

[19] BRUNDAGE, SC. Hepatitis A. Am Fam physian, New York, 2004, p81.
[20] Ibid,p.83

4.1.2.1. Características de la Hepatitis A

El virus de la hepatitis A (VHA) es un picornavirus que se multiplica en el hígado. Las partículas virales de la Hepatitis A parecen semi-esféricas cuando se examinan bajo el microscopio electrónico.[21]

Figura 2. Estructura Virus de la Hepatitis A.



Fuente: http://www.vacunasaep.org/profesionales/hepatitis_a_images.htm

Estudios más detallados muestran que el virus tiene una estructura geométrica distinta y que es un polígono de 20 lados. Se compone de una cubierta protéica exterior o cápside que rodea el material genético o genoma, este es una hebra sencilla de ARN que contiene el código genético para la producción de una sola proteína la cual es muy grande durante la replicación del virus, esta proteína se produce y seguidamente se rompe en secciones más pequeñas.

Estas producen las proteínas funcionales y estructurales necesitadas por el virus incluyendo los que componen la cápside. La cápside comprende 60 subunidades

[21] WORDL HEALTH ORGANIZATIONS. Vaccines and Biologicals. En www.who.int/vaccines/hepatitis/shtml

de proteína, cada uno de los cuales se componen de las mismas cuatro proteínas virales estructurales VP1, VP2, VP3 y VP4.

El virus de la Hepatitis A es excepcionalmente resistente a las condiciones externas, incluyendo temperaturas extremas, pH y los efectos de los solventes. El VHA resiste el ácido con un pH de 3 durante más de 4 horas, por lo tanto no es afectado por el ácido clorhídrico de los jugos gástricos. Es resistente también a la acción de detergentes y solventes, pues permanece estable después del tratamiento con éter a + 4ºC durante 24 horas. Las temperaturas bajas no lo afectan, pues permanece estable durante varios años a temperaturas de – 20ºC a – 70ºC, también resiste bien a temperaturas altas 60ºC por una hora.

El VHA puede ser inactivado por cloro, pero sólo a concentraciones mayores de 1 mg/lt durante 30 minutos. La radiación ultravioleta y los microondas destruyen la estructura de la proteína del virus.

4.1.2.2. Complicaciones de la Hepatitis A

La hepatitis A es normalmente una enfermedad autolimitada y la infección contiene inmunidad de por vida, sin embargo, en algunos pacientes la enfermedad puede tomar un curso prolongado.

Hepatitis A prolongada, En algunos casos, la eliminación del virus es lenta y el hígado toma más tiempo en recobrar su función normal.

Hepatitis A Recidivante, los síntomas se repiten entre 4 – 15 semanas después de la clara recuperación de un primer ataque, esta complicación ataca a un 3-20% de los pacientes, puede desarrollarse cuando algunos hepatocitos infectados no se destruyen, así que un nuevo ciclo de replicación es requerido para activar una respuesta citolítica completa de las células T y una completa recuperación. En las recidivas de la Hepatitis A, los síntomas son normalmente más leves que en la primera fase y duran aproximadamente 5 semanas.

Hepatitis A fulminante, es una rara complicación de la Hepatitis que ocurre en menos del 1% de los casos, pero es fatal en la mitad de ellos. Es más probable que afecte a lo adultos más viejos, pero de vez en cuando ataca a los niños y es asociada a una tasa de mortalidad alta.

Otras complicaciones raras incluyen ascitis aguda, convulsiones, falla renal aguda, polineuritis, hipotensión, bradicardia, pausa sinusal.[22]

[22] Aprendiendo sobre Havrix. Laboratorio Glaxo Smithkline, Pág. 13.

4.1.2.3. Relación de la Hepatitis A y la edad

Los bebés y los niños menores de tres años raramente tienen ictericia o muestran otras señales de enfermedad aguda. Los niños mayores muestran más signos atípicos y síntomas que los adultos durante la fase prodrómica de la enfermedad; a menudo padecen problemas gastrointestinales, como vómito, diarrea que puede presentar riesgos significativos a los jóvenes. Los adolescentes y adultos tienden a sufrir los signos y síntomas de una infección viral típica durante la fase prodrómica como fiebre, dolor de cabeza, dolor muscular y articular, pérdida del apetito y letargo; durante la fase ictérica, a menudo hay una pérdida del apetito, aparece una comezón severa y un agradamiento del hígado.
Los signos y los síntomas de la Hepatitis A según sean niños o adultos se presentan en el siguiente cuadro.[23]

Cuadro 2. Signos y síntomas de la Hepatitis A en niños y adultos

SIGNOS Y SINTOMAS	NIÑOS %	ADULTOS %
Náuseas y vómito	65%	26%
Ictericia	65%	88%
Diarrea	58%	18%
Orina Oscura	58%	68%
Heces Pálidas	58%	58%
Dolor Abdominal	48%	37%
Malestar- Fatiga	48%	63%
Apetito Disminuido	41%	32%
Fiebre- escalofríos	41%	42%
Mialgia- Artralgia	6%	30%
Dolor de Garganta	6%	0%

Fuente: www.worldwidevaccines.com

4.1.2.4. Morbilidad y mortalidad de la Hepatitis A

La morbilidad y la mortalidad generalmente aumentan con la edad aunque la Hepatitis Fulminante puede ocurrir en niños, asociándose una tasa de mortalidad muy alta.

En general, la hepatitis A es fatal en sólo una pequeña proporción de los casos, aproximadamente entre el 2-2.5 % de los casos.

[23] Aprendiendo sobre Havrix. Laboratorio Glaxo Smithkline, pag. 14.

La mortalidad es más alta en los sujetos mayores de 40 años y en pacientes con enfermedad hepática crónica.[24] Características de la Hepatitis A por grupo de edad se presentan en el siguiente cuadro.

Cuadro 3. Características y mortalidad por Hepatitis a según grupo de edad.

EDAD EN AÑOS	MENORES DE 15 AÑOS	ENTRE 15-40	MAYORES DE 40 AÑOS
ICTERICIA %	81-85%	86-87%	70-80%
HOSPITALIZACION%	9-17%	19-23%	29-42%
HEPATITIS A FATAL	0.1-0.2%	0.3-0.8%	0.8-2.1%

Fuente: www.worldwidevaccines.com

4.1.2.5. Factores para la transmisión del virus de Hepatitis a (VHA).

Son varios los factores que tienen una influencia en las personas que están en riesgo de infección por VHA, entre ellos se tiene:

- **EDAD.**

Los niños muy jóvenes infectados con el VHA a menudo no muestran los signos y síntomas típicos de la Hepatitis A; sin embargo, ellos pueden verter el virus y actuar así como un medio infeccioso para los que los rodean.

- **HIGIENE.**

La Hepatitis A es endémica en países en donde las normas de higiene y sanidad son poco vigiladas; ya que la transmisión del virus se da primordialmente por vía oral-fecal, las personas están en riesgo si beben agua infectada, comen alimento contaminados, o entran en contacto con heces humanas contaminadas.

- **VIAJES.**

Las personas que normalmente viven en países en donde la hepatitis A es rara, tienen riesgo de contraerla cuando visitan países en donde la enfermedad es endémica.

- **MIGRACIÓN.**

La migración y la movilidad de la población resulta un reto creciente y dinámico para el control de enfermedades patógenas e infecciosas incluyendo la hepatitis.

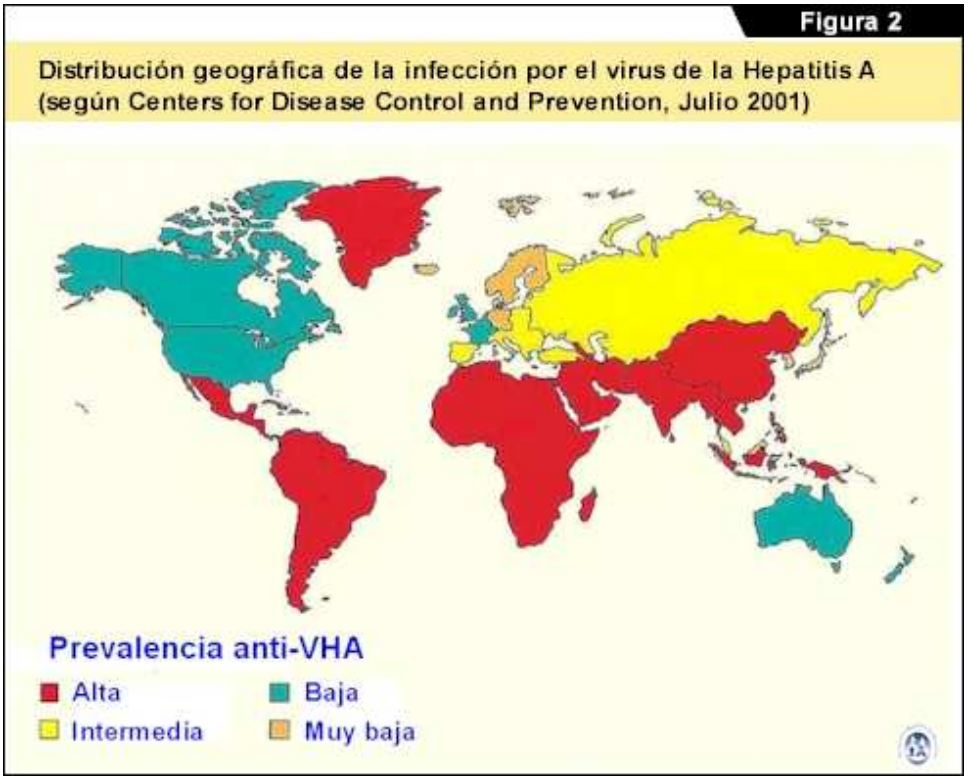
El flujo migratorio favorece la difusión de la enfermedad.

[24] Aprendiendo sobre Havrix. Laboratorio Glaxo Smithkline. Pág.15.

- **TIPO Y TAMAÑO DE LA POBLACIÓN.**

Las comunidades cerradas con pobre higiene y deficientes sistemas de suministro de agua, favorecen la diseminación de VHA; también los desastres naturales (como terremotos o inundaciones) y los desastres humanos (como guerras) que a menudo interrumpen los **suministros** de agua y los medios de disposición de alcantarillados, esto lleva a epidemias de enfermedades transmitidas oro-fecalmente como el cólera, la salmonelosis y la Hepatitis A.[25]

Figura 3. Distribución geográfica de la infección por el virus de la hepatitis A



Fuente: http://www.vacunasaep.org/profesionales/hepatitis_a_images.htm

Es Evidente que Colombia se encuentra ubicado en una zona altamente endémica para el virus de la Hepatitis A, esto depende de las condiciones de alcantarillado, disposición de aguas de consumo humano, además de aspectos culturales.

4.1.2.6. Diagnostico de la Hepatitis A.

La evidencia de una actual o reciente infección por el virus de la Hepatitis A es dada por los siguientes hallazgos:

[25] Aprendiendo sobre Havrix. Laboratorio Glaxo Smithkline 17

- Anticuerpos IgM anti VHA en el suero, estos se producen por una respuesta primaria a la infección y aparecen conforme se desarrollan los síntomas. Su concentración aumenta durante varios días antes de desaparecer en varios meses. La detección de IgM en el suero es la manera más útil de confirmar una infección reciente con el VHA.

- VHA en las heces. Los niveles fecales de VHA son muy altos y los sujetos son más infecciosos justo antes de la aparición de los síntomas, haciendo que la detección de VHA en la materia fecal sea un primer indicador de una posible infección, sin embargo, como el vertimiento del virus en las heces normalmente se detiene antes que los síntomas obvios aparezcan, este raramente es un método factible de diagnostico y no se usa a menudo.

- VHA en la sangre. Hay presencia de las concentraciones bajas del virus en la sangre durante unos pocos días en las fases tempranas de la infección. Sin embargo, ya que las concentraciones son tan bajas y la duración de la viremia es corta, el descubrimiento del VHA en la sangre no es normalmente factible.

- Es una buena práctica hacer un "screening" a las donaciones de sangre ya que el virus puede trasmitirse por sangre contaminada.[26]

4.1.2.7. Prevención y tratamiento de la Hepatitis A.

No hay ningún tratamiento especifico eficaz para la Hepatitis A, pues el virus es resistente a la mayoría de los medicamentos antivirales.

El manejo de la enfermedad se concentra en poner cómodo al paciente y mantener un adecuado balance nutritivo y electrolítico. Los pacientes pueden comer lo que les gusta mientras su dieta contenga suficientes fluidos, calorías y proteínas. Normalmente el paciente puede permanecer en casa pero se requiere la hospitalización entre el 9% (pacientes menores de 15 años) y más del 40% en pacientes mayores de 40 años, si se evidencia un desmejoramiento serio de la función hepática. La hepatitis A no es una enfermedad leve como a menudo se piensa. Puede durar semanas o meses. Es una causa seria de tiempo de trabajo perdido y aflicción y puede tener complicaciones severas o incluso fatales. Aunque actualmente no hay ningún tratamiento especifico eficaz para la enfermedad, esta puede prevenirse.

Son obvios los beneficios de prevenir la Hepatitis A, tanto porque se evitan molestos padecimientos, riesgos asociados y posible muerte, como porque se evitan tratamientos médicos costosos.

[26] Aprendiendo sobre Havrix. Laboratorio Glaxo Smithkline, Pág. 21.

Para evitar la transmisión del virus por la vía oro-fecal se pueden tomar las siguientes medidas.

- Provisión de agua limpia para beber y una disposición adecuada del alcantarillado.
- Provisión de buenas condiciones de vida, sin hacinamiento.
- Control en la ingestión de mariscos, peces y otros comestibles potencialmente contaminados.
- Buena higiene personal que incluye el lavado de manos antes de manipular los alimentos.
- El cuidado apropiado incluyendo el uso de guantes desechables al limpiar retretes y cubetas de lavado, en hoteles, hospitales y otras instituciones.[27]

4.1.2.8. Inmunizacion y vacunación.

En el pasado, la inyección de inmunoglobulinas que contenían anticuerpos anti-VHA fue usada para proporcionar algún grado de inmunidad pasiva contra la Hepatitis A. Esta técnica de inmunización pasiva proporciona una protección inmediata pero solo a corto plazo, tiene una eficacia de aproximadamente 85% en prevenir la Hepatitis A, si se administra dentro de las dos semanas siguientes a la exposición del virus cuando se administra después del periodo de incubación sólo reduce la severidad de los síntomas y es ineficaz al no tener impacto sobre el virus, que se replica dentro de los hepatocitos.

Aunque la inmunoglobulinas todavía están disponibles para la inmunización pasiva contra la Hepatitis A, sus suplementos son escasos y el advenimiento de vacunas mas efectiva, las han hecho obsoletas para la mayoría de los propósitos, las únicas excepciones serian en aquellas personas en quienes el uso de las vacunas está contraindicado.

La técnica de vacunación usa antigenos virales para provocar una respuesta inmune, con la producción de anticuerpos anti-VHA específicos y protectores. Es una manera eficaz, conveniente y rentable de proporcionar protección a largo plazo, también se ha demostrado que la vacuna puede controlar brotes de la enfermedad. Una vacuna eficaz contra la Hepatitis A se ha vuelto cada vez más deseable conforme los números crecientes de personas alcanzan la niñez, la adolescencia y la madurez sin inmunidad natural a la enfermedad y han estado por consiguiente en riesgo de morbilidad y mortalidad de la Hepatitis A.[28]

[27] Aprendiendo sobre Havrix. Laboratorio Glaxo Smithkline, Pág.22
[28] Aprendiendo sobre Havrix. Laboratorio Glaxo Smithkline.23.

4.2. ASPECTOS LEGALES

La Constitución Política Nacional[29] establece en su articulo 49 que la atención en Salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Corresponde al estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de los Servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.

En el artículo 79 se establece que todas las personas tienen derecho a gozar de un ambiente sano, se incluye aquí el ambiente de trabajo.

De acuerdo a recomendaciones de la Organización Mundial del Trabajo Colombia ha acogido reglamentación sugerida que se han plasmado en el Sistema de Riesgos Profesionales, que contempla elaborar un programa de Salud Ocupacional, tendiente a preservar, mantener y mejorar la salud individual y colectiva de los trabajadores en sus correspondientes ocupaciones, desarrolladas en forma multidisciplinarias.

Las normas de protección en salud en el sitio de trabajo se inscriben en las normas:

- **OHSA-18001.**

Occupational health and safety management systems.

Sistema de gestión para la salud que se ocupa de prevenir los accidentes y de la salud en todas sus dimensiones. Seguridad e higiene en el trabajo, asegura la Calidad Integrada como principio básico de la Empresa, estableciendo y desarrollando un Sistema de Gestión de la Calidad Integrada.

- **SA-8000.**

Es un Sistema de Responsabilidad Social ha sido evaluado sobre la base de una norma de buenas prácticas y que cumple con esa norma. El certificado es emitido por un organismo de certificación ajeno a la empresa y permite a los clientes saber que pueden confiar en que la empresa ha implementado los procesos internos necesarios para asegurar los derechos humanos básicos de los empleados.

SA-8000 es una norma integral, global y verificable para auditar y certificar el cumplimiento de la responsabilidad corporativa. Se aplica tanto a empresas

[29] CONSTITUCIÓN POLITICA NACIONAL, Editorial Temis, Bogotá, 1991, p.12.

pequeñas como a las grandes que desean demostrar a los clientes y a otros terceros interesados que sí le importa el bienestar de sus empleados. La esencia de la norma es la creencia de que todo lugar de trabajo debe ser administrado de manera tal que estén garantizados los derechos humanos básicos y que la gerencia está preparada para asumir la responsabilidad por ello.

La norma fue creada por Responsabilidad Social Internacional (Social Accountability International - SAI). SAI es una organización sin fines de lucro dedicada al desarrollo, la implementación y el control de normas de responsabilidad social verificables y voluntarias.

El sistema de la norma SA 8000 ha sido diseñado según el modelo de las normas ya establecidas ISO 9001 e ISO 14001 aplicables a Sistemas de Gestión de Calidad y de Gestión Ambiental. La norma fué desarrollada y probada en campo por el Consejo de Prioridades Económicas (Council on Economic Priorities - CEP), entidad sin fines de lucro, con la ayuda de un Consejo Asesor internacional entre cuyos miembros se cuentan representantes de importantes corporaciones, organizaciones de derechos humanos, profesionales de certificación, académicos y del trabajo.

La norma se basa en varias normas de derechos humanos internacionales existentes, entre ellas, la Declaración Universal de los Derechos Humanos de Naciones Unidas y la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño de la ONU. La norma SA 8000 establece pautas transparentes, medibles y verificables para certificar el desempeño de empresas en nueve áreas esenciales:

1. Trabajo Infantil**.** Prohíbe el trabajo infantil (en la mayoría de los casos, niños de menos de 15 años de edad). Las empresas certificadas también deben asignar fondos para la educación de niños que podrían perder su trabajo a raíz de la aplicación de esta norma.
2. Trabajo Forzado**.** No se puede exigir a los trabajadores que entreguen sus documentos de identidad ni que paguen "depósitos" como condición para el empleo.
3. **Higiene y Seguridad.** Las empresas deben cumplir con normas básicas para un ambiente de trabajo seguro y saludable, entre ellas: agua potable, instalaciones sanitarias, equipo de seguridad aplicable y capacitación necesaria.
4. Libertad de Asociación. Protege los derechos de los trabajadores de crear y participar en sindicatos y de gestionar convenios colectivos, sin miedo a represalias.
5. Discriminación. No se permite la discriminación por raza, casta, nacionalidad, religión, discapacidad, género, orientación sexual, pertenencia a un sindicato o afiliación política.
6. Prácticas Disciplinarias**.** Prohíbe el castigo corporal, la coerción física o mental y el abuso verbal de los trabajadores.

7. Horario de Trabajo**.** Establece una semana de 48 horas como máximo, con un mínimo de un día libre por semana y un límite de 12 horas extras por semana remuneradas a una tarifa especial.
8. Remuneración**.** Los salarios pagados deben cumplir con todas las normas legales mínimas y proveer suficientes ingresos para cubrir las necesidades básicas, con por lo menos una parte de ingreso discrecional.
9. Gestión**.** Define los procedimientos para la implementación y revisión efectiva por parte de la gerencia del cumplimiento de la norma SA 8000, desde la designación de personal responsable hasta la preparación de registros, el abordaje de temas de preocupación y la implementación de acciones correctivas.[30]

Puede decirse que la legislación Nacional e Internacional es amplia, sin embargo, hace falta que ese espíritu legal formal, se traduzca en practicas concretas al interior de las políticas empresariales.

La ley 100 de 1993, dentro de sus desarrollos relacionados con la prevención de enfermedades, establece las responsabilidades que le compete a las ARS y ARP en lo relacionado con los planes de vacunación empresarial.

Actualmente las empresas deben desarrollar un panorama de riesgos que lo maneja la ARP, las empresas definen cada año cuales son las acciones a realizar para prevenir o manejar los riesgos detectados. Pueden ser ergonómicos, físicos, biologicos, etc. La ARP, puede también desarrollar programas de vacunación, la decisión está sujeta a disposiciones de la empresa o a la compra de biológicos en la mayoría de los casos sólo influenza, que para la ARP sería un mayor gasto, que con las nuevas políticas casi siempre se quieren ahorrar. La no obligatoriedad en la vacunación, deja a esta en el terreno de la opcionalidad de llevarla a cabo, de acuerdo a criterios y conveniencias que se manejen en cada empresa

[30] www.minprotecciosocial.gov.co

5. METODOLOGIA

5.1. TIPO DE ESTUDIO

El estudio es de tipo **Descriptivo- Exploratorio**.

Descriptivo, en cuanto relaciona la incidencia de la influenza y Hepatitis a en población trabajadora y la cobertura a nivel de vacunación.

Exploratorio, en cuanto hay aproximación a un hecho o situación de salud publica respecto al cual no hay suficiente información.

5.2. POBLACION Y MUESTRA

La población de estudio la constituyen 100 empresas de la ciudad de Bucaramanga, según la Clasificación Internacional CIIU relativa al número de empleados, 20 son grandes empresas, 40 medianas y 40 pequeñas o microempresas. Estas se encuentran debidamente registradas en la Cámara de Comercio de Bucaramanga. De estas 100 empresas seleccionadas, 16 corresponden al sector Industrial, 38 al sector Comercio y 46 al Sector Servicios.

De esa población se selecciona como muestra un total como muestra un total de 40 empresas, 8 empresas grandes, 16 medianas y 16 pequeñas. En cada una de ellas se seleccionan aleatoriamente seis (6) trabajadores, con lo cual se conforma una nueva muestra total de trabajadores, con lo cual se conforma una muestra total de 240 trabajadores participantes en el estudio.

Las edades de los sujetos de la muestra oscilan entre los 18 y 50 años y el tiempo promedio de vinculación a la empresa es de 3.5 años. Todos ellos tienen contrato laboral vigente y legalizado.

A cada trabajador escogido como parte de la muestra se le comunicó su selección como participante en el estudio, se le explicó el objetivo de la investigación, y se le proporcionó material informativo sobre Influenza y Hepatitis A, relativo a epidemiología, síntomas, consecuencias de la enfermedad y modos de protección, entre ellos la Vacunación. Esta información se recolectó en las empresas durante el mes de Octubre de 2007.

5.3. INSTRUMENTOS DE RECOPILACION DE INFORMACION.

Para la recopilación de información se propone un cuestionario que consta de ocho (8) preguntas (ver anexo A), en el cual se interroga sobre aspectos tales como: prevalencia de la Influenza y Hepatitis A donde se labora; protección y

vacunación; programas empresariales de vacunación, ambiente sanitario de trabajo, etc.

Básicamente es el trabajador el que responde el cuestionario y de este se infiere información tanto personal como empresarial respecto al impacto, prevención y protección de estas enfermedades infecciosas.

5.4. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.

Los datos que arrojó el instrumento aplicado se tabularon y sistematizaron en categorías de análisis, las cuales se acompañan del cuadro respectivo y su gráfico.

Esta información primaria se complementará con información secundaria procedente de textos, documentos, artículos, etc., para enriquecer al análisis pertinente.

5.5. RESULTADOS

Los resultados se derivan del cuestionario aplicado, formalmente se presenta el cuadro y la categoría respectiva, el gráfico y análisis respectivos.

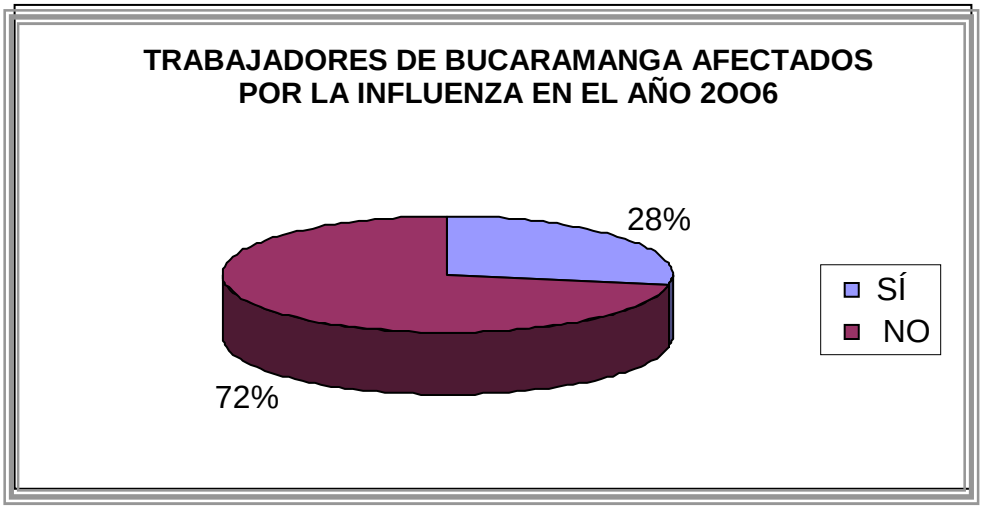
* PREGUNTA No. 1

Cuadro 4. Trabajadores afectados por influenza en el año 2006.

PREGUNTA	ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
¿Ha sido afectado en el último año (2006) por la Influenza?	SI	68	28%
	NO	172	72%
	TOTAL	240	100%

Fuente: Encuesta aplicada a trabajadores de Bucaramanga, Octubre de 2007.

Gráfico 1. Trabajadores afectados por Influenza en el año 2006



ANALISIS.

Considerando que los síntomas de resfriado o gripe común pueden confundirse con los de la Influenza se explicó previamente a contestar esta pregunta, que esta ultima enfermedad presenta manifestaciones más intensas, entre ellas: cefalea, mialgias y tos persistente que pueden llevar a la Neumonía.

A partir de esta información uno de cada cuatro trabajadores consultados reconocen haber sido afectados por Influenza en el año 2006, este dato es menor que el reportado por el Instituto Nacional de Salud INS, de Colombia, el cual registra 54 casos de Influenza por cada 100 personas, según cifras publicadas en el 2003, probablemente este menor porcentaje se debe a que el rango de edad de trabajador (18- 50 años) , no se halla en los rangos más críticos de prevalencia de la enfermedad: niños y ancianos de más de 60 años.

En algunas de la Empresas tomadas como muestra se vacuna contra Influenza y Hepatitis A, y si esto no se diera seguramente la prevalencia de las enfermedades serían más altas

* **PREGUNTA No.2.**

Cuadro 5. Favorabilidad del ambiente y condiciones de trabajo para prevenir la infeccion por influenza

PREGUNTA	ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Espacios amplios y ventilados, uso de elementos de protección, existencia de un programa de vacunación y de salud ocupacional, son aspectos que favorecen la prevención para no contraer la influenza, según lo anterior: ¿es favorable el ambiente y condiciones de trabajo para prevenir esta enfermedad?	SI	48	20%
	NO	192	80%
	TOTAL	240	100%

Fuente: Encuesta aplicada a trabajadores de Bucaramanga, Octubre de 2007.

Gráfico 2. Favorabilidad del ambiente y condiciones de trabajo para prevenir la infeccion por influenza

ANALISIS.

Según la percepción de los trabajadores consultados, sólo el 20% de las empresas reúnen condiciones apropiadas para prevenir la infección por Influenza, estas condiciones idóneas se relacionan con disposiciones de espacios amplios y

ventilados; uso de en el trabajo de elementos de protección (tapabocas, mascarillas); existencia de programa de vacunación y salud ocupacional, etc. Se deduce de esta pregunta que cuatro de cada cinco empresas tienen ambientes y condiciones de trabajo que contribuyen a la propagación de la enfermedad, saber qué tanto contribuye cada aspecto a la desprotección del trabajador, no es el objetivo de este estudio.

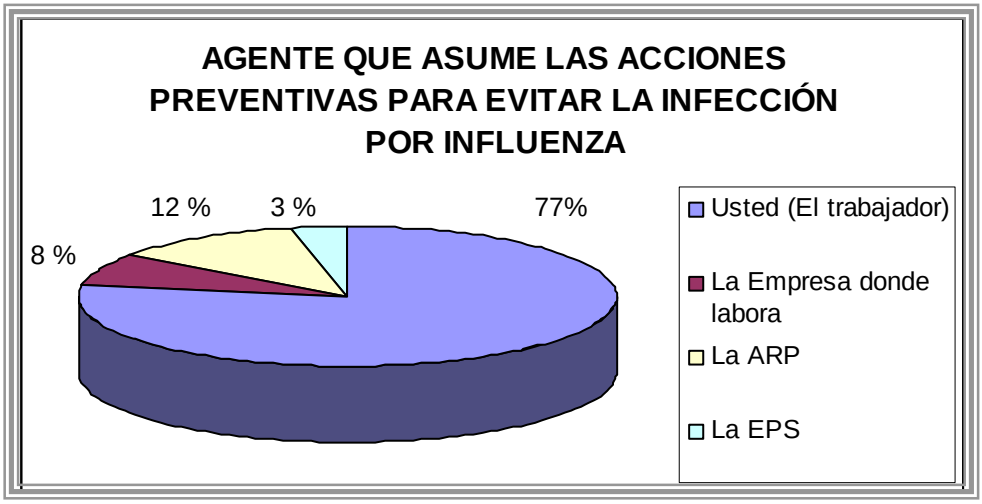
* **PREGUNTA No. 3.**

Cuadro 6. Agente de acciones preventivas respecto a la infeccion por influenza

PREGUNTA	ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Quién asume las acciones preventivas para evitar la infección por influenza?.	a. Usted (El trabajador)	186	77%
	b. La Empresa donde labora	18	8%
	c. La ARP	28	12%
	d. La EPS	8	3%
	e. Otro	0	0
	TOTAL	240	100%

Fuente: Encuesta aplicada a trabajadores de Bucaramanga, Octubre 2007.

Grafico 3. Agente que asume las acciones preventivas para evitar la infección por influenza



ANALISIS.

Un 77% de las acciones preventivas para evitar la infección por Influenza las asume el mismo trabajador, mientras que un 23% de esas acciones las emprenden la Empresa e Instituciones de Salud, destacándose la ARP.

Las acciones emprendidas por los trabajadores se relacionan con la vacunación voluntaria, pero poco o nada puede hacer por cambiar condiciones favorables para la transmisión de la enfermedad en las empresas, aspecto que corresponde a estas.

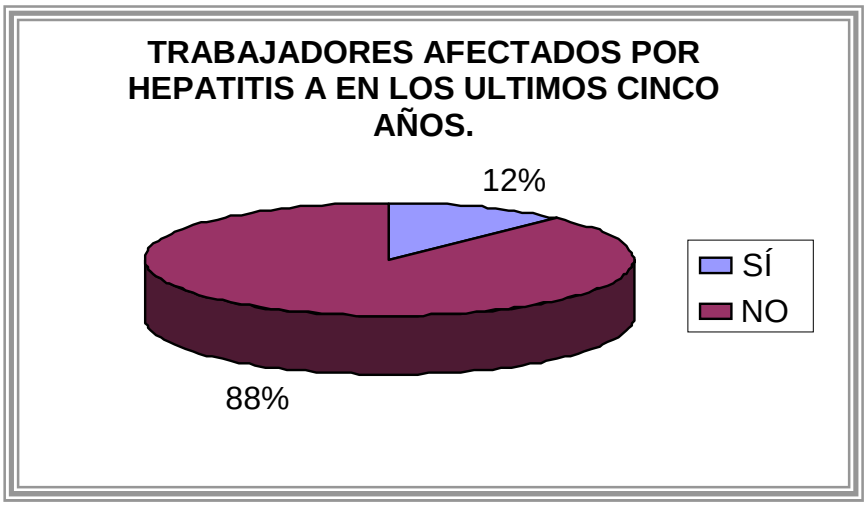
*** PREGUNTA No. 4**

Cuadro 7. Trabajadores afectados por hepatitis a en los ultimos cinco años.

PREGUNTA	ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
¿Ha sido afectado en los últimos cinco años por el virus de la Hepatitis A?	SI	28	12%
	NO	212	88%
	TOTAL	240	100%

Fuente: Encuesta aplicada a trabajadores de Bucaramanga. Octubre 2007.

Gráfico 4. Trabajadores afectados por Hepatitis A en los últimos cinco años



ANALISIS.

Uno de cada diez trabajadores consultados ha sido afectado por Hepatitis A en los últimos cinco años, lo cual es un dato que guarda similitud con la prevalencia de la enfermedad en América Latina, según la Organización Mundial de la Salud.

Según datos del Ministerio de Salud y específicamente del Instituto Nacional de Salud, la prevalencia de esta enfermedad en el año 2005, se situó en un 16%, recomendando que "por las características epidemiológicas de la Hepatitis A e lugares con niveles altos e intermedios de endemicidad la protección sólo pede ser posible por la inmunización universal".[31]

Se considera que una persona está infectada por el Virus de la Hepatitis A si posee los siguientes síntomas:

- Piel amarilla o parte blanca de los ojos amarillenta (ictericia)
- Cansancio
- Pérdida del apetito
- Náuseas
- Malestar abdominal
- Orina Oscura
- Materia fecal de color arcilla[32]

Es lógico esperar que en aquellas empresas en donde existen programas de vacunación la prevalencia de la Hepatitis A se sitúe por debajo de ese 16%.

* **PREGUNTA No. 5**

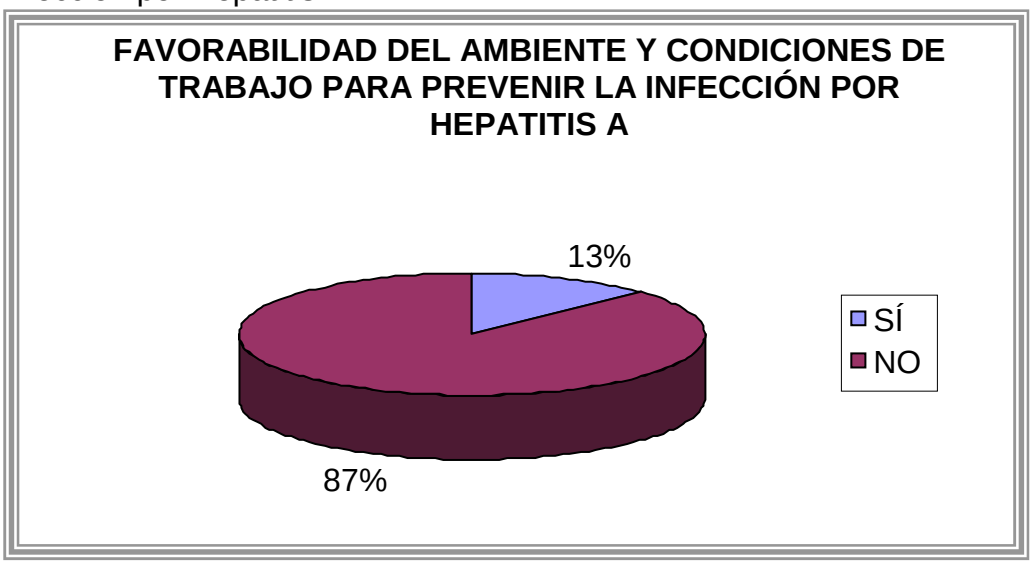
Cuadro 8. Favorabilidad del ambiente y condiciones de trabajo para prevenir la infección por Hepatitis A

PREGUNTA	ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
	SI	32	13%
	NO	208	87%
	TOTAL	240	100%

Fuente: Encuesta aplicada a los trabajadores de Bucaramanga. Octubre 2007.

[31] GLAXO SMITHKLINE. Aprendiendo sobre Abrís en www.wordl.widevaccines.com
[32] Brochure Todo lo que usted debe saber sobre estos virus peligrosos: Hepatitis Ay B. Referencia: CDC. Centro de control y Prevención de Enfermedades. CentroNacional de Enfermedades Hepatitis Viral. Abril 2006

Gráfico 5. Favorabilidad del ambiente y condiciones de trabajo para prevenir la infección por Hepatitis A



ANALISIS

Uno de cada ocho trabajadores encuestados considera que el ambiente y las condiciones de trabajo en las empresas son aptos o apropiados para evitar la infección por Hepatitis A; mientras nueve de cada diez considera que no lo son, este juicio lo emite el trabajador luego de conocer que las condiciones higiénica deficientes, el inadecuado lavado de manos, manejo inapropiado de los alimentos, la falta de programa de salud ocupacional y de vacunación contribuye a crear un ambiente favorable para la infección.

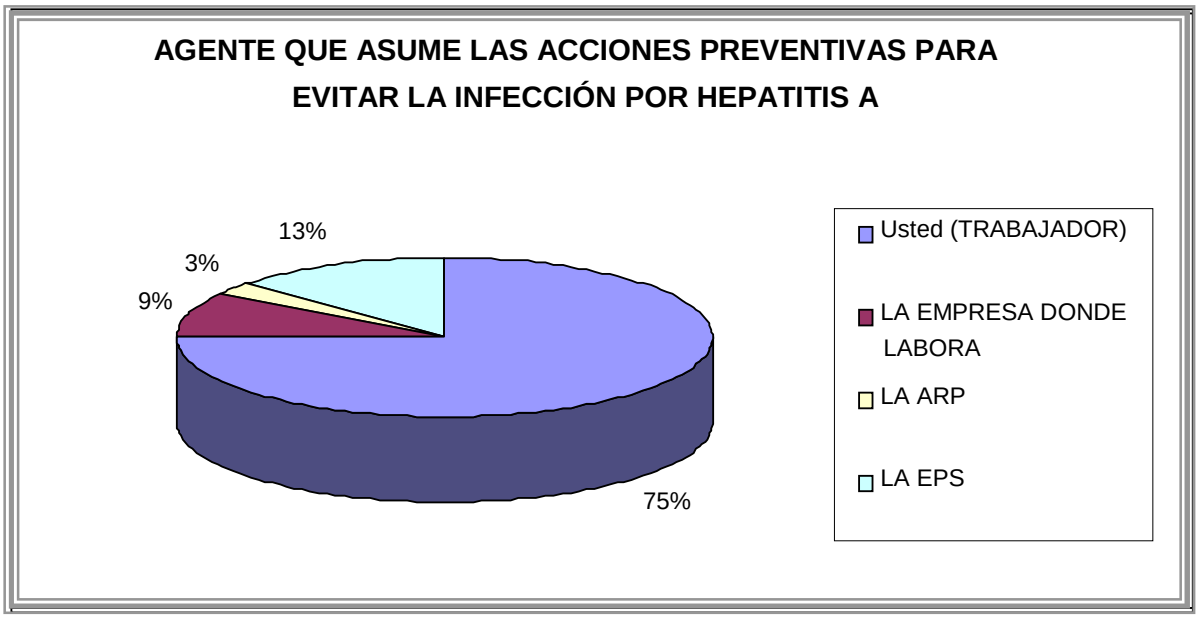
* **PREGUNTA No. 6.**

Cuadro 9. Agente de acciones preventivas para evitar la infección por Hepatitis A

PREGUNTA	ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
¿Quien asume las acciones preventivas para evitar la infección por Hepatitis A?	A.Usted (TRABAJADOR)	180	75%
	B. LA EMPRESA DONDE LABORA	22	9%
	C. LA ARP	6	3%
	D. LA EPS	32	13%
	E. OTRO.	0	0
	TOTAL	240	100%

Fuente: Encuesta aplicada para los trabajadores de Bucaramanga. Octubre 2007

Gráfico 6. Agente que asume las acciones preventivas para evitar la infección por Hepatitis A



ANALISIS.

Las acciones preventivas contra la infección por Hepatitis A las asume el trabajador en el 75% de los casos; sólo una de cada diez empresas hacen algo al respecto, con lo cual se evidencia poca preocupación por este aspecto, ya sea a nivel de brindar planes de vacunación o mejorar condiciones sanitarias.

Se resalta el hecho de que las ARP y las EPS poco hacen por proteger al trabajador.

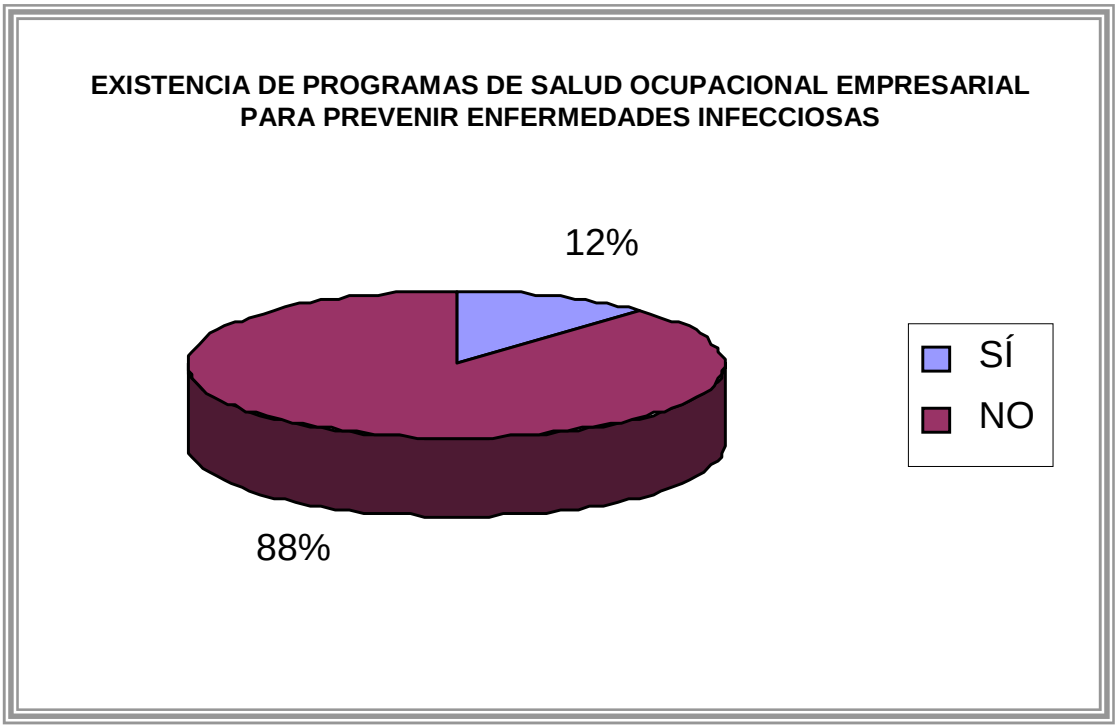
*** PREGUNTA No. 7**

Cuadro10. Existencia de programas de salud ocupacional en la empresa para prevenir enfermedades infecciosas.

PREGUNTA	ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
¿Existen programas de salud ocupacional empresarial para prevenir enfermedades infecciosas en la empresa donde usted labora?	SI	28	12%
	NO	212	88%
	TOTAL	240	100%

Fuente: Encuesta aplicada a trabajadores de Bucaramanga. Octubre 2007.

Gráfico 7. Existencia de programas de salud ocupacional empresarial para prevenir enfermedades infecciosas



ANALISIS.

Sólo una de cada diez empresas tiene programas de salud ocupacional dirigidos a la prevención de enfermedades infecciosas, lo cual es bajo y no ajustado a lo que recomienda la Organización Internacional del Trabajo OIT, pues su no observancia genera ausentismo laboral y costos económicos que se podrían evitar.

Esta situación, ya fue planteada por el Ministerio de Protección Social en un informe cuando señala: "la obligatoriedad de contar con un programa de salud ocupacional solo se queda en un plano formal, pues la falta de vigilancia y control por parte de las autoridades laborales, favorece la desprotección real del trabajador".[33]

Según la CDC existen programas de salud ocupacional normatizados como: CALIDAD AMBIENTAL INTERIOR (IEQ)

[33] MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL. Informe sobre la situación del trabajador colombiano, Bogotá, 2004, p.41.

Durante los últimos 20 años, las preocupaciones relacionadas con la calidad del ambiente en las oficinas en los lugares de trabajo en América han aumentado. El Instituto de Salud y Seguridad Ocupacional (NIOSH) ha visto un incremento dramático de solicitudes de asistencia conforme aumenta el interés del público en relación con este tema. La Calidad Ambiental Interior (IEQ), simplemente se refiere a la calidad del aire en un ambiente de oficina. Síndrome del edificio enfermo es el nombre que muchas personas usan para comunicar una serie de síntomas que creen pueden atribuírsele al edificio en sí. El NIOSH prefiere usar la frase calidad ambiental interior (o IEQ) para describir los problemas que ocurren en edificios de oficinas y escuelas a través de la nación. Los Síntomas Típicos Asociados con el IEQ son diversos y generalmente no generan un diagnóstico médico en particular. Un espectro típico de síntomas incluye dolores de cabeza, fatiga no común, varios grados de picor o quemazón en los ojos, irritación de la piel, congestión nasal, gargantas secas e irritadas, y náusea.

Los investigadores de NIOSH han encontrado problemas del IEQ causados por deficiencias en los sistemas de ventilación, amontonamiento de inventario, gases de materiales en la oficina y equipo mecánico, humo de tabaco, contaminación microbiológica, y contaminación en el aire exterior. Todo esto predispone a la diseminación de enfermedades entre ellas la Influenza.[34] Es evidente que este tipo de programas de salud ocupacional no se desarrollan en nuestro país.

* **PREGUNTA No. 8.**

Cuadro 11. Cobertura de vacunación contra influenza y hepatitis a en trabajadores de Bucaramanga.

PREGUNTA		ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
¿Ha sido vacunado alguna vez contra Influenza o Hepatitis A?	INFLUENZA	SI	42	18%
		NO	198	82%
	TOTAL		240	100%
	HEPATITIS A	SI	30	12%
		NO	210	88%
	TOTAL		240	100%

Fuente: Encuesta aplicada a trabajadores de Bucaramanga. Octubre 2007

[34] www.cdc.gov/spanish

Gráfico 8. Vacunación contra influenza

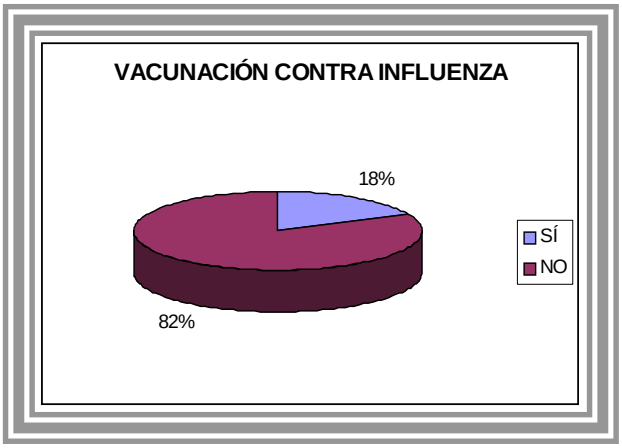
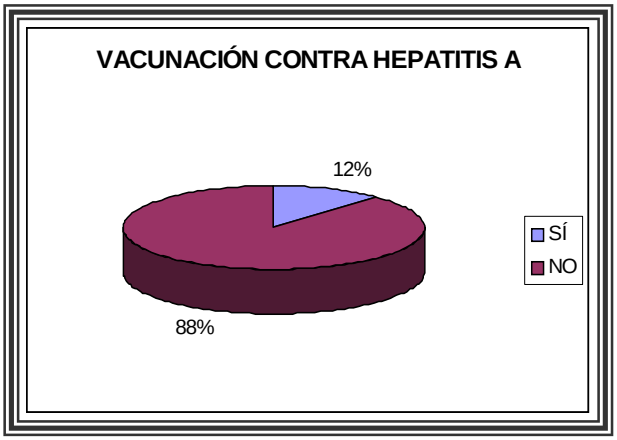


Gráfico 9. Vacunación contra Hepatitis A



La vacunación contra los virus de Influenza y Hepatitis A es muy baja, aproximadamente sólo uno de cada diez sujetos ha sido vacunado.

Una conclusión general a los resultados que arroja la aplicación de la Encuesta aplicada es la siguiente:

- Un 28 % de los trabajadores de Bucaramanga han sido afectados en el año 2006 por Influenza, y un 12 % por Hepatitis A en los últimos cinco años.
- Hay mucho desconocimiento sobre las enfermedades infecciosas como la Hepatitis A y la Influenza, sus causas, propagación y medios de control.
- Los ambientes y condiciones laborales favorecen la propagación de estas enfermedades, de hecho, entre un 80 y un 90% de las empresas son entornos propicios para el desarrollo de la infección, ya sea por concentrar

muchas personas en sitios cerrados y poco vigilados, o porque no existen programas de prevención en salud ocupacional y vacunación.

- Sólo una de cada diez empresas tienen programas de prevención de enfermedades infecciosas, pagados por ellas mismas.
- La cobertura de vacunación preventiva contra Influenza y Hepatitis A es baja y no alcanza un 20%.

5.6. ANALISIS DE RESULTADOS.

Se entiende por Salud Ocupacional, el conjunto de medidas o acciones dirigidas a preservar, mejorar y reparar la salud de las personas en su vida de trabajo, individual y colectivamente.

Dentro de esta perspectiva toda acción, programa o proyecto para prevenir enfermedades en el sitio de trabajo se inscribe dentro de estos programas de Salud Ocupacional.

Las normas de salud ocupacional tienen como campo propio el trabajo subordinado, y esto supone protección a su dignidad humana, ante todo, conservar la vida, integridad física y salud de quienes ofrecen al servicio de otros su capacidad de trabajo.

En tal sentido, el derecho del trabajo establece normas tendientes a prevenir todo daño a la salud de las personas, que se derive de sus condiciones de trabajo; también a atender y reparar los daños que se causen a la salud e integridad física, estableciendo las condiciones y los grados de responsabilidad patronal, así como todos los derechos y responsabilidades de los patronos y trabajadores en relación con la salud en el trabajo.

Si se examina la legislación colombiana sobre salud ocupacional se encuentra que es amplia jurídicamente pero poco aplicada. Se configura así un formalismo jurídico que no se traduce realimente en la práctica, existe un control laxo que no garantiza su eficiencia. Por lo general, la protección en el trabajo se asocia a contar con unos elementos físicos de protección contra lesiones, pero poco se actúa contra la protección de enfermedades infecciosas que se propagan fácilmente en aquellos sitios en donde hay contacto cercano entre las personas.

La integridad de la vida y la salud de los trabajadores en Colombia, constituye una preocupación de interés público. Así lo ha reconocido la Ley al señalar el principio que debe regir la organización y el funcionamiento de la salud ocupacional.

“La salud de los trabajadores es una condición indispensable para el desarrollo socio-económico del país; su preservación y conservación son actividades de

interés social y sanitario en las que participan el gobierno y los particulares" (Articulo 81, Ley 9ª de 1979).

La responsabilidad de la salud ocupacional en Colombia, le corresponde a las entidades publicas; a los patronos le corresponde la responsabilidad de prevenir la ocurrencia de riesgos, cumpliendo con las disposiciones legales y técnicas sobre protección; a los trabajadores les corresponde el cumplimiento cuidadoso de las normas sobre prevención de riesgos, también están obligados a colaborar con el patrono en la búsqueda colectiva de condiciones de trabajo seguras y sanas, en especial a través de los planes de salud ocupacional en la empresa: Respecto a esto puede decirse que en Colombia ha faltado una voluntad compartida para mejorar las condiciones de trabajo, conservar la salud y prevenir riesgos, por cuanto la responsabilidad se le delega al trabajador, y este a la empresa sin que exista responsabilidad compartida.

Frente a esta tendencia últimamente se han presentado cambios, en la actualidad, la salud ocupacional es motivo de gran interés en cuanto al manejo administrativo de la Empresa. Dadas las grandes repercusiones sociales y económicas de las enfermedades o condiciones que pueden surgir al interior del sitio de trabajo, la supervisión y el control de las variables ocupacionales se han consolidado como una estrategia costo-efectiva para el mantenimiento de óptimos niveles de rendimiento laboral. La salud ocupacional abarca distintos aspectos que pueden ayudar a mantener la salubridad y garantizar productividad, como puede ser: el control de riesgos, los esquemas de vacunación, los programas de promoción y prevención en salud, etc.

Desafortunadamente, todo esto que puede hacerse, necesita concretarse en una política y programas concretos, máxime si la investigación de campo adelantada permite establecer que un 28% de los trabajadores ha sido afectado por influenza en el ultimo año, y un 12% ha registrado casos de Hepatitis A, los cuales los convierten en focos potenciales de transmisión de estas enfermedades infecciosas en su entorno de trabajo.

Esto se ve favorecido por el hecho de que sólo un 20% de los trabajadores considera que el ambiente de trabajo es adecuado para prevenir la influenza; y sólo un 13% lo considera adecuado para prevenir la Hepatitis A.

Se evidencia así factores de riesgo altos y preocupa que en sólo el 1% de las empresas se hacen programas preventivos al respecto.

Relacionado con esto se presenta una baja cobertura en vacunación de hecho, sólo el 18% de los trabajadores encuestados han sido vacunados contra influenza, y sólo el 13% de ellos contra el virus de la Hepatitis A. Explicaciones a esta baja cobertura en Vacunación serían las siguientes:

- No existe una cultura de autocuidado de la salud y en esta medida las personas no asumen. Por lo general, se acude a medicina casera que actúa sobre la enfermedad de manera paliativa, pero no se actúa sobre los orígenes de la infección y condiciones del medio que lo propician.
- La vacunación contra Influenza y Hepatitis A tienen un costo que las personas no quieren asumir, y las empresas tampoco. Es significativo que las empresas se muestren renuentes a sufragar los gastos de la vacunación de sus empleados, así lo aconseje la ley, exponiéndose a consecuencias como ausentismo laboral y baja en los niveles de productividad. No existe, por lo tanto, una cultura preventiva y solidaria de responsabilidad compartida, y en este sentido hace falta una mayor sensibilización y concientización por parte de los empleadores.
- Las personas asumen la influenza y la Hepatitis A como males menores y no han tomado conciencia de sus complicaciones y riesgo de mortalidad, y en esa medida no se protegen. Respecto a la influenza, es muy común oír decir que ya se ha vacunado hace algún tiempo, olvidando que es una vacunación anual. Otros argumentan que se vacunaron pero que aún así padecieron la enfermedad, dudando así de la efectividad de la vacuna, olvidando que ésta atenuó los efectos y las complicaciones, que sin vacunación hubiera sido más severos. O como en el caso de la Influenza que no previene del resfriado común.

En síntesis, factores políticos, culturales, de falta de aplicación de disposiciones legales, de restricciones económicas y de un real compromiso con la salud de los trabajadores, tanto por ellos mismos como por las empresas, contribuyen a incrementar los riesgos de infección por estas enfermedades, las cuales indudablemente se reflejaron en un deterioro de la salud, baja productividad e incremento en los costos de atención cuando las enfermedades se presenten.

CONCLUSIONES

Los riesgos de contraer enfermedades infecciosas como Influenza y Hepatitis A por parte de trabajadores en la ciudad de Bucaramanga son altos, por cuanto no existen programas de prevención y vacunación por parte de las empresas en el 90% de los casos, por varias razones: Evitación de costos económicos; falta de aplicabilidad de la legislación laboral en salud; falta de voluntad y un real compromiso con la salud de los empleados; desde esta perspectiva el grado de desprotección es alto y el riesgo latente de enfermar por estas enfermedades.

Resulta significativamente baja la cobertura de vacunación contra Influenza y Hepatitis A, por parte de los trabajadores, ya que sólo un 18% se ha vacunado contra Influenza y un 12% contra Hepatitis A, con lo cual se evidencia que más del 80% de esos trabajadores se encuentran desprotegidos ante una eventual enfermedad en el lugar de trabajo.

Respecto a esto hay que decir que no existe una cultura de autocuidado; se desvalora el impacto negativo de la enfermedad y en el caso de presentarse se maneja con remedios caseros o paliativos que no atacan las causas de la infección, posibilitando así la aparición de nuevos casos.

Según el Instituto Nacional de Salud[35], en Colombia la práctica de automedicación es común en el 90% de las personas, y se realiza por consejo de familiares y amigos, o sencillamente porque se acude al Boticario que generalmente provee una recomendación pseudocientífica que las personas llevan a la práctica, porque se evita el costo de la consulta medica.

El problema en enfermedades como la Influenza y la Hepatitis A es que se dan tratamientos paliativos, que no atacan las causas generadoras del problema, favoreciendo el progresivo avance de las infecciones que pueden desembocar a largo plazo en Neumonías o Cirrosis, o diseminar las infecciones generando en Pandemias.

Es evidente, también que los planes de salud ocupacional sólo se plantean formalmente y más por una exigencia legal, que ante la falta de control y seguimiento por parte de las autoridades termina cumpliéndose, con el consecuente impacto negativo sobre la salud y el incremento de costos económicos que de todas maneras se deberán asumir.

En el poco cumplimiento que se le da a los programas de vacunación empresarial, una responsabilidad más directa la tienen las empresas y en menor proporción la

[35] INSTITUTO NACIONAL DE SALUD, Automedicación y Salud, informe, Bogotá, 2002, p. 13.

ARP, porque estas últimas pueden proponerlas, pero si las empresas no le dan la importancia requerida y no se tiene como prioritario, poco se puede hacer. Aunque también depende da la disponibilidad de dosis de vacuna que la ARP haya adquirido.

Ante esta situación el Ministerio de Salud y de la protección Social se muestra impotente, pues la legislación laxa, la falta de control y vigilancia y cierta condescendencia con los grupos que manejan la salud publica, favorece la inoperatividad de la Vacunación Empresarial.

Frente a esta situación los sindicatos y Asociaciones de trabajadores poco pueden hacer para hacer más efectiva la protección de la salud, por varias razones: la disgregación de esfuerzos en este sentido; la debilidad como grupo de presión ante el gobierno nacional y cierto conformismo con la situación que se dá.

RECOMENDACIONES

A LAS EMPRESAS.

- Establecer un sistema de gestión de la seguridad y salud ocupacional para eliminar o minimizar riesgos a los empleados y otras partes interesadas que puedan estar expuestas a riesgos de seguridad y salud ocupacional asociados a la interacción en el sitio de trabajo. Se debe recordar que una de las responsabilidades más importantes de las empresas en cuanto a la salud de su personal es la prevención y control de las enfermedades infecciosas. Esto incluye la identificación, el aislamiento y tratamiento adecuado de los individuos que padecen infecciones, junto con la prevención de su diseminación a los compañeros y subordinados, también la reducción de los sentimientos de ansiedad y angustia de los afectados por un posible contagio.

- Es importante asumir una posición de Responsabilidad Social empresarial al crear una política de salud ocupacional en la cual tengan participación todos los interesados, para dar cumplimiento a esto se recomienda nombrar a un representante de la alta administración de la empresa, encargado de la salud y la seguridad laboral de todo el personal, responsable de aplicación de las disposiciones sobre trabajo y seguridad.

Igualmente se recomienda a Universidades, instituciones de salud, ONG y demás entidades que trabajen en el campo de la salud laboral, investigar específicamente aspectos epidemiológicos de estas enfermedades infecciosas cuya incidencia e impacto ha sido poco estudiado, ya que es importante establecer factores y condiciones que contribuyen a la propagación de estas enfermedades, para así trazar planes y estrategias a nivel de prevención que permitan reducir la prevalencia y mortalidad de las mismas.

BIBLIOGRAFIA

- BANDER D.D. Viral hepatitis, Indian JMed SCI 2003, New York.

- VAN, MARK, SPALIEK M. Shift work and pathological conditions, med toxics, New York, 2002.

- GLAXO SMITHKLINE, Influenza, guía de tratamiento, Bogotá, 2005.

- WORLD HEALTH ORGANIZATION, INMUNIZATIONS, VACCINES AND BIOLOGICALS, en www.who.int/vaccines/en/influenza.shtml.

- HISTORIA DE LA MEDICINA, ENCICLOPEDIA TEMATICA SALVAT, BARCELONA, 2001.

- GLAXO SMITHKLINE. Influenza, Guía de tratamiento, Bogotá, 2005.

- AGUILERA, A. Epidemiología de la Influenza. Enciclopedia de la Salud, SALVAT, Madrid, 2002.

- Aprendiendo sobre Fluarix, Laboratorio Glaxo –Smithkline.

- SULLIVAN, KM. Estimates of the US health impact of influenza, New York, 2002.

- MINISTERIO DE SALUD, COLOMBIA. Informe epidemiológico, estadística, Bogotá, 2003, p. 42-44.

- www.minproteccionsocial.gov.co/pain/info./info07.doc -

- BLAISE, WB. Severe illness with influenza, New York, 2001.

- www.casadevacunas.com.co

- www.who.int/vaccines/influenza/sctml.

- BRUNDAGE, SC. Hepatitis A. Am Farm physian, New York, 2004.

- WORDL HEALTH ORGANIZATIONS. Vaccines and Biologicals.

- Aprendiendo sobre Havrix en www.wordl.widevaccines.com

- Brochure Todo lo que usted debe saber sobre estos virus peligrosos: Hepatitis Ay B. Referencia: CDC. Centro de control y Prevención de Enfermedades. Centro Nacional de Enfermedades Hepatitis Viral. Abril 2006

- www.who.int/vaccines/hepatitis/shtml

- MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL. Informe sobre la situación del trabajador colombiano, Bogotá, 2004.

- INSTITUTO NACIONAL DE SALUD, Automedicación y Salud, informe, Bogotá, 2002.

- Aprendiendo sobre Havrix. Laboratorio Glaxo Smithkline.

- CONSTITUCIÓN POLITICA NACIONAL, Editorial Temis, Bogotá, 1991.

- Aprendiendo sobre Havrix. Laboratorio Glaxo Smithkline.

ANEXOS

Anexo A. Formato de encuesta dirigido a población trabajadora de Bucaramanga.

Estimado trabajador:

El siguiente cuestionario hace parte de una investigación encaminada a determinar la cobertura de a vacunación contra Influenza y Hepatitis A en población trabajadora de Bucaramanga.
Por lo anterior, se solicita su colaboración, contestando de forma sincera las siguientes preguntas:

1. ¿Ha sido afectado en el último año (2006) por la Influenza?

   a. SI ___
   b. NO ___

2. Espacios amplios y ventilados, uso de elementos de protección, existencia de un programa de vacunación y de salud ocupacional, son aspectos que favorecen la prevención para no contraer la influenza, según lo anterior: es favorable el ambiente y condiciones de trabajo para prevenir esta enfermedad?

   a. SI ____
   b. NO ____

3. ¿Quién asume las acciones preventivas para evitar la infección por Influenza?

   a. Usted (El trabajador) _____
   b. La empresa donde labora _____
   c. La ARP _____
   d. La EPS _____
   e. Otro Cuál? _____

4. ¿Ha sido afectado en los últimos cinco años por el virus de la Hepatitis A?

   a. SI _____
   b. NO _____

5. Condiciones higiénicas deficientes en comunidades e instituciones cerradas, mala disposición de alimentos, ausencia de programas de salud ocupacional y de

vacunación, contribuyen a favorecer la infección por Hepatitis A, según lo anterior. Son favorables las condiciones de trabajo para prevenir la infección por Hepatitis A?

a. SI _____
b. NO _____

6. ¿Quién asume las acciones preventivas para evitar la infección por Hepatitis A?

a. El trabajador _____
b. La empresa donde labora _____
c. La ARP _____
d. LA EPS _____
e. Otro. Cuál? _____

7. Existen programas de salud Ocupacional para prevenir enfermedades infecciosas en la empresa en donde usted labora?

a. SI _____
b. NO _____

8. ¿Ha sido vacunado alguna vez contra influenza y Hepatitis A?

a. Contra Influenza. SI_____ NO _____
b. Contra Hepatitis A. SI _____ NO _____