



Nexo
Oposiciones

TEMA 6

PREVENCION DE

RIESGOS

LABORALES

Índice:

1. Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales: fundamentos generales – pag 3
2. Aplicación de la Ley 31/1995 en el Servicio Andaluz de Salud (SAS) – pag 12
3. Referencias bibliográficas – pag 30

1. Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales: fundamentos generales

La Ley 31/1995, del 8 de noviembre, tiene por objeto promover la seguridad y la salud de los trabajadores mediante la prevención de los riesgos derivados del trabajo. Fue modificada y reforzada por la Ley 54/2003 para actualizar el marco normativo y asegurar la integración de la actividad preventiva en todas las empresas, incluidas las administraciones públicas. Junto con sus reglamentos de desarrollo (como el Reglamento de los Servicios de Prevención, RD 39/1997), constituye el [marco básico de PRL en España](#). A continuación, se detallan sus aspectos fundamentales:

Principios de la acción preventiva

El artículo 15 de la LPRL establece [nueve principios generales de la acción preventiva](#) que todo empleador debe aplicar al tomar medidas de seguridad:

1. **Evitar los riesgos:** eliminar el peligro siempre que sea posible.
2. **Evaluar los riesgos que no se puedan evitar:** analizar los riesgos existentes para priorizar acciones.
3. **Combatir los riesgos en su origen:** actuar sobre la causa (por ejemplo, arreglar un cable suelto en vez de solo señalizarlo).
4. **Adaptar el trabajo a la persona:** diseñar puestos y tareas conforme a las capacidades y características del trabajador (ergonomía), especialmente al planificar métodos de trabajo y equipamiento.
5. **Tener en cuenta la evolución de la técnica:** incorporar los avances tecnológicos que permitan mejorar la seguridad.
6. **Sustituir lo peligroso por lo que entrañe poco o ningún peligro:** por ejemplo, usar un desinfectante no tóxico en lugar de uno nocivo, si es viable.
7. **Planificar la prevención:** integrar la prevención en todas las decisiones y actividades de la empresa, planificando con visión global que combine técnica, organización del trabajo, condiciones sociales, etc.
8. **Priorizar la protección colectiva sobre la individual:** implantar medidas colectivas (por ejemplo, sistemas de ventilación, barandillas, dispositivos de seguridad) antes que equipos de protección individual, que se usarán como complemento necesario.
9. **Dar las debidas instrucciones a los trabajadores:** asegurar que los empleados reciben indicaciones claras sobre los riesgos y las medidas de protección correspondientes.

Estos principios guían la actuación preventiva del empleador y garantizan un enfoque proactivo. En la práctica, por ejemplo, el SAS debe evaluar los riesgos de cada puesto sanitario y adoptar medidas técnicas u organizativas (diseño seguro de instalaciones, dotación de personal suficiente, etc.) antes de recurrir únicamente a equipos de protección personal.

Derechos de los trabajadores en materia de PRL

La LPRL reconoce a los trabajadores una serie de **derechos** para garantizar su protección eficaz.

Entre los más importantes se encuentran:

- **Derecho a una protección eficaz** en materia de seguridad y salud: es el principio general, del cual derivan los demás derechos específicos. Implica que el trabajador puede exigir al empleador condiciones seguras y acciones preventivas eficaces.
- **Derecho a equipos de trabajo seguros y medios de protección adecuados** (art. 17 LPRL). Esto supone que la empresa proporcione maquinaria, herramientas e instalaciones seguras, así como los equipos de protección individual (EPIs) necesarios de forma gratuita y en buen estado.
- **Derecho a información, consulta y participación** (arts. 18 y 33 LPRL). El trabajador debe ser informado de los riesgos de su puesto y de las medidas preventivas aplicables, y tiene derecho a ser consultado y a participar, directamente o a través de sus representantes, en las cuestiones de PRL. Por ejemplo, en un hospital, la dirección debe informar al personal auxiliar sobre los riesgos biológicos en su unidad y escuchar sus sugerencias a través de los Delegados de Prevención.
- **Derecho a la formación preventiva** (art. 19 LPRL). Los trabajadores han de recibir formación teórica y práctica, suficiente y adecuada, en materia de prevención, tanto al incorporarse al puesto como cuando cambien las funciones o se introduzcan nuevas tecnologías y riesgos. En el SAS esto se traduce en cursos periódicos sobre, por ejemplo, manejo seguro de sustancias, movilización de pacientes, uso de extintores, etc.
- **Derecho a medidas de emergencia** (art. 20 LPRL). La empresa debe prever y dotar planes de emergencia y primeros auxilios. El trabajador tiene derecho a que existan medios y procedimientos para actuar ante emergencias (incendios, evacuaciones, accidentes graves).
- **Derecho a打断 la actividad en caso de riesgo grave e inminente** (art. 21 LPRL). Si un trabajador percibe un peligro inminente serio para su vida o salud y no puede contactar a un superior a tiempo, puede parar su trabajo e incluso evacuar, sin repercusiones disciplinarias. Por ejemplo, ante un escape químico peligroso en un laboratorio, el personal podría autoevacuarse inmediatamente.
- **Derecho a la vigilancia periódica de la salud** (art. 22 LPRL). Los trabajadores tienen derecho a controles de salud adaptados a los riesgos de su puesto (revisiones médicas, analíticas, vacunaciones) para detectar precozmente posibles daños. Estas evaluaciones sanitarias deben ser confidenciales y gratuitas, y el trabajador ha de ser informado de sus resultados. Solo son obligatorias cuando haya riesgo para terceros o por ley, de lo contrario son voluntarias pero muy recomendables.

Todos estos derechos forman parte del derecho fundamental a una **protección eficaz en seguridad y salud**, y llevan aparejado el correlativo **deber del empleador** de hacerlos efectivos.

Obligaciones y deberes del empleador

La LPRL impone al empresario (en nuestro caso, el SAS como empleador público) el deber de proteger a sus trabajadores frente a los riesgos laborales **en todos los aspectos relacionados con el trabajo**. Esto significa que la responsabilidad de la prevención recae principalmente en la dirección

de la empresa. Algunas obligaciones clave del empleador son:

- **Garantizar la seguridad y la salud de sus trabajadores** en el desarrollo de su actividad, integrando la prevención en la gestión diaria de la empresa. El SAS, “como empresa, tiene la obligación de garantizar la protección de la seguridad y salud de los trabajadores, desarrollando las actuaciones necesarias para evitar o disminuir los riesgos”. Esto implica dotar de medios, personal y organización preventiva adecuada en hospitales y centros de salud.
- **Evaluar los riesgos laborales** y planificar la actividad preventiva (art. 16 LPRL). El empresario debe realizar una **evaluación inicial de riesgos** de cada puesto y tarea, y revisarla periódicamente o cuando cambien las condiciones. En base a la evaluación, elaborará una **planificación preventiva** que priorice las medidas correctoras necesarias. (Más adelante profundizamos en la evaluación de riesgos).
- **Adoptar medidas preventivas eficaces** según los principios antes mencionados. Debe elegir las técnicas y procedimientos más adecuados para controlar cada riesgo identificado. Por ejemplo, si se detecta riesgo de sobreesfuerzo en un profesional al mover pacientes, el SAS debe facilitar grúas o camas articuladas (medidas técnicas) y establecer protocolos de movilización de pacientes entre dos personas (medida organizativa).
- **Proporcionar equipos de protección individual (EPIs)** adecuados cuando los riesgos no puedan eliminarse totalmente con medidas colectivas (art. 17 LPRL). Debe suministrárselos gratuitamente, reponerlos cuando se deterioren y formar al trabajador en su uso. Por ejemplo, mascarillas FFP2, guantes de nitrilo, gafas de protección, batas impermeables, calzado antideslizante, etc., según el riesgo (biológico, químico, mecánico...).
- **Informar y formar a los trabajadores** (arts. 18 y 19 LPRL). Es obligación empresarial asegurarse de que cada empleado conoce los riesgos de su puesto y las medidas preventivas, y ha recibido formación práctica. Esto abarca desde informar de protocolos (p.ej. protocolo de actuación ante un accidente por pinchazo) hasta impartir cursos sobre manejo de extintores o técnicas posturales para evitar lesiones.
- **Consultar a los trabajadores y permitir su participación** (arts. 18 y 33 LPRL). El empresario debe consultar con los representantes de los trabajadores (Delegados de Prevención, ver más adelante) antes de tomar decisiones importantes en PRL, y facilitar la participación activa de los empleados en la mejora de la seguridad.
- **Planificar las emergencias y primeros auxilios** (art. 20 LPRL). Debe existir un Plan de Emergencia en cada centro, con personal encargado, equipos (extintores, botiquines, alarmas) y simulacros periódicos. Igualmente, el empresario debe organizar la **lucha contra incendios** y el **evacuación** y designar trabajadores formados en primeros auxilios. En un hospital, por ejemplo, se asignan Equipos de Primera Intervención para conatos de incendio, y se establecen rutas de evacuación para pacientes.
- **Vigilancia de la salud** (art. 22 LPRL). El empleador debe ofrecer exámenes de salud periódicos en función de los riesgos: por ejemplo, control de vacunación y anticuerpos para personal expuesto a sangre (hepatitis B), espirometrías para expuestos a gases anestésicos, chequeos de espalda para quienes cargan peso, etc. Los resultados deben ser confidenciales y solo comunicados al trabajador y a la autoridad sanitaria en términos de aptitud, respetando la intimidad.
- **Documentar la actividad preventiva** (art. 23 LPRL). Debe quedar constancia por escrito de la

evaluación de riesgos, la planificación preventiva, la formación impartida, los accidentes de trabajo ocurridos (investigación de accidentes) y las medidas adoptadas. Este “archivo documental” puede ser requerido por la Inspección de Trabajo o la autoridad laboral. En el SAS, esto se materializa en documentos como el Plan de Prevención del centro, informes de evaluación de riesgos, registros de formación del personal, partes de accidente laboral, etc.

- **Proteger de forma especial a trabajadores sensibles** (art. 25), trabajadoras embarazadas o en lactancia (art. 26) y trabajadores menores de edad (art. 27). Es decir, debe adaptar puestos o reubicar a quienes por sus características (por ejemplo, embarazo) no deban realizar ciertas tareas de riesgo, garantizando así su salud. En el SAS es común, por ejemplo, ofrecer a una auxiliar de enfermería embarazada evitar la exposición a radiaciones ionizantes o a pacientes con enfermedades infecto-contagiosas, cambiándola temporalmente de unidad si es preciso.

En resumen, el SAS, al igual que cualquier empleador, **responde de la seguridad de sus trabajadores** y debe poner todos los medios a su alcance para prevenir accidentes y enfermedades profesionales. Su responsabilidad es exigible incluso en la Administración: la ley deja claro que las Administraciones públicas tienen los mismos deberes de protección que una empresa privada en materia de PRL. El incumplimiento de estas obligaciones puede acarrear sanciones administrativas e incluso responsabilidad penal o civil en caso de accidentes graves por negligencia.

Obligaciones de los trabajadores

Aunque la mayor carga de la prevención recae en el empresario, la ley también exige a los trabajadores **deberes de cooperación y autocuidado** (art. 29 LPRL). Las obligaciones de los trabajadores en PRL incluyen:

- **Velar por su propia seguridad y la de sus compañeros** en el trabajo, actuando con responsabilidad. Esto implica cumplir las medidas de prevención que se implanten.
- **Usar correctamente máquinas, herramientas y sustancias** peligrosas, de acuerdo con la formación recibida, evitando manipulaciones imprudentes. Por ejemplo, un profesional debe manejar los equipos médicos conforme a las normas (no bloquear el dispositivo de seguridad de una camilla, no sobrecargar un enchufe, etc.).
- **Utilizar adecuadamente los medios de protección** proporcionados por el empleador. Esto significa llevar los EPIs obligatorios en cada tarea (guantes, mascarilla, gafas...) y cuidarlos, así como emplear las protecciones colectivas (ej. no quitar una barandilla de cama destinada a evitar caídas).
- **No inutilizar ni sustraer los dispositivos de seguridad** existentes en equipos o instalaciones. Por ejemplo, no anular una alarma, no bloquear un extintor, no quitar una tapa protectora de una aguja hipodérmica si esta la trae de fábrica, etc.
- **Informar inmediatamente de cualquier situación de riesgo** que detecten. Si un auxiliar nota que falta desinfectante en un dispensador, o ve un líquido en el suelo que puede provocar caídas, debe comunicarlo de inmediato para que se corrija.
- **Cooperar con el empresario** para mejorar la prevención. Esto abarca participar en la formación, seguir los protocolos de seguridad establecidos y, en general, contribuir positivamente a la cultura preventiva.

En esencia, la ley busca que el trabajador sea parte activa de la prevención. En el medio hospitalario, estas obligaciones de los profesionales se traducen en rutinas como: respetar los protocolos higiénico-sanitarios, emplear correctamente contenedores de residuos, no improvisar con aparatos si no se conocen las instrucciones, y avisar al servicio de prevención o a los supervisores cuando ocurra un incidente (p. ej., un conato de agresión o un casi-accidente) para que se investigue y evite en el futuro.

Evaluación de riesgos laborales y planificación preventiva

La **evaluación de riesgos laborales** es el proceso clave para identificar los peligros presentes en el trabajo, estimar la probabilidad de que causen daño y determinar las medidas preventivas necesarias. Según el Reglamento de los Servicios de Prevención, la evaluación consiste en obtener la información necesaria para que el empresario pueda tomar decisiones apropiadas sobre qué medidas adoptar [15]. En la práctica, la evaluación de riesgos en un hospital implica, por ejemplo, analizar cada puesto de trabajo (planta de hospitalización, UCI, quirófano, etc.) para detectar riesgos: biológicos (contacto con sangre), ergonómicos (movilización de pacientes), químicos (manejo de desinfectantes), psicosociales (estrés, turnicidad), etc.

¿Cómo se realiza la evaluación? Suele llevarla a cabo personal técnico de prevención (por ejemplo, técnicos de las Unidades de Prevención del SAS) en colaboración con mandos y trabajadores.

Incluye:

- **Identificar los peligros** (p.ej., posibilidad de pinchazo con aguja, riesgo de lesión lumbar al mover un paciente, riesgo de agresión en urgencias).
- **Determinar quién puede verse afectado y cómo** (p.ej., TCAEs y enfermeras al manipular agujas; personal de planta al levantar pacientes de la cama; personal de urgencias en horario nocturno frente a usuarios violentos).
- **Analizar la probabilidad y severidad** de posibles daños, a fin de establecer un nivel de riesgo (por ejemplo, alto riesgo de lumbalgia por movilización diaria de pacientes pesados sin ayudas mecánicas).
- **Proponer medidas preventivas y correctoras.** Tras evaluar, se elabora un informe que recomienda acciones: desde modificaciones del entorno (poner suelos antideslizantes), compra de equipos (grúas para pacientes, contenedores de cortopunzantes), formación específica (p. ej., curso de manejo de pacientes para evitar sobreesfuerzos) hasta cambios en la organización (rotación de tareas para evitar fatiga, dotación de más personal en momentos críticos, etc.).
- **Planificación preventiva:** El empresario debe recoger en un plan las medidas a implantar, fijando plazos, responsables y seguimiento. Por ejemplo, si la evaluación revela que en un laboratorio los técnicos carecen de cabinas de bioseguridad para manejar muestras infecciosas, el plan preventivo incluirá la adquisición e instalación de dichas cabinas en un plazo determinado, capacitación del personal y verificación de su uso.

La evaluación inicial se actualiza cuando cambian las condiciones (nuevos equipos, reorganización,

nuevas sustancias) o periódicamente. En el SAS, la evaluación de riesgos es un proceso continuo llevado a cabo por sus Unidades de Prevención en todos los centros asistenciales. Esto asegura que la prevención se adapte a la realidad dinámica del entorno sanitario.

Cabe señalar que cuando los resultados de la evaluación lo hagan necesario, el SAS debe realizar **controles periódicos del ambiente de trabajo** (medición de niveles de ruido, carga microbiológica en aire, iluminación, etc.) y de las condiciones de los trabajadores (vigilancia de la salud específica) para valorar la eficacia de las medidas adoptadas. La **planificación de la actividad preventiva** resultante de la evaluación es uno de los instrumentos esenciales de la gestión de PRL.

Organización de la actividad preventiva en las empresas

La LPRL establece distintas **modalidades de organización preventiva** (artículos 30 y siguientes de la Ley, desarrollados en el RD 39/1997). El empleador debe decidir cómo articula los recursos preventivos en función del tamaño de la empresa y la peligrosidad de sus actividades:

- **Asunción personal por el propio empresario:** solo permitido en empresas muy pequeñas (hasta 10 trabajadores, o hasta 25 si tienen un único centro y riesgos limitados) y siempre que el empresario desempeñe de forma habitual su actividad en el centro de trabajo. No es aplicable en el SAS debido a su gran tamaño.
- **Designación de trabajadores encargados de la prevención:** en empresas pequeñas o medianas se pueden designar uno o varios empleados para que, además de sus tareas habituales, realicen funciones preventivas (evaluaciones sencillas, formación, etc.). Deben tener la capacitación necesaria. De nuevo, en el SAS esto no es suficiente dada la complejidad, por lo que se requiere una estructura más especializada.
- **Servicio de Prevención Propio (SPP):** crear dentro de la empresa una unidad o servicio específico con personal técnico competente en prevención (técnicos superiores, médicos del trabajo, enfermeros del trabajo, etc.). Es obligatorio para organizaciones de cierto tamaño o con riesgos especiales. El SAS opta por esta modalidad, disponiendo de Servicios/Unidades de Prevención Propios en sus centros (ver apartado siguiente).
- **Servicio de Prevención Mancomunado:** varias empresas de un mismo grupo o sector pueden compartir un servicio de prevención común. No es el caso del SAS, ya que es una sola entidad empleadora pública, pero dentro de la Junta de Andalucía se podría considerar la mancomunación entre distintos entes si fuese pertinente.
- **Servicio de Prevención Ajeno (SPA):** contratar una empresa externa especializada en prevención para que asuma las actividades preventivas. El SAS no utiliza esta modalidad para sus centros asistenciales, puesto que cuenta con su propia estructura interna, aunque podría recurrir a apoyo externo puntual en temas muy específicos si fuera necesario.

En todos los casos, independientemente de la modalidad, la dirección sigue siendo la **última responsable** de la prevención. Contar con un servicio de prevención (interno o externo) no exime al empleador de sus obligaciones; estos servicios actúan por delegación.

Resumiendo, el SAS ha establecido un **Servicio de Prevención Propio** que cubre a todo su personal, con unidades distribuidas territorialmente, dada la magnitud de la organización y la variedad de riesgos sanitarios. Esto garantiza la presencia de profesionales dedicados a la PRL dentro del sistema sanitario público andaluz.

Participación y consulta: Delegados de Prevención y Comité de Seguridad y Salud

La participación de los trabajadores es un elemento esencial de la PRL. La ley articula esta participación a través de figuras y órganos específicos:

- **Delegados de Prevención:** Son los representantes de los trabajadores con funciones específicas en PRL, elegidos por y entre los empleados. En las empresas privadas se designan entre los representantes del personal (comité de empresa o delegados de personal); en la Administración, de forma análoga, se escogen entre los miembros de las Juntas de Personal o Comités de empresa del sector público.
 - **Número:** depende del tamaño de la plantilla (por ejemplo, en centros de hasta 100 trabajadores corresponde 2 delegados; va aumentando progresivamente). Dado que en un hospital típico del SAS trabajan cientos de personas, suele haber varios delegados de prevención por centro.
 - **Competencias:** Colaborar con la dirección en la mejora de la prevención; promover la cooperación de los trabajadores en la ejecución de la normativa; ser consultados antes de decisiones importantes de PRL; y vigilar y controlar el cumplimiento de la normativa de PRL.
 - **Facultades:** entre otras, acompañar a los técnicos en las evaluaciones de riesgo en el centro de trabajo, realizar observaciones durante visitas de la Inspección de Trabajo, acceder a la información y documentación de PRL de la empresa, recibir comunicaciones de daños para la salud ocurridos, proponer medidas preventivas y paralizar la actividad en caso de riesgo grave e inminente (cuando no se haya podido solucionar de otro modo, con acuerdo del representante de la empresa). Los delegados cuentan con una formación específica proporcionada por la empresa y con un crédito de horas mensuales para ejercer sus funciones preventivas. En el SAS, los Delegados de Prevención suelen ser trabajadores sanitarios (enfermeras, auxiliares, médicos) designados por los sindicatos con representación, y juegan un papel importante elevando problemas (por ej., denuncian si en una planta faltan EPIs o hay sobrecarga de trabajo que genera riesgos).
- **Comité de Seguridad y Salud:** Es el órgano paritario de participación formado, a partes iguales, por los Delegados de Prevención (representando a los trabajadores) y por representantes de la empresa (dirección). Es obligatorio constituirlo en todos los centros de trabajo o empresas de 50 o más trabajadores por tanto, en todos los hospitales, distritos de atención primaria y demás centros del SAS existe al menos un Comité de Seguridad y Salud.

El Comité se reúne trimestralmente de forma ordinaria, y extraordinariamente cuando lo solicite alguna de las representaciones. Sus **competencias** incluyen: participar en la elaboración, puesta en práctica y evaluación de los planes y programas de prevención; discutir los resultados de las evaluaciones de riesgo y planes de acción; actuar en situaciones de emergencia y riesgo grave; y en general, **ser consultado** por la empresa antes de

decisiones relevantes en PRL. También puede emitir informes o propuestas sobre la situación preventiva del centro. Sus **facultades** incluyen: conocer directamente la situación preventiva mediante visitas, informes y datos; conocer y analizar los daños para la salud (accidentes, enfermedades) producidos, pudiendo proponer medidas; y **solicitar la intervención** de la empresa en cuestiones de seguridad, así como del propio Servicio de Prevención, e incluso promover la actuación de la Inspección de Trabajo si estima deficiencias graves. En las reuniones del Comité pueden participar, con voz pero sin voto, los Delegados Sindicales (representantes sindicales del centro) y los técnicos de prevención de la empresa, lo que en la práctica en el SAS significa que acuden normalmente miembros del servicio de prevención del hospital y los responsables de recursos humanos o gerencia, junto a los delegados de prevención y delegados sindicales.

En organizaciones muy grandes con múltiples centros, la ley permite crear Comités de Seguridad y Salud **intercentros** o de ámbito general. De hecho, en el SAS existe un Comité Sectorial de Seguridad y Salud de nivel central (Andalucía) donde se abordan datos globales y planes conjuntos, sin perjuicio de los comités locales en cada hospital. Los informes anuales de este Comité Sectorial reflejan, por ejemplo, las estadísticas de accidentes y agresiones de todo el SAS.

En resumen, la empresa (SAS) debe **facilitar la actuación de los Delegados de Prevención y del Comité**, entregándoles información necesaria, convocándolos a participar en las evaluaciones y planes, y respondiendo a sus propuestas. Esta participación activa redundará en una mejor identificación de problemas y soluciones consensuadas.

Equipos de protección y medidas colectivas e individuales

La LPRL distingue entre medidas de protección **colectivas** (protegen a múltiples trabajadores a la vez) y **equipos de protección individual (EPIs)**, que protegen específicamente a quien los porta. Ambos tipos son fundamentales, pero la ley establece claramente que se debe **anteponer la protección colectiva a la individual siempre que sea posible**.

- **Medidas de protección colectiva:** Son aquellas integradas en el propio puesto o entorno de trabajo que reducen el riesgo para todos. Por ejemplo, en un entorno sanitario, algunas medidas colectivas típicas son: sistemas de ventilación con filtros HEPA para aislar patógenos en áreas de aislamiento (protege a todo el personal del área), dispositivos de bioseguridad en el material punzante (ej. agujas retractiles o con funda de seguridad) que reducen la probabilidad de pinchazo para cualquiera que las manipule, barandillas en camas y camillas para evitar caídas, suelos antideslizantes y señalización de zonas húmedas para prevenir resbalones, turnos rotatorios para mitigar la fatiga y exposición prolongada a riesgos, etc. Estas medidas suelen ser **más eficaces** porque no dependen del comportamiento individual en cada momento, sino que actúan por diseño. El SAS invierte en este tipo de protecciones (por ejemplo, instalación de sistemas de extracción de aire en áreas de radiología para eliminar gases anestésicos, o el uso obligatorio de contenedores rígidos para eliminar todo material cortante en cada unidad).
- **Equipos de protección individual (EPIs):** Son dispositivos que lleva o utiliza el trabajador para protegerse de riesgos específicos (art. 17 LPRL). Incluyen, en sanidad: guantes de distintos tipos (estériles, de vinilo, de crioprotección, etc.), mascarillas (quirúrgicas,

FFP2/FFP3 según riesgo aéreo), gafas o pantallas faciales, protectores de plomo para radiación (delantales plomados), protectores auditivos (si hay ruido, por ejemplo en mantenimiento), calzado antideslizante y puntera reforzada, ropa de trabajo adecuada (ej. pijamas sanitarios, batas impermeables para fluidos, etc.), entre otros. El **empleador debe proporcionarlos gratuitamente**, asegurarse de que sean adecuados al riesgo y de la talla correcta, reponerlos cuando se deterioren y formar al trabajador en su uso y mantenimiento. Por su parte, el **trabajador tiene la obligación de utilizarlos correctamente** cuando la evaluación de riesgos así lo haya determinado. Un error común es subestimar el uso de EPIs porque pueden resultar molestos (ej. usar guantes todo el tiempo puede generar calor o entorpecer la habilidad manual), pero su uso correcto es vital para la prevención. El SAS regula mediante protocolos qué EPIs son obligatorios en cada tarea (por ejemplo, guantes, mascarilla y pantalla al realizar una técnica con riesgo de salpicadura de sangre).

Ejemplo práctico (colectiva vs individual): Para prevenir riesgos biológicos por pinchazos, una **medida colectiva** es implantar dispositivos de seguridad en las agujas y prohibir reencapuchar, además de colocar contenedores rígidos cerca de donde se usan. La medida individual sería usar guantes y tener técnica adecuada al manipular la aguja. Ambas son necesarias, pero como se ve, si el hospital provee agujas de bioseguridad y contenedores, el riesgo se minimiza para todos; el guante (EPI) añade una capa más pero nunca sustituye a las otras (de hecho, un guante no evita un pinchazo pero puede disminuir la cantidad de sangre de contacto).

En definitiva, la mejor estrategia es combinar ambos tipos: primero eliminar o reducir el peligro con soluciones técnicas u organizativas (colectivas), y luego **complementar con EPIs** para los riesgos residuales inevitables. La normativa específica (como el RD 773/1997 sobre EPIs, RD 664/1997 sobre protección contra agentes biológicos, etc.) desarrolla requisitos adicionales: por ejemplo, que los EPIs estén homologados con marcado CE, que se revisen periódicamente, que el trabajador participe en la selección de EPIs cómodos, etc.

Otros aspectos: formación, información, y documentación

Si bien ya se mencionaron en derechos/obligaciones, es importante recalcar que **la formación e información** son pilares sin los cuales las mejores medidas técnicas pueden fallar. El SAS debe asegurar que todos sus trabajadores, incluidos los de nueva incorporación, reciban un curso inicial de PRL que abarque riesgos generales (incendios, evacuación, ergonomía básica, etc.) y específicos de su puesto (p.ej. manejo de fluidos biológicos, uso de EPIs). Asimismo, al introducir nuevas tecnologías o protocolos, se debe informar por escrito (circulares, carteles, intranet) y formar si es necesario. La información también incluye la entrega de instrucciones por puesto (muchos hospitales entregan manuales de acogida donde se describen los riesgos de cada servicio y las medidas vigentes). Por otro lado, la **documentación** de PRL (plan de prevención, evaluaciones, fichas de datos de seguridad de productos químicos, registro de entrega de EPIs, etc.) debe estar accesible para consulta. Los propios trabajadores tienen derecho a solicitarla a través de sus representantes. Por ejemplo, un delegado de prevención en un hospital del SAS puede pedir el informe de evaluación de riesgos de la unidad de quirófano para revisarlo y proponer mejoras.

En conclusión, la Ley 31/1995 proporciona un **marco integral**: fija principios rectores, garantiza

derechos y define obligaciones tanto para la empresa (SAS) como para los trabajadores, fomentando una cultura preventiva participativa. A continuación, analizaremos cómo se aplica específicamente este marco legal en el Servicio Andaluz de Salud, qué estructura preventiva tiene y qué iniciativas se han desarrollado en Andalucía para proteger a los profesionales sanitarios.

2. Aplicación de la Ley 31/1995 en el Servicio Andaluz de Salud (SAS)

El Servicio Andaluz de Salud, como entidad pública de la Junta de Andalucía y mayor empleador sanitario de la comunidad, debe dar cumplimiento a la LPRL con igual rigor que cualquier empresa privada. Esto conlleva no solo ajustarse a la normativa nacional, sino también implantar estructuras y planes propios e incluso seguir normativa autonómica complementaria. En este apartado veremos **cómo organiza el SAS la prevención**, cuáles son sus responsabilidades como empleador público, qué normativa específica de Andalucía existe al respecto, las funciones de sus servicios de prevención, los protocolos internos en vigor y la implicación de los representantes de los trabajadores (delegados y comités). También abordaremos los **planes integrales de actuación preventiva en centros sanitarios**, que engloban las diversas medidas y programas que el SAS despliega para controlar riesgos particulares (biológicos, ergonomía, agresiones, etc.).

Estructura organizativa de la prevención en el SAS

El SAS ha desarrollado una estructura preventiva descentralizada para cubrir eficazmente todos sus centros (hospitales, distritos de atención primaria, servicios centrales, etc.). Esta estructura quedó formalmente establecida mediante la Orden de 11 de marzo de 2004 (Consejerías de Empleo y Salud) por la que se crearon las **Unidades de Prevención de Riesgos Laborales en los Centros Asistenciales del SAS**. Dicha orden organizó el territorio andaluz en “Áreas de Prevención” coincidentes, grosso modo, con las áreas sanitarias, y en cada una definió la creación de una Unidad de Prevención con un determinado nivel según la cartera de servicios preventivos asumidos:

- **Unidades de Prevención de Nivel 1:** ubicadas en determinados Distritos de Atención Primaria y hospitales comarcales, integran al menos las disciplinas de Medicina del Trabajo (1 médico) y Seguridad en el Trabajo (1 técnico superior), apoyados por personal de enfermería del trabajo.
- **Unidades de Prevención de Nivel 2:** generalmente en hospitales de mayor tamaño, incluyen técnicos superiores de Seguridad en el Trabajo e Higiene Industrial.
- **Unidades de Prevención de Nivel 3:** en los hospitales principales de cada provincia o área, con técnicos superiores en Seguridad, Higiene y Ergonomía/Psicossociología Aplicada, además de médicos del trabajo y personal de enfermería del trabajo cuando corresponda. Estas unidades de nivel más alto actúan como referencia técnica.

En total, el SAS cuenta con decenas de Unidades de Prevención repartidas estratégicamente para dar cobertura a todos sus centros asistenciales. Cada Unidad suele ubicarse físicamente en un hospital cabecera, pero asume la prevención de varios centros de su área (por ejemplo, la Unidad de Prevención del Hospital X presta servicio también a ciertos centros de salud del distrito).

Dependencia jerárquica: Estas Unidades de Prevención dependen directamente de la Dirección-Gerencia del hospital o del Distrito de Atención Primaria donde estén ubicadas. Es decir, orgánicamente están integradas en la estructura de gestión del SAS a nivel local, lo que facilita su operatividad y la implantación de medidas en el propio centro.

Coordinación general: Para asegurar homogeneidad, existe una **Unidad de Coordinación de Prevención** en los Servicios Centrales del SAS. Según el Plan de Prevención del SAS, esta unidad de coordinación participa en la elaboración de planes y programas preventivos comunes y emite protocolos y procedimientos unificados en materia de salud laboral. En otras palabras, centraliza criterios y da soporte técnico a las unidades periféricas.

Esta estructura organizativa fue reforzada por el **Decreto 304/2011, de 11 de octubre**, que regula la prevención de riesgos laborales para el personal al servicio de la Administración de la Junta de Andalucía. Dicho decreto pretendió unificar la estructura preventiva en toda la Junta (incluyendo SAS, educación, justicia, etc.), estableciendo principios como la integración de la prevención en todos los niveles jerárquicos y la necesaria dotación de recursos preventivos suficientes.

En resumen, el SAS cuenta con un verdadero **Servicio de Prevención Propio descentralizado**: Unidades de Prevención con técnicos y sanitarios especialistas en PRL, insertadas en cada territorio, coordinadas a nivel central. Gracias a ello, puede abordar con cercanía los problemas de cada centro (un hospital grande con riesgo de radiaciones vs. un centro de salud pequeño con más riesgo ergonómico, por ejemplo). Esta capilaridad es vital para un sistema con decenas de miles de trabajadores.

Responsabilidad del SAS como empleador público

Como ya se mencionó, el SAS, pese a ser una entidad pública, tiene la misma obligación legal que cualquier empresa de **garantizar la seguridad y salud** de su personal en el trabajo. La gestión preventiva en el SAS, sin embargo, debe enmarcarse en la estructura administrativa: las decisiones pueden requerir aprobación de consejerías, los recursos deben presupuestarse públicamente, etc. Aun así, la **responsabilidad última recae en la Dirección del SAS y en las direcciones de cada centro**.

La Dirección Gerencia del SAS (Servicio Central) asume el compromiso global de seguridad y salud para sus trabajadores como un objetivo permanente y prioritario, al mismo nivel que la calidad asistencial. Esto queda recogido en la **Política de Prevención del SAS**, que define principios de acción y objetivos en PRL para toda la organización. Entre esos compromisos está la integración efectiva de la prevención en todas las actividades y niveles jerárquicos, la mejora continua de las condiciones de trabajo y la reducción progresiva de la siniestralidad.

En cada hospital o distrito, el **Director Gerente local** es el responsable directo de implantar las medidas preventivas y de velar por el cumplimiento de la normativa. De hecho, el Plan de

Prevención del SAS señala que las Direcciones Gerencias asumen la seguridad y salud de sus trabajadores como un objetivo fundamental de gestión, debiendo liderar las acciones preventivas en sus centros.

Como empleador público, el SAS también tiene que coordinarse con otros órganos: por ejemplo, la [Inspección de Trabajo](#) realiza controles en centros sanitarios y puede requerir documentación o imponer sanciones si detecta incumplimientos; la [Consejería de Empleo](#) de la Junta participa a través del Instituto Andaluz de Prevención de Riesgos en campañas o asesoramientos; y los [sindicatos](#) con presencia en Mesa Sectorial de Sanidad negocian aspectos relacionados con la seguridad laboral (protocolos de agresiones, dotación de EPIs, etc.).

Un aspecto a destacar es la [responsabilidad jurídica](#) en caso de accidente laboral o enfermedad profesional: el SAS, al ser entidad pública, responde patrimonialmente de los daños que sufra un empleado si medió negligencia en la prevención. Además, existe el Decreto 257/2005, de Asistencia Jurídica al SAS, que establece que el SAS proporcionará defensa jurídica a sus profesionales si son objeto de agresiones o demandas en el ejercicio de sus funciones. Esto está relacionado con PRL en la parte de agresiones a sanitarios: el SAS se compromete a apoyar legalmente al trabajador agredido.

En conclusión, la responsabilidad del SAS es doble: [preventiva](#), evitando riesgos, y [reactiva](#), respondiendo cuando ocurre un incidente (atendiendo al trabajador lesionado, investigando la causa e indemnizando si procede). En la práctica, los servicios de prevención investigan todos los accidentes de trabajo ocurridos en sus centros para determinar causas y responsabilidades, implementando acciones correctoras para evitar recurrencias.

Normativa autonómica complementaria en Andalucía

Además de la legislación nacional, Andalucía ha desarrollado algunas normas y planes propios en materia de PRL, particularmente enfocados en la Administración autonómica y el sector sanitario:

- [Decreto 304/2011, de 11 de octubre](#): ya citado, regula la estructura organizativa de la prevención de riesgos laborales para el personal al servicio de la Junta de Andalucía. Consolidó la existencia de servicios de prevención propios en cada Consejería u organismo, y fomentó la unificación de criterios.
- [Orden de 11 de marzo de 2004](#): creación de las Unidades de Prevención del SAS (comentada antes), base del modelo preventivo en nuestros centros sanitarios.
- [Ley 2/1998, de Salud de Andalucía](#): aunque su foco es la ordenación sanitaria, esta ley autonómica menciona la necesidad de velar por la seguridad del personal sanitario. El Plan de Prevención del SAS la cita en cuanto a adscripción del personal y centros al SAS y la aplicación de los planes de prevención en todos ellos.
- [Plan de Prevención de Riesgos Laborales del SAS](#): es un documento marco interno. La versión vigente fue aprobada por Orden de 17 de septiembre de 2014 de la Consejería de Salud, por la que se aprueba el Plan de PRL del SAS (según se menciona en temarios) – un documento técnico-político que establece las líneas estratégicas de PRL en el SAS. Este Plan

recoge compromisos de mejora continua, objetivos de reducción de accidentes, integración de la perspectiva de género en la prevención, etc., y articula la estructura preventiva existente con los planes específicos de cada centro.

- **Planes específicos autonómicos:** por ejemplo, el [Plan de Prevención y Atención de Agresiones para los Profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía](#) (iniciado alrededor de 2005 y actualizado posteriormente). Este plan autonómico surge ante el creciente fenómeno de agresiones a personal sanitario, estableciendo medidas de sensibilización, formación en habilidades de comunicación y autoprotección, mejoras en seguridad (guardias de seguridad, alarmas, etc.) y protocolos de actuación ante una agresión. (Se detalla más adelante en la sección de agresiones).
- Normativa de desarrollo estatal de especial interés en sanidad, que aplica en Andalucía:
- [RD 664/1997](#) sobre protección de trabajadores contra riesgos biológicos, de gran importancia en hospitales (obliga a evaluaciones específicas de riesgo biológico, vacunación de trabajadores expuestos, como VHB, información sobre medidas de higiene, etc.).
- [RD 488/1997](#) sobre pantallas de visualización de datos (ergonomía en puestos con ordenador, muy relevante también para personal administrativo sanitario y para historiales clínicos electrónicos que usan médicos/enfermeras).
- [Directiva 2010/32/UE](#) (transpuesta mediante Orden ESS/1451/2013) sobre prevención de lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes en el sector sanitario. Esta norma europea, que deriva de un acuerdo entre sindicatos y empleadores sanitarios, refuerza la obligación de proporcionar material sanitario con dispositivos de seguridad (p.ej. agujas retráctiles) y de formar al personal en su uso, así como de notificar y registrar todos los [accidentes con material cortopunzante](#). El SAS, desde entonces, ha ido sustituyendo progresivamente el material convencional por material de bioseguridad y cuenta con un protocolo específico de “Accidentes de Riesgo Biológico” conforme a esta orden.

En suma, el marco autonómico complementa al nacional poniendo énfasis en áreas críticas para la realidad andaluza (estructura preventiva en la Junta, agresiones en sanidad, etc.) y asegurando que el SAS dispone de un [plan propio adaptado](#) a sus características.

Funciones de los Servicios/Unidades de Prevención del SAS

Las Unidades de Prevención de Riesgos Laborales del SAS (servicio de prevención propio) llevan a cabo todas las actuaciones preventivas definidas por la ley en sus centros de cobertura. Sus funciones se derivan de la LPRL y del Reglamento de Servicios de Prevención, tal como recoge la Orden de 2004. De forma resumida, las principales [funciones de las Unidades de Prevención del SAS](#) son:

- **Evaluar los riesgos** laborales en los centros asistenciales, de acuerdo al art. 16 de la LPRL. Esto implica realizar las evaluaciones iniciales y periódicas, con visitas a puestos, mediciones higiénicas, estudios ergonómicos, etc., y mantener actualizado el Documento de Evaluación de Riesgos.
- **Diseñar, proponer, aplicar y coordinar planes y programas de actuación preventiva.** Por ejemplo, desarrollar el Plan de Prevención de cada hospital/distrito, coordinar programas

específicos (campañas de vacunación de personal, programa de vigilancia de la salud, plan de ergonomía en enfermería, etc.).

- **Determinar las prioridades en la adopción de medidas preventivas y hacer seguimiento de su eficacia.** La unidad no solo identifica riesgos, sino que ayuda a la dirección del centro a decidir qué se debe solucionar primero (según gravedad, número de trabajadores afectados, etc.) y posteriormente verifica si las medidas implantadas funcionan (mediante inspecciones, encuestas a trabajadores, nueva medición, etc.).
- **Información y formación a los trabajadores.** Colaboran en elaborar materiales informativos (carteles, trípticos, notas) y en impartir formación en PRL. Muchas unidades organizan cursos sobre movilización de pacientes, talleres de manejo del estrés, formación en uso de extintores o simulacros de evacuación, etc. Igualmente, participan en la acogida preventiva de los nuevos trabajadores.
- **Elaborar planes de actuación en situaciones de emergencia.** Ayudan a desarrollar los Planes de Autoprotección o Planes de Emergencia de cada centro, diseñando simulacros y formaciones de equipos de emergencia.
- **Vigilancia y control de la salud** de los empleados en relación con los riesgos del trabajo. Esto incluye gestionar las revisiones médicas periódicas: citación de trabajadores, realización de pruebas (analíticas, espirometrías, audiometrías, etc. según el riesgo), vacunas, control de resultados y emisión de conclusiones de aptitud laboral. También abarca la atención inmediata tras un accidente de trabajo (por ejemplo, profilaxis post-exposición tras un pinchazo) y el análisis epidemiológico de enfermedades profesionales. En el SAS hay “Unidades Básicas de Salud Laboral” integradas en las Unidades de Prevención que se encargan de esta vigilancia sanitaria.
- **Asesoramiento técnico a los órganos de participación** (Delegados de Prevención y Comités de Seguridad y Salud). La Unidad de Prevención actúa como secretaría técnica del Comité: prepara informes, responde consultas de los delegados, asesora sobre normativa, etc. Por ejemplo, si los delegados plantean quejas sobre carga de trabajo, la Unidad puede hacer un estudio ergonómico para presentarlo al comité.
- **Investigación de accidentes e incidentes.** Si ocurre un accidente de trabajo o un incidente (suceso que estuvo a punto de causar daño), la Unidad lo investiga, analizando causas inmediatas y básicas, y propone medidas para evitar recurrencias. Existe en SAS un “Procedimiento de Comunicación y Notificación de Accidentes e Incidentes” que las unidades gestionan. Por ejemplo, ante un pinchazo accidental con aguja, la Unidad recoge datos, busca cómo ocurrió (¿contenedor lejos? ¿prisa? ¿falló dispositivo?) y recomienda mejoras (reubicar contenedores, reforzar formación).
- **Otras funciones:** gestión de la documentación preventiva, realización de evaluaciones específicas (p.ej., estudios de puestos para adaptación de personal especialmente sensible), coordinación con otros servicios de prevención en caso de contratas, etc.

En definitiva, las Unidades de Prevención del SAS actúan como **equipo técnico especializado** que asiste a la dirección y a los trabajadores en todo lo relativo a seguridad y salud laboral. Son un aliado para implementar la Ley 31/1995 en el día a día de un hospital o centro de salud.

Protocolos internos y circuitos documentales en PRL del SAS

Para hacer operativa la prevención, el SAS cuenta con diversos **protocolos internos** y procedimientos normalizados. Estos documentos establecen el “qué hacer” ante determinadas situaciones de riesgo o trámites relacionados con PRL. Algunos ejemplos importantes de **protocolos PRL en el entorno SAS**:

- **Protocolo de Actuación frente a Accidentes con Riesgo Biológico:** Indica los pasos a seguir si un profesional sufre un pinchazo, corte con material contaminado o salpicadura de fluido biológico. Suele contemplar: lavado de la herida, información al Servicio de Prevención (mediante un formulario de comunicación de accidente biológico), valoración médica inmediata (profilaxis postexposición para VIH, vacunación si procede, análisis al paciente fuente con consentimiento, etc.), seguimiento serológico del trabajador durante meses. Este protocolo está muy difundido en los hospitales; a menudo se pega una hoja resumen en las plantas (“Qué hacer en caso de pinchazo accidental”).
- **Círculo de notificación de accidentes de trabajo:** Cuando ocurre cualquier accidente laboral (no solo biológico), existe un circuito para notificarlo: el trabajador informa a su mando y al servicio de prevención, se realiza el Parte de Accidente de Trabajo oficial (para la mutua/Seguridad Social) – en el SAS muchos centros tienen formulario electrónico interno (CATI, Comunicación de Accidente de Trabajo e Incidente). El Servicio de Prevención investiga el suceso (si es leve, estándar; si es grave o mortal, con urgencia y comunicando a Inspección en 24h). Esta trazabilidad está protocolizada para no omitir la investigación de ningún caso.
- **Procedimientos de Evaluación de Riesgos:** La Unidad de Prevención suele seguir un procedimiento escrito para realizar evaluaciones de riesgos de manera homogénea. Incluye cómo involucrar a los mandos y delegados, metodologías de valoración, etc.
- **Procedimientos de Vigilancia de la Salud:** Desde la citación de trabajadores, consentimiento informado, hasta la comunicación de resultados (aptitud laboral). Estos garantizan la confidencialidad y establecen, por ejemplo, protocolos médicos según riesgos (protocolo específico para personal expuesto a tuberculosis, etc.).
- **Gestión de la documentación PRL:** El SAS tiene plataformas informáticas (SIGPA, Hermes u otras según la época) donde archiva planes, evaluaciones, fichas de datos de productos químicos, informes de accidente, etc., y define quién tiene acceso. Esto permite que ante una inspección o auditoría se puedan presentar documentos actualizados.
- **Protocolos frente a emergencias:** Planes de autoprotección en hospitales con sus anexos (plan de incendio, plan de evacuación, plan ante amenaza de bomba, etc.). En cada centro se designan responsables (Jefe de Emergencia, Equipos de Alarma y Evacuación, etc.), y el protocolo indica la cadena de mando y actuación. Se realizan simulacros periódicos registrados en actas.
- **Protocolos específicos según riesgos:** Por ejemplo, manejo seguro de citostáticos (fármacos oncológicos peligrosos) en farmacia y hospital de día; protocolo para trabajos en altura (mantenimiento hospitalario en cubiertas); procedimiento de control de la legionela en sistemas de agua sanitaria (que afecta a personal de mantenimiento y prevención). Cada riesgo relevante tiene un procedimiento asociado que detalla medidas de control, frecuencias de revisión, responsables.

- **Circuitos de participación:** aunque menos formal, hay pautas para que los Delegados de Prevención reciban convocatorias e información con antelación, para que el Comité de Seguridad y Salud eleve recomendaciones y la Dirección responda por escrito en un tiempo determinado, etc., lo cual se suele recoger en los acuerdos de constitución del comité o en los manuales internos de gestión.

Todos estos protocolos aseguran que la prevención no dependa de la improvisación, sino que haya un **círculo establecido y conocido** por los trabajadores. Por supuesto, es crucial difundirlos: el SAS utiliza sus canales (intranet, correos, cartelería) para que el personal conozca qué hacer, por ejemplo, ante una agresión o ante un derrame de sustancia química.

Un ejemplo práctico de circuito documental: En un hospital andaluz, si un profesional sufre una agresión verbal grave de un familiar, el protocolo de agresiones indicará notificar al supervisor, activar al vigilante de seguridad si hay riesgo inmediato, cumplimentar el formulario de “Notificación de Agresión” (que el SAS suele tener), ofrecer apoyo psicológico al profesional si lo requiere, y tramitar la denuncia con el asesoramiento jurídico que el SAS brinda. Todo ello queda documentado y llega al Observatorio de Agresiones del SAS para su registro.

Delegados de Prevención y Comités de Seguridad y Salud en el SAS

La participación de los trabajadores en el SAS se articula como en el sector privado, pero con las particularidades del ámbito público. En cada hospital o distrito sanitario:

- Los **Delegados de Prevención** son designados por los Comités de Empresa o Juntas de Personal (órganos de representación sindical). Normalmente en el SAS, los sindicatos con mayor representación (SATSE, CCOO, UGT, CSIF, etc.) eligen a profesionales sanitarios o no sanitarios de ese centro para desempeñar este rol. Su número varía según la plantilla del centro siguiendo la escala legal (por ejemplo, en un gran hospital con más de 2000 trabajadores puede haber 8 Delegados de Prevención).
- Estos delegados participan activamente: asisten a reuniones periódicas con la Unidad de Prevención, realizan visitas a áreas de trabajo para detectar problemas, y sirven de cauce para que sus compañeros comuniquen preocupaciones de seguridad. Por ejemplo, un profesional puede informar a un delegado que los carros de curas están defectuosos; el delegado lo traslada a la Unidad de Prevención para que se tomen medidas. Los delegados también suelen involucrarse en campañas (por ej., promover la notificación de incidentes, difundir normas entre sus colegas). El SAS los forma con cursos específicos periódicamente.
- En cada centro con 50+ trabajadores (es decir, todos los hospitales y la mayoría de distritos) se constituye un **Comité de Seguridad y Salud**. En el SAS típicamente se crea uno por cada Hospital y otro por cada Distrito de Atención Primaria; a veces en áreas sanitarias integradas se unifica uno solo para ambos. Este Comité se reúne trimestralmente con un orden del día que incluye: revisión de accidentes ocurridos en el trimestre, estado de las actuaciones preventivas, propuestas de mejora de los delegados, información por la dirección de nuevas inversiones o cambios, etc. El Comité en el SAS es paritario: si hay, por ejemplo, 6 Delegados de Prevención, habrá 6 representantes designados por la

Dirección (suelen ser el Director Médico, Director de Enfermería, Responsable de Mantenimiento, etc., y siempre el técnico de prevención actuando de asesor). Las actas se elevan a la Dirección Gerencia y muchas veces también a un nivel superior (Servicio Central) para seguimiento global. Un **Comité Sectorial de Seguridad y Salud** del SAS a nivel central agrupa a representantes de toda Andalucía (sindicatos y directivos del SAS central) para tratar temas generales: por ejemplo, analizar las estadísticas anuales de siniestralidad, impulsar campañas conjuntas (como una campaña regional contra lesiones musculoesqueléticas en personal de enfermería), etc.

La **implicación** de estos delegados y comités es crucial: muchas mejoras han surgido de sus observaciones. Un ejemplo histórico es la lucha contra los cortes con bisturíes en quirófano: fueron delegados de prevención quienes detectaron su frecuencia y presionaron para introducir bisturíes con hoja retráctil y contenedores en cada mesa de instrumental. Del mismo modo, el Plan de Agresiones fue impulsado a raíz de la preocupación manifestada en comités de seguridad y salud.

En conclusión, en el SAS existe un entramado participativo activo. Los delegados de prevención son la voz de los trabajadores en materia de seguridad, y los Comités son el foro donde esa voz se confronta con la dirección para acordar soluciones. Esto refuerza la idea de que la prevención es tarea de todos los niveles.

Planes integrales de actuación en los centros sanitarios

Cada centro sanitario del SAS cuenta con un **Plan de Prevención de Riesgos Laborales** propio (derivado del Plan general del SAS). Estos planes son “integrales” en tanto que abarcan todos los elementos: organización, evaluación, planificación, medidas, seguimiento. Según el Plan marco del SAS, se proporcionó un modelo de Plan de Prevención alineado con la normativa y con el Decreto 304/2011, a partir del cual cada Distrito Sanitario, Área de Gestión Sanitaria y Hospital elaboró su Plan de Prevención, adaptándolo a sus características . Todos esos planes locales forman parte integrante del Plan de PRL del SAS a nivel global. En la práctica esto significa que, por ejemplo, el Hospital Universitario X tiene un documento de Plan de Prevención (revisado periódicamente) que identifica sus riesgos particulares y detalla sus programas preventivos (ergonomía, higiene, formación, etc.), y que dicho plan se coordina con los de los demás centros en la estrategia general del SAS.

Además de estos planes generales, los centros desarrollan **planes o programas específicos integrales** dirigidos a ciertos riesgos prioritarios, a menudo en respuesta a lineamientos del SAS o de la legislación. Algunos de ellos:

- **Plan de prevención y control de riesgos biológicos:** incluye todas las actuaciones para minimizar infecciones ocupacionales (vacunación sistemática del personal, uso de dispositivos de bioseguridad, formación en higiene de manos, vigilancia periódica –por ejemplo, serologías anuales de hepatitis en personal de riesgo–, etc.).
- **Programa integral de ergonomía y prevención de trastornos musculoesqueléticos:** varios hospitales han implementado programas para reducir lesiones de espalda y otras dolencias músculo-esqueléticas en personal sanitario. Esto abarca desde dotación de ayudas mecánicas

(grúas, camas eléctricas) hasta formación práctica y creación de equipos “movilizadores” de pacientes, pasando por ejercicios de pausa activa, etc. Es un plan integral porque combina medidas de ingeniería, formación, organización del trabajo y vigilancia de la salud (control médico de columna, rehabilitación temprana).

- **Plan de Atención a Agresiones:** a nivel de cada centro, existen comisiones o planes locales alineados con el Plan autonómico. Incluyen: instalación de timbres de alarma o cámaras en zonas conflictivas, protocolos de acompañamiento policial en centros de especial riesgo, campañas de comunicación (“tolerancia cero” a agresiones), simulacros de situaciones conflictivas para entrenar al personal, y atención al agredido (asistencia sanitaria, psicológica y legal). Muchos hospitales andaluces exhiben carteles indicando que agredir al personal sanitario conlleva sanciones legales, como parte de este plan.
- **Planes de autoprotección:** los hospitales, al ser edificios complejos y con gran afluencia de público, tienen la obligación de tener un Plan de Autoprotección bajo la normativa de emergencias. Este plan integra la respuesta ante múltiples riesgos: incendio, explosión, inundación, incidentes químicos, accidentes externos con múltiples víctimas, etc. El plan establece toda la estructura de respuesta interna y la coordinación con emergencias 112. Periódicamente se realizan simulacros integrales que evalúan la efectividad de estos planes.
- **Planes de mejora de condiciones materiales:** por ejemplo, muchos centros implementan un Plan de adecuación de espacios de trabajo (iluminación, ventilación, climatización, ruido). Aunque suene a mantenimiento, se engloba en PRL porque mejora el confort y reduce riesgos (iluminación adecuada evita fatiga visual, buena climatización reduce estrés térmico y mejora concentración, etc.).
- **Plan de formación continua en PRL:** a nivel SAS existe programación anual de cursos de PRL para distintos colectivos (por ejemplo, curso online obligatorio sobre seguridad del paciente y del profesional, cursos presenciales sobre manejo de extintores y RCP básica, que a su vez es seguridad para pacientes, etc.). Cada centro suele enviar un plan de necesidades formativas en PRL para que el SAS Central organice acciones formativas.

Estos planes integrales, en conjunto, aseguran que la prevención en centros sanitarios no sea algo improvisado, sino planificado, con objetivos medibles (reducción de índices de accidentes, porcentajes de vacunación, número de formaciones realizadas, etc.) y con una perspectiva global que involucra a todos los departamentos. Por ejemplo, un plan integral de PRL en un hospital implica a la dirección, a recursos humanos (para gestión de personal sensible), a compras (para adquirir EPIs y dispositivos seguros), a mantenimiento (para adecuar instalaciones), a medicina preventiva (en vacunas), etc.

Evaluación de resultados: normalmente, los centros presentan cada año indicadores de siniestralidad y de actividades preventivas realizadas. Así se puede ver la tendencia y eficacia de los planes. Si bien la prevención busca lograr “cero accidentes”, en la realidad sanitaria siempre existen incidentes; lo importante es que la tendencia sea a la baja y que los daños sean cada vez menores.

Ejemplos prácticos en el entorno hospitalario

El trabajo en hospitales y centros sanitarios conlleva una variedad de riesgos laborales. Presentamos a continuación algunos de los principales riesgos en este entorno, ilustrando situaciones reales, datos (cuando se dispone de ellos) y cómo se previenen o mitigan.

Riesgos biológicos: exposición a sangre y fluidos (pinchazos accidentales y similares)

El personal sanitario está en contacto con sangre, secreciones y otros fluidos potencialmente infecciosos, lo que conlleva riesgo de transmisión de enfermedades como hepatitis B, hepatitis C o VIH si se producen exposiciones percutáneas (pinchazos, cortes) o mucocutáneas (salpicaduras en mucosas o piel lesionada). Entre los **accidentes biológicos** más comunes destacan los **pinchazos accidentales con agujas o material punzocortante** y las salpicaduras a mucosas (ojos, boca) con fluidos durante procedimientos.

Estadísticas y frecuencia: Los accidentes biológicos son muy numerosos en el sector sanitario. A nivel nacional, antes de la pandemia, suponían un porcentaje significativo de los accidentes con baja en hospitales. Durante la pandemia de COVID-19, muchos contagios de profesionales fueron considerados accidentes laborales biológicos. En 2022, en España se notificaron más de **41.000 accidentes de trabajo con baja en el ámbito sanitario**, en buena parte relacionados con agentes biológicos, cifra que disminuyó en 2023 al reducirse la incidencia de COVID. En Andalucía, aunque no disponemos del dato exacto desglosado, se registra un gran número de exposiciones percutáneas cada año en sus hospitales (centro con vigilancia activa llegan a notificar decenas por año).

Medidas preventivas: Para minimizar estos riesgos, el SAS aplica una combinación de medidas colectivas, procedimientos de trabajo seguro y EPIs:

- **Formación y protocolos estrictos:** Todo el personal recibe formación en Precauciones Universales (tratar todos los fluidos como potencialmente infecciosos), en técnicas seguras de trabajo (no pasar material punzante de mano en mano, técnicas de una sola mano para manejar agujas, etc.). Los protocolos establecen que **nunca se reencapsularán las agujas usadas** (es decir, no volver a poner el capuchón a la aguja tras usarla, porque es cuando ocurren muchos pinchazos); si por alguna razón excepcional hubiera que hacerlo, se indica emplear la técnica de una sola mano o un dispositivo especial. También se prohíbe manipular agujas o bisturíes con ambas manos simultáneamente o apuntando hacia el propio cuerpo.
- **Material de bioseguridad:** Se dota de **contenedores rígidos** para objetos punzocortantes en todos los puestos de trabajo, los cuales deben situarse lo más cerca posible del área donde se generan los objetos cortantes (p.ej., en el carro de curas, en cada consulta, al lado de cada sillón de extracciones). Esto para que el personal pueda desechar las agujas inmediatamente tras su uso sin tener que desplazarse con ellas. Además, se adquieren dispositivos con mecanismos de seguridad: por ejemplo, agujas retráctiles cuyo filo queda protegido automáticamente tras la inyección, escalpelos con protector retráctil, sistemas de extracción de sangre al vacío con tapón de seguridad, etc. Estas medidas han demostrado reducir drásticamente la tasa de pinchazos.

- **EPIs y medidas higiénicas:** El uso de **guantes** es obligatorio siempre que se prevea contacto con sangre o fluidos. Si bien el guante no evita el pinchazo en sí, puede reducir la cantidad de sangre inoculada en caso de accidente. Además, protege frente a micro-salpicaduras y contacto cutáneo. Para riesgo de salpicaduras grandes, se usan mascarillas con pantalla facial o gafas para proteger mucosas y bata impermeable. **Higiene de manos** estricta antes y después de procedimientos es fundamental, así como evitar hábitos inseguros (no comer, beber ni llevarse las manos a la cara en áreas de trabajo, cubrir heridas propias con apóstitos impermeables).
- **Vacunación:** Todos los trabajadores sanitarios deben estar vacunados de hepatitis B y otras inmunizaciones recomendadas (tétanos, sarampión, varicela, COVID-19, etc.). En particular, la **vacuna de la hepatitis B** logra protección en más del 95% de los vacunados y es gratuita para el personal; es una barrera crucial, pues la hepatitis B es mucho más contagiosa que el VIH en caso de pinchazo. El SAS insiste en la vacunación completa (3 dosis y títulos de anticuerpos de control) antes de exponer a un nuevo trabajador a áreas con sangre.
- **Control ambiental y de residuos:** Esto implica prácticas seguras en la manipulación de ropa sucia con sangre (transporte en bolsas estancas, sin comprimirla, para evitar exposiciones) y eliminación correcta de material de un solo uso (por ejemplo, agujas desechables, apóstitos empapados) inmediatamente en recipientes adecuados. Nunca se debe dejar material contaminado fuera de los contenedores ni en lugares inadecuados (no tirar aguja a una papelera común, no mezclar residuos cortantes con la ropa de cama). Estas prácticas protegen no solo al personal de enfermería, sino también a celadores, personal de limpieza o lavandería, que podrían pincharse si encontraran material contaminado en sábanas o bolsas de basura.

Actuación post-accidente: A pesar de todo, si ocurre un pinchazo o contacto de riesgo, el SAS tiene definido el protocolo referido. El trabajador debe inmediatamente lavarse la herida con agua corriente (sin frotar en exceso) dejando que sangre un poco, desinfectar, y acudir a Urgencias de su centro con la información del paciente fuente si disponible. Allí se evalúa el riesgo: se extrae sangre al trabajador y al paciente para marcadores (si el paciente da consentimiento informado, pues sus análisis están protegidos por privacidad), y según el resultado o la valoración de riesgo se inicia profilaxis (por ejemplo, inmunoglobulina y vacuna si el paciente es VHB+ y el trabajador no es responder immune; o medicación antirretroviral en menos de 2 horas si se sospecha alto riesgo de VIH). Luego la Unidad de Prevención seguirá el caso con análisis a los 3 y 6 meses para descartar seroconversión. Además, se investiga cómo ocurrió para mejorar la prevención.

En conclusión, la exposición a agentes biológicos es un riesgo inherente al trabajo sanitario, pero con medidas rigurosas se logra minimizar. Gracias a los avances (vacunas, dispositivos seguros) y a la concienciación, la mayoría de los pinchazos accidentales no derivan en infecciones. Aun así, es un ámbito donde no se puede bajar la guardia.

Para ilustrar, la imagen muestra un contenedor rígido especial para desechar agujas y objetos punzocortantes. Estos contenedores, de color habitualmente amarillo y con símbolo biohazard, deben estar presentes en todas las áreas sanitarias y usarse inmediatamente después de utilizar una aguja. Esto forma parte esencial de las precauciones estándar, evitando dejar agujas en lugares

inestables y reduciendo el riesgo de pinchazo al personal que manipula residuos.

Higiene de manos y prevención de infecciones nosocomiales (riesgo biológico indirecto)

La **higiene de manos** es considerada la medida preventiva más importante en el entorno sanitario tanto para prevenir infecciones en pacientes (infecciones nosocomiales) como para proteger al propio trabajador de contagios. Los profesionales están continuamente tocando pacientes, superficies, fluidos y material, por lo que sus manos son vehículo potencial de microorganismos.

Situaciones de riesgo: Un profesional puede contagiarse de enfermedades comunes (gripe, gastroenteritis) al llevarse inadvertidamente gérmenes de las manos a la boca, nariz o ojos si no se lava las manos adecuadamente. Por otro lado, si él/ella porta algún microbio, puede transmitírselo a pacientes vulnerables. Por ello, la higiene de manos protege bidireccionalmente.

Recomendaciones del SAS: Siguiendo la estrategia de la OMS de "Los 5 momentos para la higiene de manos", el SAS instruye al personal sanitario a lavarse o desinfectarse las manos en momentos clave: antes de tocar al paciente, antes de realizar una técnica aséptica, después de riesgo de exposición a fluidos, después de tocar al paciente, y después de tocar el entorno del paciente. Se proporcionan medios: lavamanos distribuidos adecuadamente, dispensadores de solución hidroalcohólica en pasillos y habitaciones, carteles recordatorios. Las **Indicaciones para la higiene de manos del SAS** enfatizan el lavado con agua y jabón cuando las manos estén visiblemente sucias o tras contacto con esporas (p. ej. Clostridioides difficile), y la **fricción con solución hidroalcohólica** durante 20-30 segundos en la mayoría de situaciones clínicas rutinarias, por su eficacia y rapidez.

Gracias a campañas intensivas, se ha logrado mejorar la adherencia a esta práctica. Aún así, los estudios revelan que en momentos de sobrecarga de trabajo se producen descuidos. **Consecuencia:** además del riesgo personal, las manos colonizadas del personal pueden causar brotes en unidades (ej: brote de gastroenteritis en una planta porque alguien no se lavó tras un cambio de pañal). Por ello, la **cultura de seguridad** exige que los compañeros se recuerden mutuamente la higiene de manos (sin recelo).

Para facilitarlo, el SAS provee soluciones hidroalcohólicas de buena calidad (con emolientes para no dañar la piel si se usan decenas de veces al día) y ha creado protocolos de cuidado de la piel para que el personal use crema hidratante (sin perfume y compatible con guantes) y así prevenir dermatitis por el lavado frecuente. También se instruye a **no usar guantes de forma innecesaria**: a veces los profesionales usan guantes para todo creyendo que así se protegen, pero luego no se lavan las manos tras retirarlos. El guante es un EPI de barrera puntual, pero la higiene de manos posterior es obligada, ya que al quitarse los guantes se pueden contaminar las manos.

Riesgos ergonómicos: manipulación de pacientes y cargas, posturas forzadas

Los **trastornos musculoesqueléticos** (lumbalgias, cervicalgias, lesiones de hombro, etc.) son, con

diferencia, la patología laboral más frecuente entre los profesionales sanitarios. Los celadores, TCAEs, junto con el personal de enfermería, realizan numerosas tareas que implican esfuerzo físico: levantar o trasladar pacientes encamados, mover objetos pesados (balas de oxígeno, bolsas de ropa sucia, cajas de material), permanecer de pie muchas horas, hacer movimientos repetitivos (p.ej. en servicios centrales), adoptar posturas incómodas para atender al paciente (agacharse, inclinarse sobre una cama, etc.). Todo ello conlleva riesgo de lesiones por sobrecarga biomecánica.

Datos de siniestralidad: Las lesiones dorsolumbares constituyen una de las principales causas de baja laboral en el sector sanitario, junto con las derivadas de accidentes casuales. Aunque no disponemos del porcentaje exacto para Andalucía, a nivel nacional se sabe que más del 35% de las bajas en personal de enfermería se relacionan con problemas musculoesqueléticos (espalda, cuello). Es un problema también costoso en términos de calidad de vida: muchos profesionales padecen dolor crónico. Por ello, es un objetivo prioritario reducir estos riesgos.

Medidas preventivas y recomendaciones ergonómicas:

- **Formación en técnicas de movilización:** El SAS imparte cursos y difunde guías sobre cómo movilizar pacientes de forma segura, utilizando el principio de la economía de esfuerzo. Se enseña a **utilizar los músculos de las piernas** en lugar de la espalda, manteniendo la columna en posición neutra (recta) durante los levantamientos; a **acerarse lo máximo posible al paciente** para no extender los brazos en exceso; a **no girar el tronco mientras se carga peso**, sino mover los pies para girar todo el cuerpo; y a pedir colaboración al propio paciente si puede moverse (por ejemplo, que impulse con sus piernas). También se recalca la regla de oro: “**siempre es mejor empujar que tirar**” objetos (camillas, camas, carros), pues empujar aprovecha el contrapeso corporal y suele ser más seguro.
- **Trabajo en equipo y ayudas mecánicas:** Es fundamental que los profesionales no manipulen solos cargas pesadas. Por ejemplo, al trasladar a un paciente de la cama a la silla, deben hacerlo entre dos personas o usando dispositivos. El SAS ha ido dotando de **grúas de elevación** y otros aparatos (tablas deslizantes, cinturones de transferencia) a muchas unidades. Se recomienda **utilizar estos medios mecánicos siempre que sea posible** y solicitar la ayuda de un compañero en movilizaciones difíciles. No debe existir pudor en pedir ayuda: a veces, por prisa o vergüenza, alguien intenta mover solo a un paciente corpulento y es cuando se lesioná. La cultura preventiva busca que esto se evite, organizando el trabajo de forma que haya personal suficiente en momentos clave.
- **Adaptación del entorno:** Pequeños ajustes reducen el esfuerzo: **regular la altura de la cama o camilla** a la cintura del trabajador antes de manipular al paciente (hoy día la mayoría de camas son eléctricas o hidráulicas); usar **sábanas deslizantes** o dispositivos de rollo para movilizar pacientes pesados en cama; retirar obstáculos alrededor (frenar la cama, quitar barandillas momentáneamente) para tener buena postura y apoyo. En labores estáticas, contar con **taburetes ergonómicos** para sentarse si es una tarea prolongada en el puesto (por ej. curas de enfermería en una misma postura).
- **Rotación de tareas y micropausas:** Para evitar posturas mantenidas o movimientos repetitivos por mucho tiempo, es recomendable alternar tareas entre el equipo. Si un profesional ha estado 2 horas encamando pacientes (esfuerzo físico alto), quizás luego puede pasar a reponer material un rato (actividad más ligera). Asimismo, se fomentan **micropausas**

de estiramiento: cada cierto tiempo, parar 2-3 minutos para hacer ejercicios de flexibilidad y relajación de la zona lumbar, cervical, muñecas, etc. Estos descansos activos ayudan a disminuir la fatiga acumulada. Por ejemplo, tras 20 minutos de un mismo movimiento repetitivo, conviene intercalar una micro-pausa.

- **Equipos ergonómicos:** El SAS ha incorporado equipamiento para reducir cargas: camas con marcos móviles, sillas de ruedas ligeras, carros con ruedas de giro suave, plataformas eléctricas para subir pacientes, etc. Se recomienda verificar el estado de estos equipos y **no dudar en reportar si uno funciona mal** (rueda trabada, grúa sin batería, etc.), pues un equipo defectuoso puede provocar un sobreesfuerzo inesperado.
- **Cuidado personal:** Fuera del trabajo, mantener una buena forma física (fortalecer la musculatura abdominal y lumbar, hacer ejercicio aeróbico regularmente) puede ser beneficioso para tolerar mejor las demandas físicas. Muchas organizaciones animan a su personal a participar en programas de espalda sana, pilates, etc. También usar un calzado adecuado (zapatos sanitarios cómodos, con amortiguación y sujeción) reduce la fatiga de pies y columna en las largas jornadas de pie.

En la práctica, se aconseja: “no manipular cargas pesadas sin ayuda de medios mecánicos o compañeros; seguir las técnicas correctas de manipulación de cargas; evitar posturas forzadas y mantenidas demasiado tiempo”. Estas directrices, sacadas de manuales del SAS, resumen la actitud preventiva.

A pesar de todo, **accidentes ergonómicos** ocurren: el típico “tirón” lumbar al mover un paciente, tendinitis de hombro por sobreuso, etc. Por eso la prevención debe ser constante. El SAS ha reducido algunos de estos accidentes implantando los mencionados programas de **Movilidad Segura**. Algunos hospitales reportan descensos significativos en bajas por lumbalgia tras introducir grúas en todas las plantas. Sin embargo, la presión asistencial a veces conduce a saltarse pasos (ej. “no encuentro la grúa, levantamos al paciente entre dos rápidamente”), por lo que insistir en la **planificación de la tarea** es clave: antes de mover a un paciente complejo, parar y pensar “¿Tengo el equipo y la gente necesaria?” si no, conseguirlos.

En resumen, proteger la salud musculoesquelética del personal no solo evita dolor y bajas, sino que mejora la calidad de la atención (un trabajador con dolor rinde menos). Cada profesional debe aplicar las técnicas enseñadas y cuidar su postura, y la organización debe proveer recursos y personal adecuado para que nadie se vea obligado a asumir cargas indebidas.

Riesgos asociados al uso de pantallas de visualización de datos (fatiga visual y postural)

Aunque gran parte del trabajo de los profesionales es asistencial y físico, también hay tareas administrativas o de registro (por ejemplo, introducir datos en la historia clínica electrónica, revisar correos, hacer pedidos de material) que implican usar ordenadores. Además, en hospitales modernos muchos dispositivos tienen pantallas (bombas de infusión, monitores, etc.). El **trabajo con pantallas de visualización de datos (PVD)** conlleva riesgos como **fatiga visual** (cansancio ocular, vista borrosa), molestias musculoesqueléticas en cuello y espalda por posturas mantenidas, e incluso

fatiga mental.

La normativa (RD 488/1997) establece requisitos mínimos para los puestos con PVD: pantalla regulable, silla ergonómica regulable, teclado independiente, pausas periódicas, etc. Es importante que el tiempo dedicado a tareas informáticas y frente al PC, se realice en buenas condiciones:

- **Ergonomía del puesto informático:** Ajustar la **altura de la silla** de modo que los antebrazos queden aproximadamente horizontales al teclear y los pies apoyados (usar reposapiés si fuese necesario). Colocar la pantalla frente a uno, a una distancia de unos 50-60 cm, evitando reflejos (ajustar brillo, posición perpendicular a ventanas). La línea superior de la pantalla debe quedar aproximadamente a la altura de los ojos para no forzar el cuello. Mantener la espalda apoyada en el respaldo de la silla, evitando inclinarse hacia adelante sin apoyo.
- **Pausas visuales:** Seguir la regla 20-20-20 que recomiendan algunos optometristas (cada 20 minutos de pantalla, mirar algo a 20 pies –6 metros– por al menos 20 segundos) para relajar la acomodación del ojo. Parpadear conscientemente para evitar sequedad ocular.
- **Iluminación adecuada:** Evitar brillos en la pantalla, utilizar luz ambiental suficiente pero no deslumbrante. Si hay tubo fluorescente parpadeante, reportarlo para cambio.
- **Alternancia de tareas:** No acumular todo el trabajo de ordenador de golpe; si es posible, intercalar con otras actividades para que no se esté más de 1 hora seguida ante la pantalla.
- **Equipos:** Solicitar a la unidad de prevención revisión del puesto si se siente incomodidad; a veces se proporcionan apoyamuñecas, atriles para documentos, o incluso filtros de pantalla antirreflejo si la situación lo requiere. En trabajadores con presbicia u otros problemas, evaluarse la necesidad de gafas específicas para el rango de visión de pantalla (ya que forzar la vista también puede causar posturas inadecuadas, como acercar mucho la cabeza).

El SAS, a través de las unidades de prevención, evalúa los puestos con pantallas y emite recomendaciones. Por ejemplo, se han distribuido **sillas ergonómicas de cinco patas, regulables en altura e inclinación, con apoyabrazos ajustables** a la mayoría de unidades administrativas y controles de enfermería. También monitores planos de buena resolución para reducir el cansancio visual. Además, a trabajadores con dolencias diagnosticadas se les puede adaptar el puesto (por ej., un atril de pie para alternar sentado/de pie en puestos largos, o teletrabajo parcial en tareas administrativas para aliviar viajes, aunque esto último aplica más a personal administrativo que asistencial).

En síntesis, las **pantallas** son ya ubicuas en sanidad (historias clínicas electrónicas, telemedicina, formación online...), así que hay que prestar atención a su impacto. Los profesionales deben aprovechar las facilidades ergonómicas, y la organización velar por cumplir los estándares (un mal diseño del puesto, p.ej. pantalla demasiado baja en el mostrador de admisión, puede derivar en cervicalgias).

Violencia y agresiones en el entorno sanitario

Desgraciadamente, las agresiones a profesionales sanitarios son un problema creciente. Los profesionales, al estar de cara al paciente y sus familiares, pueden ser blanco de situaciones

violentas o conflictivas: insultos, amenazas e incluso agresiones físicas por parte de pacientes alterados o familiares frustrados. Servicios de urgencias, unidades de salud mental, atención primaria o plantas con pacientes de evolución complicada suelen ser los puntos más conflictivos, pero ninguna área está completamente exenta.

Datos en Andalucía: Las cifras recopiladas por el Observatorio de Agresiones del SAS muestran un aumento sostenido en los últimos años. En [2024 se registraron 1.866 agresiones a sanitarios en Andalucía \(362 físicas y el resto verbales\)](#), lo que supuso un [19% más](#) que el año anterior. Es el número más alto desde que se tienen registros, evidenciando una preocupante tendencia al alza. Especialmente crecieron las agresiones físicas (un 26% más en 2024 respecto a 2023). La mayoría de los casos afectan a personal de enfermería (incluyendo TCAEs) por su trato más directo y continuo con los pacientes. En distribución, aproximadamente la mitad de las agresiones ocurren en hospitales (47%) y la otra mitad en atención primaria (53%).

Estas cifras reflejan desde insultos graves hasta empujones, puñetazos u otras formas de violencia. Cada 3 días, de media, un profesional sanitario sufre una agresión física en Andalucía.

Causas: La violencia puede desencadenarse por múltiples factores: tiempos de espera largos (muy frecuente en urgencias), estado mental alterado del paciente (crisis psiquiátrica, intoxicación por drogas/alcohol, demencia), malas noticias de salud que derivan en ira del familiar, exigencias no satisfechas (por ejemplo, pacientes que piden ciertas medicaciones o bajas laborales y se enfadan ante una negativa), etc. La [falta de personal y la sobrecarga asistencial](#) también influyen, pues generan demoras y tensiones que algunos usuarios no toleran. Sin justificar nunca la violencia, entender estas causas ayuda a anticiparse.

Medidas preventivas y de actuación: El SAS ha puesto en marcha el mencionado [Plan de Prevención y Atención de Agresiones](#) con intervenciones en varios niveles:

- **Prevención ambiental y organizativa:** Mejorar la seguridad en los centros con presencia de vigilantes de seguridad (especialmente en servicios de urgencias hospitalarias y en centros de salud grandes en horarios conflictivos), instalación de cámaras de videovigilancia en accesos, botones de pánico o sistemas de alarma en consultas y zonas clínicas, control de accesos en ciertas unidades (por ejemplo, en UCI se limita la entrada de familiares fuera de horario). También campañas informativas al público: carteles indicando que las agresiones serán denunciadas, mensajes de "Respeto al profesional".
- **Formación en habilidades:** Se ofrecen cursos al personal para manejo de situaciones conflictivas: técnicas de comunicación asertiva, cómo hablar con un usuario enfadado para intentar calmarlo, cómo fijar límites con educación, etc. Asimismo, entrenamiento básico en autoprotección física (por ejemplo, cómo mantener la distancia de seguridad, identificar signos de posible agresión inminente, posturas no amenazantes pero preparadas).
- **Protocolos de actuación ante agresiones:** En cada centro se define qué hacer si ocurre una agresión: comunicar inmediatamente al vigilante o a compañeros mediante alarma; si la situación escala, avisar a las Fuerzas de Seguridad del Estado (existe colaboración con la Policía Nacional/Guardia Civil, con números de contacto directos para emergencias en

centros sanitarios); tras el incidente, atender médica y psicológicamente al profesional agredido (si hay lesiones) y psicológicamente si lo requiere; cumplimentar la notificación oficial de agresión (formulario interno del SAS); y muy importante, [facilitar al profesional el apoyo para denunciar](#). El SAS, en virtud del Decreto 257/2005, ofrece asistencia jurídica gratuita: abogados que asesoran y representan al profesional que decide denunciar al agresor. De hecho, agreder o amenazar a un sanitario en ejercicio está tipificado como delito de atentado a la autoridad, con penas de prisión en casos físicos. El SAS anima a sus trabajadores a denunciar siempre, para no dejar impunes estos actos.

- [Apoyo y seguimiento](#): Tras una agresión, además de la posible baja médica si hubo lesiones, el trabajador puede requerir apoyo psicológico (el llamado programa de ayuda al profesional agredido). Se evitan en lo posible revictimizaciones (por ejemplo, si el agresor era un paciente, se pueden arbitrar medidas para que ese profesional no tenga que atenderlo nuevamente sin protección). Y se realiza un análisis preventivo: ¿por qué pasó? ¿Se podía evitar? (ej. reforzar la seguridad en esa consulta, revisar protocolos).
- [Registro y medidas correctivas](#): Todas las notificaciones de agresión se registran en el Observatorio para detectar patrones. Por ejemplo, si un centro de salud presenta repetidas agresiones, se puede plantear dotar un vigilante o mejorar su gestión de citas. Si un paciente es agresor reincidente, existe la figura del usuario protegido: se le advierte formalmente y, en casos extremos, se le asignan medidas especiales (como que siempre haya dos profesionales presentes en consulta con él).

Para los profesionales, algunas [recomendaciones prácticas](#) frente a la violencia incluyen: mantener la calma y el tono respetuoso incluso ante un usuario hostil, no entrar en confrontación verbal (discutir acaloradamente suele empeorar la situación), buscar ayuda de compañeros o seguridad al primer indicio de que uno solo no puede controlar la situación, mantener distancia física y vías de escape accesibles (no quedarse encerrado sin salida), y seguir los protocolos al pie de la letra (por ejemplo, en urgencias, si triage indica prioridad baja y el paciente se queja, explicar con empatía pero firmeza, y ante insultos reiterados, activar al supervisor o seguridad). También conocer la ubicación de los [botones de alarma](#) o tener a mano el teléfono de seguridad interna es muy útil.

Lamentablemente, no todas las agresiones se pueden prever. Pero una respuesta coordinada y firme envía mensaje claro: la agresión no se tolera. Los datos crecientes han llevado a mayores condenas públicas y sentencias judiciales, lo cual se espera tenga efecto disuasorio con el tiempo.

El SAS reportó que en 2024 de las 1.866 agresiones registradas, el 80% fueron de tipo verbal (insultos, amenazas) y 20% físicas 109 . Esto indica que hay muchísimas situaciones tensas que no llegan al golpe pero que también afectan emocionalmente a los profesionales. Por tanto, se insiste en [denunciar también las agresiones verbales](#) serias, para poder activar medidas. Los profesionales no deben trivializar comentarios ofensivos o amenazas (“gajes del oficio”); cada incidente cuenta.

En resumen, la violencia en centros sanitarios es un riesgo psicosocial y de seguridad que el SAS aborda con un enfoque integral: prevención, protección y apoyo posterior. Queda camino por recorrer, pero la sensibilización tanto de trabajadores como de la población es fundamental.

Estrés laboral y otros riesgos psicosociales

Más allá de las agresiones explícitas, existen riesgos de tipo psicosocial que pueden afectar a la salud mental y al bienestar del personal sanitario. Entre ellos destacan el estrés laboral crónico, la sobrecarga de trabajo, la insatisfacción laboral, el síndrome de “burnout” (desgaste profesional) y las consecuencias de los turnos rotatorios o nocturnos sobre la vida personal y la salud. Los profesionales, que suelen trabajar en turnos (incluyendo noches, festivos) y en ambientes a veces muy demandantes (urgencias, cuidados intensivos), son susceptibles a estos riesgos.

Causas del estrés en profesionales: Alta carga física y emocional, falta de personal en ocasiones (lo que obliga a doblar esfuerzos), presión por cumplir horarios asistenciales, confrontación con el sufrimiento y la muerte de pacientes, necesidad de conciliar vida familiar con turnos cambiantes, etc. Todo ello puede llevar a estrés sostenido, que se manifiesta en fatiga, ansiedad, irritabilidad, trastornos del sueño, problemas psicosomáticos, e incluso abandono de la profesión en casos extremos.

Medidas preventivas a nivel organizativo: El SAS, dentro de sus evaluaciones de riesgos, realiza también evaluaciones de factores psicosociales. Si se detectan problemas, puede proponer mejoras en la organización: por ejemplo, mejor reparto de tareas y claridad en funciones para evitar ambigüedades, planificación de turnos adecuada (respetar descansos mínimos, procurar alternancias equitativas, evitar demasiadas noches seguidas), establecer apoyos emocionales como grupos de ayuda mutua o presencia de psicólogo laboral para atender al personal quemado, etc. Algunas medidas recomendadas incluyen: enriquecer los puestos dando más autonomía y variedad de tareas, mejorar la comunicación interna (reuniones de equipo, feedback positivo), y asegurar que las cargas de trabajo son razonables contratando refuerzos cuando se detecte sobrecarga habitual.

Recomendaciones individuales: Para los profesionales, se aconseja también estrategias personales: aprender técnicas de manejo del estrés (respiración, mindfulness), mantener actividades fuera del trabajo que les despejen (deporte, hobbies), buscar apoyo entre compañeros (el compañerismo y compartir experiencias ayuda a sobrellevar situaciones duras), y no dudar en utilizar recursos ofrecidos (algunos hospitales tienen programas de atención psicológica confidencial para su personal). El trabajo en equipo es crucial para los riesgos psicosociales: si hay un buen clima laboral y cooperación, el estrés se amortigua, mientras que en entornos conflictivos aumenta. Por eso la dirección debe fomentar la cohesión de los equipos.

Un aspecto particular es el trabajo a turnos: la rotación día-noche altera los ritmos circadianos y puede causar desde insomnio a problemas cardiovasculares a largo plazo. Se recomienda, en lo posible, cierta estabilidad (no cambiar turnos bruscamente, y si se rota que sea en ciclos progresivos mañana-tarde- noche que respeten la adaptación física), así como promover la higiene del sueño en personal nocturno (dormir en habitación oscura, sin interrupciones, etc.).

Señales de alarma: Es importante que los profesionales y sus supervisores reconozcan signos de burnout o estrés excesivo: desmotivación, distanciamiento afectivo de los pacientes, cinismo, bajo rendimiento, quejas somáticas frecuentes. Llegado ese punto, se deben tomar medidas antes de que derive en depresión o baja de larga duración. A veces, una rotación de unidad o unas vacaciones reparadoras pueden ayudar.

El SAS en 2022 anunció iniciativas para abordar riesgos psicosociales, conscientes de que tras la pandemia muchos sanitarios quedaron emocionalmente exhaustos. Aunque la PRL clásicamente se centró más en accidentes físicos, hoy se entiende que la salud mental laboral es igual de importante. Un entorno que cuide a sus profesionales redundará en mejor atención al paciente.

Referencias Bibliográficas:

- **España. (1995).** Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. Boletín Oficial del Estado, nº 269, 10 de noviembre de 1995.
- **España. (2003).** Ley 54/2003, de 12 de diciembre, de reforma del marco normativo de la prevención de riesgos laborales. Boletín Oficial del Estado.
- **España. (1997).** Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención. Boletín Oficial del Estado.
- **Junta de Andalucía. (2004).** Orden de 11 de marzo de 2004, por la que se crean Unidades de Prevención en centros del SAS. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, nº 53.
- **Junta de Andalucía. (2011).** Decreto 304/2011, de 11 de octubre, por el que se regula la estructura organizativa de la prevención en la Junta de Andalucía. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía.
- **Servicio Andaluz de Salud. (2018).** Plan de Prevención de Riesgos Laborales del SAS [PDF].
https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/ws_as-media-mediafile_sasdocumento/2019/plan_prl_sas_20181204.pdf
- **Ministerio de Trabajo y Economía Social. (s.f.).** Prevención de riesgos laborales: Seguridad y salud en el trabajo. Administración.gob.es.
https://administracion.gob.es/pag_Home/Tu-espacio-europeo/derechos-obligaciones/ciudadanos/trabajo-jubilacion/seguridad-salud/prevencion-riesgos.html
- **Servicio Andaluz de Salud. (2019).** Temario común SAS – Tema 6: Prevención de riesgos laborales [PDF].
https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/ws_as-media-mediafile_sasdocumento/2019/temario_comun tema_06.pdf
- **SATSE Andalucía. (2024).** Agresiones a sanitarios en Andalucía.
<https://andalucia.satse.es/w/agresiones-sanitarios-andalucia>

- **SATSE Estatal. (2023).** Aumentan un 350% los accidentes mortales en el sector sanitario.
<https://www.satse.es/w/accidentes-mortales-sanidad>
- **Servicio Andaluz de Salud. (s.f.).** Material formativo sobre riesgos biológicos, ergonomía y riesgos psicosociales[Presentaciones internas].
- **Andalusascom. (2016).** Tema 6 – Prevención de riesgos laborales [PDF].
<https://andalusascom.files.wordpress.com/2016/12/tema-6-andalusas.pdf>
- **Junta de Andalucía, Instituto Andaluz de Prevención de Riesgos Laborales (IAPRL). (s.f.).** Prevención y protocolo de actuación frente a los accidentes de trabajo [Video].
<https://www.juntadeandalucia.es/organismos/iaprl/servicios/videos/detalle/401179.html>
- **Wikimedia Commons. (s.f.).** Sharps container [Fotografía].
https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Sharps_container.jpg