Localizador web
Artículo 191.553

Percepción del personal médico de atención primaria de salud acerca de sus funciones, formación y conocimientos en materia de salud laboral

Miguel Santibáñez Margüello[a,b], Eduardo Alonso Echabe[a], Gonzalo Tamayo Medel[c], Francisco Bolumar Montrull[d] y Jesús Vioque López[a]

Objetivos. Evaluar la percepción que el profesional médico de atención primaria de salud (PMAPS) tiene sobre sus funciones en prevención de riesgos laborales (PRL), así como sus conocimientos y habilidades en materia de salud laboral (SL).
Diseño. Estudio descriptivo, transversal.
Emplazamiento. Departamento de Salud 20 de la provincia de Alicante.
Participantes. Todos los PMAPS (n = 104), con una participación del 80% (n = 83).
Mediciones principales. Los participantes autocumplimentaron un cuestionario específicamente desarrollado para el estudio. Se establecieron 16 cuestiones que abarcaban funciones en PRL y capacitación para desarrollarlas, así como cantidad y utilidad de formación recibidas en materia de SL.
Resultados. El PMAPS no percibe que tenga funciones en materia de PRL (mediana [Me], 2; rango intercuartílico [RI], 1-3). En mayor medida se consideró capacitado para identificar el origen laboral o no de una enfermedad atendida en su consulta (Me, 3; RI, 3-4). La formación en SL durante la licenciatura de medicina junto con la vía MIR se han identificado como las de menor cuantía (el 55,4 y el 60% de los entrevistados puntuaron en el valor 1 del cuestionario). EL PMAPS claramente ha considerado que una mayor formación en SL le ayudaría en su actividad diaria profesional; se obtuvieron puntuaciones de tipo alto (opciones de respuesta mayores o iguales a 4) en más del 70% de los entrevistados.
Conclusiones. Es necesario que se fomente la formación en SL para que el PMAPS se sienta parte integrante del personal sanitario con funciones en PRL y pueda adquirir los conocimientos y habilidades necesarios en materia de SL para su práctica médica habitual.

Palabras clave: Atención primaria. Salud laboral. Educación médica.

PERCEPTION OF PRIMARY HEALTH CARE MEDICAL STAFF OF THEIR FUNCTIONS, AND TRAINING AND KNOWLEDGE IN OCCUPATIONAL HEALTH

Objectives. To evaluate the perception of primary health care medical staff (PHCMS) have on their functions in occupational risk prevention (ORP), as well as their knowledge and skills on the subject of occupational health (OH).
Design. Descriptive cross-sectional study.
Setting. Health Department 20 of Alicante province, Spain.
Participants. All PHCMS (N=104), with a participation of 80% (N=83).
Primary Measurements. The participants self-completed a questionnaire specifically developed for the study. Sixteen questions were established and covered functions in ORP and skills for developing them, as well as the amount and usefulness of training received on the subject of OH.
Results. The PHCMS did not perceive that they had functions as regards ORP (median [Me], 2; interquartile range [IR], 1-3). To a greater extent they considered themselves capable of identifying whether an illness seen in their clinic was of work origin or not (Me, 3; IR, 3-4). Training in OH as a medical student and in their medical internship (MIR) was identified as of minor importance (55.4% and 60%, respectively, of those surveyed scored a value of 1 in the questionnaire). The PHCMS obviously considered that better training in OH would help them in their daily professional activity. High scores were obtained for this (response options greater than or equal to 4) in more than 70% of the interviewees.
Conclusions. Training in OH must be encouraged so that PHCMS are seen to be health personnel with functions in ORP and are able to acquire the necessary knowledge and skills in OH for their routine medical practice.

Key words: Primary care. Occupational health. Medical education.

English version available at
www.doyma.es/231.341

A este artículo sigue un comentario editorial (pág. 12)

[a]Conselleria de Sanitat. Centro de Salud Pública de Elche. Elche. Alicante. España.
[b]Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad Miguel Hernández. Alicante. España.
[c]Servicio de Anestesiología y Reanimación. Hospital de Cruces. Barakaldo. Vizcaya. España.
[d]Departamento de Ciencias Sanitarias y Médico-Sociales. Universidad de Alcalá. Alcalá de Henares. Madrid. España.

Este estudio ha sido financiado parcialmente con una ayuda concedida por la Fundación Bienvenida Navarro-Luciano Trípodi (Convocatoria de Premios y Becas para proyectos de investigación, curso 2005-2006).

Correspondencia: Dr. M. Santibáñez Margüello.
Unidad de SL. Centro de Salud Pública de Elche.
Antonio Mora Ferrández, 51.
03202 Elche. Alicante. España.
Correo electrónico:
santibanyez_mig@gva.es

Manuscrito recibido el 31-1-2007.
Manuscrito aceptado para su publicación el 2-4-2007.

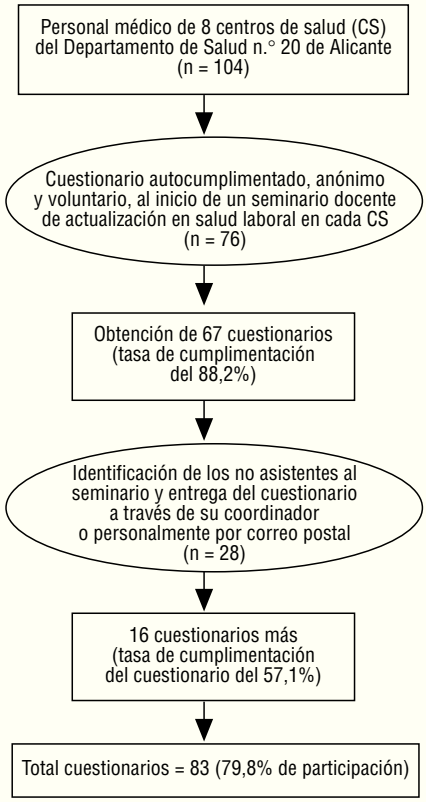
Introducción

Se ha señalado que el 83% de las enfermedades laborales (enfermedades en cuya causa o evolución intervienen las condiciones de trabajo) no son reconocidas en los registros oficiales[1]. A consecuencia de ello muchos trabajadores que tienen enfermedades derivadas del trabajo son atendidos por el profesional médico de atención primaria de salud (PMAPS) del Sistema Público de Salud. En este sentido se ha publicado que el 15,9% de las bajas que atiende el PMAPS realmente serían enfermedades laborales, lo cual implicaría un coste extra de 438 millones de euros al Sistema Público de Salud[2].

Por otro lado, si el PMAPS no incide en la etiología laboral que ocasiona las enfermedades, éstas no mejorarán. Valga como ejemplo concreto el caso de una mujer en la que se confundieron los efectos cardiotóxicos de disolventes orgánicos como exposición laboral con una angina de pecho[3]. Esto cobra más importancia si cabe, si consideramos además que ciertos colectivos, como los trabajadores domiciliarios o de la economía sumergida e incluso los desempleados o los aprendices, escapan al sistema oficial de prevención de riesgos laborales (PRL).

El PMAPS tiene, pues, importantes funciones en PRL: tiene un papel fundamental para ayudar a hacer visibles las enfermedades laborales, todavía más importante, si cabe, tras la reciente publicación del nuevo Real Decreto relativo a las enfermedades profesionales, en cuyo artículo 5 se establece que el PMAPS, ante la sospecha del origen profesional de una patología, debe comunicarlo a través de un organismo intermedio aún sin determinar, a la entidad gestora y a la entidad colaboradora de la Seguridad Social o MATEPSS correspondiente[4]; tiene un papel como clínico de cara a incidir en la etiología laboral de las enfermedades de sus pacientes para instaurar el tratamiento adecuado, y además la Ley de Prevención de Riesgos Laborales en su artículo 26, junto con el artículo 114 de la Ley General de la Seguridad Social, le otorga un papel en cuanto a la protección de la maternidad frente a los riesgos laborales, pues ha de hacer un informe en el que se indique la situación de embarazo (semana de gestación y su curso clínico) y si las condiciones del puesto de trabajo desempeñado pueden influir negativamente en la salud de la trabajadora embarazada o del feto para que la trabajadora pueda solicitar el subsidio de riesgo durante el embarazo[5,6].

Para dar cumplimiento a estas funciones, es necesario que el PMAPS haya adquirido los conocimientos o habilidades necesarios en materia de SL, y para la adquisición de estos conocimientos o habilidades es necesaria una formación previa bien sea en la licenciatura, durante su formación MIR o bien como formación posgrado.



Esquema general del estudio

Distribución de la población analizada.

Los objetivos del presente estudio han sido: evaluar el nivel autopercibido de conocimientos que el PMAPS tiene sobre SL y sobre sus funciones en PRL; evaluar la cantidad y la utilidad de la formación en materia de SL que ha recibido el PMAPS; identificar las vías más adecuadas por las que se debería fomentar la formación en esta materia en el PMAPS.

Métodos

El estudio se desarrolló con todos los médicos y médicas (tanto especialistas en medicina familiar y comunitaria como médicos generales) que formaban parte de la plantilla de los 8 centros de salud (CS) de un departamento de salud de la provincia de Alicante. En abril-junio de 2006 se les distribuyó un cuestionario para autocumplimentar, anónimo y de carácter voluntario, al inicio de un seminario docente de actualización en SL en cada CS. Asimismo, a los médicos no asistentes a estos seminarios se les entregó el cuestionario a través de su coordinador médico o personalmente por correo postal. De un total de 104 médicos, se obtuvieron 83 ejemplares de cuestionario (el 79,8% de participación), 67 el día de los semimarios y 16 con posterioridad. El cuestionario fue elaborado siguiendo consideraciones básicas

descritas en publicaciones[7,8] y sobre la base de otros cuestionarios con objetivos similares aplicados con éxito[9,10]. Su contenido fue valorado positivamente por expertos (Francisco Bolumar y Gonzalo Tamayo). Finalmente, de cara a probar su viabilidad, se aplicó en una prueba piloto.

En la primera página del cuestionario se explicaba que el objetivo era conocer la percepción que como médicos de APS tenían en materia de SL, animándoles a que lo leyeran y rellenaran con sinceridad y detenimiento, dejándoles para ello todo el tiempo que fuera necesario.

Cuatro cuestiones (variables independientes) hacían referencia al país en el que se licenció, el año en que acabó la carrera, si era especialista en medicina familiar y comunitaria por la vía MIR y año en que la acabó, así como los años de experiencia.

Otras 15 cuestiones se establecieron como variables dependientes con una posible respuesta a escoger entre los valores 1 a 6. Se señaló que 6 representaba la máxima puntuación y 1, la mínima. Los factores que se evaluaron mediante estas preguntas aparecen reflejados en la tabla 1.

Se calcularon los distintos porcentajes de opciones de respuesta y cuartiles para cada ítem, y estas variables se contrastaron en función de las variables consideradas como dependientes: año de licenciatura, tiempo trabajado o formación MIR o no del PMAPS mediante la prueba de la χ^2 y un análisis no paramétrico basado en la U de Mann-Whitney. El análisis de los datos se realizó mediante el paquete estadístico SPSS/PC v 12.0 y la hoja de cálculo Excel de Microsoft.

Resultados

En la tabla 2 se presentan las características de la muestra respecto a las variables consideradas independientes. En cuanto al resto de los ítems, el PMAPS no se consideró parte integrante del personal sanitario con funciones en prevención de riesgos laborales (mediana [Me], 2; rango intercuartílico [RI], 1-3); el 78,3% de la muestra ofreció puntuaciones de tipo bajo (opciones de repuesta, 3 o menos) en este ítem (tabla 3). Esta percepción no varió de manera estadísticamente significativa en función del año de licenciatura, tiempo trabajado o formación MIR o no del PMAPS.

En mayor medida el PMAPS se consideró capacitado para identificar el origen laboral o no de una afección atendida en su consulta (Me, 3; RI, 3-4) (tabla 2). Los médicos con mayor experiencia laboral se autopercibieron como más capacitados en este sentido, si bien estas diferencias no alcanzaron significación estadística (p = 0,06).

Aunque con mayor variabilidad de opiniones, el PMAPS percibió que era de su competencia calibrar en una mujer embarazada la idoneidad de un cambio de puesto de trabajo temporal, para evitar cualquier repercusión sobre su salud o la de su hijo (Me, 3; RI, 3-4); asimismo, se consideró medianamente capacitado para ello (tabla 3).

La formación en SL durante la licenciatura de medicina se ha identificado como la de menor cuantía junto con la vía MIR, y los resultados son muy homogéneos. Ningún médico que se licenció con posterioridad al año 1995 (año de aparición de la Ley de PRL) puntuó por encima de 3 en

TABLA 1 **Factores evaluados a través del cuestionario distribuido al personal médico de atención primaria de salud (PMAPS)**

A) Nivel autopercibido de conocimientos que el PMAPS tiene sobre salud laboral (SL) y sobre sus funciones en prevención de riesgos laborales (PRL)
A.1) Grado en el que el PMAPS se considera parte integrante del personal sanitario con funciones en PRL
A.2) Grado en el que se considera capacitado para identificar el origen laboral o no de una patología atendida en su consulta
A.3) Grado en el que se considera capacitado para calibrar, en una mujer embarazada, la idoneidad de un cambio de puesto de trabajo temporal para evitar cualquier repercusión sobre su salud o la de su hijo, a la luz de sus circunstancias individuales y de sus condiciones de trabajo
A.4) Grado en el que percibe que es competencia del PMAPS calibrar, en una mujer embarazada, la idoneidad de un cambio de puesto de trabajo temporal para evitar cualquier repercusión sobre su salud o la de su hijo
B) Cantidad y utilidad autopercibidas por el PMAPS en cuanto a su formación en materia de SL
B.1) Grado en el que ha recibido formación en SL durante su licenciatura en medicina
B.2) Grado en el que ha recibido formación en SL tras la finalización de su licenciatura en medicina
B.2.1) Durante su formación MIR
B.2.2) ¿De forma autodidacta?
B.2.3) Por otras vías
B.3) Grado en el que considera que la formación que ha recibido en SL le ha aportado los conocimientos o habilidades necesarios para su actividad diaria como médico de AP en esta materia
B.4) Grado en el que considera que una mayor formación en SL le ayudaría en su actividad diaria profesional
C) Vías más adecuadas por las que se debería fomentar la formación en materia de SL
C.1) Grado en el que considera que se debería fomentar la formación en la licenciatura de medicina
C.2) Grado en el que considera que se debería fomentar la formación en SL tras la licenciatura (formación de posgrado)
C.3) Grado en el que considera que se debería fomentar la formación en SL en la residencia (formación MIR)
C.4) Grado en el que le gustaría recibir un curso de actualización en SL para médicos de APS

TABLA 2 **Características de los profesionales que respondieron el cuestionario**

	n (%)
País de licenciatura (España)	82 (100)
Año de finalización de licenciatura	
Antes de 1985	51 (63,8)
1986-1995	20 (25,0)
Después de 1995	9 (11,3)
Medicina de familia vía MIR	40 (54,8)
Año de finalización de especialidad MIR	
Antes de 1990	6 (16,7)
1990-1999	17 (47,2)
Después de 2000	13 (36,1)
Años de experiencia como PMAPS	
Menos de 10	18 (22,2)
10-20	37 (45,7)
Más de 20	26 (32,1)

La n representa el número de médicos que contestaron a cada uno de estos ítems. El % representa el porcentaje válido, es decir sin contar las respuestas en blanco.

TABLA 3 **Frecuencias absolutas y relativas para las 15 cuestiones establecidas como variables dependientes en el cuestionario**

		Opciones de respuesta						
Ítem		**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**Total**
A.1. Parte integrante PRL	n	24	21	20	15	3		83
	%	28,9	25,3	24,1	18,1	3,6		100,0
A.2. Capacidad para identificar enfermedad laboral	n		11	32	24	10	5	82
	%		13,4	39,0	29,3	12,2	6,1	100,0
A.3. Capacidad para evaluar embarazo	n	4	13	28	25	11	2	83
	%	4,8	15,7	33,7	30,1	13,3	2,4	100,0
A.4. Percepción de competencia para riesgo en embarazo	n	5	10	29	22	14	2	82
	%	6,1	12,2	35,4	26,8	17,1	2,4	100,0
B.1. Formación licenciatura	n	46	25	10	2			83
	%	55,4	30,1	12,0	2,4			100,0
B.2. Formación poslicenciatura	n	43	26	7	2	1	4	83
	%	51,8	31,3	8,4	2,4	1,2	4,8	100,0
B.2.1. Formación MIR	n	24	9	7				40
	%	60,0	22,5	17,5				100,0
B.2.2. Formación autodidacta	n	25	24	26	4	2		81
	%	30,9	29,6	32,1	4,9	2,5		100,0
B.2.3. Formación por otras vías	n	32	7	3	3	2	4	51
	%	62,7	13,7	5,9	5,9	3,9	7,8	100,0
B.3. ¿Es útil la formación?	n	25	25	22	3	3	2	80
	%	31,3	31,3	27,5	3,8	3,8	2,5	100,0
B.4. ¿Ayudaría una mayor formación?	n	2	7	15	37	15	7	83
	%	2,4	8,4	18,1	44,6	18,1	8,4	100,0
C.1. ¿Hay que fomentar la formación en licenciatura?	n	1	3	16	32	26	4	82
	%	1,2	3,7	19,5	39,0	31,7	4,9	100,0
C.2. ¿Hay que fomentar la formación poslicenciatura?	n		2	16	30	28	6	82
	%		2,4	19,5	36,6	34,1	7,3	100,0
C.3. ¿Hay que fomentar la formación MIR?	n		2	13	36	21	4	76
	%		2,6	17,1	47,4	27,6	5,3	100,0
C.4. ¿Le gustaría recibir curso SL?	n	3	4	16	28	24	5	80
	%	3,8	5,0	20,0	35,0	30,0	6,3	100,0

PRL: prevención de riesgos laborales; SL: salud laboral.
En el eje de ordenadas se presentan los ítems y en el eje de abscisas las posibles opciones de respuesta, la opción 6 representa la máxima puntuación (totalmente) y el 1 la mínima (nada). La n representa el número de médicos y médicas que contestaron esa opción de respuesta para cada uno de esos ítems. El % representa el porcentaje válido, es decir sin contar las respuestas en blanco.

cuanto a la formación en materia de SL durante su licenciatura.

Un escaso número de profesionales se ha formado de manera sustancial en materia de SL por otras vías, entre las que destaca la realización de la especialidad de medicina del trabajo (n = 4), el trabajo en MATEPSS (n = 1) o la realización de formación continua o continuada o formación de posgrado universitaria. Por último, la formación autodidacta ha contribuido en un mayor número de médicos, si bien en menor medida (tabla 3).

EL PMAPS claramente ha considerado que una mayor formación en SL le ayudaría en su actividad diaria profesional, con puntuaciones altas (4 o más) en más del 70% de los entrevistados; además se consideró que esta formación se debería fomentar por todas las vías, si bien la formación poslicenciatura puntuó ligeramente por encima del resto (tabla 3). La oferta de un curso dentro de los planes de formación continua o continuada se percibió con agrado en este sentido (tabla 3).

Discusión

El abordaje de los médicos en seminarios sin previo aviso potencialmente puede presentar un sesgo de selección, pues los que no han acudido al seminario podrían tener opiniones diferentes de las de sus compañeros. Este grupo se identificó en el presente estudio, y también se les distribuyó el cuestionario. Por otro lado, los seminarios se plantearon con carácter obligatorio, por lo que los motivos para no asistir probablemente se puedan atribuir a situaciones laborales, como encontrarse de baja o vacaciones o por asistencia domiciliaria, en vez de a factores que pudieran ocasionar un sesgo, como por ejemplo una mayor forma-

Lo conocido sobre el tema

- **La falta de formación que sufre el médico de atención primaria en materia de salud laboral ha sido denunciada a título personal, pero no existe ningún estudio que valore cuantitativa o cualitativamente esta formación.**
- **Tampoco existe ningún estudio que evalúe la percepción del propio médico sobre esta falta de formación ni sobre otros aspectos relacionados con la salud laboral y la atención primaria.**

Qué aporta este estudio

- **Se aportan datos cuantitativos desde la perspectiva subjetiva del propio médico de atención primaria. Percibe que hay una falta, tanto cuantitativa como cualitativa, de formación en su currículo. No percibe que esté altamente capacitado para desarrollar funciones en este sentido, como identificar el origen laboral o no de enfermedades atendidas en su consulta o la protección de la maternidad; sin embargo, considera que una mayor formación en salud laboral le ayudaría en su actividad diaria profesional.**

ción en salud laboral. Finalmente no hubo diferencias significativas en los resultados al comparar los ejemplares de encuestas obtenidos en los seminarios con los obtenidos con posterioridad. Este hecho, junto con el alto porcentaje de respuesta general obtenido (79,8%), hace improbable la existencia de un sesgo de selección. Por otro lado, en ningún momento de la distribución del cuestionario se mencionó o evidenció el interés por cuantificar y publicar los resultados, lo que permitió, junto al anonimato de la encuesta, garantizar condiciones de enmascaramiento. El diseño del cuestionario sigue consideraciones básicas relacionadas con la elaboración de cuestionarios y su estructura es similar a la de otros cuestionarios aplicados con éxito en contextos similares. En cuanto a la validez de contenido, ésta ha sido valorada positivamente por expertos. El hecho de ofrecer un número par de alternativas impide la tendencia de respuestas de tipo centralizado. De este modo se hizo un esfuerzo para analizar con la máxima rigurosidad metodológica las percepciones del PMAPS en materia de SL. Nuestros resultados evidencian que, al menos en la población en la que se desarrolló el estudio, el PMAPS no percibe que tenga funciones en materia de PRL. Tampoco percibe que tenga un alto grado de capacitación para llevar a cabo sus principales funciones en este sentido, como son la identificación del origen laboral o no de una afección atendida en su consulta o la protección de la maternidad.

Mejorar la identificación y el registro de las enfermedades laborales se valoró como una prioridad en SL en un estudio reciente en el que participó un total de 181 profesionales con experiencia en el ámbito de la PRL[11]. Para conseguir esta prioridad, se consideró necesaria la implantación de sistemas de información en SL en los que el PMAPS y otros especialistas del Sistema Público de Salud notifiquen las enfermedades de origen laboral que atiendan en sus consultas, pues estos sistemas correctamente desarrollados han demostrado ser efectivos: Orriols et al[12] evidenciaron cómo en Cataluña, mediante un sistema de vigilancia epidemiológica laboral en el que cada 2 meses, durante el año 2002, un grupo de médicos voluntarios que incluía PMAPS rellenaba una tarjeta con diferentes diagnósticos neumológicos, se registraron 21 mesoteliomas y 1 cáncer broncopulmonar relacionado con el amianto. Sin embargo, en las estadísticas oficiales para el total de España, en el mismo año se registraron sólo 14 casos de cáncer por asbesto[13].

Por otra parte, gracias a estos sistemas de vigilancia, en Castilla-La Mancha se identificaron los brotes de polineuropatía por N-hexano ocurridos en 1998. La adecuada notificación de los casos por parte de atención primaria y especializada permitió indicar la sospecha de «tóxico laboral» en relación con los casos de polineuropatías, en un plazo breve de tiempo. Ello produjo, además, el establecimiento de las actividades de investigación y coordinación pertinentes entre las administraciones sanitarias y laborales, lo que permitió que se aplicaran las medidas de prevención y control adecuadas para evitar la aparición de más casos[14].

Para el correcto funcionamiento de estos sistemas es condición necesaria la adecuada capacitación de los médicos del Sistema Público de Salud para identificar el origen laboral o no de una afección. Nuestros resultados evidencian la percepción por parte del médico de una falta de formación en este sentido. Elms et al[15] en el Reino Unido han evidenciado el mismo déficit formativo. En nuestro país, esta falta de formación también se ha denunciado[16,17]. Aunque la Ley de Prevención de Riesgos Laborales se publicó en 1995, no parece que ni en los nuevos planes de estudio universitarios ni en la formación MIR al 1995 se esté haciendo una formación adecuada en SL. Esta falta de formación en pregrado se ha puesto de manifiesto en otros países de la Unión Europea, como Alemania[18] o Reino Unido donde sólo 6 de las 19 universidades de medicina investigadas en el año 2000 impartían al menos 6 h de formación en SL[19], y en otros países desarrollados, como Estados Unidos[20]. Universidades de otros países, como Emiratos Árabes Unidos, incluyen por contra en sus planes de estudios una mayor formación en SL con 15 h teóricas y 3 h de visitas a empresas. Además, esta formación ha sido percibida como muy útil por sus alumnos[21]. En formación de posgrado las iniciativas aisladas, como el curso de en-

señanza a distancia que los Ministerios de Trabajo y de Sanidad desarrollaron en colaboración[22], se muestran insuficientes frente a la formación que ofrecen otros países, con cursos de mayor duración y visitas a puestos de trabajo[23]. Se hace necesaria, pues, una mayor formación en SL en España, tanto en pregrado como en posgrado, con el objeto de que el PMAPS se sienta parte integrante del personal sanitario con funciones en PRL y pueda adquirir los conocimientos y habilidades necesarios para su práctica médica habitual en esta materia.

Agradecimientos

Los autores agradecen el apoyo informático suministrado por Javier Martínez Lorente para la elaboración del artículo.

Bibliografía

1. García A, Gadea R. Estimación de la mortalidad y morbilidad por enfermedades laborales en España. Arch Prev Riesgos Labor. 2004;7:3-8.
2. Benavides FG, Castejón J, Gimeno D, Porta M, Mestres J, Simonet P. Certification of Occupational Diseases as Common Diseases in a Primary Health Care Setting. Am J Ind Med. 2005;47:176-80.
3. Zaplana M, Panadés R, Yuste MC. Es útil que el médico de atención primaria pregunte al paciente por su trabajo?: a propósito de un caso. Arch Prev Riesgos Labor. 2000;3:170-4.
4. RD 1299/2006 de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro. BOE. 2006; 302, 19 de diciembre 2006.
5. Ley 31/1995 de 8 de noviembre sobre Prevención de Riesgos Laborales. BOE. 1995; 269, 10 de noviembre 1995.
6. Real Decreto Legislativo 1/1994 de 20 de junio por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social. BOE. 1994; 154, 29 de junio de 1994.
7. Prieto L. La elaboración de un cuestionario. Aten Primaria. 2000;7:138-47.
8. Prieto L, Badia X. Cuestionarios de Salud: concepto y metodología. Aten Primaria. 2001;28:201-9.
9. Santibáñez M, Tamayo G, Meana JJ. Percepción de los estudiantes sobre un modelo experimental de actividad práctica en farmacología. Un análisis controlado, aleatorizado y bajo condiciones de enmascaramiento. Educación Médica. 2000;3:69-76.
10. Tamayo G, Santibáñez M, Meana JJ. Evaluation of a pharmacology educational activity based on the development of a research project. A randomised, controlled and blind analysis of medical students perceptions. Medical Teacher. 2005;27:53-60.
11. Boix P, Gil JM, Rodrigo F. Prioridades estratégicas en SL desde el punto de vista de los profesionales. Aportaciones para la elaboración de la Estrategia Española en materia de Salud y Seguridad en el Trabajo. Observatorio de SL (OSL) [serie en internet]. 2005. WP05-002. Disponible en: http://www.osl.upf.edu/fitxers/InformeEstratego.pdf
12. Orriols R, Costa R, Albanell M, et al. Reported occupational respiratory diseases in Catalonia. OEM. 2006;63:255-60.
13. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Estadística de Enfermedades Profesionales 2001/2002 [portal en internet]. Disponible en: http://www.mtas.es/Estadisticas/ANUARIO2002/ATE/ate38.htm
14. Garcia Gómez M, Del Ama Manzano JA, Artieda Pellejero L. Brotes de polineuropatía desmielinizante de origen tóxico por N-hexano. Boletín Epidemiológico Semanal. 1998;6:77-9.
15. Elms J, O'Hara R, Pickvance S, Fishwick D, Hazell M, Frank T, et al. The perceptions of occupational health in primary care. Occupational Medicine. 2005;55:523-7.
16. Ares A. El médico de familia ante las enfermedades profesionales. Aten Primaria. 1997;20:449-52.
17. Ares A. Patologías de origen profesional. Medicina de Familia (And). 2001;3:259-63.
18. Lehnert G, Wrbitzky R. Occupational health in Germany and other countries in the European Union. Int J Occup Med Environ Health. 1998;11:9-18.
19. Wynn PA, Aw T-C, Williams NR, Harrington M. Teaching of occupational medicine to undergraduates in UK schools of medicine. Occup Med (Lond). 2003;53:349-53.
20. Cullen MR, Rosenstock MD. The challenge of teaching occupational and environmental medicine in internal residencies. Arch Intern Med. 1988;148:2401-4.
21. Newson-Smith MS, Nicol AG. Teaching of occupational medicine to undergraduates. Occup Med (Lond). 2004;54:134-5; author reply 135.
22. Curso de actualización en SL para médicos de Atención Primaria. Madrid: Insalud; 1999.
23. Smith NAL. Occupational medicine and the general practitioner. Occupational Medicine. 2005;55:77-8.