

**RECOMENDACIONES RELATIVAS A LOS
PROFESIONALES SANITARIOS Y SOCIO-SANITARIOS
CON INFECCIÓN POR EL VIH Y/O HEPATITIS VIRALES
2023**



MINISTERIO
DE SANIDAD

SECRETARÍA DE ESTADO
DE SANIDAD

DIRECCIÓN GENERAL
DE SALUD PÚBLICA

DIVISIÓN DE CONTROL
DE VIH, ITS, HEPATITIS VIRALES
Y TUBERCULOSIS

COMITÉ DE REDACCIÓN

Coordinadora:

Rosa Polo	División de Control de VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis. (DCVIHT). Ministerio de Sanidad. Madrid
-----------	--

Redactores:

Concha Amador	Sociedad Española Interdisciplinaria de Sida (SEISIDA)
Piedad del Amo	Asociación Nacional de Medicina del Trabajo en el Ámbito Sanitario.
Fernando Arenas	Abogacía del Estado. Ministerio de Sanidad. Madrid
Jorge del Diego	Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública y Gestión Sanitaria (SEMPSPGS)
Carlos Dueñas	Grupo de Estudio de Sida (GeSIDA)
Pilar Fernández	Consejo general de Enfermería (CGE)
Montserrat García	Salud Laboral. Ministerio de Sanidad
José M ^a Molero	Sociedad española de Medicina Familiar y Comunitaria (SemFYC)
Federico de Montalvo	Comité de Bioética de España
Juan Francisco Navarro	Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM)
Javier García-Samaniego	Alianza para la Eliminación de las Hepatitis Víricas (AEHVE). Centro de Investigación Biomédica en Red (Enfermedades Hepáticas). CIBERehd

Revisores:

Enrique Acín	Instituciones penitenciarias (IIPP)
Joan Colom	Coordinador del Plan de sida y otras ITS de Cataluña
Pilar Teresa Galicia	Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMergen)
José Antonio Iribarren	Hospital Universitario Donostia. San Sebastián

Javier de La Torre	Coordinador del Plan Andaluz frente al VIH, sida y otras ITS
Marisa Navarro	Sociedad Española de Infectología Pediátrica de la Asociación Española de Pediatría (SEIP)
Fernando Pérez-Escamilla	Sociedad Española de Medicina General (SEMG)
Miguel Ángel Ramiro	Universidad de Alcalá
Camilo Sainz	Consejo General de estomatólogos y odontólogos
Jesús Sanz	Hospital Universitario de La Princesa. Madrid
Antonio Serrano	Coordinadora Estatal de Sida (CESIDA)
Pilar Taberner	Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH)
José Valencia	Hospital Universitario Virgen del Rocío.
Susana Martínez	División de Control de VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis. (DCVIHT). Ministerio de Sanidad. Madrid

BORRADOR

ÍNDICE

1	INTRODUCCIÓN.....	7
1.1	Justificación, objetivo y alcance.....	7
1.2	Metodología.....	7
2	ASPECTOS ÉTICOS.....	8
3	CONTEXTO JURÍDICO.....	11
3.1	Introducción.....	11
3.2	¿Tiene el profesional sanitario con el VIH, VHB o VHC la obligación de informar sobre su estado de salud?.....	12
3.2.1.	Configuración del deber de información.....	12
3.2.2.	Planteamiento de la cuestión.....	13
3.2.3.	Conclusión.....	13
3.3	¿Tiene el profesional sanitario con el VIH y/o virus de la hepatitis la obligación de someterse a reconocimientos médicos?.....	14
3.3.1	La vigilancia de la salud y los reconocimientos médicos.....	14
3.3.2	Los reconocimientos médicos en el ámbito de las profesiones sanitarias.....	14
4	ESTIMACIONES DEL RIESGO DE TRANSMISIÓN DE VIH, VHB, Y VHC DE UN PROFESIONAL SANITARIO A UN PACIENTE.....	15
4.1	Transmisión del VIH.....	16
4.2	Transmisión del virus de la hepatitis B.....	16
4.3	Transmisión del virus de la hepatitis C.....	16
4.4	PIPES (Procedimientos invasivos Predisponentes a Exposiciones).....	17
5	PRINCIPIOS GENERALES DE CONTROL DE LA INFECCIÓN Y MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN EN PROFESIONALES CON EL VHB-VHC-VIH....	19
6	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL TRABAJADOR SANITARIO EN RELACIÓN CON EL VIH Y DE OTROS VIRUS TRANSMITIDOS POR SANGRE. COMISIÓN DE EVALUACIÓN.....	22
6.1	Evaluación del trabajador sanitario.....	22
6.2	Evaluación y seguimiento según actividad laboral.....	23
6.2.1	Infección por el VIH.....	24
6.2.2	Infección por virus de hepatitis B.....	24
6.2.3	Infección por virus de hepatitis C.....	25
6.3	Comisión de evaluación.....	25
6.4	Recomendaciones para las obligaciones de divulgación de los trabajadores sanitarios (TS) y el derecho a la privacidad.....	27

BORRRADOR

ABREVIATURAS UTILIZADAS

FP	Formación profesional
MuCoSS	Mutua colaboradoras de la Seguridad social
nPIPES	Procedimientos no Predisponentes a Exposiciones
PIPES	Procedimientos invasivos Predisponentes a Exposiciones
pPIPES	Procedimientos potencialmente PIPES
SMP	Servicios de medicina preventiva
SPRL	Servicios de prevención de riesgos laborales
TS	Trabajadores sanitarios
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana
VHB	Virus de la hepatitis B
VHC	Virus de la hepatitis C

BORRADOR

1 INTRODUCCIÓN

1.1 Justificación, objetivo y alcance

De acuerdo con la ley 44/2003, de 21 de noviembre de ordenación de las profesiones sanitarias, se consideran trabajadores sanitarios (TS) a los profesionales de la medicina, odontología e higienistas dentales, enfermería, matronas, fisioterapeutas, podólogos y quienes realicen procedimientos de riesgo en el desarrollo de su actividad profesional que pueda dar lugar a exposición a virus transmitidos por sangre.

El personal sanitario debe estar correctamente informado y formado en las medidas de prevención de las infecciones de transmisión sanguínea y cumplirlas escrupulosamente, con independencia de su estatus serológico con respecto a esas infecciones.

Existen cuestiones éticas y legales, que son fundamentales tener en cuenta a la hora de asignar un puesto de trabajo a un/a profesional sanitario/a que presente una infección por el VIH y/o virus de la hepatitis. Esto hace que, en muchas ocasiones, los responsables hospitalarios y de centros sociosanitarios, se encuentren con la disyuntiva de tomar una decisión sin disponer de la información necesaria para poder hacerlo de forma justa y no discriminatoria.

En este documento se recogen aquellos aspectos fundamentales a tener en cuenta desde el punto de vista de los derechos y deberes de las personas con estas infecciones, a poder elegir y desempeñar cualquier profesión, incluidas todas las sanitarias, siempre y cuando no se genere una situación de riesgo de transmisión de los virus a terceras personas, en especial a las personas a quienes prestan asistencia sanitaria y la obligación o no del profesional sanitario a declarar su estatus serológico o la obligación de tenerse que someter a reconocimientos médicos. Así mismo, se recogen los procedimientos invasivos predisponentes a exposiciones y la evaluación y seguimiento de los/as profesionales sanitarios y sociosanitarios con infección por el VIH y/o virus de la hepatitis.

1.2 Metodología

El panel redactor del documento está formado por expertos en bioética, derecho, profesionales expertos en el abordaje del VIH y las hepatitis virales de diferentes especialidades y estamentos, representantes del Ministerio de Sanidad, Comunidades autónomas, Colegios profesionales, Sociedades científicas y Organizaciones no gubernamentales, que han aceptado participar voluntariamente y emitir una declaración de conflicto de intereses. Once miembros del Panel han actuado de redactores y once de revisores, realizando una búsqueda bibliográfica de guías de práctica clínica, revisiones sistemáticas y revisiones narrativas publicadas en castellano o inglés en los últimos 5 años e indexadas en las bases de datos Medline, TripDatabase y Epistemonikos.

El texto elaborado se ha consensuado en una reunión del Panel. En el caso de aparecer nuevas evidencias relevantes que impliquen cambios, el Panel considerará su debida incorporación al documento.

2 ASPECTOS ÉTICOS

La actividad profesional de todo el personal sanitario y sociosanitario, con independencia de su condición de salud o de discapacidad, queda sujeta a unos principios éticos y deontológicos¹. Desde el inicio de la epidemia, se ha planteado la cuestión de si era éticamente aceptable que las personas con infecciones por virus de transmisión sanguínea prestasen servicios de asistencia sanitaria por el riesgo de que se produjera una transmisión iatrogénica del VIH, siendo objeto de debate normativo². Los aspectos éticos de esta cuestión se van a enfocar desde los principios éticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia³.

Las personas con el VIH y/o virus de la hepatitis, pueden elegir y desempeñar cualquier profesión, incluidas todas las consideradas como sanitarias. No pueden ser ni excluidas, ni apartadas, ni relegadas, ni tratadas de forma diferente por razón de su estado serológico, salvo que se genere una situación de riesgo de transmisión del virus a terceras personas, en especial a las personas a quienes prestan asistencia sanitaria. Aunque los avances que ha habido tanto en el tratamiento farmacológico de la infección por el VIH y de las hepatitis virales, como en los materiales y productos sanitarios utilizados, permiten reducir el riesgo de transmisión, el/la profesional sanitario/a debe ser consciente de la responsabilidad que deriva de la relación fiduciaria que les une a los pacientes⁴. En ese sentido, aquellas personas con el VIH y/o virus de la hepatitis que realicen procedimientos sanitarios que sean calificados como 'invasivos predisponentes a exposiciones', podrán ser tratadas de forma diferente, respecto de aquellas que no los realizan, pudiéndose llegar a establecer pruebas médicas obligatorias para controlar que la carga viral esté por debajo de un determinado nivel, con el fin de proteger la salud pública y la salud e integridad física de las personas a las que prestan servicios de salud. Si la persona con el VIH y/o hepatitis virales que trabaja en el ámbito sanitario tiene buena adherencia al tratamiento; mantiene la carga viral indetectable, especialmente si realiza

¹ Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. *Código de Deontología Médica*. Madrid. 2011. Acceso en línea [14 de octubre de 2022] www.cgcom.es/sites/main/files/files/2022-03/codigo_deontologia_medica.pdf

² Ramírez P, Ramiro MA. La transmisión iatrogénica del VIH desde los derechos humanos. En *La protección de la salud frente al riesgo de contagio*, M^ªL Arcos (dir.), L Elizari (coord.). Madrid: Bosch. 2022; 129-173.

³ Beauchap T, Childress J. Principios de Ética Biomédica. Masson: Barcelona. 2002.

⁴ DeMott DA. Breach of Fiduciary Duty: On Justifiable Expectations of Loyalty and Their Consequences. *Arizona Law Review*. 2006;48(4):925–956.

procedimientos invasivos predisponentes a exposiciones; y usa adecuadamente el resto de las medidas que previenen la transmisión del virus, no existe ninguna razón que justifique su exclusión.

Las personas con el VIH y/o virus de la hepatitis, son libres para elegir y ejercer cualquier profesión para la que estén académica y colegialmente habilitadas. La elección autónoma garantiza, en su dimensión negativa, que los profesionales sanitarios con el VIH y/o virus de la hepatitis, no van a encontrarse con barreras que impidan el acceso, el ejercicio o el mantenimiento de las debidas habilitaciones profesionales, y, en su dimensión positiva, que se deben crear las condiciones adecuadas (por ejemplo, mediante la confidencialidad de los datos personales relativos a la salud) para que el ejercicio de la autonomía sea real y efectivo. Si alguna de las dos dimensiones de la elección autónoma se viera frustrada, se vería afectado el propio desarrollo de la personalidad, vulnerándose de esa manera el principio de no maleficencia, es decir, se estaría causando un daño al profesional sanitario con el VIH ya que se le estaría impidiendo realizar una acción que no causa daño o entraña un riesgo significativo para terceras personas⁵. Al respecto debe recordarse que el ser humano, en todas sus actividades profesionales, tiene una tasa de errores que puede minimizar, pero jamás allanar hasta cero. La ausencia del riesgo no solo es un imposible en nuestras sociedades, sino que, incluso, puede ser visto como un objetivo que no debe ser perseguido. La falta de certidumbre es un hecho que define la propia existencia del ser humano y el riesgo le es consustancial a su quehacer diario. La clave estaría pues, no en la eliminación absoluta del riesgo, sino en la búsqueda del riesgo tolerable⁶.

De igual modo, hay que tener en cuenta que el principio de beneficencia no se vería afectado por el hecho de que los pacientes o usuarios de los servicios sanitarios no conozcan el estado serológico del profesional sanitario que les atiende pues dicha información no les coloca en una mejor posición para recibir asistencia sanitaria como tampoco les evita sufrir un daño. Por el contrario, el principio de beneficencia se realizaría desde el momento en que las decisiones de permitir que las personas con el VIH trabajen en el ámbito sanitario y de proteger la confidencialidad de sus datos sanitarios contribuyen a que mejore su bienestar y se promuevan sus intereses legítimos. Por último, el principio de justicia se desarrolla desde el momento en que las personas con el VIH que trabajan en el ámbito sanitario no son sometidas a un trato discriminatorio, esto es, no están sujetas a un trato diferenciado que es perjudicial y que no es idóneo, necesario y proporcional. El principio de justicia

⁵ Feinberg J. Harm to Others. New York: Oxford University Press. 1987.

⁶ Vid. Informe del Comité de Bioética de España sobre los aspectos éticos de la seguridad del paciente y, específicamente, de la implantación de un sistema efectivo de notificación de incidentes de seguridad y eventos adversos, 28 de abril de 2021. Puede accederse a dicho Informe en el siguiente enlace: <http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe%20CBE%20Seguridad%20Paciente.pdf>.

exige que las personas con el VIH que trabajan en el ámbito sanitario no sean apartadas de sus ocupaciones, aunque, sí es posible imponer un trato diferenciado, cuando realicen los procedimientos invasivos a los que antes hacíamos referencia.

Los cuatro principios éticos a los que acabamos de hacer referencia no imponen obligaciones absolutas sino *prima facie*, eso significa que deben cumplirse sólo si no colisiona con otra obligación *prima facie* a la que le hemos otorgado más peso o valor⁷. De ese modo, aunque una persona con el VIH haya elegido trabajar en el ámbito sanitario no podrá hacerlo si no cuenta con los conocimientos necesarios. Ninguna persona puede dañar a otra o ponerla en una situación de riesgo inasumible; de tal forma que, cuando la persona con un virus de transmisión sanguínea, que trabaja prestando servicios sanitarios pueda dañar o generar esa situación de riesgo, se debe intervenir para evitarlo. El principio *primum non nocere* (primero no hacer daño) aparece plasmado en la mayoría de los textos deontológicos que regulan las profesiones sanitarias y sociosanitarias. El principio de no maleficencia obliga no solo a evitar cualquier daño intencionado sino también a poner todos los medios necesarios para evitar que ocurran eventos adversos, o lo que es lo mismo, disminuir el riesgo en la asistencia sanitaria. Así pues, infringiría dicho principio medular, no solo quien causa intencionadamente daño al paciente, sino también el que, no adoptando la medida cautelar para evitarlo, no lo hace así, aunque su intención no fuera causárselo. Eso sí, tal principio no supone que quede descartada cualquier probabilidad de daño sobre el paciente, lo que en el ámbito asistencial es imposible sino que, la ponderación de riesgos y beneficios informe claramente a favor de estos últimos.

En tercer lugar, el principio de beneficencia exige que se intervenga para socorrer a una determinada persona, evitándose o previniéndose así que suceda un mal o daño grave. La interpretación de este principio desde el punto de vista de la ética fiduciaria pone al paciente individual como el centro de las obligaciones de no causar daño y procurar su beneficio.

Por último, el principio de justicia permite, como ya se ha señalado, que se impongan tratos diferenciados cuando sean idóneos, necesarios y proporcionales. De esa forma, puede afirmarse que limitar el ejercicio de la profesión supone limitar una exigencia ética de nuestra sociedad y que solo puede fundamentarse en la proporcionalidad y ponderación de intereses en conflicto. Ello, sustancialmente, se traduce en que la medida que limite debe ser necesaria, es decir, que suponga la vía menos restrictiva del derecho para alcanzar el interés general perseguido (en nuestro caso, la integridad y salud del paciente o usuario). Si el mismo fin puede obtenerse sin una restricción absoluta o amplia, la medida sería claramente desproporcional. Esto significa que es preferible desde un punto de vista ético el establecimiento de un sistema específico de vigilancia del estado de salud de las

⁷ WD Ross. *Foundations of Ethics*. Oxford: Oxford University Press, 1939.

personas con el VIH y/o VHB y/o VHC, que realicen procedimientos invasivos que un sistema que les excluya de forma absoluta, que les obligue a revelar su información de salud o que restrinja su labor profesional en todos los casos. El principio de necesidad supone, desde una perspectiva ética, una evidente opción, cuando sea posible, por los cursos intermedios de acción. Recuérdese que, por suerte, no todos los problemas son dicotómicos. Los dilemas que únicamente aceptan soluciones extremas son excepcionales y la pregunta, pues, en el caso del profesional con infección por el VIH y/o virus de la hepatitis, es si puede garantizarse suficientemente la salud del paciente sin impedir a aquél el ejercicio de su actividad o, al menos, limitar ésta tan solo en los supuestos en los que pueda concurrir un riesgo intolerable.

Trasladadas dichas reflexiones a las recomendaciones que nos ocupan, podría afirmarse que el profesional sanitario y sociosanitario tiene un deber ético y deontológico de no hacer daño y de no poner, por tanto, en situación de riesgo a los pacientes y usuarios, lo que ocurriría, no cuando ejerce su profesión teniendo una infección por el VIH y/o virus de la hepatitis, sino cuando tal hecho supone un riesgo intolerable de la práctica asistencial. En definitiva, debe partirse de una evaluación rigurosa de los riesgos efectivos que supone el ejercicio profesional de los sanitarios y sociosanitarios con infección por el VIH y/o hepatitis crónica activa y de los medios para evitarlos que no supongan una limitación excesiva e innecesaria de su libertad profesional.

3 CONTEXTO JURÍDICO

3.1 Introducción

A falta de un marco normativo específico, el desempeño del trabajo por parte de los y las profesionales sanitarios/as con el VIH, VHB o VHC ha de analizarse al amparo de una interpretación sistemática de la Constitución Española; la Ley Orgánica 1/1982, de 5 de mayo, de Protección civil del derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen; la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de datos personal y Garantía de los derechos digitales; el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a las protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE; el Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores; el Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público; y la Ley 31/1995 de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales (en adelante, LPRL). De igual modo ha de tenerse en cuenta la jurisprudencia tanto del Tribunal Constitucional como del Tribunal Supremo aplicable en la materia.

El artículo 29 de la LPRL regula las obligaciones de los trabajadores en materia de prevención de riesgos, estableciendo que *“Corresponde a cada trabajador velar, según sus posibilidades y mediante el cumplimiento de las medidas de prevención que en cada caso sean adoptadas, por su propia seguridad y salud en el trabajo y por la de aquellas otras personas a las que pueda afectar su actividad profesional, a causa de sus actos y omisiones en el trabajo, de conformidad con su formación y las instrucciones del empresario”*. De especial interés resulta la obligación particular que la LPRL enumera en el apartado 2.4 del citado artículo, a tenor del cual los trabajadores deberán *“informar de inmediato a su superior jerárquico directo, y a los trabajadores designados para realizar actividades de protección y de prevención o, en su caso, al servicio de prevención, acerca de cualquier situación que, a su juicio, entrañe, por motivos razonables, un riesgo para la seguridad y la salud de los trabajadores.”*

En necesaria relación con el precepto inmediatamente comentado, el artículo 22 de la LPRL, a propósito de la vigilancia de la salud, regula el deber garantista del empresario sobre el estado de salud de sus trabajadores, a través de la vigilancia periódica del mismo, que solo puede hacerse previo consentimiento del trabajador, salvo *“los supuestos en los que la realización de los reconocimientos sea imprescindible para evaluar los efectos de las condiciones de trabajo sobre la salud de los trabajadores o para verificar si el estado de salud del trabajador puede constituir un peligro para el mismo, para los demás trabajadores o para otras personas relacionadas con la empresa o cuando así esté establecido en una disposición legal en relación con la protección de riesgos específicos y actividades de especial peligrosidad”*.

Tanto lo recogido en el artículo 29 de la LPRL, especialmente el apartado 2.4, y en el artículo 22 es aplicable a aquellos profesionales sanitarios con el VIH y/o VHB y/o VHC que realicen procedimientos de alto riesgo de transmisión.

3.2 ¿Tiene el profesional sanitario con el VIH, VHB o VHC la obligación de informar sobre su estado de salud?

3.2.1. Configuración del deber de información

Como se ha expuesto en el apartado anterior, el artículo 29.2.4 de la LPRL impone al trabajador, la obligación de informar al empresario de cualquier situación que, a su juicio, entrañe, por motivos razonables, un riesgo para la seguridad y la salud de los trabajadores.

Las notas principales de esta obligación serán las siguientes:

- a) Consiste en que si el trabajador, a través de la prestación laboral, llega al conocimiento de algún tipo de anomalía que entrañe un riesgo para su salud o para la del resto de los trabajadores, lo debe comunicar al empresario de modo inmediato y con rapidez.

- b) Es una manifestación más del deber de colaborar de buena fe en el cumplimiento de los cometidos laborales como medida que facilita la advertencia de situaciones de riesgo.
- c) Entraña un deber de información que es muy genérico, pues abarca a «cualquier situación», que debe ser inicialmente valorado por el propio trabajador en base a un criterio de lógica ordinaria.
- d) Ha de ser interpretada de manera amplia, de manera que deben entenderse incluidos aquellos riesgos que puedan afectar a cualquier individuo, sean trabajadores o no, pero que por cualquier motivo, puedan entrar en contacto con tal peligro, ya que el fin último de la prevención de riesgos laborales es proteger la integridad psicofísica de cualquier individuo.

3.2.2. Planteamiento de la cuestión

En los términos expuestos, ¿debería el profesional sanitario con el VIH o con hepatitis activa poner en conocimiento de su empleador esta situación?

En nuestro ordenamiento jurídico no existe una norma que, con rango de Ley Orgánica, según el artículo 81 de la Constitución, y tal como ha entendido el Tribunal Constitucional, establezca la obligación de los profesionales sanitarios con VIH, VHB o VHC, de declarar su estado serológico ante su empleador¹. Por otra parte, ni el vigente Estatuto de los Trabajadores ni la LPRL contienen disposición expresa en este sentido. No obstante, es cierto, como se ha señalado anteriormente, que la LPRL regula en su artículo 29.2.4 la obligación del trabajador de informar al empresario de cualquier situación que, a su juicio, entrañe, por motivos razonables, un riesgo para la seguridad y la salud de los trabajadores, pero tal deber de información está configurado en unos términos tan genéricos que impiden dar la cobertura normativa requerida a una hipotética obligación del personal sanitario con VIH, VHB o VHC de declarar sobre su estado de salud. A ello ha de unirse el hecho de que a la hora de analizar si una persona constituye un riesgo para la salud de otras personas, desde la perspectiva de la normativa sobre riesgos laborales, se deben valorar elementos como la naturaleza del daño, su probabilidad, su severidad y su duración y la vigilancia epidemiológica ha demostrado que el riesgo es extremadamente remoto en aquellas personas sometidas a los tratamientos que reducen la carga viral en plasma a niveles muy bajos o incluso indetectables.

3.2.3. Conclusión

Por esta razón, un profesional sanitario con VIH, VHB o VHC no está obligado a declarar sobre su estado de salud. Queda, en cualquier caso, a decisión del profesional sanitario y de manera

voluntaria, el poner tal circunstancia en conocimiento de su empleador, si así lo considera oportuno en función de sus circunstancias personales concretas.

Sea como fuere, las consecuencias de tal actuación nunca podrán suponer para el trabajador una discriminación directa o indirecta o un trato desfavorable en relación con el resto de los trabajadores.

3.3 ¿Tiene el profesional sanitario con el VIH y/o virus de la hepatitis la obligación de someterse a reconocimientos médicos?

3.3.1 La vigilancia de la salud y los reconocimientos médicos

Según el artículo 22 de la LPRL, la vigilancia de la salud a través de reconocimientos médicos sólo podrá llevarse a cabo «cuando el trabajador preste su consentimiento», esto es, será voluntaria y no podrá ser ordenada o impuesta de manera obligatoria por el empleador. El trabajador, por consiguiente, será libre para decidir someterse o no a los reconocimientos médicos, permitiendo, en su caso, la realización de las pruebas que sean pertinentes.

Según los tribunales, la obligatoriedad sólo puede imponerse si existe un riesgo o peligro objetivable para terceros². Si no existe riesgo o peligro objetivable, no entra en juego la tutela de los intereses sociales, entendidos como intereses de terceros. El Tribunal Constitucional, en su sentencia 196/2004, antes citada, traduce el riesgo objetivable como riesgo significativo, más allá de un peligro material. La obligatoriedad, por otra parte, debe introducirse en una norma legal, pues si bien es cierto que algunos Convenios Colectivos establecen la obligatoriedad de los reconocimientos médicos, no es menos cierto que el Convenio Colectivo no puede en modo alguno prever otros supuestos de obligatoriedad distintos a los de la Ley, ni introducir en la disciplina de los reconocimientos médicos obligatorios aspectos que no encajen en el marco de las directrices en torno a las cuales debe ordenarse. El Convenio Colectivo únicamente puede colaborar con la norma estatal en la delimitación y precisión de las excepciones legalmente establecidas a la exigencia de consentimiento, asumiendo una función de complementariedad. El hecho de que un reconocimiento médico aparezca impuesto por Convenio Colectivo debe interpretarse como indicativo de que estamos ante actuaciones ajustadas a derecho, porque tal imposición ya está prevista previamente en la norma. En otras palabras: el Convenio Colectivo no puede convertir en obligatorio aquello que legalmente es voluntario.

3.3.2 Los reconocimientos médicos en el ámbito de las profesiones sanitarias

No existe, en el ámbito de las profesiones sanitarias, una disposición legal que establezca la obligatoriedad del reconocimiento médico de tales profesionales. Por otra parte, y a propósito del

concepto de riesgo o peligro objetivable en el caso de profesionales sanitarios con el VIH, difícilmente podría hablarse, hoy en día y de manera genérica, de un riesgo o peligro objetivo para terceros, pues el riesgo es extremadamente remoto en aquellas personas con el VIH sometidas a los tratamientos que reducen la carga viral en plasma a niveles muy bajos o incluso indetectables. Similar razonamiento cabe aplicar al personal sanitario con VHB o VHC.

De esta manera, en el ámbito de las profesiones sanitarias, el reconocimiento médico a propósito del deber de vigilancia de la salud regulado en el artículo 22 de la LPRL tendría carácter voluntario, y requeriría consentimiento previo, salvo en los casos en que se trate de personal sanitario sujetos a riesgos específicos (v.gr, riesgos biológicos o agentes químicos) o que desempeñen actividades de especial peligrosidad (v.gr. personal sometido a radiaciones ionizantes), y siempre que exista previsión legal al respecto.

Conclusión

En el momento actual, no existe un marco legal en nuestro ordenamiento jurídico que establezca deberes u obligaciones adicionales para los profesionales sanitarios con VIH, VHB o VHC en el ámbito de la prevención de riesgos laborales y de vigilancia de la salud, por lo que estos profesionales se encuentran sometidos al mismo régimen jurídico que cualquier trabajador, es decir, a la LPRL.

Consecuencia de lo anterior es que no están obligados a declarar sobre su estado serológico ni tampoco pueden ser obligados a someterse a reconocimientos médicos, salvo que exista un riesgo o peligro objetivable para terceros.

REFERENCIAS

1. Sentencia del TC 198/2004, de 15 de noviembre de 2004. BOE» núm. 306, de 21 de diciembre de 2004, páginas 22 a 34. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-T-2004-21371
2. V.gr, Sentencia del Tribunal Supremo, Sala de lo Social, de 10 de junio de 2015. Sentencia del Tribunal Constitucional, Sala Primera, 196/2004, de 15 de noviembre. BOE» núm. 306, de 21 de diciembre de 2004, páginas 8 a 16. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-T-2004-21369

4 ESTIMACIONES DEL RIESGO DE TRANSMISIÓN DE VIH, VHB, Y VHC DE UN PROFESIONAL SANITARIO A UN PACIENTE

La evidencia científica de la que disponemos hoy día confirma que la trasmisión de infecciones por virus de transmisión sanguínea desde los profesionales sanitarios a los pacientes en la realización

de procedimientos médicos, quirúrgicos y dentales es muy infrecuente y, en los últimos años, ha disminuido todavía más ⁽¹⁻³⁾.

4.1 Transmisión del VIH

El riesgo de transmisión del VIH de profesionales sanitarios a pacientes en la realización de procedimientos médicos, quirúrgicos y odontológicos es excepcional. Después de 40 años de epidemia del VIH y de millones de procedimientos médico-quirúrgicos realizados en todo el mundo, apenas se han descrito unos pocos casos de transmisión del VIH desde trabajadores sanitarios a pacientes ^(4,5). Muchos de ellos, además, se notificaron cuando la terapia antirretroviral (TAR) no era generalizada ni eficaz, y la posibilidad de transmisión se relacionaba estrechamente con los niveles de viremia ⁽⁶⁾. Por otro lado, y esto es válido para todas las infecciones por virus de transmisión sanguínea, el personal sanitario debe estar correctamente informado y formado en las medidas de prevención y cumplirlas escrupulosamente, con independencia de su estatus serológico con respecto a esas infecciones ⁽⁷⁻¹⁰⁾.

4.2 Transmisión del virus de la hepatitis B

El riesgo de transmisión de la infección por VHB desde los profesionales sanitarios a los pacientes a través de procedimientos médicos, quirúrgicos u odontológicos es también muy bajo y ha continuado disminuyendo en las dos primeras décadas del siglo XXI ⁽⁶⁾. Esto es consecuencia de la adopción generalizada de los procedimientos generales de control de infecciones y de la introducción de la vacunación frente a este virus. La vacuna de la hepatitis B se administra a todos los recién nacidos en nuestro país desde 1995, estando incorporada en el calendario vacunal de todas las Comunidades Autónomas. Por otro lado, desde que en 1999 se comercializase la lamivudina, se han desarrollado fármacos análogos de nucleótidos muy potentes (tenofovir y entecavir) que suprimen la replicación del VHB en pacientes con hepatitis B crónica, proporcionando tasas de indetectabilidad de la carga viral B superiores al 90%, tanto en pacientes con HBeAg-positivo (asociado a una mayor replicación y transmisibilidad) como HBeAg-negativo ⁽¹⁰⁾. La supresión de la carga viral por debajo del límite de cuantificación prácticamente elimina el riesgo de transmisión, pero siempre se debe enfatizar la necesidad de vacunación universal.

4.3 Transmisión del virus de la hepatitis C

El tratamiento de la hepatitis C ha experimentado una gran revolución en los últimos diez años, habiendo permitido la introducción de los antivirales directos (AADs) y hablar de curación de la infección. Desde la puesta en marcha del Plan Estratégico para el Abordaje de la Hepatitis C en el Sistema Nacional de Salud, se han tratado en España más de 152.000 pacientes con una tasa de efectividad del 97% ⁽²⁾. Ello ha llevado a una marcada disminución de la prevalencia de infección por

VHC en nuestro país, con una tasa de infección virémica del 0,22% ⁽¹¹⁾ y, por tanto, a una disminución del riesgo de infección.

La transmisión relacionada con la asistencia sanitaria fue un mecanismo importante en España antes de la introducción del empleo de material sanitario de un solo uso en 1975 y del refuerzo de otras medidas preventivas. Actualmente la transmisión es limitada, aunque sigue siendo descrita, asociada a procedimientos quirúrgicos y diagnósticos invasivos ⁽⁹⁾.

4.4 PIPES (Procedimientos Invasivos Predisponentes a Exposiciones)



Los **procedimientos invasivos predisponentes a exposiciones (PIPES)** son aquellos procedimientos en los que existe riesgo de que un accidente en un trabajador sanitario pueda poner en contacto su sangre con los tejidos abiertos del paciente. Estos procedimientos incluyen aquéllos que se realizan dentro de una cavidad abierta, herida o espacio pobremente visualizado del paciente, en el que las manos o las puntas de los dedos del trabajador sanitario, incluso con guantes, no están visibles durante todo el tiempo, estando en contacto con instrumentos cortantes, puntas de agujas o tejidos cortantes (espículas de huesos o dientes) ⁽¹²⁾.

Los **procedimientos no predisponentes a exposición (nPIPES)** son procedimientos en los que las manos y los dedos de los trabajadores están visibles y fuera del cuerpo del paciente en todo momento, así como procedimientos o intervenciones, exploraciones en las cavidades y/o tejidos internos del paciente, que no impliquen posibles lesiones en las manos del profesional sanitario con instrumentos afilados, siempre que se cumplan las precauciones universales en todo momento.

Finalmente, existen procedimientos que, de manera rutinaria, no son predisponentes a exposición, pero que en su transcurso o evolución pueden conllevar la transmisión de los virus transmitidos por vía sanguínea. Los denominamos **procedimientos potencialmente PIPES (pPIPES)**.

La mayoría de los procedimientos realizados en los centros sanitarios no plantean ningún riesgo de transmisión del VIH, VHB y VHC. La posibilidad de transmisión iatrogénica de dichos virus desde un profesional a un paciente, puede darse en los procedimientos conocidos como PIPES. En este sentido, los nuevos tratamientos antirretrovirales con capacidad para reducir la carga viral en plasma hasta niveles indetectables, la posibilidad de medir de forma fiable la carga viral, la adopción de las medidas de prevención universal de manera sistemática, así como el desarrollo de nuevas técnicas y nuevos materiales en el ámbito quirúrgico, apoyan la prevención de la transmisión ^(13,14).

En la Tabla 1 se muestran algunos ejemplos de estos procedimientos.

TABLA 1. EJEMPLOS DE PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN LOS CENTROS SANITARIOS**PROCEDIMIENTOS INVASIVOS PREDISONENTES A EXPOSICIONES (PIPES)**

- Cirugía cardiotorácica: en general todos los procedimientos cardiotorácicos.
- Odontología: incluida la cirugía maxilofacial y los procedimientos quirúrgicos orales, incluida la extracción de dientes (pero excluyendo la extracción de dientes altamente móviles), procedimientos quirúrgicos periodontales, procedimientos quirúrgicos endodónticos, cirugía/ procedimientos de implantes.
- Cirugía ginecológica: incluye cirugía perineal, cirugía transvaginal y cirugía abierta y cirugía abdominal.
- Neurocirugía: que implica la exposición a fragmentos óseos afilados por traumatismos y cirugía de la columna.
- Procedimientos obstétricos: incluyendo parto por cesárea, parto instrumental. Infiltración del perineo con anestésico local, episiotomía, reparación de una episiotomía o desgarro perineal/vaginal, aplicación de un electrodo en el cuero cabelludo fetal y muestreo de sangre fetal.
- Procedimientos quirúrgicos abiertos: incluida la cirugía general torácica o abdominal abierta.
- Cirugía vascular abdominal o torácica y procedimientos urológicos abiertos.
- Procedimientos ortopédicos: incluidos los procedimientos que involucran el corte o la fijación de huesos o la transferencia distante de tejidos desde un segundo sitio (como en una reconstrucción del pulgar) y procedimientos quirúrgicos abiertos donde existe la posibilidad de fragmentos óseos y/o espículas óseas, se trata de una perforación mecánica o el procedimiento implica una tunelización profunda utilizando instrumentos afilados.
- Otorrinolaringología, cirugía de cabeza y cuello: en particular cirugía reconstructiva ósea facial (electiva o después de un trauma).
- Cirugía plástica: cuando involucra procedimientos cosméticos extensos que involucran huesos, reconstrucción o transferencia de tejido libre que involucre hueso o en el tórax.
- Procedimientos en traumatismos múltiples: incluyendo lesiones abiertas en la cabeza, reducciones de fracturas faciales y mandibulares, lesiones blandas extensas, trauma tisular, examen rectal en presencia de sospecha de fractura pélvica, sutura profunda para detener la hemorragia y masaje cardiaco interno.

PROCEDIMIENTOS NO PREDISONENTES A EXPOSICIÓN (nPIPES)

- Examen oral de rutina (con guantes, espejo y/o depresor).
- Exámenes vaginales y rectales (excepto cuando exista la posibilidad de traumatismos).
- Inserción y mantenimiento de vías intravenosas o centrales.
- Incisión de abscesos superficiales e incisión y drenaje de hematomas superficiales.
- Drenaje percutáneo de abscesos y hematomas bajo guía por radiología o ultrasonidos.
- Sutura de laceraciones cutáneas no complicadas.

PROCEDIMIENTOS POTENCIALMENTE PIPES (pPIPES)

- Procedimientos mínimamente invasivos: incluyendo laparoscopia, procedimientos endovasculares, etc.
- Procedimientos toracoscópicos, cirugía endoscópica transluminal por orificios naturales.
- Procedimientos cistoscópicos, procedimientos artroscópicos y cirugía robótica.
- Traumas y/o situaciones de emergencia.

REFERENCIAS

1. WHO. Global health sector strategy on viral hepatitis 2016-2021. Towards ending viral hepatitis. Disponible en: www.who.int/hepatitis/strategy2016-2021/ghss-hep/en/.
2. Ministerio de Sanidad. Secretaría General de Sanidad y Consumo. Plan estratégico para el abordaje de la hepatitis C. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/hepatitis/ciudadanosMenu.htm>
3. WHO Global progress report on HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections. 2021.

4. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Ponencia de Salud Laboral de la Comisión de Salud Pública. Consejo Interterritorial del SNS. Guía de bioseguridad para profesionales sanitarios. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/saludAmBLaboral/docs/guiabiosegl1.pdf>
5. Plan de prevención y control de la infección por el VIH y las ITS 2021-2030 en España. Plan Nacional sobre el Sida, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2018. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/planNalSida/Plan_de_Prevenccion_y_Control1.pdf
6. A consensus for occupational health management of healthcare workers infected with human immunodeficiency virus, hepatitis B virus and/or hepatitis C virus J Occup Health 2017; 59: 304-8.
7. Boletín Oficial del Estado. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. BOE núm. 269, de 10/11/1995.
8. Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 664/1997, de 12 de mayo, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo. BOE núm. 124, de 24/05/1997.
9. Ministerio de Sanidad. Guía de cribado de la infección por el VHC. 2020. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/hepatitis/ciudadanosMenu.htm>
10. International Labour Organization. Recommendation concerning HIV and AIDS and world of work (online) 2010.
11. Prevalencia de la hepatitis C en población general en España. Resultados del 2º estudio de seroprevalencia en España http://www.msbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/INFORME_INFECCION_VHC_ESPANA2019
12. Ministerio de Sanidad. Ponencia de Salud Laboral de la Comisión de Salud Pública. Consejo Interterritorial del SNS. Agentes biológicos. Protocolos de vigilancia sanitaria específica. Madrid: Ministerio de Sanidad, 2002. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/saludAmBLaboral/saludLaboral/vigiTrabajadores/protocolos.htm>
13. Australian national guidelines for the management of healthcare workers living with blood borne viruses and healthcare workers who perform exposure prone procedures at risk of exposure to blood borne viruses. Updated 2019. Disponible en: <https://www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/cda-cdna-bloodborne.htm>.
14. General surgery exposure prone procedure (EPP) categorisation Advice from the United Kingdom Advisory Panel for Healthcare Workers Infected with Bloodborne Viruses (UKAP). January 2019. Disponible en: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/771593/general_surgery_exposure_prone_procedure_epp_categorisation.pdf

5 PRINCIPIOS GENERALES DE CONTROL DE LA INFECCIÓN Y MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN EN PROFESIONALES CON EL VHB-VHC-VIH.

Los trabajadores sanitarios (TS) con infección por patógenos de transmisión sanguínea (VIH, VHB, VHC) pueden constituir una fuente de transmisión de estos patógenos si presentan una viremia e inóculo suficientes, y existe además contacto directo entre sus fluidos y una puerta de entrada en el paciente.

Aunque la adquisición primaria de estas infecciones por los trabajadores sanitarios no es objeto de este capítulo, sabemos que los TS presentan un doble riesgo de infección, tanto por transmisión comunitaria, como por transmisión laboral, la cual depende de factores laborales, como la efectividad de los programas de prevención de exposiciones biológicas, de la atención y profilaxis post-exposición y de la cobertura de vacunas como la de la Hepatitis B, entre otros.

La posible transmisión del personal sanitario infectado a los pacientes durante la asistencia sanitaria depende de la prevalencia poblacional de estas infecciones, así como del uso de precauciones estándar durante la actividad sanitaria y de la existencia de procedimientos de prevención de riesgos laborales¹. Ante prácticas de riesgo, es importante detectar precozmente los casos de infección para aplicar medidas efectivas de prevención y un tratamiento precoz. Las políticas de personal, de prevención de riesgos biológicos y de asistencia deben garantizar que los TS reciban

la atención necesaria, reduciendo su carga viral y con ello la probabilidad de que supongan una fuente de transmisión para los pacientes o sus compañeros de trabajo^{2,3}.

DETECCIÓN, SEGUIMIENTO, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LOS TRABAJADORES SANITARIOS SEROPOSITIVOS:

ESTRATEGIA ÁMBITO DE APLICACIÓN	ACTIVIDAD- PROGRAMAS ESPECÍFICOS
DETECCIÓN DE LA INFECCIÓN: Exámenes de salud laborales del personal sanitario.	Cribado serológico, de carácter voluntario, al inicio del trabajo y de forma periódica frente a VHB, VHC y VIH ^{1-,3,5,6} .
SEGUIMIENTO DEL TSSP: Formación específica del trabajador seropositivo y valoración de su aptitud. Adaptación del puesto de trabajo, si fuera necesario, y cumplimiento de normas y protocolos específicos de prevención ^{3,6,8} .	Componentes de la actividad: <ul style="list-style-type: none"> • Programas de educación sanitaria. • Formación continuada en riesgos biológicos y procedimientos de alto riesgo. • Entrega y firma de documento-compromiso. • Evitación de actividades de alto riesgo. • Reuniones periódicas del Comité de seguimiento de casos.
CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DE PREVENCIÓN: Protocolo de seguimiento clínico- serológico. Evaluación ^{2,3,5} .	Elaboración de un protocolo de seguimiento del TSSP que incluya una agenda y lista de verificación de las revisiones periódicas.
ASISTENCIA ESPECIALIZADA EFICAZ: Aseguramiento de una eficaz asistencia médica y terapia antiviral.	Creación de un Comité de Seguimiento e inclusión, si fuera necesario, de un consultor médico para asegurar la prioridad y calidad de la atención, así como la confidencialidad debida. ^{1-3, 8}
INVESTIGACIÓN DE EXPOSICIONES A PACIENTES: Atención, notificación y seguimiento de exposiciones de riesgo biológico desde el TSSP a los pacientes ^{3,4}	Componentes de la actividad: <ul style="list-style-type: none"> • Notificación urgente de exposiciones biológicas. • Investigación de contactos en pacientes. • Atención y profilaxis, si procede.
CUESTIONES MÉDICOLEGALES: Reorientación laboral. Inhabilitación del trabajador para tareas específicas. Cese y despido.	Se seguirán los procedimientos necesarios de adaptación del puesto de trabajo, introducción de medidas de prevención, cambio de puesto de trabajo, cese, despido o incapacidad en su caso. ^{3,5}
INVESTIGACIÓN DE BROTES Y CASOS DE PROBABLE ORIGEN NOSOCOMIAL: Investigación de casos de VHB-VHC-VIH	Componentes de la actividad: <ul style="list-style-type: none"> • Estudio de contactos. • Investigación epidemiológica y molecular de los casos.

<p>potencialmente relacionados con la asistencia sanitaria ^{3,6}.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Notificación a Salud Pública
---	--

RECOMENDACIONES GENERALES:

1. Implantar programas de formación del personal sanitario frente a los riesgos biológicos.
2. Aplicar los programas específicos de vacunación frente al VHB en el personal sanitario en todas las etapas.
3. Asegurar el cumplimiento de las precauciones estándar de prevención de infecciones durante la asistencia sanitaria, incluyendo la higiene de manos, el manejo seguro de objetos cortopunzantes y la protección de heridas mediante apósitos y/o guantes impermeables.
4. Restricción en la realización de algunos procedimientos de riesgo para profesionales sanitarios con una infección activa con alto riesgo de transmisión (*Ver Capítulo 4*).
5. Implementar programas de prevención de exposiciones accidentales y de uso de materiales de bioseguridad en los centros sanitarios.
6. Implantar un Registro de exposiciones biológicas, con servicios implicados en la atención, seguimiento y profilaxis.
7. Diseñar un protocolo específico y un Comité de Seguimiento de trabajadores sanitarios seropositivos.

REFERENCIAS:

1. Dolman, G. E., Koffas, A., Phipps, E., & Kennedy, P. T. F. (2021). Clinical and occupational health management of healthcare workers living with chronic hepatitis B: UK policy and international comparisons. *Journal of Viral Hepatitis*, 28(7), 976–981. <https://doi.org/10.1111/jvh.13494>
2. Centers for Disease Control and Prevention (2019). Infection Control in Healthcare Personnel: Infrastructure and Routine Practices for Occupational Infection Prevention and Control Services. Disponible en: <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/healthcare-personnel/index.html> [consultado el 04/05/2022]
3. Public Health Agency Canada. (2019). Guideline on the Prevention of Transmission of Bloodborne Viruses from Infected Healthcare Workers in Healthcare Settings. In *Public Health Agency of Canada*. Disponible en: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/infectious-diseases/nosocomial-occupational-infections/prevention-transmission-bloodborne-viruses-healthcare-workers.html> [consultado el 04/05/2022]
4. Henderson, D. K., Dembry, L.M., Sifri, C. D., Palmore, T. N., Dellinger, E. P., Yokoe, D. S., Grady, C., Heller, T., Weber, D., Del Rio, C., Fishman, N. O., Deloney, V. M., Lundstrom, T., & Babcock, H. M. (2022). Management of healthcare personnel living with hepatitis B, hepatitis C, or human immunodeficiency virus in US healthcare institutions. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 43(2), 147–155. <https://doi.org/10.1017/ice.2020.458>
5. UK Health Security Agency. (2021). Integrated guidance on health clearance of healthcare workers and the management of healthcare workers living with bloodborne viruses (hepatitis B, hepatitis C and HIV) UK Advisory Panel for Healthcare Workers Living with Bloodborne Viruses. Disponible en: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1033571/Integrated_guidance_for_management_of_BBV_in_HCW_November_2021.pdf [consultado el 04/05/2022]
6. Australian Health Ministers' Advisory Council. (2019). Australian Health Ministers' Advisory Council. Australian national guidelines for the management of healthcare workers living with blood borne viruses and Healthcare workers who perform exposure prone procedures at risk of exposures to blood borne viruses. Disponible en: <https://www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/cda-cdna-bloodborne.htm> [consultado el 04/05/2022]
7. World Health Organization. (2022). Caring for those who care: guide for the development and implementation of occupational health and safety programmes for health workers Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240040779> [consultado el 04/05/2022]

8. Ishimaru, T., Wada, K., & Smith, D. R. (2017). A consensus for occupational health management of healthcare workers infected with human immunodeficiency virus, hepatitis B virus, and / or hepatitis C virus. *Journal of Occupational Health*, 59(3), 304–308. <https://doi.org/10.1539/joh.16-0275-OP>

6 EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL TRABAJADOR SANITARIO EN RELACIÓN CON EL VIH Y DE OTROS VIRUS TRANSMITIDOS POR SANGRE. COMISIÓN DE EVALUACIÓN.

Se consideran procedimientos de riesgo a aquellos en los que, en caso de producirse algún accidente durante su realización, la sangre de un TS infectado puede contaminar los tejidos de un paciente (*Ver capítulo 4*). Para que exista riesgo significativo, es necesario que se produzcan tres condiciones:

1. Que el profesional presente detectabilidad del virus.
2. Que durante la atención sanitaria sufra una lesión en la que se produzca sangrado.
3. Que la sangre entre en contacto directo con tejido o mucosas no intactas del paciente.

Dentro de los determinantes de riesgo para la transmisión de patógenos de la sangre desde TS a pacientes hay que tener en cuenta diversos factores como:

- La transmisibilidad intrínseca del patógeno específico.
- La frecuencia con la que el trabajador sanitario sufre heridas que podrían representar un riesgo de transmisión para sus pacientes.
- La frecuencia con que ocurre ese tipo de exposición y es seguida de exposición a un paciente.
- La frecuencia del procedimiento.
- La carga viral circulante del trabajador infectado.
- la magnitud del riesgo de transmisión de patógenos que se transmiten por la sangre dependiendo de los varios tipos de exposición.
- Susceptibilidad del huésped.
- La transmisión esporádica y/o en brotes.

6.1 Evaluación del trabajador sanitario

Los trabajadores de la salud tienen obligación de procurar la seguridad del paciente en todo momento. Por tanto, si tienen prácticas de riesgo y/o si sospechan que puedan tener infección por VIH, VHB o VHC, deberían realizarse las pruebas serológicas necesarias para poder descartar este tipo de infecciones. Para ello, pueden acudir a los servicios de prevención de su centro o al lugar destinado y autorizado por su centro sanitario para tal efecto.

En algunos países, como en Reino Unido o Australia, es obligado el despistaje de virus transmitidos por sangre en aquellos TS que en el desarrollo de su actividad profesional precisen realizar procedimientos de riesgo y/o trabajen en unidades de hemodiálisis^{1,2}. Además, se recomienda una monitorización y que los casos positivos se incluyan en un registro central de Salud Pública que recoja información exhaustiva y actualizada sobre los médicos responsables, las determinaciones de carga viral, tratamientos específicos y centros de trabajo.

En nuestro país no está recomendada la realización de pruebas serológicas al personal sanitario. Únicamente se aconseja realizar las serologías y test que los servicios correspondientes en cada caso, consideren oportunos para la actualización del calendario vacunal en los TS, especialmente para la vacunación de virus de hepatitis.

Los TS pueden enfrentarse al dilema de revelar su serología por miedo a verse estigmatizados, discriminados, ignorados en las oportunidades de ascenso o despedidos^{3,4}.

Los profesionales sanitarios con infección por el VIH, virus de hepatitis B o C deben recibir asesoramiento y seguimiento clínico por los expertos en infecciones víricas que ellos mismos elijan, a quienes deben informar de la actividad que realizan. Además, deben comprometerse a seguir los controles analíticos pertinentes incluyendo la monitorización de la carga viral, así como a cumplir con el tratamiento indicado y a consultar si se produce algún cambio en su estado de salud que pueda afectar a su actividad asistencial.

Por otra parte, los especialistas que atiendan a TS con infecciones, deben informar a la Comisión de Evaluación correspondiente (más adelante), o en su defecto, a la Unidad responsable designada dentro del centro asistencial, garantizando su derecho a la intimidad y a la protección de datos.

6.2 Evaluación y seguimiento según actividad laboral

El desempeño de la actividad laboral de los TS con infecciones por virus transmitidos por sangre, depende de la monitorización clínica y determinación regular de la carga viral de quienes presentan infección crónica por VHB y/o VIH y reciben tratamiento específico. Independientemente de la actividad asistencial que se realice se deben respetar las precauciones estándar.

Toda la información epidemiológica de que disponemos hoy día confirma que las infecciones por virus transmitidos por sangre, desde el personal sanitario a los pacientes en la realización de procedimientos médicos, quirúrgicos y dentales, son muy infrecuentes, y que el riesgo de transmisión es diferente según los virus a analizar. A continuación, se exponen las distintas consideraciones sobre la actividad asistencial en TS si padecen infección por el VIH, VHB, o VHC:

6.2.1 Infección por el VIH

Los sanitarios con infección por el VIH que tienen carga viral indetectable bien porque reciben tratamiento antirretroviral o bien porque que son controladores de elite no deben tener ninguna restricción en el desempeño de su actividad laboral.

Si se trata de un TS con una carga viral detectable ya sea por un diagnóstico reciente o por un fallo virológico, siguiendo la práctica clínica habitual, se debe buscar una combinación eficaz de fármacos antirretrovirales para conseguir la indetectabilidad.

En el seguimiento de los TS, se recomienda la determinación rutinaria de carga viral, al menos, cada tres meses mientras esta fuera $>$ de 200 copias. Cuando la CV sea $<$ 200 copias tras dos determinaciones separadas por 3 meses se podrá continuar seguimiento semestralmente. No se permitirá que realice procedimientos con riesgo de transmisión sin dos cargas virales indetectables separadas, al menos por tres meses y con un límite de detección inferior a 200 copias/ml.

Por otra parte, como cualquier otro trabajador se evaluarán la situación física y psíquica que pueda afectar su actividad profesional.

Hay que tener en consideración que los TS con el VIH pueden estar expuestos en su lugar de trabajo, a riesgos de contraer infecciones de los propios pacientes, como por ejemplo tuberculosis, dependiendo de cuál sea su situación inmunológica.

6.2.2 Infección por virus de hepatitis B

La transmisión del VHB está demostrada desde la década de los 70. Se le considera, de entre los virus transmitidos por la sangre, el que tiene una mayor facilidad de transmisión, incluso puede hacerlo a través de piel no intacta, mucosas y por superficies ambientales⁵.

Clásicamente, el riesgo se relacionaba con el antígeno de superficie de la hepatitis B (HBsAg) y del antígeno e (HBeAg) de la fuente no obstante desde que se dispone de la cuantificación del DNA-VHB (carga viral de VHB) y desde la comunicación de casos de transmisión HBeAg negativos, mutantes pre-core, únicamente se tiene en cuenta esta determinación para la monitorización de los TS⁶.

Se debe realizar la carga viral de virus de hepatitis B a los TS con HBsAg positivo y, si ésta resultase detectable se debe ofrecer tratamiento antiviral con las pautas disponibles.

Los casos en los que se ha demostrado transmisión del VHB de un TS a un paciente, se han producido con una carga viral superior a 200 UI/ml. Por lo que, en general, y a pesar de las fluctuaciones de la carga viral del VHB en las infecciones crónicas, se ha establecido el límite de 200

UI/ml en los TS con infección HBsAg para que no tengan ningún tipo de restricción, si la determinación de ADN del VHB está por debajo de este umbral; bien porque estén recibiendo tratamiento, por supresión natural o después de haber suspendido el tratamiento antiviral después de al menos 12 meses y haber realizado 2 pruebas de DNA del VHB con 6 meses de diferencia.

Si la carga viral en plasma fuese igual o superior a 200 UI/mL, se deben restringir la realización de procedimientos de riesgo hasta conseguir el control de la infección.

Se recomienda que todos los TS reciban la vacunación frente a VHB y se compruebe la inmunización postvacunal. A los no respondedores, se les debe revisar cada tres meses o buscar alternativas para intentar respuesta serológica.

6.2.3 Infección por virus de hepatitis C

Los factores de riesgo para la transmisión incluyen tanto la probabilidad de una lesión percutánea, la enfermedad hepática activa o los altos niveles de viremia en el cirujano, como el número y la complejidad de los procedimientos quirúrgicos realizados, así como la técnica y la experiencia del cirujano.

Los TS que sospechen que pueden presentar infección por VHC deberían realizarse una prueba de anticuerpos frente a este virus, y si resultase positivo, efectuará la determinación de RNA viral para descartar infección activa. Si ésta fuese negativa, no es necesario restringir ninguna actividad. Si fuese positiva, se debe ofrecer tratamiento antiviral y evitar cualquier actividad de riesgo hasta que no se cumplan criterios de respuesta viral sostenida, esto es que mantengan carga viral indetectable durante al menos 3 meses después de la finalización del tratamiento.

6.3 Comisión de evaluación

Se recomienda la creación de una Comisión de Evaluación para el estudio individualizado de los TS con infecciones por virus transmitidos por sangre, al menos para los casos más complejos. Ésta debe estar formada por miembros del propio centro o área sanitaria o bien tener un ámbito más amplio, provincial o autonómico.

Su composición debe incluir, al menos a un especialista en enfermedades infecciosas, un representante de Salud Pública, de Medicina Preventiva, de Riesgos Laborales, un técnico jurídico y responsables de la dirección o la gerencia. Así mismo debe considerarse la participación de las comisiones de seguridad de cada departamento o área de salud.

Esta Comisión debe tener las siguientes funciones:

1. Servir de órgano de consulta para los trabajadores sanitarios con el VIH, VHB o VHC, a los médicos que les atienden, los Servicios de Medicina Preventiva/Salud Laboral y las Direcciones de los centros sanitarios, sobre los problemas relativos a la transmisión del VIH, VHB y VHC a través de la práctica profesional de los trabajadores sanitarios infectados.
2. Velar por la adecuada y proporcional implementación de medidas preventivas determinadas en el grado de aptitud emitido por el servicio competente.
3. Informar a la autoridad sanitaria competente ante casos de incumplimiento grave de las modificaciones o limitaciones recomendadas.
4. Contribuir a la protección de los derechos de los trabajadores sanitarios con infección por virus transmitidos por sangre a no ser discriminados por razón de su estado serológico o de algunas de las condiciones señaladas en el artículo 2.1 de la Ley 15/2022, de 12 de julio, integral para la igualdad de trato y la no discriminación. Los profesionales, la dirección de centro y los integrantes de la Comisión están obligados a respetar la intimidad del trabajador y a mantener la confidencialidad en cualquier proceso de evaluación.

La evaluación individual en cada caso ha de realizarse de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 18 de la Constitución que reconoce el derecho a la intimidad personal y a la confidencialidad de los datos personal, según la jurisprudencia del Tribunal Constitucional. De igual modo, se tendrá en cuenta lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales; el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de sus datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos); y el Convenio del Consejo de Europa para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina.

Los periodos de monitorización y seguimiento de los TS infectados dependerá de su carga viral, patología infecciosa y categorización de actividades a desarrollar. Estos periodos pueden ser modificados según el criterio del médico responsable de acuerdo con el Comité Evaluador del TS.

El riesgo para la salud a terceros sólo está presente de forma significativa en aquellos trabajadores que realicen procedimientos catalogados como PIPES y pPIPES. Las recomendaciones en cuanto a los reconocimientos periódicos, quedan condicionadas al tipo de procedimiento realizado.

A los TS que realicen procedimientos no predisponentes a exposición, los exámenes de salud se realizarán de la misma manera que para otros pacientes según los protocolos de cada centro.

Todas estas obligaciones, tanto desde el punto de vista general como desde la faceta del deber del secreto profesional, tienen su fundamento legal en la Ley Orgánica 1/1982, de 5 de mayo, de protección civil al honor, a la intimidad y a la propia imagen, en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, así como en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales; el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de sus datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos).

6.4 Recomendaciones para las obligaciones de divulgación de los trabajadores sanitarios (TS) y el derecho a la privacidad

1. Un TS infectado con un virus transmitido por sangre tiene derecho a la intimidad y confidencialidad sobre su salud. Si realiza procedimientos de riesgo no tiene la obligación de comunicar su estado serológico a los pacientes para obtener su consentimiento informado
2. Si un paciente hubiera estado expuesto a la sangre de un TS con infección por un virus transmitido por la sangre, debe ser informado, protegiendo la privacidad del trabajador y se debe poner en marcha los protocolos diseñados para la profilaxis post exposición. El TS debe proporcionar la información necesaria sobre la situación de la infección a los responsables de la evaluación de riesgos.

REFERENCIAS

1. Australian national guidelines for the management of healthcare workers living with blood borne viruses and healthcare workers who perform exposure prone procedures at risk of exposure to blood borne viruses. (actualización octubre 2019) <https://www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/cda-cdna-bloodborne.htm> (consultada 17 abril 2022)
2. Asmat- Inostrosa MP, De La Torre Robles, JM. Protocolo de actuación preventiva para personal sanitario infectado con VIH, VHB o VHC en el ambito hospitalario. Rev Asoc Esp Espec Med Trab 2018 Epub 28-Dic-2020
3. Integrated guidance on health clearance of healthcare workers and the management of healthcare workers living with bloodborne viruses (hepatitis B, hepatitis C and HIV) (noviembre 2021) https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1033571/Integrated_guidance_for_management_of_BBV_in_HCW_November_2021.pdf (consultada 17 abril 2022)
4. Committee on Occupational Health, with support of the Finnish Institute of Occupational Health (FIOH). Basic Occupational Health Services. Available at: http://www.who.int/occupational_health/publications/bohsbooklet.pdf:Jorma Rantanen author, Suvi Lehtinen editing, 2005.
5. Holmberg, S D ; Suryaprasad, A W; John W.; Updated CDC Recommendations for the Management of Hepatitis B Virus–Infected Health-Care Providers and Students U.S. Department of Health and Human Services Centers for Disease Control and Prevention Morbidity and Mortality Weekly Report v. 61, no. RR-3; 2012 <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/26306>
6. Lewis JD, Enfield KB, Sifri CD. Hepatitis B in healthcare workers: Transmission events and guidance for management. World J Hepatol 2015 March 27; 7(3): 488-497

7 RECOMENDACIONES PARA LAS INSTITUCIONES SANITARIAS Y SOCIOSANITARIAS EN RELACIÓN CON PROFESIONALES CON EL VIH Y/O VIRUS HEPATOTROPOS

1. Las personas con el VIH y/o hepatitis B y/o C, pueden elegir y desempeñar cualquier profesión, incluidas todas las consideradas como sanitarias. No pueden ser ni excluidas, ni apartadas, ni relegadas, ni tratadas de forma diferente por razón de su estado serológico, salvo que se genere una situación de riesgo de transmisión del virus a terceras personas, en especial a las personas a quienes prestan asistencia sanitaria.
2. Debe partirse de una evaluación rigurosa de los riesgos efectivos que supone el ejercicio profesional de los sanitarios y sociosanitarios con infección por el VIH y/o virus de la hepatitis y de los medios para evitarlos que no supongan una limitación excesiva e innecesaria de su libertad profesional, poniendo siempre en el centro de la decisión al paciente y usuario.
3. Un profesional sanitario con el VIH y/o hepatitis B y/o C, no está obligado a declarar sobre su estado de salud ni tampoco pueden ser obligados a someterse a reconocimientos médicos, salvo que exista un riesgo o peligro objetivable para terceros.
4. Las consecuencias de tal actuación nunca podrán suponer para el trabajador una discriminación directa o indirecta o un trato desfavorable en relación con el resto de los trabajadores por razón de su estado serológico.
5. La mayoría de los procedimientos realizados en los centros sanitarios no plantean ningún riesgo de transmisión de virus de transmisión sanguínea. La posibilidad de transmisión iatrogénica del VIH, VHB y VHC desde un profesional a un paciente puede darse en los procedimientos conocidos como PIPES.
6. Los centros sanitarios deben ser un entorno seguro para la prevención del riesgo biológico en los trabajadores sanitarios. Las políticas de personal, de prevención de riesgos biológicos y de asistencia deben garantizar que los TSSP reciban la atención necesaria, reduciendo su carga viral y con ello la probabilidad de que supongan una fuente de transmisión para los pacientes.
7. Los trabajadores de la salud tienen obligación de procurar la seguridad del paciente en todo momento. Por tanto, si tienen prácticas de riesgo, si sospechan que puedan tener infección por VIH, VHB o VHC, deberán realizarse las pruebas serológicas necesarias para poder descartar este tipo de infecciones. Pueden acudir tanto a los servicios de Medicina Preventiva como de Riesgos Laborales en su lugar de trabajo o bien a cualquier centro sanitario autorizado.

8. Los profesionales sanitarios con infección por el VIH y/o virus de hepatitis B o C deberían recibir asesoramiento y seguimiento clínico por los especialistas que ellos mismos elijan, a quienes deberán informar de la actividad que realizan. Además, deben comprometerse a seguir los controles analíticos pertinentes incluyendo la monitorización de la carga viral, así como a cumplir con el tratamiento indicado y a consultar si se produce algún cambio en su estado de salud que pueda afectar a su actividad asistencial.
9. Si un paciente hubiera estado expuesto a la sangre de un trabajador sanitario (TS) infectado por un virus transmitido por la sangre, debe ser informado, protegiendo la intimidad del trabajador y se debe poner en marcha los protocolos diseñados para la profilaxis post exposición. El TS debe proporcionar la información necesaria sobre su situación de la infección a los responsables de la evaluación de riesgos.
10. Se recomienda la creación de una Comisión de Evaluación para el estudio individualizado de los TS con infecciones por virus transmitidos por sangre. Ésta debe estar formada por miembros del propio centro o área sanitaria o bien tener un ámbito más amplio, provincial o autonómico. Su composición debe incluir, al menos a un especialista en enfermedades infecciosas, un representante de Salud Pública, de Medicina Preventiva, de Riesgos Laborales, un técnico jurídico y responsables de la dirección o la gerencia. Así mismo debe considerarse la participación de las comisiones de seguridad de cada departamento o área de salud.

BORH