

Prevención de riesgos laborales y vigilancia de la salud en el ámbito médico.

Una asignatura pendiente

V. Martín Moreno^a, B. Catalán Alonso^b y P. Cecilia Cermeño^c

^aMédico de Familia. Centro de Salud Los Ángeles. Madrid. Secretario del sector de Atención Primaria de CESM - Médicos de Madrid.

^bMédico de Familia. SUMMA 112. Responsable de Salud Laboral de CESM - Médicos de Madrid.

^cMédico de Familia. Centro de Salud Princesa. Móstoles. Madrid. Secretaria de Acción Sindical de CESM - Médicos de Madrid.

FUNDAMENTO. El objetivo fue analizar el impacto referido sobre problemas de salud asociados con la actividad laboral médica, así como el conocimiento e implantación de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL).

MÉTODOS. Estudio descriptivo transversal realizado en áreas sanitarias de la Comunidad de Madrid con presencia de Delegados de Prevención. La información se obtuvo mediante encuesta anónima autocumplimentada, remitida a 2.338 médicos, que se agruparon en tres dispositivos: Atención Primaria (AP), Servicio Coordinador de Urgencias (SCU) y Dispositivos Asistenciales (DA) (UME, VIR, UAD, Refuerzos y SUAP).

RESULTADOS. Se obtuvieron 290 cuestionarios válidos (12,4%). La mayoría no habían sido informados sobre los aspectos relacionados con la seguridad y salud en su puesto de trabajo (AP: 79,9% [intervalo de confianza al 95% -IC 95%-0,7373; 0,8552]; DA: 82,5% [IC 95% 0,7206; 0,8996]; SCU: 87,5% [IC 95% 0,6165; 0,9845]), ni convocados a reconocimientos médicos (AP: 75,3% [IC 95% 0,6834; 0,8112], DA: 82,5% [IC 95% 0,7172; 0,8983] y SCU: 81,3% [IC 95% 0,5435; 0,9595]). Los problemas visuales fueron más frecuentes en AP y el SCU, los auditivos en el SCU y los osteomusculares entre las médicas de AP. Recibir una agresión verbal fue más frecuente en el SCU que en AP o DA y también recibirla de forma reiterada.

CONCLUSIONES. Entre los médicos la LPRL es poco conocida, siendo en parte responsable el Servicio Madrileño de Salud, que no ha asumido las competencias que le son propias (artículos 18.1 y 22 LPRL). Las diferencias entre dispositivos y con relación al género y la suma de problemas de salud en el SCU son los aspectos prioritarios a evaluar.

Palabras clave: riesgos laborales, salud laboral, Atención Primaria, servicio de Urgencias, trabajador sanitario, ergonomía, Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

BACKGROUND. The aim of this study was to analyze the impact referred to health problems associated with the medical labor activity, as well as the knowledge and introduction of the Law of Labor Risks Prevention (LLRP).

METHODS. Cross-sectional study, carried out in sanitary areas of the Regional Community of Madrid with the presence of Prevention Delegates. The information was obtained by anonymous and self-applied survey sent to 2,338 doctors grouped into three services: Primary Care (PC), Coordinating Service of Emergency (CSE) and Emergency Services (ES).

RESULTS. A total of 290 valid (12.4%) questionnaires were obtained. Most had not been informed about the aspects related with the security and health in their work position (PC: 79.9%; ES: 82.5%; CSE: 87.5%), nor had been summoned to medical examinations (PC: 75.3%, ES: 82.5% and CSE: 81.3%). Visual problems were more frequent in PC and CSE, auditory ones in CSE and musculoskeletal ones among the PC doctors. The doctors in the CSE group received more verbal aggression, and also more repeatedly, than those in PC or ES.

CONCLUSIONS. Among doctors, the Law of labor Risks Prevention is not well-known, the Madrid health Service being partly responsible as it has not assumed its responsibilities (articles 18.1 and 22 LLRP). The differences among services and in relation to gender in addition to the health problems in CSE are high-priority problems to evaluate.

Key words: occupational risk, occupational health, Primary Health Care, Emergency medicine, healthcare worker, ergonomics, Law of Labor Risks Prevention.

Correspondencia: V. Martín Moreno.
Centro de Salud Los Ángeles.

C/ Totanes, 3.
28041 Madrid.

Correo electrónico: amanvic@telefonica.net

Recibido el 23-10-06; aceptado para su publicación el 01-06-07.

INTRODUCCIÓN

Con la publicación de la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales¹ (LPRL) se establece un nuevo marco de actuación, basado en la evaluación de los riesgos laborales, entendiendo como tales no sólo los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales, sino también toda enfermedad relacionada con el trabajo. El objetivo planteado en la LPRL es proteger la salud de los trabajadores mediante la eliminación de dichos riesgos o, cuando esto no es posible, minimizando su impacto. La Evaluación de Riesgos pasa a configurarse como el componente esencial en este esquema de prevención, quedando definido su contenido en el Reglamento de los Servicios de Prevención².

A pesar del tiempo transcurrido desde su publicación en febrero de 1996, en opinión de los autores la ausencia de una adecuada asignación presupuestaria, que condicione los recursos humanos y materiales disponibles, junto con una escasa voluntad política de desarrollar sus contenidos, han limitado de forma ostensible su puesta en marcha efectiva³. Esta situación puede haberse visto favorecida porque probablemente los profesionales no han tenido hasta ahora una conciencia clara de su necesidad⁴.

En este entorno y tras una década de vigencia de la LPRL nos planteamos el siguiente estudio, cuyo objetivo fue analizar el impacto referido por los profesionales en relación a diversos problemas de salud asociados con la actividad laboral, valorando paralelamente el grado de implantación de las medidas previstas en dicha Ley y el nivel de conocimiento de los médicos hacia su contenido.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal, realizado en las Áreas Sanitarias donde el sindicato CESM-Médicos de Madrid tiene Delegados de Prevención de Riesgos Laborales (1, 3, 4, 6, 8 y SUMMA 112) durante julio y agosto de 2005. La muestra quedó conformada por los 2.338 médicos que componen la totalidad de la plantilla orgánica de las áreas sanitarias referidas (1.704) y SUMMA 112 (634).

La recogida de información se realizó mediante una encuesta anónima autocumplimentada. En ella, además de los datos sociodemográficos sexo, edad, estado civil, dispositivo y tipo de contrato laboral, se incluían preguntas que evaluaban el conocimiento de la LPRL y del Plan de Prevención y Atención ante Situaciones Conflictivas (Orden 212/2004, de 4 de marzo), así como otras que permitieran valorar aspectos relacionados con el entorno de trabajo o detectar necesidades sentidas en relación a problemas de salud asociados al trabajo⁵⁻⁹. Todas las preguntas eran cerradas, permitiendo una sola opción de respuesta entre las que se ofertaban. La encuesta fue pilotada en un grupo de trabajadores de cada dispositivo, obteniéndose, tras modificar dos preguntas, el modelo definitivo. Una vez cumplimentadas, los participantes debían introducir la encuesta en un sobre franqueado y remitirla a un apartado de Correos, donde se retiraban por personal administrativo y se trasladaban a una caja común. Finali-

zando el plazo de entrega se procedió a su apertura e introducción en una base de datos.

Por razones operativas, se distribuyó al conjunto de médicos en tres dispositivos: Atención Primaria (AP), que engloba a los médicos de familia adscritos a centros de salud o consultorios en las áreas mencionadas; Servicio Coordinador de Urgencias (SCU) y Dispositivos Asistenciales (DA). Para estos dos últimos, pertenecientes al SUMMA 112, el criterio fue la realización o no de actividad asistencial directa. Los DA engloban UME, VIR, UAD, Refuerzos y SUAP.

Para el procesamiento y análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS para Windows® (versión 10.0.7; SPSS Inc. Chicago, EE. UU.). Las variables cualitativas analizadas se compararon mediante la prueba Chi cuadrado (χ^2); cuando los resultados obtenidos o el tamaño de muestras parciales lo aconsejó se utilizó la probabilidad exacta de Fisher y Yates. El límite de significación estadística fue $p < 0,05$.

RESULTADOS

El número de cuestionarios válidos fue de 290 (12,4%). Dentro de los indicadores sociodemográficos (tabla 1) se observó que el número de mujeres era mayor en el dispositivo AP que en el resto de dispositivos ($p < 0,001$), así como que en los dispositivos AP y DA el 50% de los médicos tenía más de 40 años, porcentaje que se elevaba al 87,5% entre los médicos del SCU. Respecto al estado civil, el número de médicos solteros-separados fue mayor ($\chi^2 = 37,11$; $p < 0,001$) en el SUMMA 112 (SCU y DA) que en AP. Por último, la situación laboral que predominaba en los tres dispositivos era la de interino (tabla 1).

Tabla 1. Indicadores sociodemográficos por tipo de dispositivo del Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Madrid

Indicadores sociodemográficos			
Indicador	Atención Primaria	Servicio Coordinador de Urgencias*	Dispositivos Asistenciales*
Sexo			
Varón	62	6	47
Mujer	132	10	33
Edad			
≤ de 30	10	0	5
De 31 a 40	90	2	35
De 41 a 50	83	12	33
Mayor de 50	11	2	7
Estado civil			
Soltero	39	8	40
Casado	136	3	29
Separado o divorciado	7	3	5
Pareja de hecho	10	0	5
Viudo	2	0	0
Tipo de contrato laboral			
Interino	127	16	56
Propietario	41	0	7
Suplente	22	0	4
Refuerzo	1	0	6

*El Servicio Coordinador de Urgencias y los Dispositivos Asistenciales (UME, VIR, UAD, Refuerzos y SUAP) están integrados en el SUMMA 112.

Tabla 2. Nivel de información sobre la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales y la Orden 212/2004 entre los médicos del Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Madrid y grado de implantación de medidas previstas en dichas normativas

Evaluación y Prevención de Riesgos Laborales I									
Dispositivo	Atención Primaria			Servicio Coordinador de Urgencias			Dispositivos Asistenciales		
Pregunta	Sí	No	NC	Sí	No	NC	Sí	No	NC
¿Te han informado sobre los aspectos relacionados con la seguridad y salud en tu puesto de trabajo?	39	155	0	13	66	1	2	14	16
¿Conoces lo que es una Evaluación de Riesgos?	71	100	23	30	47	3	8	8	0
¿Has sido convocado a reconocimientos médicos por parte de tu empresa?	46	146	2	12	66	2	3	13	0
Ante problemas de salud relacionados con tu puesto de trabajo, ¿sabes dónde y a quién dirigirte?	82	110	2	26	47	7	9	7	0
¿Conoces el Plan de Prevención y Atención ante Situaciones Conflictivas que debe existir en tu área sanitaria? (Orden 212/2004, de 4 de marzo)	36	135	23	5	74	1	2	14	0
¿Están instaladas en tu centro de trabajo las medidas previstas en dicho Plan?	13	100	81	1	65	14	1	12	3
NC: no contesta.									

Tanto en AP (79,9%; intervalo de confianza al 95% [IC 95%] 0,7373; 0,8552), como en los DA (82,5%; IC 95% 0,7206; 0,8996) y SCU (87,5%; IC 95% 0,6165; 0,9845) la mayoría refirieron no haber sido informados sobre los aspectos relacionados con la seguridad y salud en su puesto de trabajo, siendo similar en cada dispositivo (el 75,3%, el 82,5% y el 81,3%, con IC 95% 0,6834; 0,8112, IC 95% 0,7172; 0,8983, e IC 95% 0,5435; 0,9595, respectivamente) el porcentaje de los que refirieron no haber sido convocados a reconocimientos médicos por parte de su empresa (tabla 2).

Analizando aspectos asociados a la seguridad y salud en el puesto de trabajo, como la utilización de medios informáticos en los dispositivos AP y SCU, se observó que para el 88,1% (IC 95% 0,8248; 0,9221) y el 93,8% (IC 95% 0,6977; 0,9984) de los médicos de estos dispositivos la vigilancia de la salud proporcionada por la empresa no incluía reconocimientos periódicos donde se tuvieran en cuenta los problemas visuales, manifestando el 100% y el 93,8% (IC 95% 0,6977; 0,9984) de ellos que no se les había ofertado un examen oftalmológico antes de comenzar a trabajar con la pantalla de visualización de datos (tabla 3). Este resultado contrasta con la impresión que tienen esos mismos médicos sobre la presencia de problemas visuales probablemente relacionados con su actividad laboral, ya que el 35,1% (IC 95% 0,2841; 0,4280) y el 68,8% (IC 95% 0,4190; 0,9161) de ellos refirieron haberlos tenido en el último año, y con el hecho de ser un problema sentido en mayor medida por los médicos de AP ($p < 0,0001$) y SCU ($p < 0,0001$) que entre los de los DA (tabla 3), que no utilizan medios informáticos y donde los presentó el 7,5% (6).

Respecto a la pantalla de visualización de datos en AP y SCU, su posición actual no evitaba reflejos para el 61,3% y el 68,8% de los médicos, siendo este factor más relevante entre las mujeres ($p = 0,004$) (tabla 4).

Respecto a la mesa de trabajo, los médicos del SCU consideraron en mayor medida que los de AP (62,5% [10]

frente al 31,4% [61]) que no tenían dimensiones suficientes para colocar el material utilizado ($p = 0,022$), así como que no tenían espacio suficiente para poder reposar el antebrazo (56,3% [9] frente a 27,3% [53]; $p = 0,038$). Aunque la existencia de limitaciones de espacio para acceder a su puesto de trabajo y/o levantarse-sentarse era sentida en mayor medida por los profesionales de AP (30,9% [60] frente al 12,5% [2]), las diferencias no fueron significativas (tabla 4). Por último, para el 33% (64) y el 37,5% (6) la silla de trabajo no permitía mantener una posición estable (exenta de desplazamientos involuntarios, balanceos, riesgo de caídas, etc.), mientras que el 80,9% (157) de los médicos de AP y el 100% (16) de los del SCU refirieron no tener almohadilla para reposar la muñeca. En este mismo campo y dentro de AP, la mayoría de los médicos consideraron que el programa informático utilizado se adaptaba a las tareas que debían realizar (59,8% [116]), era fácil de utilizar (62,4% [121]), no se habían sentido inseguros en su manejo (57,7% [112]) y no les había generado problemas en la relación médico-paciente (50% [97]), aunque a muchos de ellos sí les había generado un aumento en la carga de trabajo (47,4% [92]) y una mayoría (60,8% [118]) consideraba que la empresa no le había formado adecuadamente para manejarlo. En la valoración del programa las mujeres, independientemente del grupo etario, consideraron en mayor medida que los varones que era fácil de utilizar ($p = 0,005$) y se sentían más seguras en su manejo ($p = 0,045$).

Además de la utilización de medios informáticos, otras actividades laborales también puede ser fuente de problemas de salud. Por este motivo se analizó el impacto referido por los profesionales para diversas patologías asociadas a la actividad laboral y la actitud a nivel de prevención realizada por la empresa, vistos ambos desde el punto de vista del trabajador.

En este sentido, ante la pregunta de si “la vigilancia de la salud proporcionada por tu empresa ¿incluye reconocimientos periódicos donde se tiene en cuenta problemas

Tabla 3. Evaluación de los riesgos laborales asociados al puesto de trabajo entre los médicos del Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Madrid y de la implantación de las medidas preventivas recogidas en la Ley 31/1995 y normativa posterior que la desarrolla

Evaluación y Prevención de Riesgos Laborales II									
Dispositivo	Atención Primaria			Servicio Coordinador de Urgencias			Dispositivos Asistenciales		
Pregunta	Sí	No	NC	Sí	No	NC	Sí	No	NC
La vigilancia de la salud proporcionada por tu empresa, ¿incluye reconocimientos periódicos donde se tiene en cuenta los problemas visuales?	4	171	19	1	15	0	1	56	23
Antes de comenzar a trabajar con la pantalla de visualización de datos, ¿te han ofertado un examen oftalmológico?	0	194	0	1	15	0	–	–	–
¿Has tenido el último año problemas de salud probablemente relacionados con tu actividad laboral: visuales?	68	115	11	11	3	2	6	52	22
La vigilancia de la salud proporcionada por tu empresa, ¿incluye reconocimientos periódicos donde se tiene en cuenta los problemas músculo-esqueléticos?	5	171	18	1	15	0	1	55	24
¿Has tenido el último año problemas de salud osteomusculares probablemente relacionados con tu actividad laboral?	116	74	4	13	2	1	41	28	11
La vigilancia de la salud proporcionada por tu empresa, ¿incluye reconocimientos periódicos donde se tiene en cuenta la fatiga mental?	2	173	18	1	15	0	0	56	24
¿Has tenido el último año problemas de salud psíquicos probablemente relacionados con tu actividad laboral?	73	113	8	6	5	5	23	44	13
¿Has tenido el último año problemas de salud auditivos probablemente relacionados con tu actividad laboral?	3	174	17	8	5	3	8	48	24
¿Has tenido el último año problemas de salud probablemente relacionados con tu actividad laboral: accidentes biológicos?	10	168	16	0	11	3	4	51	25
¿Has tenido el último año problemas de salud probablemente relacionados con tu actividad laboral: enfermedades cardiovasculares?	7	172	15	2	10	4	3	53	24
NC: no contesta.									

Tabla 4. Evaluación de riesgos laborales asociados al puesto de trabajo entre los médicos del Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Madrid. Ergonomía

Ergonomía							
Dispositivo	Atención Primaria			Servicio Coordinador de Urgencias			
Pregunta	Sí	No	NC	Sí	No	NC	
¿La posición de tu pantalla evita reflejos?	74	119	1	3	11	2	
¿La pantalla es orientable e inclinable?	140	52	2	15	1	0	
¿Tienes almohadilla para reposar la muñeca?	37	157	0	0	16	0	
¿La mesa de trabajo tiene dimensiones suficientes para colocar el material que utilizas?	120	61	13	6	10	0	
¿La mesa de trabajo tiene dimensiones suficientes para poder reposar el antebrazo?	119	53	22	7	9	0	
¿Tu silla de trabajo te permite una posición estable (exenta de desplazamientos involuntarios, balanceos, riesgos de caídas, etc.)?	116	64	14	10	6	0	
¿Dispones de espacio suficiente en torno a tu puesto trabajo para acceder al mismo, así como para levantarte y sentarse sin dificultad?	120	60	14	14	2	0	
NC: no contesta.							

músculo-esqueléticos?”, la respuesta mayoritaria tanto en AP (88,1%; IC 95% 0,8204, 0,9233) como en los DA (68,8%, IC 95% 0,5590, 0,8122) o el SCU (93,8%; IC 95% 0,6977, 0,9984) fue que no (tabla 3).

Sin embargo, cuando se preguntó a los médicos de estos dispositivos “¿has tenido el último año problemas de salud osteomusculares relacionados con tu actividad laboral?”, la respuesta fue afirmativa en el 59,8% (0,5249; 0,6698), el 51,3% (0,3903; 0,6378) y el 81,3% (0,5191; 0,9567), respectivamente, observándose que en AP este

problema afectaba en mayor medida a las mujeres que a los varones ($p = 0,003$).

También se observaron diferencias entre dispositivos ($\chi^2 = 64,58$; $p < 0,0001$) en relación a la presencia de problemas auditivos probablemente relacionados con la actividad laboral (tabla 3), de forma que el número de médicos que refirieron haberlos tenido en el último año fue mayor en el SCU (50%; IC 95% 0,2513, 0,8078) que en AP (1,5%; IC 95% 0,0035, 0,0493) y los DA (10%; IC 95% 0,0403, 0,2188), observándose también que este

problema de salud afectaba sobre todo a los varones ($p = 0,007$).

Otro parámetro evaluable dentro de la vigilancia de la salud, la fatiga mental, no estaba incluido en los reconocimientos periódicos que debería proporcionar la empresa para el 89,6% (173) de los médicos de AP, el 70% (56) de los médicos de los DA y el 93,8% (15) de los del SCU.

Respecto a problemas psíquicos asociados a la actividad laboral, el 37,6% (73) de los médicos en AP, el 28,8% (23) en los DA y el 37,5% (6) en el SCU refirieron haberlos tenido en el último año, mientras que los accidentes biológicos y las enfermedades cardiovasculares en relación a la actividad laboral fueron declaradas en menor medida (tabla 3).

También se valoró, dentro de la prevención de riesgos relacionados con la actividad laboral, el impacto referido por los médicos sobre agresiones. Respectivamente para AP, DA y SCU, el 55,2% (0,4721, 0,6278), el 71,3% (0,6047, 0,8141) y el 81,3% (0,4920, 0,9534) de los médicos refirieron haber recibido algún tipo de amenaza verbal durante el desempeño de su actividad en el último año, siendo las diferencias entre SCU y AP ($\chi^2 = 36,36$; $p < 0,0001$) y entre SCU y DA ($\chi^2 = 15,3$; $p < 0,0001$) significativas, aunque no entre DA y AP. El 21,6% (42), el 47,5% (38) y el 12,5% (2) no contestaron a esta pregunta. Entre los que declararon haber recibido amenazas verbales, el 4,6% (9), el 47,5% (38) y el 56,3% (9) refirieron haber recibido más de 9 amenazas en el último año, siendo significativa la diferencia entre el SCU y el resto de dispositivos ($\chi^2 = 36,52$; $p < 0,0001$).

En relación a las agresiones físicas, el 9,3% (0,0520, 0,1516) y el 12,5% (0,0398, 0,2563) de los médicos de AP y DA manifestaron haber recibido en el último año algún tipo de agresión física, mientras que los médicos del SCU no refirieron haber sido objeto de este tipo de agresión. No se observaron diferencias significativas entre dispositivos.

De forma específica para el SCU, para el 93,8% (15) de los médicos el nivel de ruido ambiental existente le dificultaba la comunicación o la atención en su trabajo, mientras que para otro 75% (12) el tipo de actividad realizada no le permitía seguir su propio ritmo de trabajo y hacer pequeñas pausas voluntarias para prevenir la fatiga.

Por último, en relación a hábitos potencialmente no saludables, se observó que, dentro de cada dispositivo (AP, DA y SCU), el 20,1% (39), el 21,3% (17) y el 31,3% (5) de los médicos fumaban habitualmente, porcentajes que fueron del 6,2% (12), el 5% (4) y el 0%, respectivamente, respecto al consumo diario de alcohol, que fue más frecuente entre los varones ($p < 0,0001$). En esta última pregunta, el 40,2% (78), el 57,5% (46) y el 43,75% (7) no respondieron.

Como objetivo planteado en el estudio, el análisis del nivel de conocimiento de las medidas contempladas en la LPRL y normativa posterior que la desarrolla permitió observar que el 51,5% (100) de los médicos de AP, el 58,8% (47) de los médicos de los DA y el 50% (8) de los médicos del SCU referían no conocer lo que es una evaluación

de riesgos, así como que el 56,7% (110), el 58,8% (47) y el 43,8% (7) de ellos, respectivamente, no sabían a dónde o a quién dirigirse ante problemas de salud relacionados con su puesto de trabajo (tabla 2).

Respecto al Plan de Prevención y Atención ante Situaciones Conflictivas (Orden 212/2004), el 69,6% (135), el 92,5% (74) y el 87,5% (14) de los médicos de estos dispositivos refirieron no conocer dicho Plan, no estando las medidas previstas en él instaladas en los centros de trabajo para el 51,5% (100), el 81,3% (65) y el 75% (14) de ellos, respectivamente (tabla 2).

Dentro de los que refieren haber tenido algún problema de salud probablemente relacionado con su actividad laboral, el 2,1% (4) de los médicos de AP, el 2,5% (2) de los médicos de los DA y el 6,3% (1) de los médicos del SCU lo comunicaron al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales.

DISCUSIÓN

Diversos factores han podido influir en el bajo índice de participación observado, como la realización del estudio en meses coincidentes con el periodo vacacional estival, que probablemente sea uno de los más relevantes, sin olvidar que la motivación a responder una encuesta sobre un tema que no se conoce también puede afectar negativamente. La utilización como muestra de la totalidad del personal que figura en plantilla orgánica en lugar de una muestra de dicho personal también ha podido contribuir al resultado obtenido.

Aunque el índice de participación es similar al reflejado por otros autores para este tipo de estudios¹⁰⁻¹², la escasa participación condiciona que los resultados obtenidos no puedan ser extrapolados al conjunto del sistema sanitario público de la Comunidad de Madrid. Pero su análisis sí puede permitir detectar oportunidades de mejora en la aplicación en el ámbito médico de la LPRL. Toma de contacto que adquiere mayor relevancia si tenemos en cuenta el escaso número de trabajos realizados sobre este tema¹³.

Analizando estos resultados se observa que una de las principales aportaciones es mostrar que a pesar de haber transcurrido diez años desde de la entrada en vigor de la LPRL, la implantación de las medidas previstas en ella prácticamente no se ha llevado a cabo en el ámbito médico de la sanidad pública madrileña.

Consecuencia de ello, o en relación directa con este resultado, es que existe un preocupante desconocimiento entre los médicos sobre los contenidos de dicha Ley, ya que la mitad o algo más de la mitad de ellos, según el dispositivo, desconoce lo que es una evaluación de riesgos y la mayoría no sabe a dónde o a quién dirigirse ante problemas de salud relacionados con su puesto de trabajo.

Y tampoco es conocida por la mayoría de los médicos la normativa que desarrolla la LPRL, como el Plan de Prevención y Atención ante Situaciones Conflictivas (Orden 212/2004), desconocimiento que puede posibilitar situaciones de desamparo ante una agresión. Este hecho cobra mayor relevancia si tenemos en cuenta la frecuencia referi-

da de agresiones y si se confirma que, como apunta la mayoría, las medidas preventivas previstas en dicho Plan no están instaladas en su centro de trabajo.

De este desconocimiento también es responsable la empresa, que probablemente no ha asumido las competencias que le son propias, ya que los médicos refieren de forma ampliamente mayoritaria no haber sido informados sobre los aspectos relacionados con la seguridad y salud en su puesto de trabajo (art. 18.1 LPRL), así como no haber sido convocados a reconocimientos médicos (art. 22 LPRL).

Este estudio sugiere, además, que el dispositivo donde se trabaja y el género tienen un papel relevante en la génesis de problemas de salud, así como que existe un acúmulo de problemas referidos de salud en algunos dispositivos (SCU).

Así, los problemas visuales son sentidos en mayor medida por los médicos de AP y el SCU que por los de los DA, contrastando que a pesar de que un elevado porcentaje de médicos refiere haberlo padecido en el último año, prácticamente a ninguno de ellos se le había ofertado un examen oftalmológico antes de comenzar a trabajar con la pantalla de visualización de datos, situación que contradice lo dispuesto en el Real Decreto 488/1997⁵.

Junto con los problemas visuales, los médicos del SCU refieren con mayor frecuencia que los de otros dispositivos problemas auditivos, sobre todo los varones. En su génesis podría tener un papel relevante el elevado nivel de ruido ambiental sentido por los profesionales que desempeñan su actividad en dicho ámbito, que dificulta para la casi totalidad de ellos la comunicación o la atención en su trabajo⁶. Si a estos factores asociamos la ausencia de tiempos muertos para evitar la fatiga y el nivel de agresión que sufren, el resultado es un colectivo vulnerable al estrés y al *burnout*^{14,15}.

La probabilidad de sufrir una agresión, su frecuencia e incluso el tipo de agresión podría así estar asociada al tipo de trabajo, ya que es mucho más frecuente sufrir una agresión verbal siendo trabajador del SCU que de AP o de un DA, y sufrirla de forma más reiterada. En cualquier caso, el resultado observado es elevado, tanto en las verbales como en las físicas, no pudiendo descartarse que la escasa implantación de las medidas contempladas en el Plan de Prevención y Atención ante Situaciones Conflictivas pueda estar condicionando de forma negativa estos resultados.

Por otro lado, se puede estar dando en muchos profesionales la introspección de que la agresión verbal es casi inherente al puesto de trabajo, sobre todo en los dispositivos DA y SCU, favoreciendo que una gran parte de las agresiones verbales recibidas no sean transmitidas. Esta situación, que genera estrés y puede contribuir al *burnout*, debería ser mejorada con una adecuada formación en el manejo de situaciones conflictivas, sin olvidar su evaluación como riesgo laboral.

Llama también la atención entre los resultados obtenidos el hecho de que el número de solteros/separados sea mayor entre los médicos del SCU y de los DA que entre los médicos de AP, sobre todo si tenemos en cuenta que la ma-

yoría de ellos tiene más de 40 años. Aunque no puede descartarse que este tipo de puestos de trabajo sea seleccionado por profesionales que reúnen previamente estas características, este resultado también debería ser analizado, ya que se puede estar traduciendo en problemas a la hora de conciliar la vida laboral y familiar y/o podría condicionar problemas de salud a estos colectivos médicos.

Respecto a la utilización de medios informáticos, la visión aportada por los profesionales permite sugerir que también en este aspecto se está incumpliendo la normativa, ya que para una mayoría de profesionales la posición de la pantalla de visualización de datos no evita reflejos, favoreciendo los problemas visuales, y no disponen de almohadilla para reposar la muñeca, lo que favorece los problemas neurológicos⁹ y osteomusculares⁶⁻⁸. Y tampoco se cumple adecuadamente en relación al mobiliario en el SCU, donde las dimensiones de la mesa de trabajo no son las adecuadas para permitir colocar adecuadamente el material utilizado, o para poder reposar el antebrazo^{7,9}.

La ausencia de una adecuada formación por parte de la empresa en el manejo de las herramientas informáticas¹⁶ y equipos, además de ser fuente de problemas de salud, incumple el artículo 19 de la LPRL. Pero además genera un aumento en la carga de trabajo, que, junto con las incomodidades físicas mencionadas, afecta negativamente a la calidad de vida profesional¹⁷.

Por último, en el ámbito de la AP los problemas osteomusculares son referidos en mayor medida por las mujeres, por lo que debería realizarse una evaluación de las causas que condicionan este problema.

Como resumen, este estudio pone de manifiesto que entre los médicos hay un importante desconocimiento de la LPRL. Aunque la ausencia de una cultura en la prevención de los riesgos laborales inherentes a su profesión, más allá de los estrictamente infecciosos, o la subestimación de los riesgos¹⁸ puede estar contribuyendo al mantenimiento de la situación actual, la responsabilidad última en el desarrollo de la LPRL corresponde a la Administración sanitaria, que debe adoptar un papel más activo que el realizado hasta ahora³. En esta línea, el trabajo de los Delegados de Prevención, como agentes activos que fomenten el cumplimiento de la LPRL y faciliten su difusión (art. 18.1 LPRL) cobra un papel relevante, debiendo tomar nota de las deficiencias apuntadas en este estudio para contribuir a su resolución¹⁹.

En la situación actual, la ausencia de canales de comunicación o la no difusión de su existencia hace que las necesidades de salud sentidas por numerosos profesionales no encuentren respuesta en los Servicios de Prevención o en la Administración sanitaria, contribuyendo con ello a su perpetuación y vulnerando el espíritu de la Ley (art. 14 LPRL)^{1,4}.

Por otro lado, la suma de problemas de salud en el SCU recomienda la realización de una evaluación de riesgos con carácter prioritario²⁰.

También las diferencias detectadas entre dispositivos y con relación al género aconsejan que el diseño de las evaluaciones de riesgos tenga en cuenta estos aspectos y se

adapte no sólo a las características del ámbito laboral, sino también a las de sus profesionales²¹. Por ello, estos resultados deberían ser tomados en consideración por los Servicios de Prevención y por los responsables en la planificación de los centros sanitarios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.
2. Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención.
3. Mancheno Potenciano MC, Izquierdo García M, Luna Lozano M, Morán Barrero P, Sanz García RM. Las evaluaciones de riesgos laborales en Madrid. Análisis, deficiencias y propuestas. CC.OO. Colección Estudios. Madrid: Ediciones GPS-Madrid; 2002.
4. García AM, Benavides FG. Objetivo 25: Mejorar la salud laboral. En: Informe SESPAS 2000. La salud pública. Nuevos desafíos ante un nuevo siglo. Granada: Edita: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2000.
5. Real Decreto 488/1997, de 14 de abril, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas al trabajo con equipos que incluyen pantallas de visualización. BOE n.º 97 de 23 de abril.
6. Uña Gorospe MA, García Martínez de Ibarreta E, Betegón Hernando A. Protocolos de vigilancia sanitaria específica. Ruido. Comisión de Salud Pública. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2000.
7. Cilveti Gubía S, Idoate García V. Protocolos de vigilancia sanitaria específica. Posturas forzadas. Comisión de Salud Pública. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2000.
8. Martín Zurimendi M, Elola Oyarzabal MB, de la Peña Cuadrado JI, Martínez Castillo A. Protocolos de vigilancia sanitaria específica. Pantallas de visualización de datos. Comisión de Salud Pública. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1999.
9. Delgado Bona G, Gállego Culleré J, Martínez Lage P, Lázcoz Rojas JL. Protocolos de vigilancia sanitaria específica. Neuropatías por presión. Comisión de Salud Pública. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2000.
10. Bonada A, Gómez-Gener A, Boj M, Salvador P, Salas-Salvado J. ¿Conocen los médicos la nutrición enteral domiciliaria? Encuesta de opinión en la provincia de Tarragona. Nutr Hosp. 2003;18:336-40.
11. García AJ, Martos F, Leiva F, Sánchez de la Cuesta F. Genéricos: ¿buenos o malos? Conocimientos y actitudes de los médicos ante los medicamentos genéricos. Gac Sanit. 2003;17:144-9.
12. McColl E, Jacoby A, Thomas L, Soutter J, Bamford C, Steen N, et al. Design and use of questionnaires: a review of best practice applicable to surveys of health service staff and patients. Health Technol Assess. 2001;5:1-256.
13. Escudero Rodríguez R. Legislación y prevención de riesgos laborales en el sector sanitario. Rev Adm Sanit. 2004;2:557-72.
14. Peiró JM. El estrés laboral: una perspectiva individual y colectiva. Prevención, Trabajo y Salud. 2001;13:18-38.
15. Casas J, Repullo JR, Lorenzo S. Estrés laboral en el medio sanitario y estrategias adaptativas de afrontamiento. Rev Calidad Asistencial. 2002;17:237-46.
16. Montesinos Alonso A. Editorial: Los profesionales sanitarios de Atención Primaria ante las nuevas tecnologías. Centro de Salud. 2001;6:353-6.
17. Sánchez González R, Álvarez Nido R, Lorenzo Borda S. Calidad de vida profesional de los trabajadores de Atención Primaria del Área 10 de Madrid. Medifam. 2003;13:291-6.
18. Menéndez A. El papel del conocimiento experto en la gestión y percepción de los riesgos laborales. Arch Prev Riesgos Labor. 2003;6:158-65.
19. Boix P, Uberti-Bona V, Gadea R. Guía del Delegado y Delegada de Prevención. CC.OO. Madrid: Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (ISTAS); 2000.
20. Sevilla Pérez F. La legislación española ante la prevención. Rev Adm Sanit. 2004;2:545-7.
21. Artazcoz L. La salud laboral ante los retos de la nueva economía. Gac Sanit. 2002;16:459-61.