

Identificación de riesgos laborales en atención primaria a través de las comunicaciones de los trabajadores

Joaquín Gámez de la Hoz⁽¹⁾

Ana Padilla Fortes⁽²⁾

⁽¹⁾*Servicio de Salud Pública. Distrito Sanitario Costa del Sol. Servicio Andaluz de Salud. Málaga.*

⁽²⁾*Unidad de Prevención de Riesgos Laborales. Distrito Sanitario Málaga. Servicio Andaluz de Salud.*

Correspondencia:

Sra. Ana Padilla Fortes

Distrito Sanitario Málaga

CL. Sevilla 23

29009 Málaga

Teléfono: 665921907

email: anpafo4@andaluciajunta.es

La cita de este artículo es: A Padilla et al. Identificación de riesgos laborales en atención primaria a través de las comunicaciones de los trabajadores. Rev Asoc Esp Espec Med Trab 2017; 26: 22-30.

RESUMEN.

Objetivos: Conocer la distribución de factores de riesgo laboral comunicados por los trabajadores de un distrito sanitario de atención primaria así como describir la asociación entre síntomas percibidos y factores de exposición.

Sujetos y métodos: Es un estudio transversal sobre prevalencia de factores de riesgo y su asociación con síntomas percibidos en el lugar de trabajo. La población estuvo formada por 280 participantes de 30 centros de salud de la provincia de Málaga (España) durante el período 2006-2014.

Resultados: Los factores con un mayor riesgo percibido fueron los ergonómicos (52,5%) y seguridad (48,9%) frente a higiénicos (9,3%) y psicosociales (4,3%). Se encontró evidencia de asociación entre los síntomas músculo-esqueléticos percibidos y factores ergonómicos comunicados (OR=28,5 IC99%:4,29-189,6), síntomas psicosomáticos y factores psicosociales (OR=25,1 IC99%:3,62-173,1) y síntomas

OCCUPATIONAL RISKS IDENTIFICATION AT PRIMARY CARE THROUGH THE WORKERS COMMUNICATION

ABSTRACT.

Objectives: Our objective in this study was to know the distribution of occupational risk factors disclosed in workers from a health district of primary care as well as describe the association between perceived symptoms and exposure factors.

Subjects and methods: Cross-sectional study on the prevalence of factors of occupational hazard and its association with symptoms perceived in the workplace. The population was made up of 280 participants belonging to 30 health centers in the province of Málaga (Spain) during the period 2006-2014.

Results: Ergonomic factors (52.5%) and safety (48.9%) showed greater perceived risk than the hygienic (9.3%) and psychosocial factors (4.3%). We found evidence of association between perceived musculoskeletal symptoms and ergonomic factors notified (OR 28.5, 99%CI 4.29-189.6),

respiratorios con factores higiénicos (OR=15,2 IC99%:1,96-118,1).

Conclusiones: El estudio de comunicados de riesgo es un instrumento valioso para incorporar el punto de vista de los empleados en la gestión preventiva.

Palabras clave: Factores de riesgo, Exposición profesional, Síntomas, Salud Laboral, Centros de Salud.

Fecha de recepción: 20 de enero de 2016

Fecha de aceptación: 7 de junio de 2016

between psychosomatic symptoms and factors psychosocial (OR 25.1, 99%CI 3.62-173.1) and so respiratory symptoms with hygiene factors (OR 15.2, 99%CI 1.96-118.1).

Discussion: The study of risk factors notified is a valuable tool to include the employee's point of view in the preventive management.

Keywords: Risk factors; Occupational exposures, Symptoms, Occupational Health, Health Centers.

Introducción

La gestión de la prevención de riesgos laborales juega un importante papel dentro de las políticas institucionales sobre promoción y mejora de las condiciones de seguridad y salud en el trabajo. En Andalucía ha habido un notable esfuerzo para mejorar el nivel de protección de los trabajadores, sobre todo a partir del desarrollo reglamentario de la Ley 31/1995, de prevención de riesgos laborales⁽¹⁾. Como consecuencia de las obligaciones legales en materia de seguridad y salud laboral, los centros sanitarios dependientes del Servicio Andaluz de Salud tienen implantado un sistema de gestión de la prevención que sirve para alcanzar un nivel de acción preventiva en la reducción de los riesgos, investigación y fomento de nuevas formas de protección, así como mejorar el ambiente de trabajo para reducir la aparición de enfermedades y accidentes laborales⁽¹⁾.

Los trabajadores de los servicios de salud están expuestos a una gran variedad de riesgos laborales de tipo físico, biológico, químico, ergonómico y psicosocial. La interacción entre factores de riesgo y las condiciones de trabajo han sido ampliamente estudiadas como causas de siniestralidad en los lugares de trabajo⁽²⁾. Algunos investigadores observaron que los riesgos laborales y el estado de salud percibidos por los trabajadores del sector sanitario desempeñan un papel esencial en el cumplimiento de prácticas laborales seguras y en la reducción de la exposición a factores de riesgo⁽³⁾.

Para afrontar los retos derivados de la gestión de los riesgos en los lugares de trabajo un recurso fundamental es la implicación de los trabajadores y los mandos en el proceso de comunicación de los riesgos laborales. En efecto, la conveniencia de informar sobre cualquier situación que entrañe un riesgo para la seguridad y salud de los trabajadores ha quedado patente en el actual corpus normativo, que lo establece como una obligación tanto de los trabajadores como del empresario.

A diferencia del proceso técnico de evaluación como instrumento para la identificación y valoración de los riesgos laborales, la comunicación de éstos por parte de los trabajadores facilita su iniciativa y participación en las actividades preventivas de las organizaciones así como proporciona una valiosa información por parte de quienes mejor conocen su trabajo y las condiciones de su entorno. Existen evidencias de que la comunicación de riesgos laborales por parte de los trabajadores puede servir como complemento para planificar las actividades preventivas y de promoción de la salud en el lugar de trabajo⁽⁴⁾. Otras investigaciones han identificado que la participación de los trabajadores en la toma de decisiones estaba asociada como una menor tasa de accidentalidad laboral⁽⁵⁾.

En consecuencia resulta indispensable conocer la distribución y características de los factores de riesgo que comunican los trabajadores como parte del proceso de planificación de la actividad preventiva⁽⁶⁾. Precisamente una de las recomendaciones del Consejo de Europa en

materia de prevención de riesgos laborales es hacer un mejor uso de los datos disponibles para hacer efectiva la vigilancia de los accidentes y lesiones producidas en el trabajo^(7,8). Por tanto, la comprensión de las comunicaciones del riesgo laboral que realicen los trabajadores es un importante paso para guiar las medidas de protección, mejorar su eficacia e integrar la cultura preventiva en los Servicios de salud.

El propósito general de este estudio fue analizar la información sobre riesgos laborales comunicados por los trabajadores de los centros de salud de un distrito de atención primaria de salud, como recurso para la gestión preventiva. Como objetivos planteamos conocer la distribución de factores de riesgo laboral identificados por los trabajadores y describir su relación con variables sociolaborales y con síntomas de salud percibidos en el lugar de trabajo.

Sujetos y Métodos

Diseño. Observacional de corte transversal. El tipo de estudio consistió en un análisis descriptivo.

Participantes. Todos los trabajadores de los centros de trabajo que realizaron comunicaciones de factores de riesgo a la unidad de prevención de riesgos laborales, dentro del procedimiento de notificación del riesgo laboral del sistema de gestión. El análisis se acotó cronológicamente al período 2006-2014, desde la puesta en marcha del procedimiento de comunicación hasta la actualidad, con emplazamiento en los 30 centros de salud de un Distrito Sanitario de Atención Primaria de la provincia de Málaga (España), cuya plantilla promedio alcanzó la cifra de 1362 profesionales, de los que 517 son hombres y 845 mujeres.

Fuente de información. La *unidad de análisis* fue el documento normalizado de comunicación de factor de riesgo laboral, definido como la acción y resultado de informar al mando directo sobre cualquier característica o condición peligrosa que pueda afectar a la seguridad y salud de los trabajadores o cualquier sugerencia de mejora que a juicio del comunicante sea conveniente, aún cuando no afecten directamente a su área o puesto⁽⁹⁾. Se utilizó la base de datos «Siprila» en soporte FileMaker®Pro 6.0 para Windows, que almace-

na los registros de cada comunicación. A partir de cada registro se obtuvieron los datos que fueron volcados en una hoja de cálculo.

Criterios de inclusión. Todas las comunicaciones de factores de riesgo realizadas por cualquier trabajador mediante impreso normalizado hacia la unidad de prevención de riesgos laborales conforme al procedimiento de notificación del riesgo laboral incluido en el sistema de gestión de prevención de riesgos laborales del Servicio Andaluz de Salud. Quienes no cumplieron con los criterios de inclusión fueron excluidos.

Mediciones principales. Se estudiaron las siguientes variables de exposición: edad, sexo, categoría profesional, lugar de trabajo, síntomas de salud percibidos y factores de riesgo categorizados por clases (de tipo ergonómico, higiénico, psicosocial y seguridad).

Análisis estadístico. La comparación entre valores medios de la edad de los grupos se realizó con la prueba t-Student. Para el análisis bivariante se utilizó como prueba de significación estadística el test de chi-cuadrado χ^2 de Pearson, bajo hipótesis de independencia y aplicando la corrección de Yates cuando fue necesario. Una vez contrastada la relación entre variables, para estudiar su sentido y magnitud se calculó como medida de asociación la razón de oportunidad u odds ratio (OR) con intervalos de confianza (IC del 99%). La significación estadística se definió como $p < 0,01$. El software Microsoft®Excel 2010 v.14 fue empleado para el cálculo de medias, frecuencias, estadísticos de prueba y presentaciones gráficas.

Resultados

Se realizaron un total de 280 comunicaciones sobre situaciones de exposición a condiciones de trabajo peligrosas, que equivalen aproximadamente a un comunicado por cada centro de salud al año. Las características sociolaborales de la población estudiada y la prevalencia de los factores de riesgo laboral comunicados por los trabajadores se muestran en la Tabla 1. Únicamente en dos casos se propusieron mejoras de las condiciones de trabajo sin comunicar factores de exposición. Aproximadamente un 16% de los registros tenían más de dos factores de riesgo. El 31,43% de los trabajadores

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS SOCIOLABORALES DE LA MUESTRA ESTUDIADA Y PREVALENCIA DE FACTORES AGRUPADOS DE RIESGO, DESAGREGADOS POR SEXO; MÁLAGA 2006-2014

	Femenino (%)	Masculino (%)
Media de edad (SD)	49 (6,3)	48 (5,7)
Grupo de edad:		
<40	12 (6,82)	4 (3,85)
40-49	86 (48,86)	60 (57,69)
50-59	70 (39,77)	40 (38,46)
60-69	8 (4,55)	0 (0,00)
Ocupación:		
Celador-conductor	2 (1,14)	10 (9,62)
Auxiliar de enfermería	10 (5,68)	0 (0,00)
Auxiliar administrativa	46 (26,14)	3 (2,88)
Técnico radiodiagnóstico	2 (1,14)	1 (0,96)
Trabajadora social	1 (0,57)	0 (0,00)
Matrona	4 (2,27)	0 (0,00)
Enfermera	32 (18,18)	11 (10,58)
Fisioterapeuta	3 (1,70)	0 (0,00)
MIR	0 (0,00)	1 (0,96)
Técnico de prevención	10 (5,68)	11 (10,58)
Técnico de salud pública	4 (2,27)	0 (0,00)
Médico/Facultativos	26 (14,77)	28 (26,92)
Representante sindical	0 (0,00)	3 (2,88)
Directivo/Mando	36 (20,45)	36 (34,62)
Factores de riesgo:		
Seguridad	77 (43,75)	60 (57,69)
Higiénicos	18 (10,23)	8 (7,69)
Ergonómicos	103 (58,52)	44 (42,31)
Psicosociales	11 (6,25)	1 (0,96)

percibieron síntomas que vincularon con la exposición a los factores de riesgo comunicados en sus respectivas ocupaciones.

La media de edad fue 48,5 años y la proporción de trabajadores que comunicaron la exposición a condiciones de trabajo peligrosas fueron similares a través de los cuatro grupos de edad ($p=0,396$), con una mayor proporción en el grupo de edad de 40-49 años (Tabla 2). No se encontraron diferencias significativas entre los grupos de edad de trabajadores que manifestaron perci-

bir síntomas de salud relacionados con sus condiciones de trabajo ($p=0,4785$) (Tabla 3).

Una mayor proporción de mujeres (62,9%) que de hombres indicaron que estaban expuestas a factores riesgo laboral en sus puestos de trabajo. No obstante, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los factores de riesgo de exposición comunicados por ambos sexos ($p=0,0165$). Tampoco se encontró que la proporción de mujeres y hombres mostrasen resultados significativamente diferentes para cada uno de los tipos de síntomas manifestados ($p=0,9927$).

Un total de 14 categorías laborales reconocieron estar expuestas a condiciones peligrosas en su lugar de trabajo. Los tipos de factores de riesgo variaron a lo largo de las diferentes ocupaciones ($p=0,0001$). Los factores de riesgo más mencionados fueron de tipo ergonómico (52,5%) y de seguridad (48,9%) (Figura 1).

Las condiciones ergonómicas incluyeron el discomfort ambiental térmico y lumínico así como la carga física por posturas forzadas, mientras que los factores de seguridad comprendieron principalmente aspectos relativos a deficiencias en instalaciones, infradotación de equipamientos, defectos en la gestión de equipos de protección individual (EPIs), orden y limpieza en lugares de trabajo.

Una mayor prevalencia de factores de tipo ergonómico se evidenció en médicos y auxiliares administrativos, mientras que los factores relativos a las condiciones de seguridad en el trabajo fueron mayoritariamente comunicados por los mandos intermedios y directivos de los centros. La prevalencia de síntomas asociados con factores de riesgo de tipo ergonómico y psicosocial fue un 74% y un 13% más frecuente en los trabajadores expuestos, respectivamente. Por el contrario la prevalencia fue un 67% más frecuente en los no expuestos a factores higiénicos. Generalmente los peligros de tipo higiénico estaban relacionados con el uso de productos químicos, contacto con fluidos corporales y agentes sensibilizantes (látex), y exposición al ruido.

En la tabla 4 se presenta la asociación entre factores de exposición y síntomas de salud percibidos, observando diferencias significativas para los factores de riesgo ergonómicos ($p=0,0001$) y de seguridad ($p=0,00005$). Los trabajadores que comunicaron factores ergonómicos estuvieron más expuestos a desarrollar síntomas de

TABLA 2. FRECUENCIA CON LA QUE LOS TRABAJADORES IDENTIFICAN CADA GRUPO DE FACTORES DE RIESGO

	Seguridad	Higiénicos	Ergonómicos	Psicosociales	p
Sexo:					0,0165
Femenino	77 (36,8)	18 (8,6)	103 (49,3)	11 (5,3)	
Masculino	60 (53,1)	8 (7,1)	44 (38,9)	1 (0,9)	
Grupo de edad:					0,0396
<40	10 (62,4)	1 (6,3)	8 (50)	1 (6,3)	
40-49	77 (52,7)	8 (5,5)	76 (52,1)	5 (3,4)	
50-59	49 (44,5)	16 (14,5)	57 (51,8)	4 (3,6)	
60-69	1 (12,5)	1 (12,5)	6 (75)	2 (25)	
Ocupación:					0,0001
Celador-conductor	4 (33,3)		8 (66,7)		
Auxiliar de enfermería	6 (46,1)	3 (23,1)	4 (30,8)		
Auxiliar administrativa	15 (26,3)	4 (7)	37 (64,9)	1 (1,7)	
Técnico radiodiagnóstico	1 (25)	1 (25)	2		
Trabajadora social	1 (50)	1 (50)			
Matrona			3 (75)	1 (25)	
Enfermera	24 (48)	10 (20)	15 (30)	1 (2)	
Fisioterapeuta			3 (100)		
MIR	1 (100)				
Técnico de prevención	18 (85,7)	1 (4,8)	1 (4,8)	1 (4,8)	
Técnico de salud pública	1 (20)		3 (60)	1 (20)	
Médico/Facultativos	23 (34,3)	3 (4,5))	37 (55,2)	4 (5,9)	
Representante sindical	2 (66,7)		1 (33,3)		
Directivo/Mando	41 (51,3)	3 (3,7)	33 (41,3)	3 (3,7)	

salud relacionados con el trabajo, mientras que las condiciones de seguridad actuaron como factor protector. La percepción de síntomas músculo-esqueléticos y neurosensoriales fueron los más prevalentes, aunque la distribución fue similar en las diferentes categorías profesionales ($p=0,7889$). Además se encontró que la exposición a factores de tipo ergonómico aumenta la posibilidad de desarrollar síntomas músculo-esqueléticos ($OR=28,5$; $IC99\%:4,29-189,6$). Los síntomas de tipo respiratorio estuvieron significativamente asociados con factores de riesgo higiénico, mientras que los síntomas psicosomáticos lo hicieron con factores psicosociales (Tabla 5).

En este estudio también se estimaron las exposiciones de los trabajadores a factores de riesgo en función del lugar de trabajo junto a las consecuencias en salud comunicadas como dificultades en el desempeño de su puesto (Figura 2).

Discusión

Nuestro estudio identificó grupos de factores de riesgo laboral propios de organizaciones sanitarias a nivel de atención primaria. La información derivada del procedimiento de notificación de riesgos laborales permitió obtener una aproximación general sobre el modo en que los profesionales de ocupaciones sanitarias perciben el riesgo en el lugar de trabajo. Los resultados mostraron que los trabajadores describieron una mayor frecuencia de factores de riesgo ergonómico como predictores de síntomas musculoesqueléticos.

En esta investigación la edad y el sexo no estuvieron relacionadas con la exposición a los grupos de factores de riesgo laboral y con los síntomas percibidos, a pesar de que las mujeres fue el grupo mayoritario de profesionales en los centros de salud participantes. No obstante la influencia de ambas variables como factores de

TABLA 3. PREVALENCIAS DE SÍNTOMAS PERCIBIDOS SEGÚN GRUPOS DE EDAD, SEXO Y CATEGORÍA PROFESIONAL

	Músculo-esqueléticos	Neurosensoriales	Psicosomáticos	Respiratorios	P
Sexo:					
Femenino	32 (18,2)	28 (15,9)	7 (3,9)	5 (2,8)	0,9927
Masculino	13 (12,5)	10 (9,6)	3 (2,9)	2 (1,9)	
Grupo de edad: 0,4785					
<40	1 (6,3)	2 (12,5)	0 (0,0)	1 (6,3)	
40-49	19 (13,01)	16 (10,9)	7 (4,8)	2 (1,4)	
50-59	21 (19,1)	19 (17,3)	2 (1,8)	4 (3,6)	
60-69	4 (50)	1 (12,5)	1 (12,5)	0 (0,0)	
Ocupación: 0,7889					
Celador-conductor	3 (25)	4 (33,3)			
Auxiliar de enfermería	1 (10)	3 (30)			
Auxiliar administrativa	16 (32,7)	3 (6,1)	1 (2,04)		
Técnico radiodiagnóstico	1 (33,3)	1 (33,3)		1 (33,3)	
Trabajadora social					
Matrona	2 (50)	1 (25)			
Enfermera	1 (2,3)	9 (20,9)	1 (2,3)	2 (4,6)	
Fisioterapeuta					
MIR					
Técnico de prevención					
Técnico de salud pública		1 (25)			
Médico/Facultativos	12 (22,2)	10 (18,5)	4 (7,4)	1 (1,8)	
Representante sindical					
Directivo/Mando	9 (12,5)	6 (8,3)	4 (5,5)	3 (4,2)	

TABLA 4. DISTRIBUCIÓN DE TRABAJADORES QUE COMUNICARON FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON LA PERCEPCIÓN DE SÍNTOMAS

	Presencia (%)	Ausencia (%)	OR	IC del 99%	p
Sexo:					
Femenino	63 (71,6)	113 (58,9)	1,76	0,861-3,607	0,0406
Masculino	25 (28,4)	79 (41,1)	0,57	0,277-1,162	
Media de edad (SD)	49 (6)	48 (6)			0,0020
Grupo de edad:					
<40	3 (3,4)	13 (6,8)	0,49	0,090-2,619	0,2606
40-49	41 (46,6)	105 (5,5)	0,72	0,372-1,406	0,2081
50-59	40 (45,5)	70 (3,6)	1,45	0,741-2,848	0,1525
60-69	4 (4,5)	4 (2,1)	2,24	0,351-14,27	0,2509
Factores de riesgo:					
Seguridad	23 (26,1)	114 (59,4)	0,24	0,117-0,503	0,0000
Higiénicos	7 (7,9)	19 (9,9)	0,79	0,239-2,588	0,6040
Ergonómicos	62 (70,5)	85 (44,3)	3	1,478-6,098	0,0001
Psicosociales	6 (6,8)	6 (3,1)	2,27	0,493-10,43	0,1574

exposición ha sido evidenciada por algunos investigadores⁽¹⁰⁻¹²⁾.

Hallamos indicaciones diferenciadas para el riesgo percibido por ocupaciones laborales y por lugares de trabajo. Estas variaciones en la percepción de la exposición a condiciones peligrosas, que no sólo afectaron a los grupos mayoritarios sino también a categorías laborales de pocos efectivos, pueden servir para seleccionar grupos diana de trabajadores para actividades de promoción de la salud en los lugares de trabajo. Incluso ocupaciones que tenían en común tareas como usuarios de pantallas de visualización de datos (PVD), por ejemplo médicos y auxiliares administrativos, mostraron similares

TABLA 5. ODDS RATIO CRUDA PARA LAS CLASES DE SÍNTOMAS PERCIBIDOS ASOCIADOS (IC DEL 99%) CON LA EXPOSICIÓN A FACTORES DE RIESGO LABORAL

	Músculo-esqueléticos	Neurosensoriales	Psicosomáticos	Respiratorios
Seguridad	0,04 (0,005-0,241)	0,4 (0,113-0,918)		
Higiénicos				15,2 (1,96-118,05)
Ergonómicos	28,5 (4,29-189,6)			
Psicosociales			25,1 (3,624-173,14)	

FIGURA 1

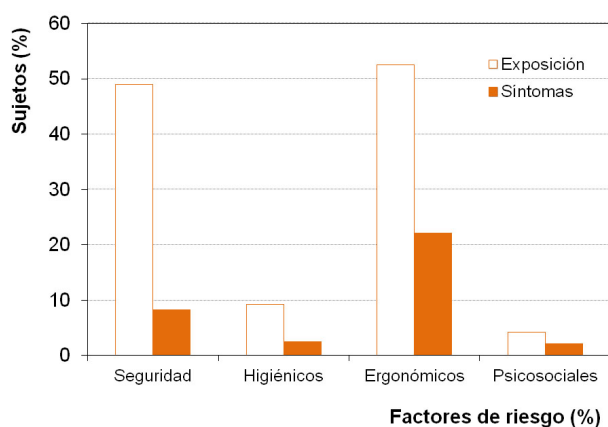


Figura 1. Síntomas percibidos y factores de riesgo comunicados en la población de estudio; Málaga, 2006-2014.

prevalencias de síntomas músculo-esqueléticos pese a tener distinto nivel de cualificación.

La mayoría de los trabajadores parecieron más conscientes a la exposición de riesgos ergonómicos y condiciones de seguridad peligrosas. Las situaciones inseguras en el lugar de trabajo se presentaron como factor de protección en el sentido de que las deficiencias comunicadas, generalmente no guardaban relación directa con la aparición de problemas de salud (por ejemplo, carencias en las instalaciones contra-incendios y de telefonía).

Los principales problemas de salud ocupacional manifestados fueron los síntomas musculoesqueléticos asociados significativamente con condiciones ergonómicas que han sido ampliamente referidas en la literatura científica⁽¹³⁾, normalmente relativas al uso de PVD⁽¹⁴⁻¹⁶⁾ y la adopción de posturas forzadas⁽¹⁷⁻¹⁹⁾. La asociación significativa entre la exposición a peligros higiénicos con

FIGURA 2

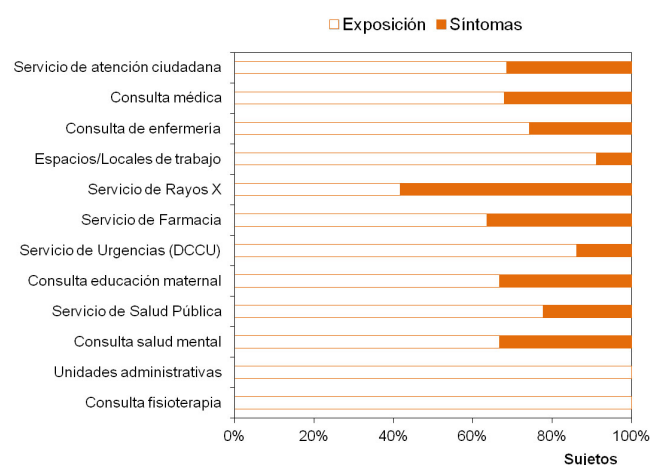


Figura 2. Distribución (%) por lugares de trabajo de los síntomas percibidos y factores de riesgo comunicados en la población de estudio; Málaga, 2006-2014.

los problemas respiratorios comunicados coincide con lo observado en diversos estudios⁽²⁰⁻²²⁾, así como entre factores psicosociales y síntomas psicosomáticos⁽²³⁻²⁴⁾. Sin embargo, aunque la creciente exposición a factores de riesgo psicosocial como base de problemas laborales de salud mental, ha sido motivo de preocupación en la comunidad internacional⁽²⁵⁻²⁷⁾, en nuestro estudio este tipo de peligros (carga laboral, ritmo de trabajo, organización de tareas, demanda psicológica,...) fueron escasamente comunicados.

Las asociaciones entre los factores de riesgo comunicados y sus consecuencias en salud requieren de una interpretación prudente. La percepción de la exposición al riesgo y los síntomas experimentados están influidos por factores individuales, estatus socio-económico⁽²⁸⁻³⁰⁾, clima de seguridad⁽³¹⁻³³⁾, tipo de ocupación y departamento laboral⁽³⁴⁻³⁵⁾. En cualquier caso, nuestros hallazgos tienen interesantes implicaciones en salud laboral.

Las diferencias en las prevalencias encontradas entre los lugares y puestos de trabajo pueden ser interpretadas como un indicador de situaciones evitables que precisan aplicar medidas para minimizar la exposición a los factores de riesgo más frecuentes, contrastándolo adecuadamente con los resultados de las evaluaciones de riesgo laborales.

Los resultados de este trabajo presentan las limitaciones de los estudios transversales, que no permiten determinar asociaciones causa-efecto. Las comunicaciones del riesgo realizadas podrían estar subestimadas debido a la existencia de condicionantes en las relaciones jerárquicas laborales. Otras causas que podrían influir en una menor tasa de comunicación se deben al efecto disuasorio atribuible a la carga burocrática que conlleva su tramitación e incluso al desconocimiento del procedimiento. La conclusión que puede extraerse es que la implantación del procedimiento de notificación de factores de riesgo ha resultado ser un instrumento práctico para incorporar el punto de vista de los trabajadores en la gestión preventiva, siendo especialmente útil para orientar en la protección individual frente a los tipos de factores asociados significativamente con alteraciones de la salud que dificultan el desempeño de sus actividades laborales. El apoyo institucional a la comunicación de riesgos es primordial para aprender de la experiencia evitando situaciones que puedan materializarse en daños y accidentes. Los responsables públicos pueden incentivar la puesta en marcha de iniciativas centradas en el control del riesgo laboral y en la mejora de la cultura de la seguridad y salud en el lugar de trabajo.

Bibliografía

1. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de riesgos laborales. BOE nº 269 de 10-11.
2. Michie S, Williams S. Reducing work related psychological ill health and sickness absence: a systematic literature review. *Occup Environ Med* 2003; 60: 3-9.
3. Gershon RR, Karkashian CD, Grosch JW, et al. Hospital safety climate and its relationship with safe work practices and workplace exposure incidents. *Am J Infect Control* 2000; 28: 211-21.
4. Rasanen K, Notkola V, Husman K. Perceived work conditions and work-related symptoms among employed Finns. *Soc Sci Med* 1997; 45 (7): 1099-1110.
5. Shannon HS, Walters V, Lewchuk W, et al. Workplace organizational correlates of lost-time accident rates in manufacturing. *Am J Ind Med* 1996; 29: 258-68.
6. Portell M, Gil RM, Losilla JM, Vives J. Characterizing occupational risk perception: the case of biological, ergonomic and organizational hazards in Spanish healthcare workers. *Span J Psychol* 2014; 17 (E51): 1-12.
7. Europa. Recomendación del Consejo, de 31 de mayo de 2007, relativa a la prevención de lesiones y la promoción de la seguridad. DOUE C164/1, de 18-07.
8. Kisser R, Latarjet J, Bauer R, Rogmans W. Injury data needs and opportunities in Europe. *Int J Inj Contr Saf Promot* 2009; 16(2): 103-12.
9. Servicio Andaluz de Salud. Sistema de Gestión de Prevención de Riesgos Laborales. Procedimiento 13: Notificación de riesgo laboral. Sevilla: Consejería de Salud y Bienestar Social, Junta de Andalucía. (actualizado el 26 febrero 2015) Disponible en: http://www.sas.junta-andalucia.es/principal/documentosacc.asp?pagina=pr_PreencionRiesgos_Procedimiento
10. Locke SJ, Colt JS, Stewart PA, et al. Identifying gender differences in reported occupational information from three US population-based case-control studies. *Occup Environ Med* 2014; 71 (12): 855-64.
11. Eng A, Mannerje A, McLean D, Ellison-Loschmann L, Cheng S, Pearce N. Gender differences in occupational exposure patterns. *Occup Environ Med* 2011; 68(12): 888-94.
12. Hooftman WE, van der Beek AJ, Bongers PM, van Mechelen W. Is there a gender difference in the effect of work-related physical and psychosocial risk factors on musculoskeletal symptoms and related sickness absence? *Scand J Work Environ Health* 2009; 35 (2): 85-95.
13. da Costa BR, Vieira ER. Risk factors for work-related musculoskeletal disorders: A systematic review of recent longitudinal studies. *Am J Ind Med* 2010; 53 (3): 285-323.
14. Brewer S, Van Eerd D, Amick BC 3rd, et al. Workplace interventions to prevent musculoskeletal and visual symptoms and disorders among computer users: a systematic review. *J Occup Rehabil* 2006; 16 (3): 325-58.
15. Wahlström J. Ergonomics, musculoskeletal disorders and computer work. *Occup Med (Lond)* 2005; 55 (3): 168-76.
16. Blehm C, Vishnu S, Khattak A, Mitra S, Yee RW. Computer vision syndrome: a review. *Surv Ophthalmol* 2005; 50 (3): 253-62.
17. Hoe VC, Urquhart DM, Kelsall HL, Sim MR. Ergonomic design and training for preventing work-related musculoskeletal disorders.

- ders of the upper limb and neck in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 15: 8.
18. Mallen CD, Peat G, Thomas E, Dunn KM, Croft PR. Prognostic factors for musculoskeletal pain in primary care: a systematic review. *Br J Gen Pract* 2007; 57 (541): 655-61.
19. Koehoorn M, Demers PA, Hertzman C, Village J, Kennedy SM. Work organization and musculoskeletal injuries among a cohort of health care workers. *Scand J Work Environ Health* 2006; 32 (4): 285-93.
20. Stevens WW, Grammer LC 3rd. Occupational rhinitis: an update. *Curr Allergy Asthma Rep* 2015; 15 (1): 487.
21. Wiszniewska M, Walusiak-Skorupa J. Occupational allergy: respiratory hazards in healthcare workers. *Curr Opin Allergy Clin Immunol* 2014; 14 (2): 113-8.
22. Delclos GL, Gimeno D, Arif AA, et al. Occupational risk factors and asthma among healthcare professionals. *Am J Respir Crit Care Med* 2007; 175: 667-675.
23. Fiabane E, Giorgi I, Sguazzin C, Argentero P. Work engagement and occupational stress in nurses and other healthcare workers: the role of organizational and personal factors. *J Clin Nurs* 2013; 22 (17-18): 2614-24.
24. Nieuwenhuijsen K, Bruinvels D, Frings-Dresen M. Psychosocial work environment and stress-related disorders, a systematic review. *Occup Med (Lond)* 2010; 60 (4): 277-86.
25. Raderstorff M, Kurtz J. Mental health issues in the workplace: maintaining a productive work force. *AAOHN J* 2006; 54 (8): 360-5.
26. Stansfeld S, Candy B. Psychosocial work environment and mental health—a meta-analytic review. *Scand J Work Environ Health* 2006; 32 (6): 443-62.
27. Guic SE, Mora OP, Rey CR, Robles GA. Perceived work characteristics and coping strategies that predict distress among workers at primary health care centers. *Rev Med Chil* 2006; 134 (4): 447-55.
28. Bauer GF, Huber CA, Jenny GJ, Müller F, Hämmig O. Socioeconomic status, working conditions and self-rated health in Switzerland: explaining the gradient in men and women. *Int J Public Health* 2009; 54 (1): 23-30.
29. Sjögren E, Kristenson M; Linquest group. Can gender differences in psychosocial factors be explained by socioeconomic status? *Scand J Public Health* 2006; 34 (1): 59-68.
30. Musshausen D, Bader A, Wildt B, Hochleitner M. The impact of sociodemographic factors vs. gender roles on female hospital workers' health: do we need to shift emphasis? *J Occup Health* 2006; 48 (5): 383-91.
31. Abrahamson K, Ramanujam R, Anderson JG. Co-worker characteristics and nurses' safety-climate perceptions. *Int J Health Care Qual Assur* 2013; 26 (5): 447-54.
32. Listyowardojo TA, Nap RE, Johnson A. Variations in hospital worker perceptions of safety culture. *Int J Qual Health Care* 2012; 24 (1): 9-15.
33. DeJoy DM, Schaffer BS, Wilson MG, Vandenberg RJ, Butts MM. Creating safer workplaces: assessing the determinants and role of safety climate. *J Safety Res* 2004; 35 (1): 81-90.
34. Singer SJ, Gaba DM, Falwell A, Lin S, Hayes J, Baker L. Patient safety climate in 92 US hospitals: differences by work area and discipline. *Med Care* 2009; 47 (1): 23-31.
35. Marinacci C, d'Errico A, Cardano M, Perini F, Costa G. Occupational differences in exposure to hazardous work conditions. *Med Lav* 2005; 96 Suppl: s127-40.