



**UNIVERSIDAD
DE GRANADA**

Delegación del Rector para la Salud y
las Relaciones con el Sistema Sanitario

Vigilancia de la Salud Colectiva y Seguimiento de Programas Preventivos 2024

**SERVICIO DE SALUD
Y PREVENCIÓN.**

*Áreas de Medicina del Trabajo y
de Promoción de la Salud.*

ÍNDICE

1	Introducción y Definiciones.....	4
2	Vigilancia de la Salud	5
2.1	<i>Estudio de la Patología Visual relacionada con el uso de PVD</i>	<i>5</i>
2.2	<i>Estudio de la Patología Osteomuscular.....</i>	<i>25</i>
3	Programa Preventivo de Patología Vocal	38
3.1	<i>Introducción.....</i>	<i>38</i>
3.2	<i>Objetivos.....</i>	<i>38</i>
3.3	<i>Valoración del riesgo</i>	<i>38</i>
3.4	<i>Resultados y Actuaciones.....</i>	<i>39</i>
3.5	<i>Conclusiones y Acciones de Mejora.....</i>	<i>39</i>
4	Estudio de Incidencia de Ansiedad y Depresión recogida a partir de la vigilancia de la salud de los trabajadores, realizada desde octubre 2023 a septiembre 2024.	40
4.1	<i>Introducción.....</i>	<i>40</i>
4.2	<i>Objetivos. Criterios de Inclusión. Material y Métodos.....</i>	<i>40</i>
4.3	<i>Resultados.....</i>	<i>43</i>
4.4	<i>Conclusiones.....</i>	<i>54</i>
4.5	<i>Propuestas de actuación</i>	<i>54</i>
5	Programa Preventivo y Asistencia de Patología Osteomuscular	56
5.1	<i>Introducción Servicio de Fisioterapia</i>	<i>56</i>
5.2	<i>Historial Clínico-Evaluación del Estado Musculo-Esquelético del Paciente</i>	<i>56</i>
5.3	<i>Acciones de mejora</i>	<i>57</i>
6	Programa Preventivo de Inmunizaciones.....	58
6.1	<i>Vacunas Administradas.....</i>	<i>58</i>
6.2	<i>Marcadores serológicos.....</i>	<i>64</i>
7	Control y Seguimiento de Accidentes Laborales y Enfermedades Profesionales .64	
7.1	<i>Criterios de Inclusión y Recogida de Datos.....</i>	<i>64</i>
7.2	<i>Resultados y Análisis de Datos.....</i>	<i>65</i>
8	Vigilancia de la Salud tras Ausencia Prolongada por Motivos de Salud (ITCC)	69
8.1	<i>Criterios de Inclusión y Recogida de Datos.....</i>	<i>69</i>
8.2	<i>Resultados y Análisis de Datos.....</i>	<i>69</i>
8.3	<i>Conclusiones.....</i>	<i>76</i>
8.4	<i>Acciones de mejora</i>	<i>76</i>
9	Programa de Protección de la Maternidad y la Lactancia Natural	77
9.1	<i>Situación Actual en la Protección de la Maternidad y Embarazo en la UGR.....</i>	<i>78</i>
9.2	<i>Conclusiones.....</i>	<i>79</i>
9.3	<i>Acciones de mejora</i>	<i>79</i>
10	Programa Preventivo de Enfermedades Cardiovasculares	81
10.1	<i>Reconocimientos Cardiovasculares.....</i>	<i>81</i>
10.2	<i>Consumo de Tabaco.....</i>	<i>84</i>



10.3	Actividad Física.....	88
10.4	Consumo de Alcohol.....	90
10.5	Índice de Masa Corporal.....	92
10.6	Tensión Arterial.....	94
10.7	Glucemia en sangre.....	96
10.8	Triglicéridos.....	98
10.9	Colesterol.....	100
10.10	Índice de aterogenicidad.....	102
10.11	Resultado Global	104
11	Programa de Prevención del Glaucoma	105
11.1	Conclusiones y propuestas sobre los programas de prevención.....	106
12	Programa de Prevención de Cáncer Colorrectal.....	106
12.1	Perfil analítico de Próstata	107
12.2	Conclusiones y propuestas sobre los programas de prevención.....	108

1 INTRODUCCIÓN Y DEFINICIONES

El Reglamento de los Servicios de Prevención establece en su art.º 37, f que el personal sanitario del servicio deberá analizar los resultados de la vigilancia de la salud de los trabajadores y de la evaluación de los riesgos, con criterios epidemiológicos y colaborará con el resto de los componentes del servicio, a fin de investigar y analizar las posibles relaciones entre la exposición a los riesgos profesionales y los perjuicios para la salud y proponer medidas encaminadas a mejorar las condiciones y medio ambiente de trabajo.

Asimismo, el Real Decreto 843/2011, incorpora la figura de la vigilancia colectiva de la salud de los trabajadores entre las actividades sanitarias a desarrollar por los servicios de prevención, señalando en su art. 3.1, g que deberán efectuar sistemáticamente y de forma continua la vigilancia colectiva de la salud de los trabajadores, en función de los riesgos a los que están expuestos, elaborando y disponiendo de indicadores de dicha actividad.

La vigilancia de la salud en el trabajo se mueve entre dos enfoques complementarios. Por un lado, la vigilancia individualizada, enfocada a cada trabajador o trabajadora y por otro lado, la vigilancia epidemiológica que va más allá de los resultados individuales para poder valorar la repercusión que tienen las condiciones de trabajo, no solamente sobre la salud del individuo, sino sobre todo el colectivo. Dicha valoración colectiva de los resultados aporta conocimiento sobre el estado de salud de la empresa y permite establecer las prioridades de actuación en materia de prevención de riesgos, motivar la revisión de las actuaciones preventivas en función de la aparición de daños en la población trabajadora y evaluar la eficacia del plan de prevención de riesgos laborales a través de la evolución del estado de salud del colectivo de trabajadores.

Como complemento a la Memoria Anual de Actividades de 2023 del Servicio de Salud y Prevención (SSP), en este documento se presenta el análisis epidemiológico de los protocolos más significativos aplicados en vigilancia de la salud, además del seguimiento de otros programas donde es también de interés realizar este estudio. Se incluyen los resultados de los indicadores de salud del personal que pasa el reconocimiento en 2023, dando como conclusión una valoración del estado global de salud de nuestra población trabajadora.

2 VIGILANCIA DE LA SALUD

2.1 ESTUDIO DE LA PATOLOGÍA VISUAL RELACIONADA CON EL USO DE PVD

Con objeto de conocer los problemas visuales en la población trabajadora, su relación con los riesgos laborales, la efectividad de las medidas preventivas aplicadas y actividades de prevención que se podrían llevar a cabo y su priorización; de todos los reconocimientos médicos laborales (RML) realizados en 2024, se han analizado estadísticamente los datos recogidos en la vigilancia de la salud específica de los trabajadores expuestos a Pantallas de Visualización de Datos (PVD), tanto en personal de administración (PAS) como docente-investigador (PDI), teniendo en cuenta:

1. La exploración de la visión realizada por el personal sanitario.
2. Cuestionario de función visual cumplimentado por el propio personal, compuesto de dos capítulos: factores ergonómicos responsables de molestias y sintomatología relacionada con la fatiga visual.

2.1.1 EXPLORACIÓN DE LA VISIÓN EN LOS RML

El personal sanitario del SSP lleva a cabo un control visual en los RML realizados, que incluye una exploración de: la agudeza visual (lejana, cercana e intermedia), equilibrio muscular, reflejos pupilares, motilidad extrínseca, forias, anejos, presión intraocular, visión cromática y visión estereoscópica; anotando en la historia clínica personal las alteraciones detectadas y estableciendo las conclusiones, medidas y recomendaciones individuales si son necesarias, incluyendo la derivación al servicio de oftalmología concertado con el SSP para revisión, diagnóstico y tratamiento. A continuación, se presentan los resultados de esta actividad (**en el caso de la medición de la presión intraocular se pueden ver los resultados en el apartado del Programa de Prevención del Glaucoma de este mismo documento**).

Se han examinado **1849 personas expuestas a PVD**, de las cuales el 50.4% son mujeres y 49.6% hombres. Se ha realizado también un análisis según el puesto, representando el PDI el 76.2% y el PTGAS un 27.7%.

Gráfico 1: Alteraciones detectadas en todo el personal explorado (porcentajes con respecto al total del personal valorado)

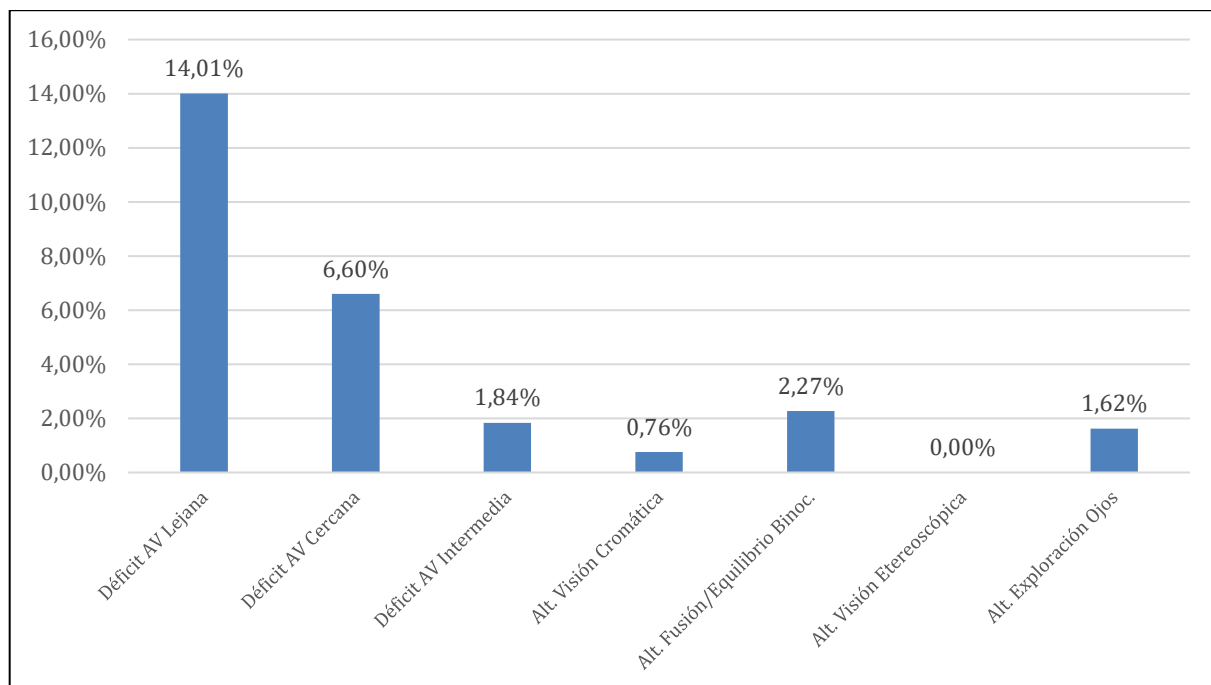


Gráfico 2: Alteraciones detectadas en exploración visual: PDI y PTGAS por sexo (porcentajes con respecto al total del personal valorado)

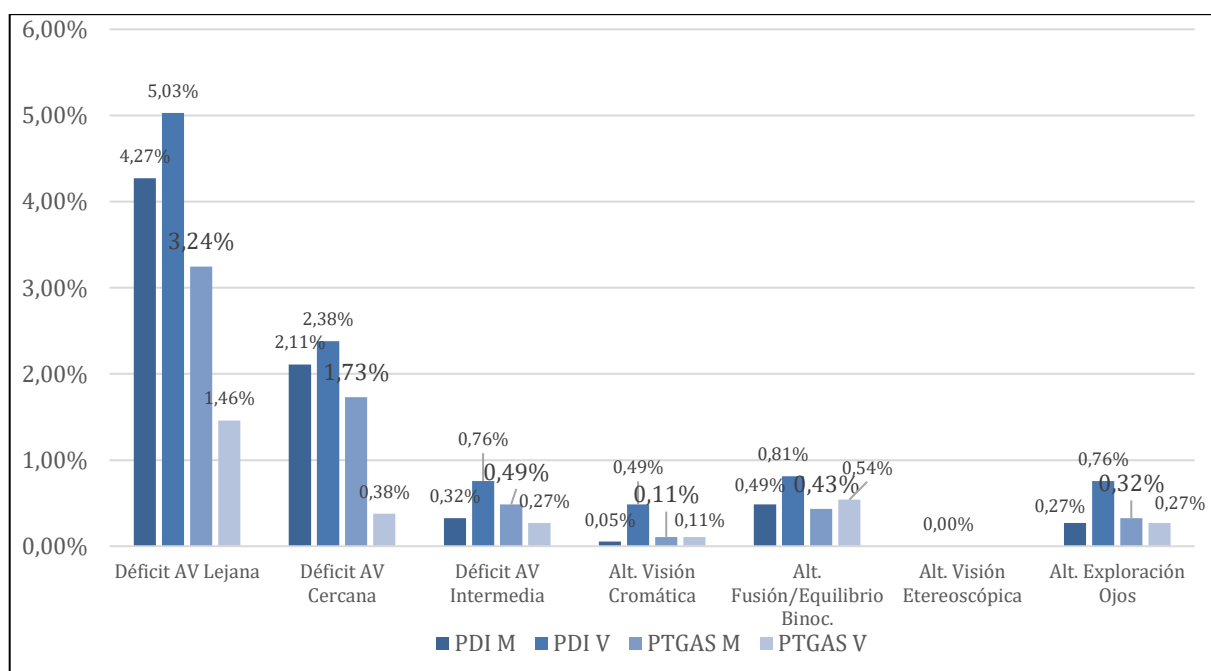


Gráfico 3: Alteraciones detectadas en exploración visual: PDI y PTGAS por sexo (porcentajes con respecto al total de cada grupo).

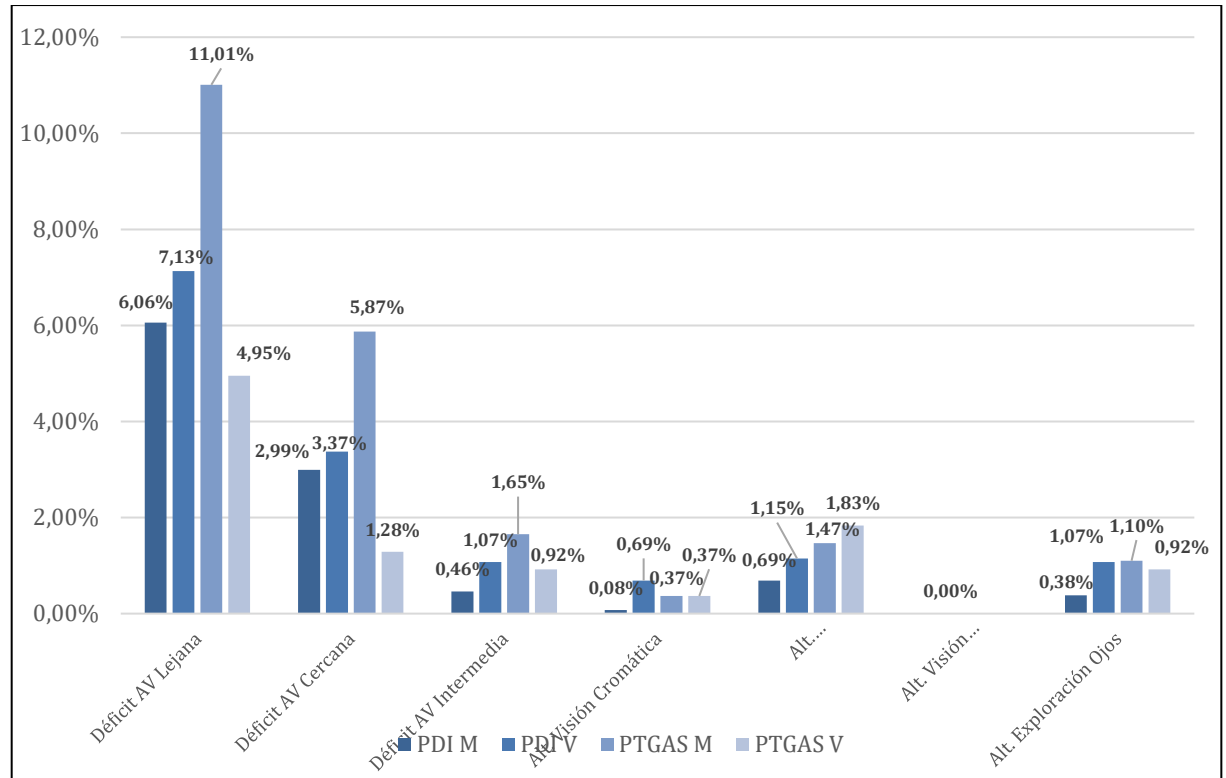


Tabla 1: Alteraciones detectadas en exploración visual RML 2024 (porcentajes con respecto al total)

PROTOCOLO	PVD												TOTALES PVD (PTGAS y PDI)					
PUESTO	PDI						PTGAS											
SEXO	Mujer		Hombre		Total		Mujer		Hombre		Total		Mujer		Hombre		Total	
Nº TOTAL	613	33,15%	691	37,37%	1304	70,52%	325	17,58%	220	11,90%	545	29,48%	938	50,73%	911	49,27%	1849	100,00%
Uso lentes correctoras	446	34,83%	502	37,70%	948	50,66%	251	16,33%	175	8,73%	426	25,06%	697	40,07%	677	38,25%	1374	78,32%
Déficit AV Lejana	79	4,27%	93	5,03%	172	9,79%	60	3,24%	27	1,46%	87	4,7%	139	7,52%	120	6,49%	259	14,01%
Déficit AV Cercana	39	2,11%	44	2,38%	83	4,49%	32	1,73%	7	0,38%	39	2,11%	71	3,84%	51	2,76%	122	6,60%
Déficit AV Intermedia	6	0,32%	14	0,76%	20	1,08%	9	0,49%	5	0,27%	14	0,76%	15	0,81%	19	1,03%	34	1,84%
Alt. Visión Cromática	1	0,05%	9	0,49%	10	0,54%	2	0,11%	2	0,11%	4	0,22%	3	0,16%	11	0,59%	14	0,76%
Alt. Fusión/Equilibrio binoc.	9	0,49%	15	0,81%	24	1,3%	8	0,43%	10	0,54%	18	0,97%	17	0,92%	25	1,35%	42	2,27%
Alt. Visión Estereoscópica	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Alt. Exploración Ojos	5	0,27%	14	0,76%	19	1,03%	6	0,32%	5	0,27%	11	0,59%	11	0,59%	19	1,03%	30	1,62%
TOTAL ALTERACIONES:	139	7,52%	189	10,22%	285	17,74%	117	6,33%	56	3,03%	173	9,36%	256	13,85%	245	13,25%	501	27,10%

En **N.º Total** en "Mujer/Hombre" se indica el porcentaje de cada sexo con respecto al total de todos los evaluados de todos los puestos.
En **cada alteración** en los apartados "Mujer/Hombre" se indica el porcentaje con respecto al nº total de evaluados.

Tabla 2: Alteraciones detectadas en exploración visual RML 2024 (porcentajes con respecto al total de cada grupo)

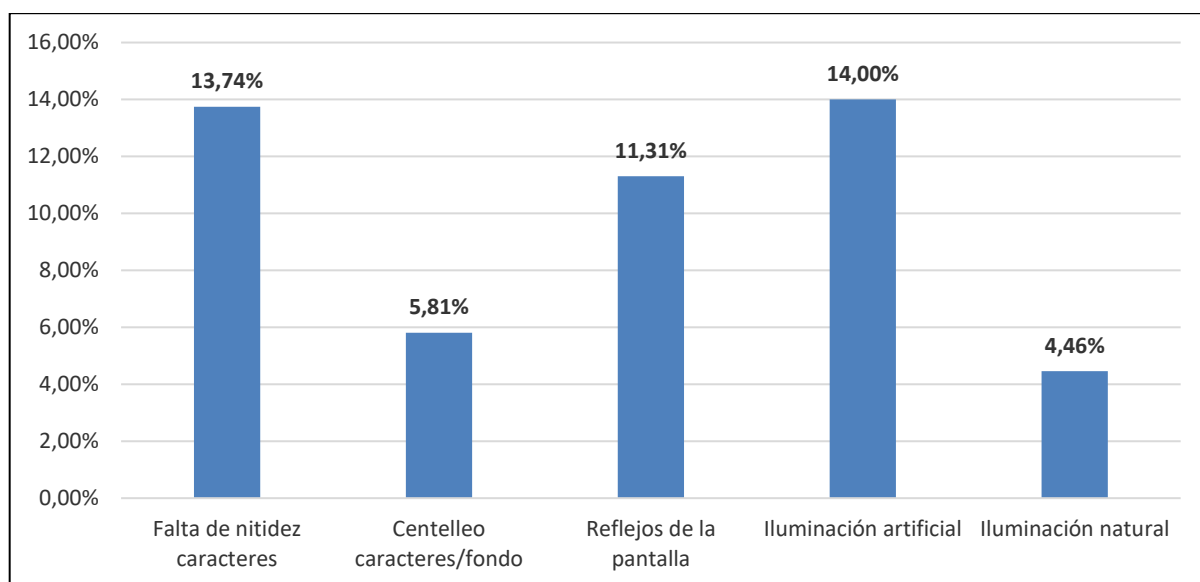
PROTOCOLO		PVD											TOTALES PVD (PTGAS y PDI)					
PUESTO	PDI						PTGAS											
SEXO	Mujer		Hombre		Total		Mujer		Hombre		Total		Mujer		Hombre		Total	
Nº TOTAL	613	63,35%	691	75,85%	1304	70,52%	325	34,65%	220	24,15%	545	29,48%	938	50,73%	911	49,27%	1849	100,00%
Uso lentes correctoras	446	47,65%	502	55,23%	948	51,38%	251	26,82%	175	19,25%	426	23,09%	697	74,31%	677	74,32%	1374	74,32%
Déficit AV Lejana	79	6,06%	93	7,13%	172	13,19%	60	11,01%	27	4,95%	87	15,96%	139	17,07%	120	12,09%	259	14,01%
Déficit AV Cercana	39	2,99%	44	3,37%	83	6,37%	32	5,87%	7	1,28%	39	7,16%	71	8,86%	51	4,66%	122	6,60%
Déficit AV Intermedia	6	0,46%	14	1,07%	20	1,52%	9	1,65%	5	0,92%	14	2,57%	15	2,11%	19	1,99%	34	1,84%
Alt. Visión Cromática	1	0,08%	9	0,69%	10	0,77%	2	0,37%	2	0,37%	4	0,73%	3	0,44%	11	1,06%	14	0,76%
Alt. Fusión/Equilibrio binoc.	9	0,69%	15	1,15%	24	1,84%	8	1,47%	10	1,83%	18	3,30%	17	2,16%	25	2,99%	42	2,27%
Alt. Visión Estereoscópica	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Alt. Exploración Ojos	5	0,38%	14	1,07%	19	1,46%	6	1,10%	5	0,92%	11	2,02%	11	1,48%	19	1,99%	30	1,62%
TOTAL ALTERACIONES:	139	10,66%	189	14,49%	285	25,15%	117	21,47%	56	10,28%	173	31,74%	256	27,29%	245	26,89%	501	27,10%

En **N.º Total** en “Mujer/Hombre” se indica el porcentaje de cada puesto y sexo con respecto al total de cada puesto y en “Totales PVD” el porcentaje con respecto al total de todos los evaluados de todos los puestos. En **cada alteración** en los apartados “Mujer/Hombre” se indica el porcentaje con respecto al nº total de evaluados por puesto y sexo.

2.1.2 FACTORES ERGONÓMICOS RESPONSABLES DE MOLESTIAS VISUALES

En los siguientes gráficos y tablas se exponen los factores que, según refiere el personal expuesto a PVD por puesto (PDI y PTGAS) y sexo, originan molestias visuales durante su trabajo, en un total de **1259 cuestionarios** cumplimentados en los RML realizados:

Gráfico 4: Factores relacionados con PVD que producen molestias en todo el personal encuestado



Como se puede observar la causa más frecuente de molestias visuales viene derivada de la **falta de nitidez en los caracteres y la iluminación artificial, con cifras similares a años anteriores.**

Gráfico 5: Factores relacionados con PVD que producen molestias en PDI y PTGAS por sexo (porcentajes con respecto al total del personal encuestado)

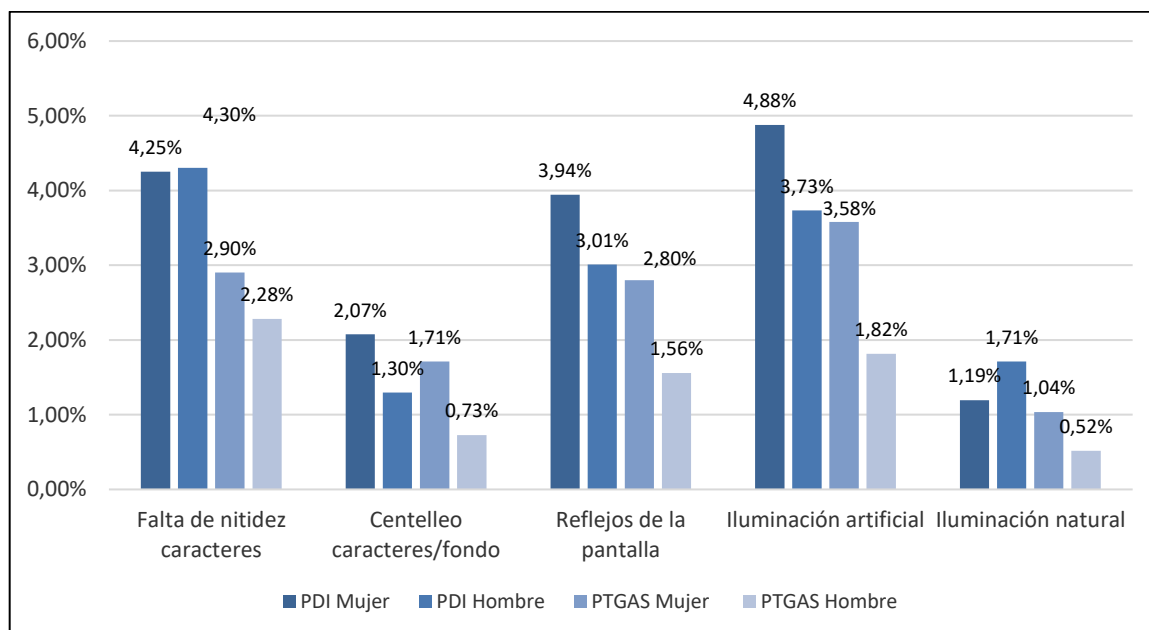


Gráfico 6: Factores relacionados con PVD que producen molestias en PDI y PTGAS por sexo (porcentajes con respecto al total de cada grupo)

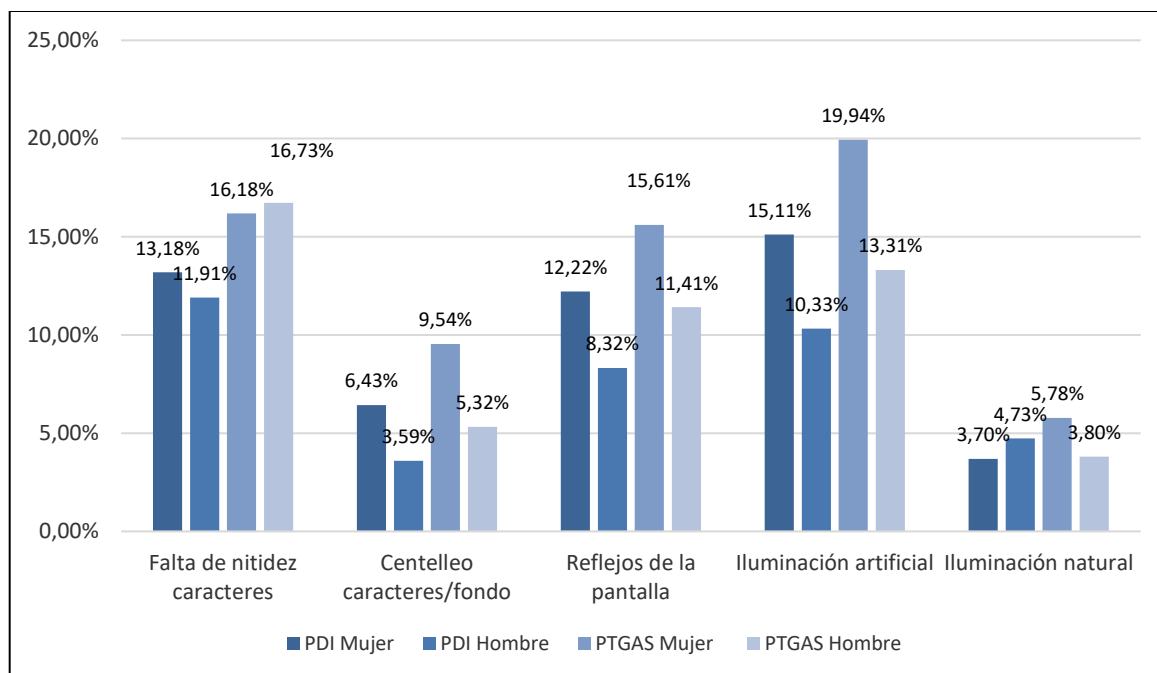


Tabla.3: Factores ergonómicos responsables de molestias visuales (porcentajes con respecto al total de personal encuestado)

PROTOCOLO	PVD												TOTALES PVD					
PUESTO	PDI						PTGAS											
SEXO	Mujer		Hombre		Total		Mujer		Hombre		Total		Mujer		Hombre		Total	
Nº TOTAL ENCUESTADOS	622	32,26%	697	36,15%	1319	68,41%	346	17,95%	263	13,64%	609	31,59%	968	50,21%	960	49,79%	1928	100,00%
Falta de nitidez caracteres	82	4,25%	83	4,30%	165	8,56%	56	2,90%	44	2,28%	100	5,19%	138	7,16%	127	6,59%	265	13,74%
Centelleo caracteres/fondo	40	2,07%	25	1,30%	65	3,37%	33	1,71%	14	0,73%	47	2,44%	73	3,79%	39	2,02%	112	5,81%
Reflejos de la pantalla	76	3,94%	58	3,01%	134	6,95%	54	2,80%	30	1,56%	84	4,36%	130	6,74%	88	4,56%	218	11,31%
Iluminación artificial	94	4,88%	72	3,73%	166	8,61%	69	3,58%	35	1,82%	104	5,39%	163	8,45%	107	5,55%	270	14,00%
Iluminación natural	23	1,19%	33	1,71%	56	2,90%	20	1,04%	10	0,52%	30	1,56%	43	2,23%	43	2,23%	86	4,46%
TOTAL MOLESTIAS:	315	16,34%	271	14,06%	586	30,39%	232	12,03%	133	6,90%	365	18,93%	547	28,37%	404	20,95%	951	49,33%

En N.º **Total** en "Mujer/Hombre" se indica el porcentaje de cada puesto y sexo con respecto al total de todos los encuestados de todos los puestos.

En **cada factor**, en los apartados "Mujer/Hombre" se indica el porcentaje con respecto al nº total de encuestados.

Tabla.4: Factores ergonómicos responsables de molestias visuales (porcentajes con respecto al total de cada grupo)

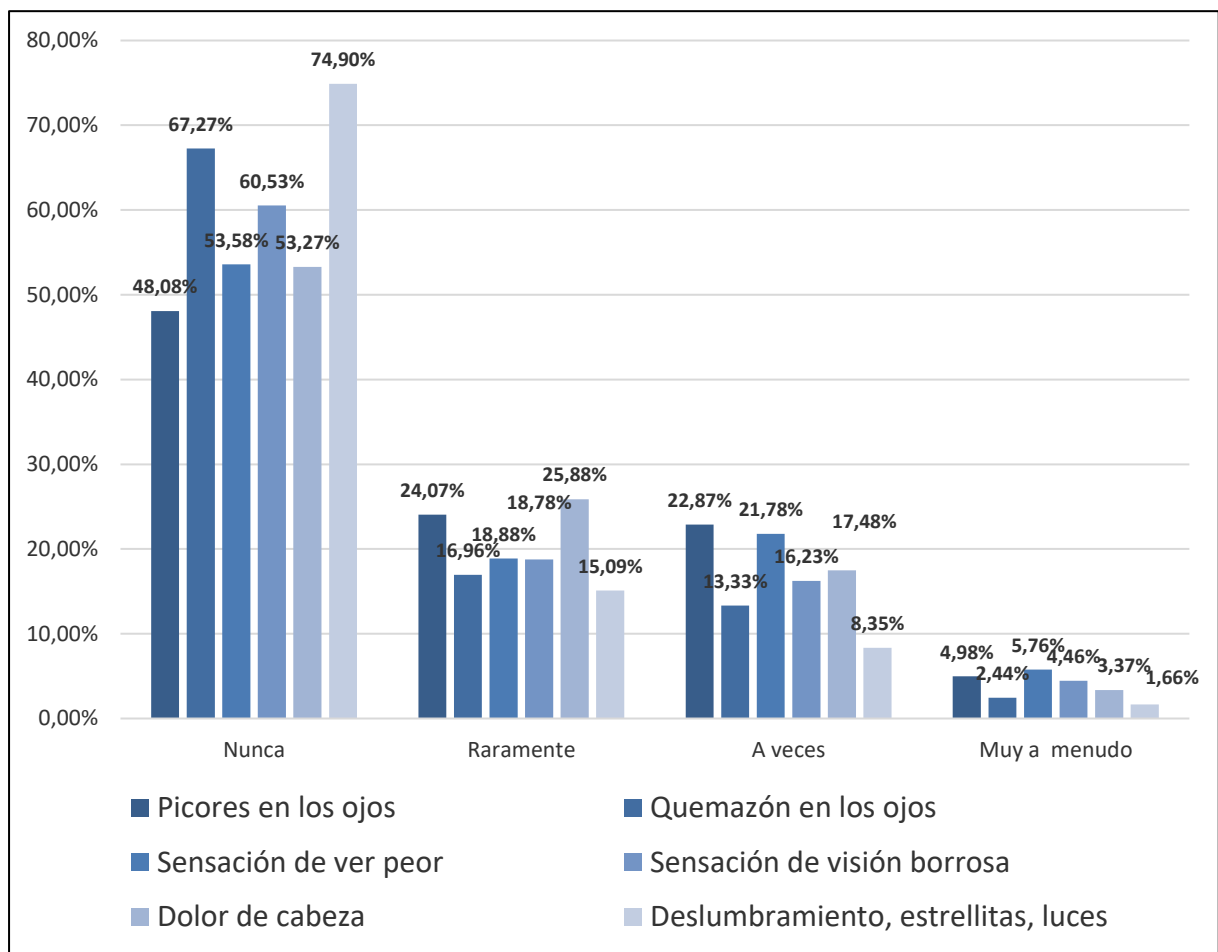
PROTOCOLO	PVD												TOTALES PVD					
PUESTO	PDI						PTGAS											
SEXO	Mujer		Hombre		Total		Mujer		Hombre		Total		Mujer		Hombre		Total	
Nº TOTAL ENCUESTADOS	622	47,16%	697	52,84%	1319	68,41%	346	56,81%	263	43,19%	609	31,59%	968	50,21%	960	49,79%	1928	100,00%
Falta de nitidez caracteres	82	13,18%	83	11,91%	165	12,51%	56	16,18%	44	16,73%	100	16,42%	138	14,26%	127	13,23%	265	13,74%
Centelleo caracteres/fondo	40	6,43%	25	3,59%	65	4,93%	33	9,54%	14	5,32%	47	7,72%	73	7,54%	39	4,06%	112	5,81%
Reflejos de la pantalla	76	12,22%	58	8,32%	134	10,16%	54	15,61%	30	11,41%	84	13,79%	130	13,43%	88	9,17%	218	11,31%
Iluminación artificial	94	15,11%	72	10,33%	166	12,59%	69	19,94%	35	13,31%	104	17,08%	163	16,84%	107	11,15%	270	14,00%
Iluminación natural	23	3,70%	33	4,73%	56	4,25%	20	5,78%	10	3,80%	30	4,93%	43	4,44%	43	4,48%	86	4,46%
TOTAL MOLESTIAS:	315	50,64%	271	38,88%	586	44,43%	232	67,05%	133	50,57%	365	59,93%	547	56,51%	404	42,08%	951	49,33%

En **N.º Total** en "Mujer/Hombre" se indica el porcentaje de cada sexo con respecto al total de cada puesto y en "Total" el porcentaje con respecto al total de todos los evaluados de todos los puestos.
En **cada alteración** en los apartados "Mujer/Hombre" se indica el porcentaje con respecto al nº total de evaluados por sexo y en "Total" se indica el porcentaje del total de evaluados de cada puesto.

2.1.3 SINTOMATOLOGÍA RELACIONADA CON LA FATIGA VISUAL

En los siguientes gráficos se exponen los síntomas visuales, durante o al finalizar la jornada de trabajo, que refiere el personal expuesto a PVD, por puesto: PDI y PTGAS y sexo, en un total de **1928 cuestionarios** cumplimentados en los RML.

Gráfico 7: Todas las molestias referidas en todo el personal encuestado



Como se puede observar, las molestias referidas “a veces” se presentan en un porcentaje significativo, aunque el **porcentaje de las referidas “muy a menudo” es bajo**.

2.1.3.1 PICORES EN LOS OJOS

Gráfico 8: Picores en los ojos (todo el personal encuestado)

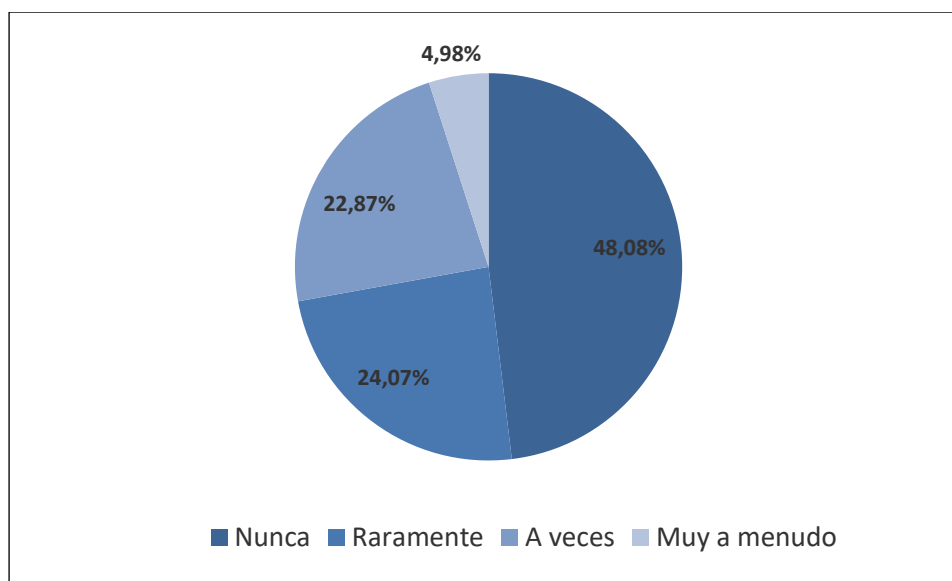


Gráfico 9: Picores en los ojos por puesto y sexo (datos absolutos)

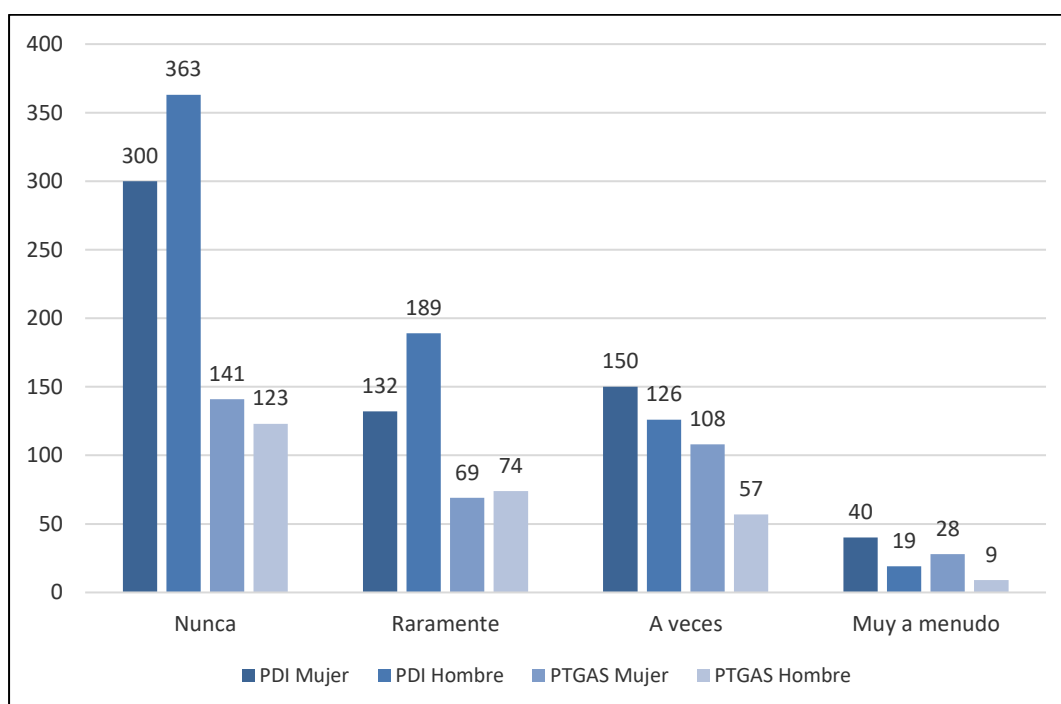
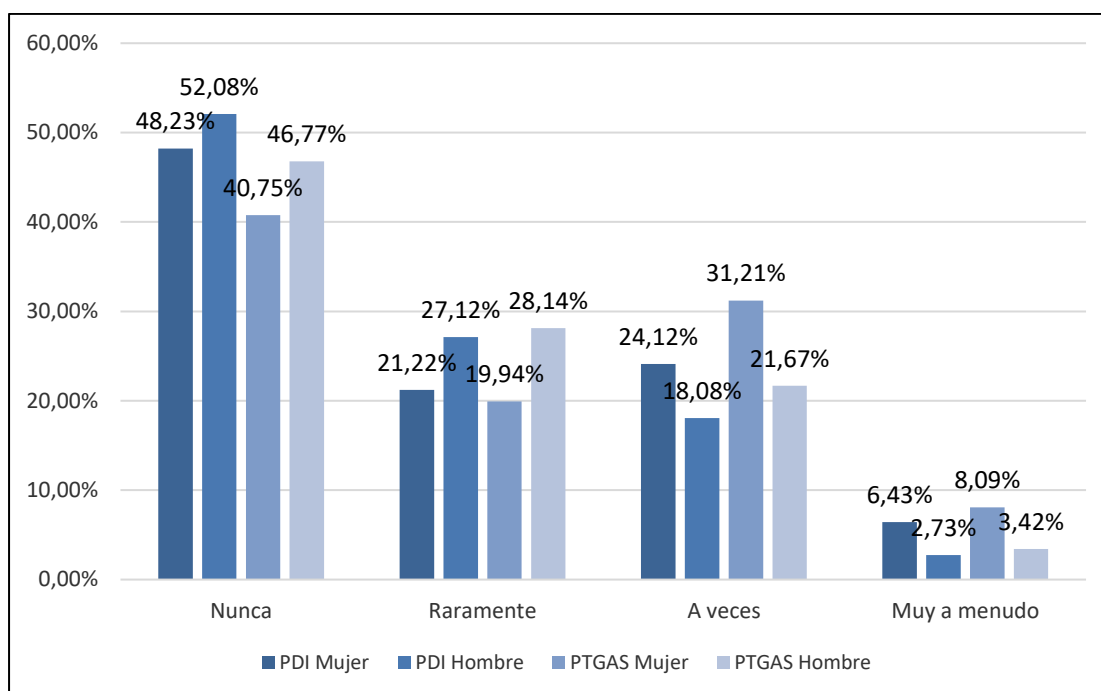


Gráfico 10: Picores en los ojos por puesto y sexo (% con respecto al total de cada grupo)



2.1.3.2 QUEMAZÓN EN LOS OJOS

Gráfico 11: Quemazón (todo el personal encuestado)

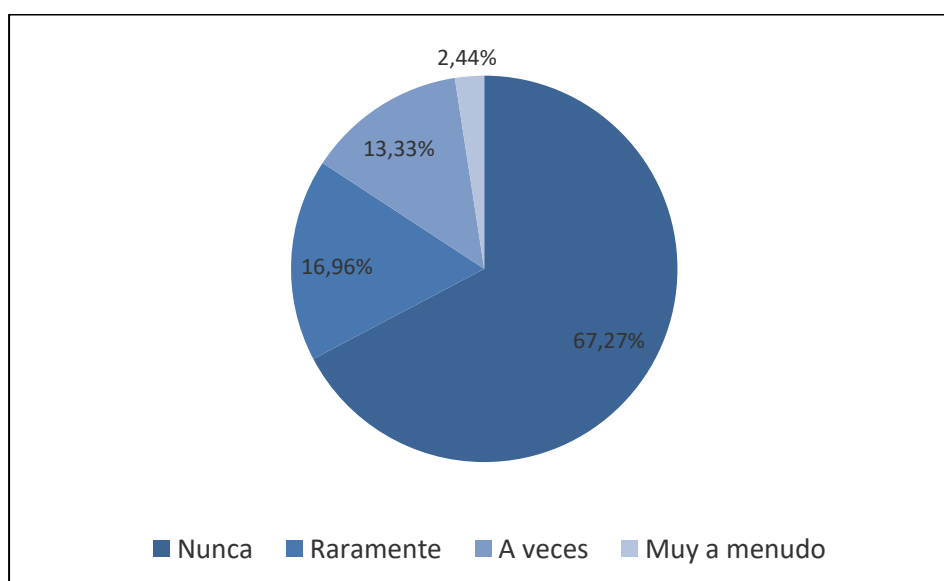


Gráfico 12: Quemazón por puesto y sexo (datos absolutos)

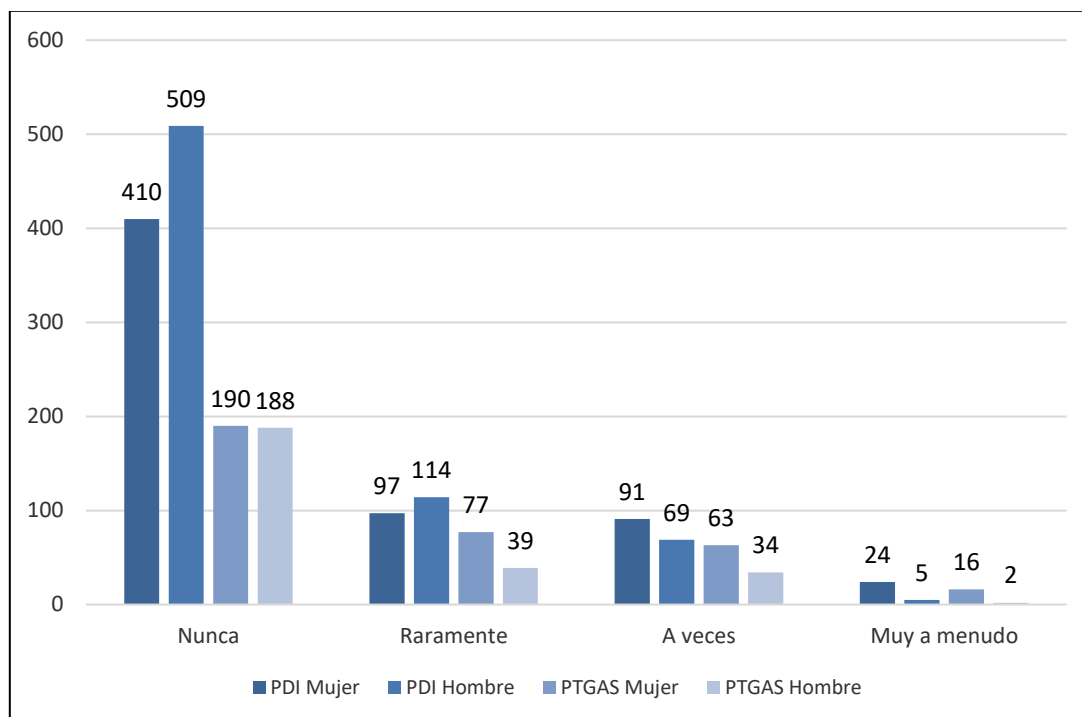
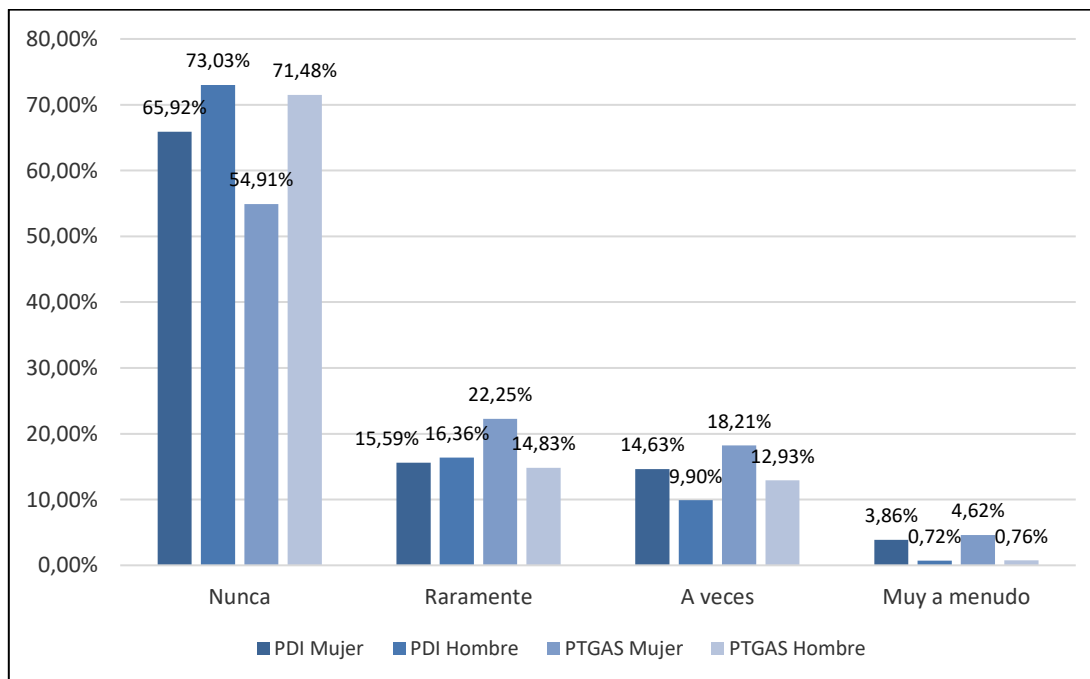


Gráfico 13: Quemazón por puesto y sexo (% con respecto al total de cada grupo)



2.1.3.3 SENSACIÓN DE VER PEOR

Gráfico 14: Sensación de ver peor (todo el personal encuestado)

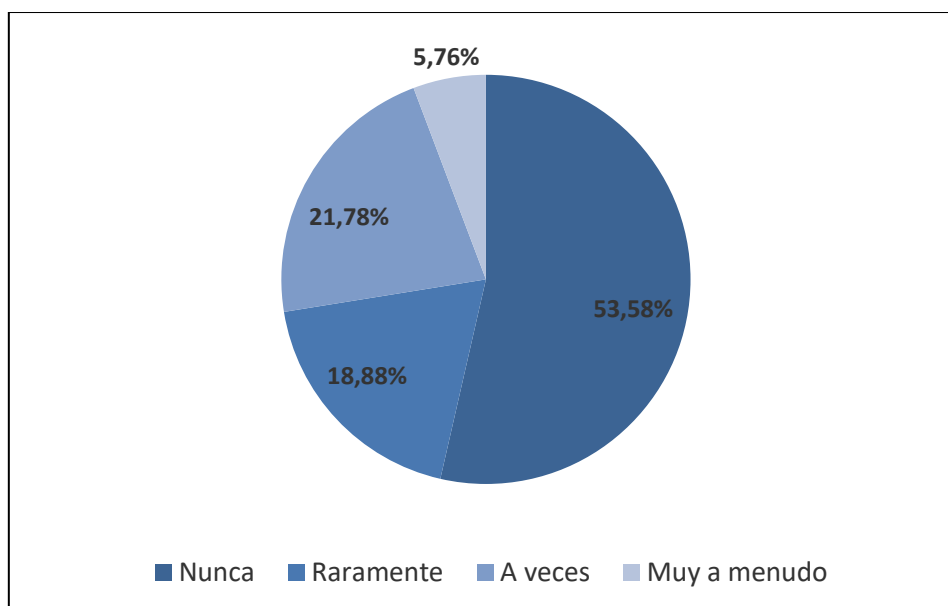


Gráfico 15: Sensación de ver peor por puesto y sexo (datos absolutos)

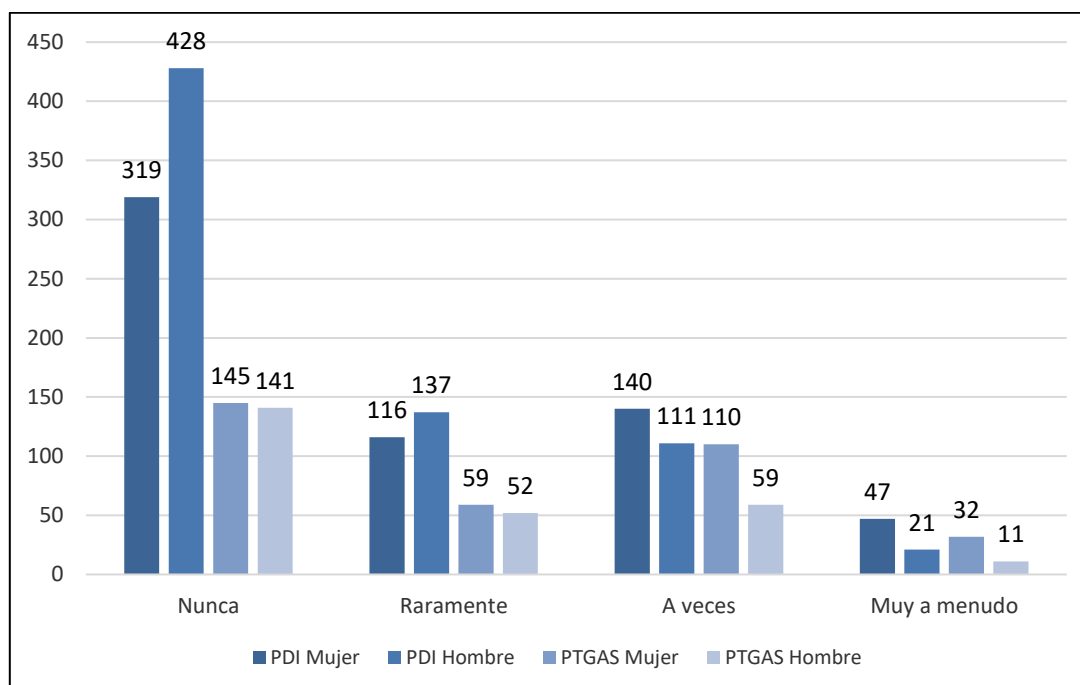
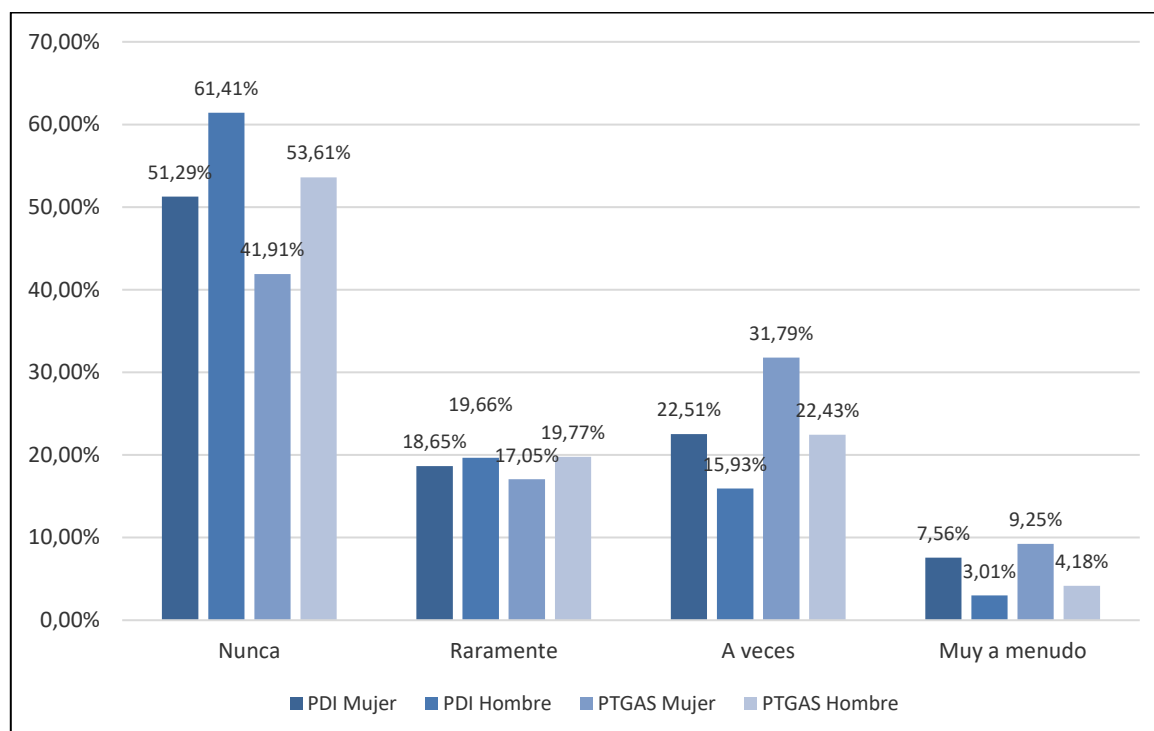


Gráfico 16: Sensación de ver peor por puesto y sexo (% con respecto al total de cada grupo)



2.1.3.4 VISIÓN BORROSA

Gráfico 17: Visión borrosa (todo el personal encuestado)

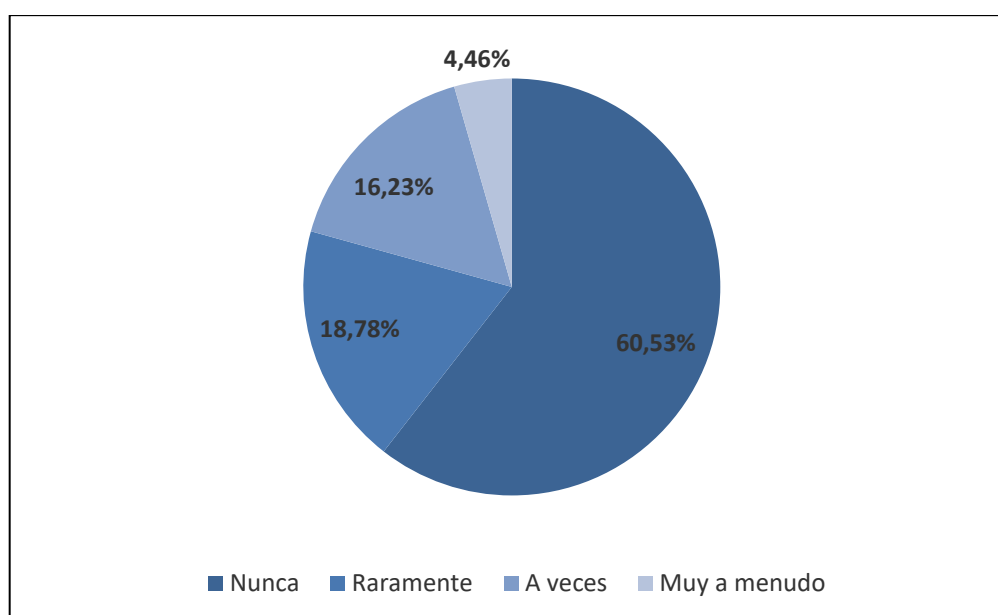


Gráfico 18: Visión borrosa por puesto y sexo (datos absolutos)

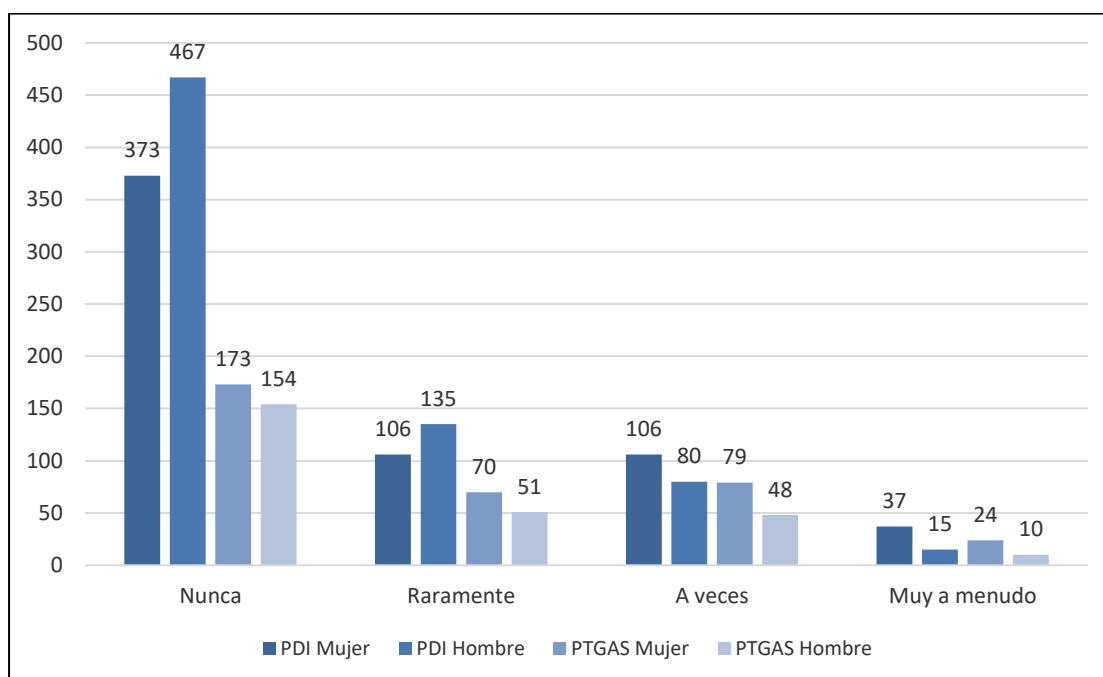
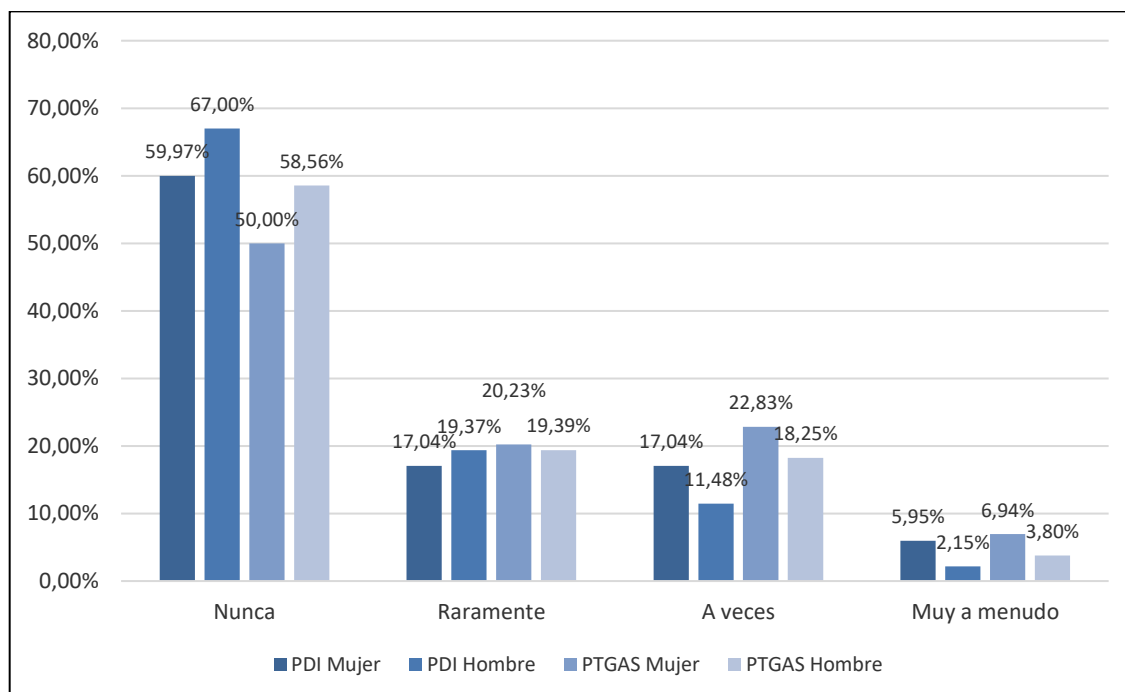


Gráfico 19: Visión borrosa por puesto y sexo (% con respecto al total de cada grupo)



2.1.3.5 DOLOR DE CABEZA

Gráfico 20: Dolor de cabeza (todo el personal encuestado)

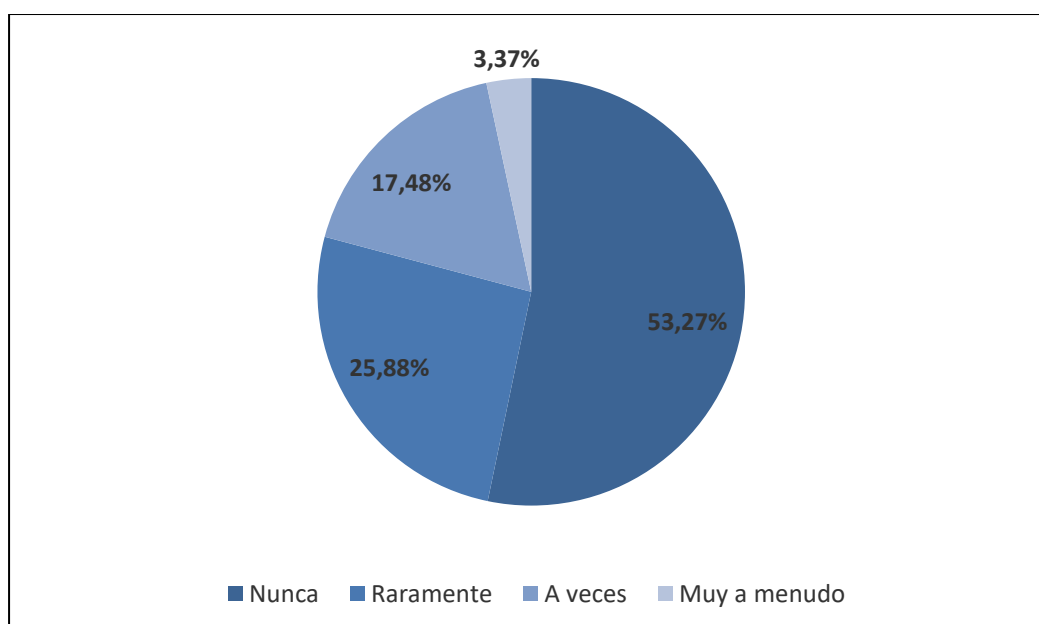


Gráfico 21: Dolor de cabeza por puesto y sexo (datos absolutos)

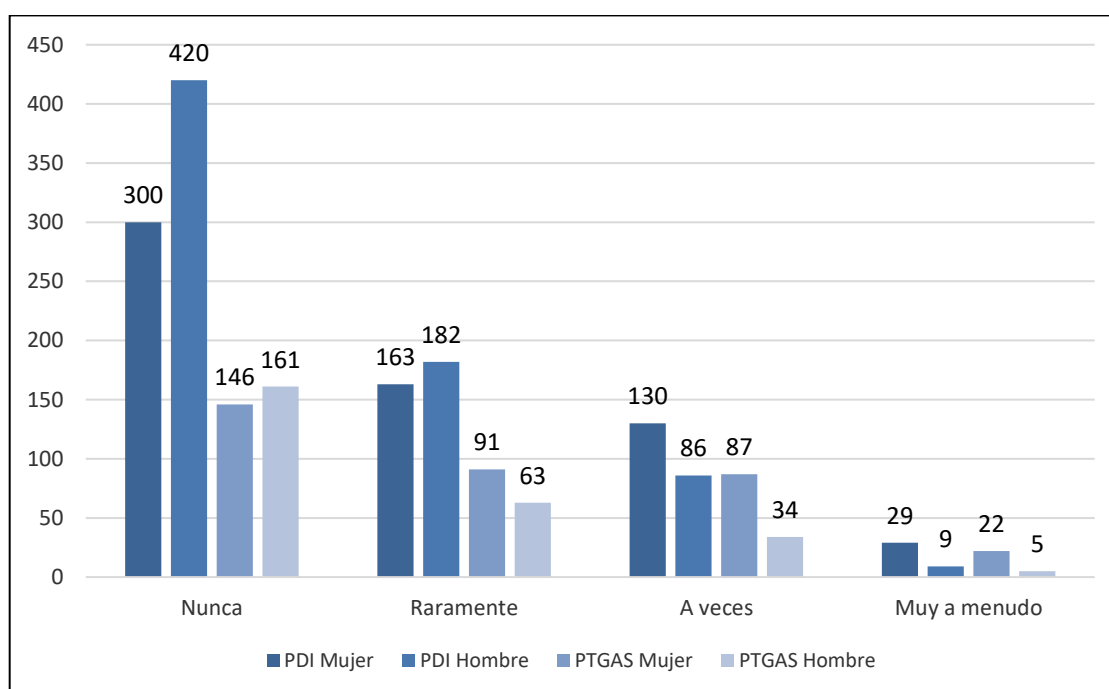
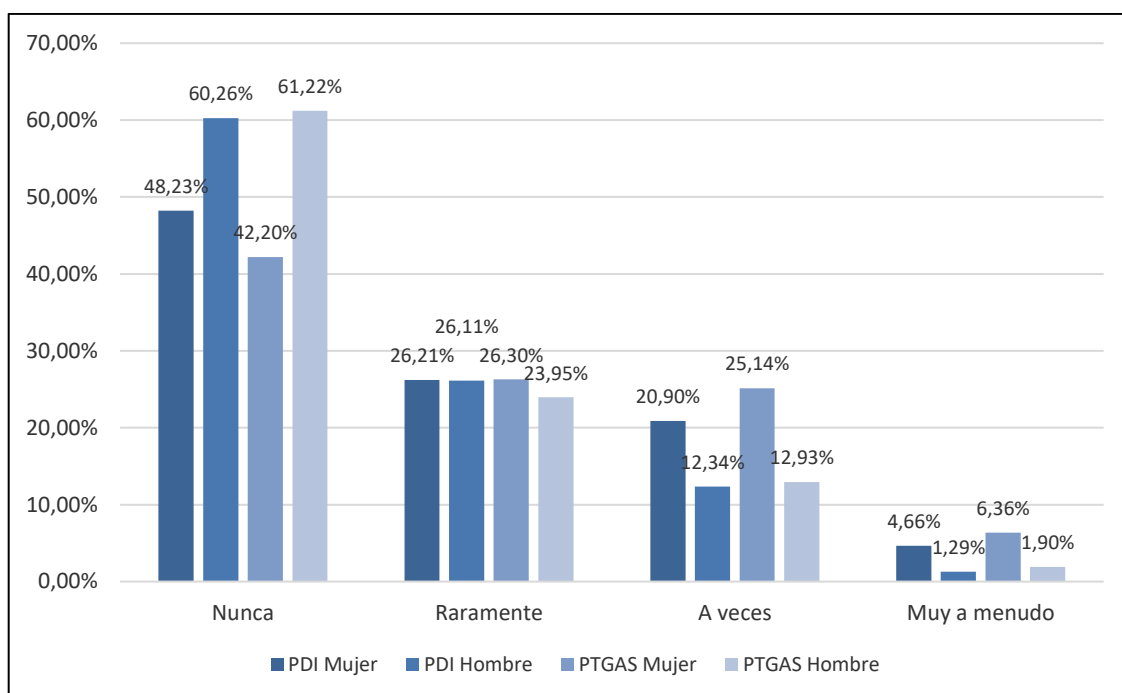


Gráfico 22: Dolor de cabeza por puesto y sexo (% con respecto al total de cada grupo)



2.1.3.6 DESLUMBRAMIENTO, VER ESTRELLITAS, LUCES

Gráfico 23: Deslumbramiento, estrellitas, luces (todo el personal encuestado)

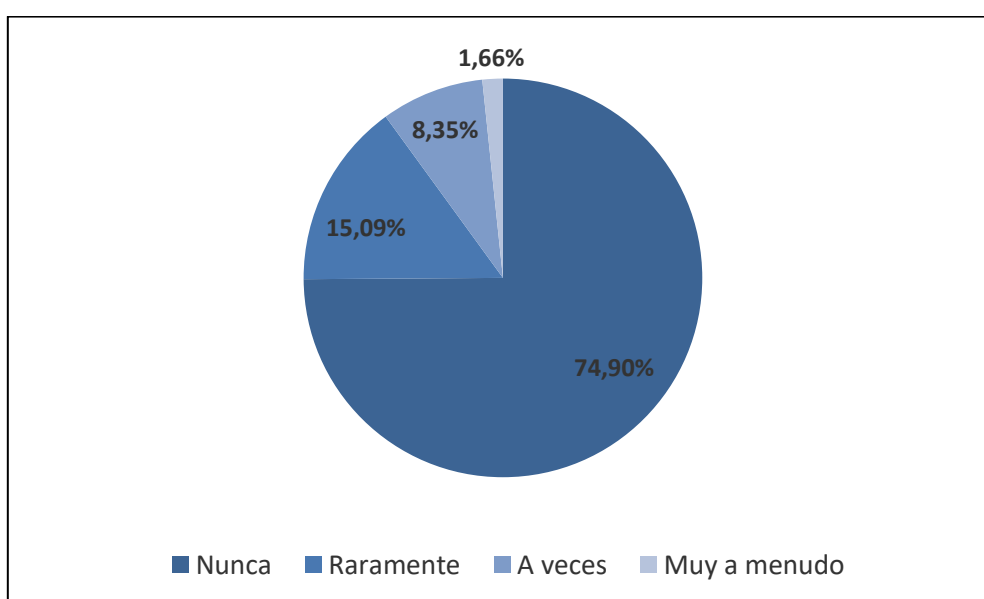


Gráfico 24: Deslumbramiento, estrellitas, luces por puesto y sexo (datos absolutos)

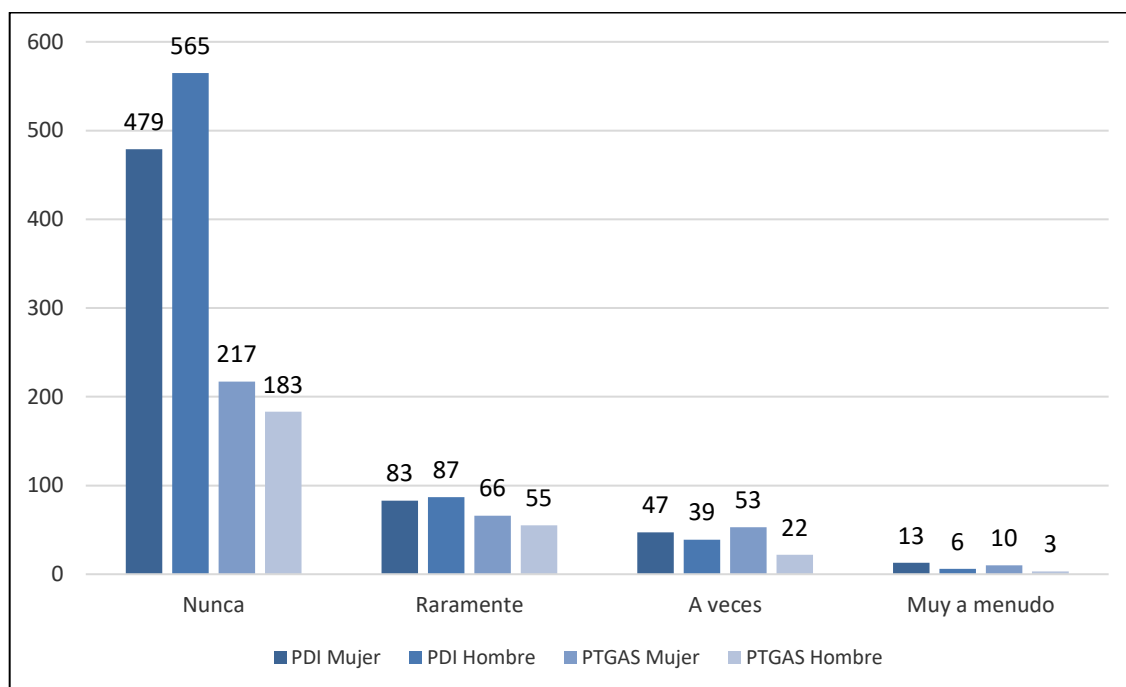
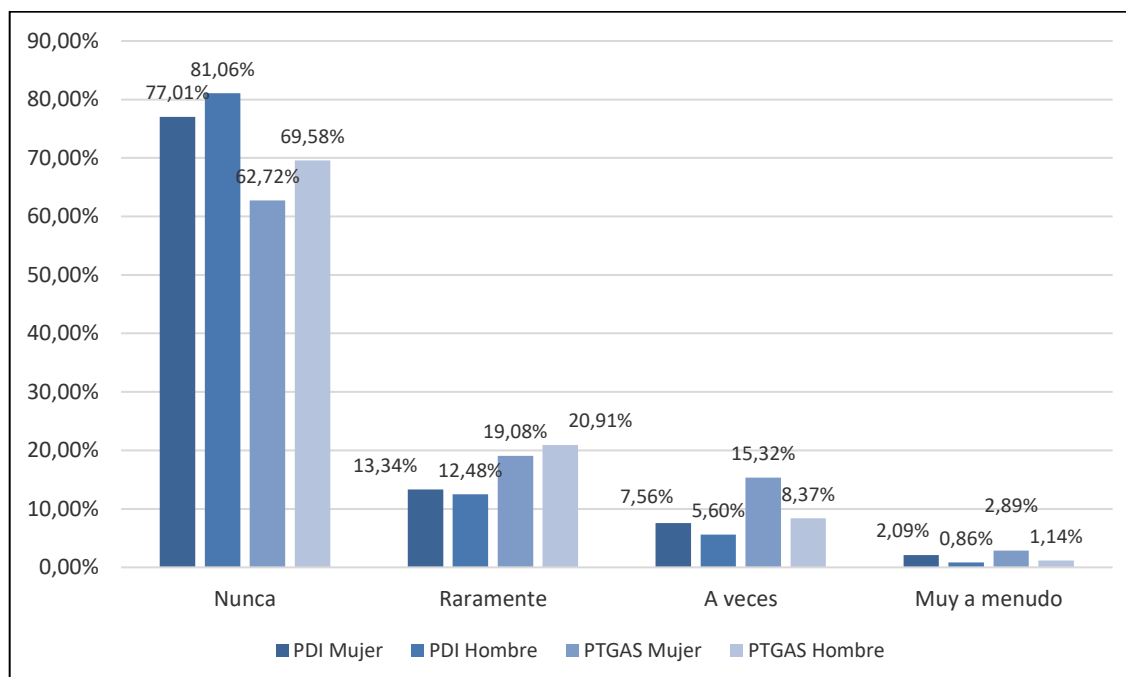


Gráfico 25: Deslumbramiento, estrellitas, luces por puesto y sexo (% con respecto al total de cada grupo)



2.1.4 CONCLUSIONES

Tras el análisis de los datos, se puede concluir que el personal expuesto a PVD reconocido en 2024:

- Presenta un porcentaje significativo de alteraciones detectadas en la exploración visual, sobre todo de **déficit de agudeza lejana seguido de déficit en visión cercana y alteraciones en la fusión y/o equilibrio binocular** (en este último caso sobre todo en hombres del PDI), lo que puede hacer más sensible al personal afectado a padecer los daños que este tipo de trabajos puede generar; aunque hay que destacar que el déficit en la visión intermedia, distancia a la que deben estar situadas las pantallas y por tanto la más utilizada en estos puestos, no es significativo.
- Si tenemos en cuenta los porcentajes relativos a cada grupo, destaca el déficit de visión lejana y cercana en las mujeres del PTGAS.
- La mayor parte del personal expuesto a PVD usa lentes correctoras (casi un 75%).
- Manifiesta como causas más frecuentes de molestias visuales las derivadas del tipo y/o localización de la **iluminación artificial, falta de nitidez en los caracteres y reflejos en la pantalla**. En porcentajes con relación al total encuestado, destacan las cifras de estas molestias en el caso del PDI.
- Si tenemos en cuenta los porcentajes relativos a cada grupo, destacan estas mismas molestias en el PTGAS, sobre todo en mujeres.
- Los síntomas que están relacionados con fatiga visual, en el caso de los referidos como “muy a menudo”, se presentan en un porcentaje bajo, los más frecuentes: **“picores en los ojos” y “sensación de ver peor”**, con resultados más elevados en el caso de las mujeres, sobre todo del PTGAS si tenemos en cuenta porcentajes relativos a cada grupo. Estos síntomas pueden estar relacionados con las condiciones de iluminación, organización de pausas y por las condiciones de salud individuales (alteraciones de la refracción y acomodación).

2.1.5 PROPUESTAS

Las propuestas van encaminadas tanto a analizar los factores ergonómicos que pudieran determinar los síntomas analizados como la discriminación de las causas individuales de salud que puedan también estar influyendo en su aparición:

1. Profundizar en las causas que generan molestias visuales para tratar de corregirlas.
2. Promover la iluminación led en estos puestos de trabajo, ya que es más homogénea y produce menos deslumbramientos.
3. Si se descartan factores individuales, derivar al área de ergonomía para investigación y mejora del puesto.

4. Derivar al especialista de oftalmología para analizar más a fondo la agudeza visual, corrigiendo las alteraciones de la refracción detectadas.
5. Recomendar a los usuarios de lentes correctoras el cumplimiento de las revisiones periódicas con su óptico u oftalmólogo para mantenerlas actualizadas y en buenas condiciones de uso.
6. Realizar una segunda revisión de la visión tras la adopción de medidas oftalmológicas o ergonómicas.
7. Actualizar mediante formación “on line” los conocimientos del personal empleado sobre ergonomía y diseño de los puestos de PVD. Hacer hincapié en la adopción de pausas durante el trabajo con PVD.
8. Promover la dotación de un puesto adecuado de trabajo al personal investigador expuesto a PVD en coordinación con otros servicios.

2.2 ESTUDIO DE LA PATOLOGÍA OSTEOMUSCULAR

Con objeto de conocer los problemas de salud osteomusculares en la población trabajadora, su relación con los riesgos laborales, la efectividad de las medidas preventivas aplicadas y actividades de prevención que se podrían llevar a cabo y su priorización, de todos los reconocimientos médicos laborales (RML) realizados en 2023, se han analizado estadísticamente los datos recogidos en:

3. La exploración del aparato locomotor específica de cada protocolo aplicado según el puesto de trabajo.
4. Los cuestionarios de sintomatología osteomuscular aplicados en los protocolos de “Pantallas de Visualización de Datos” (PVD) para PDI y PTGAS administrativo y “Manipulación Manual de Cargas” (MMCC) para PTGAS de servicios (mantenimiento, hostelería, jardinería).

2.2.1 EXPLORACIÓN DEL APARATO LOCOMOTOR

El personal médico del SSP lleva a cabo la exploración del aparato locomotor en los RML realizados, anotando en la historia clínica personal las alteraciones detectadas y estableciendo las conclusiones, medidas y recomendaciones individuales si son necesarias, incluyendo, si es pertinente y según cada caso, la derivación a la Unidad de Fisioterapia del SSP, para llevar a cabo actuaciones preventivas y asistenciales, o al especialista de su servicio sanitario asistencial. En este estudio se han agrupado las alteraciones en 6 zonas afectadas, con objeto de simplificar su análisis (desviaciones de columna, columna cervical y trapecios, columna dorsal, columna lumbar, miembros superiores y miembros inferiores).

Se han explorado **2319 personas**, de las cuales el 49.2% son mujeres y 50.8% hombres. Del total, el **25.4% presentan alguna alteración**, el 15.7% de las mujeres frente al 9.8% en hombres (**porcentajes más bajos que en 2023**).

Se adjuntan todos los datos obtenidos de esta exploración al final de este apartado, en la tabla 5 y 6 (por protocolo, puesto y sexo).

En los siguientes gráficos se representan los datos obtenidos con las variables indicadas:

Gráfico 26: Tipo de alteraciones en locomotor en todos los protocolos explorados.

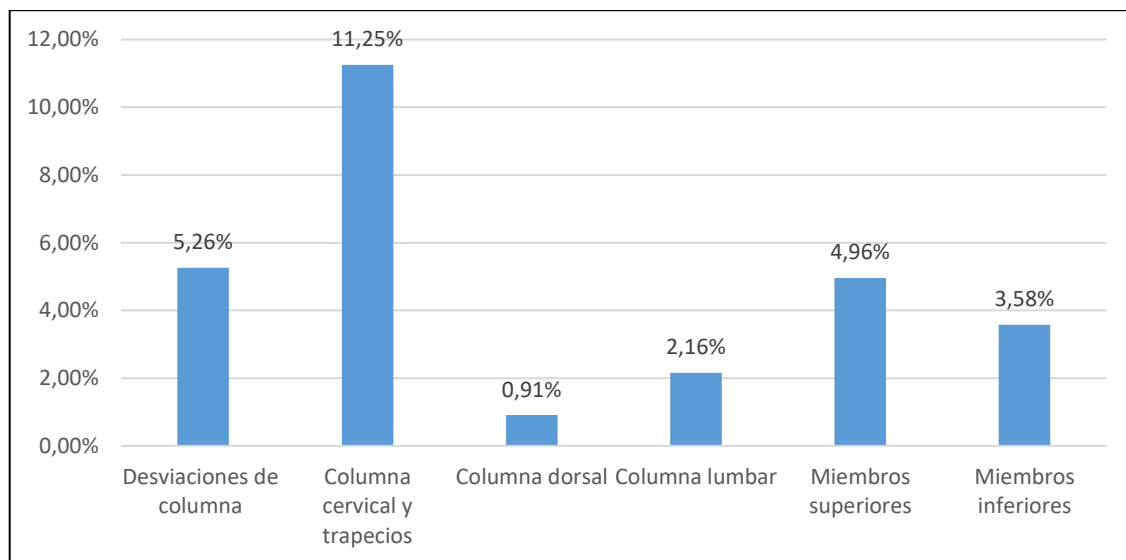


Gráfico 27: Tipo de alteraciones en locomotor en todos los protocolos explorados por sexo.

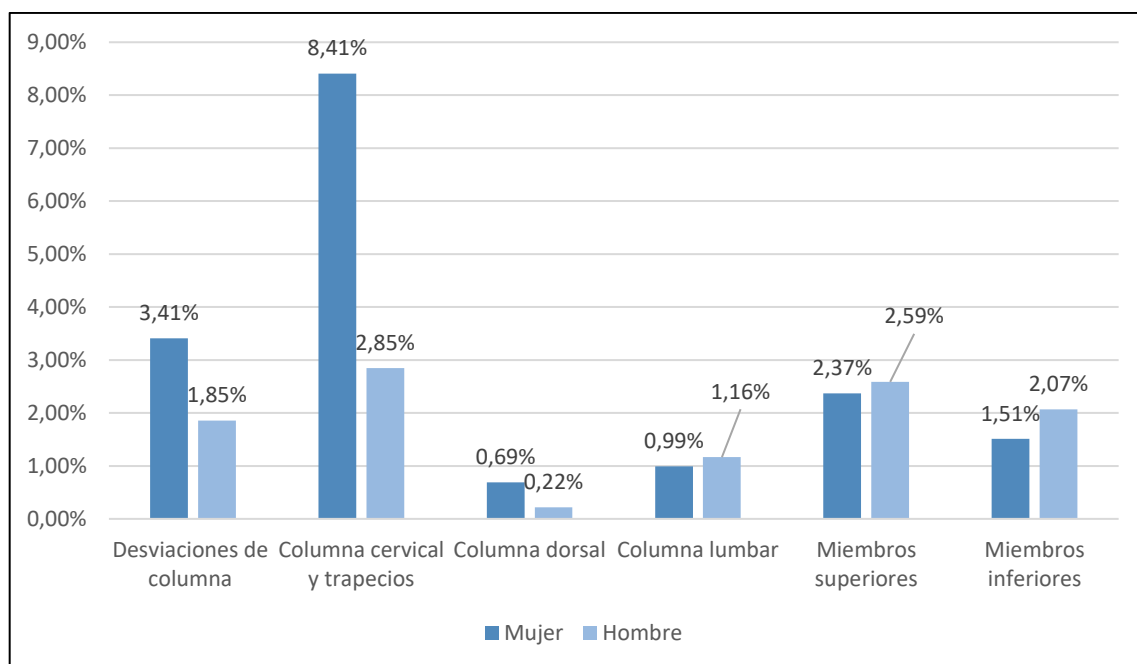


Gráfico28: Tipo de alteraciones en locomotor en todos los protocolos explorados por puesto: PDI, PTGAS administrativo y PTGAS servicios y por sexo (porcentajes con respecto al total de personal valorado).

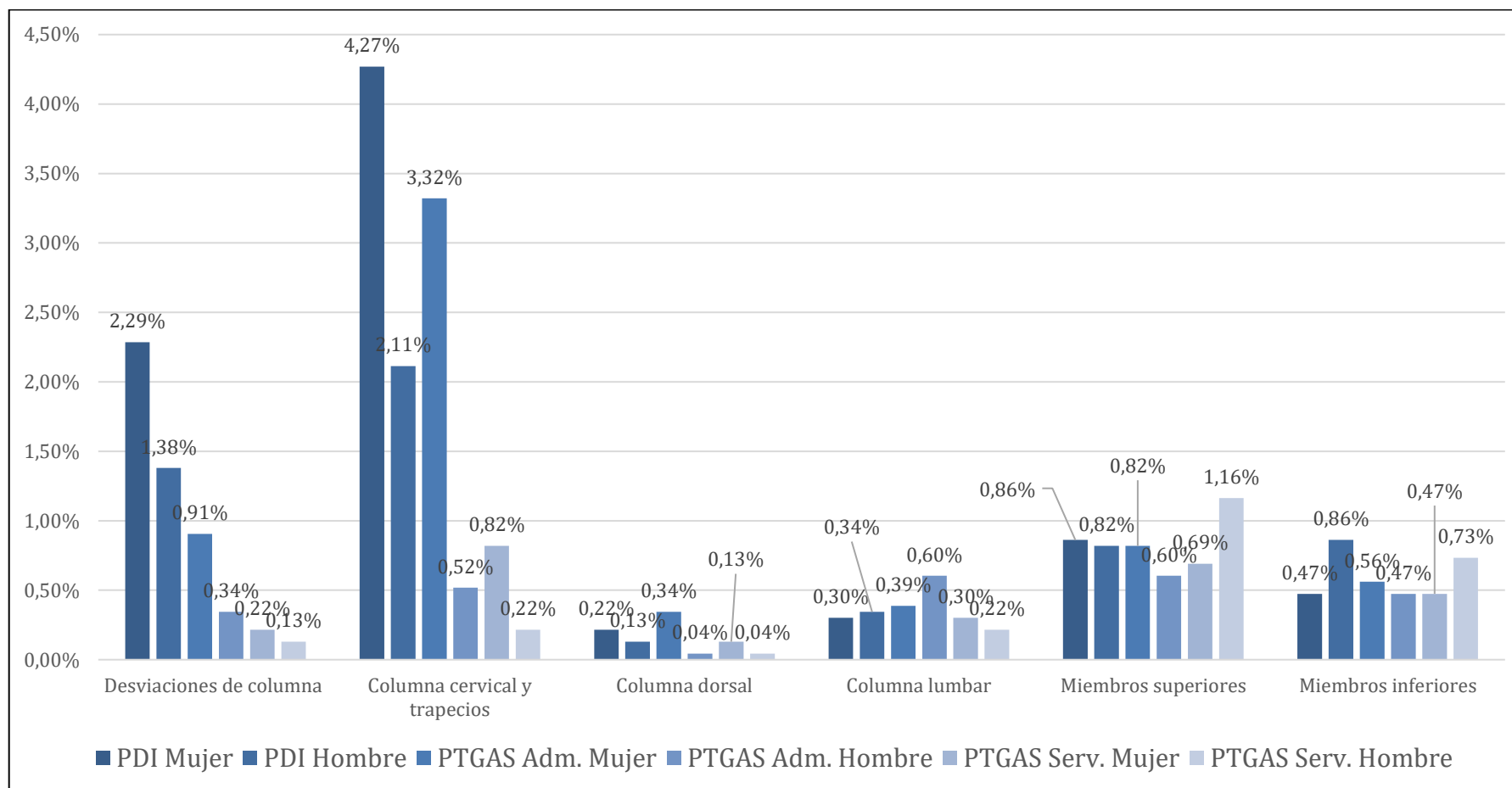


Gráfico 29: Tipo de alteraciones en locomotor en todos los protocolos explorados por puesto: PDI, PTGAS administrativo y PTGAS de servicios y por sexo (porcentajes con respecto al total de cada grupo).

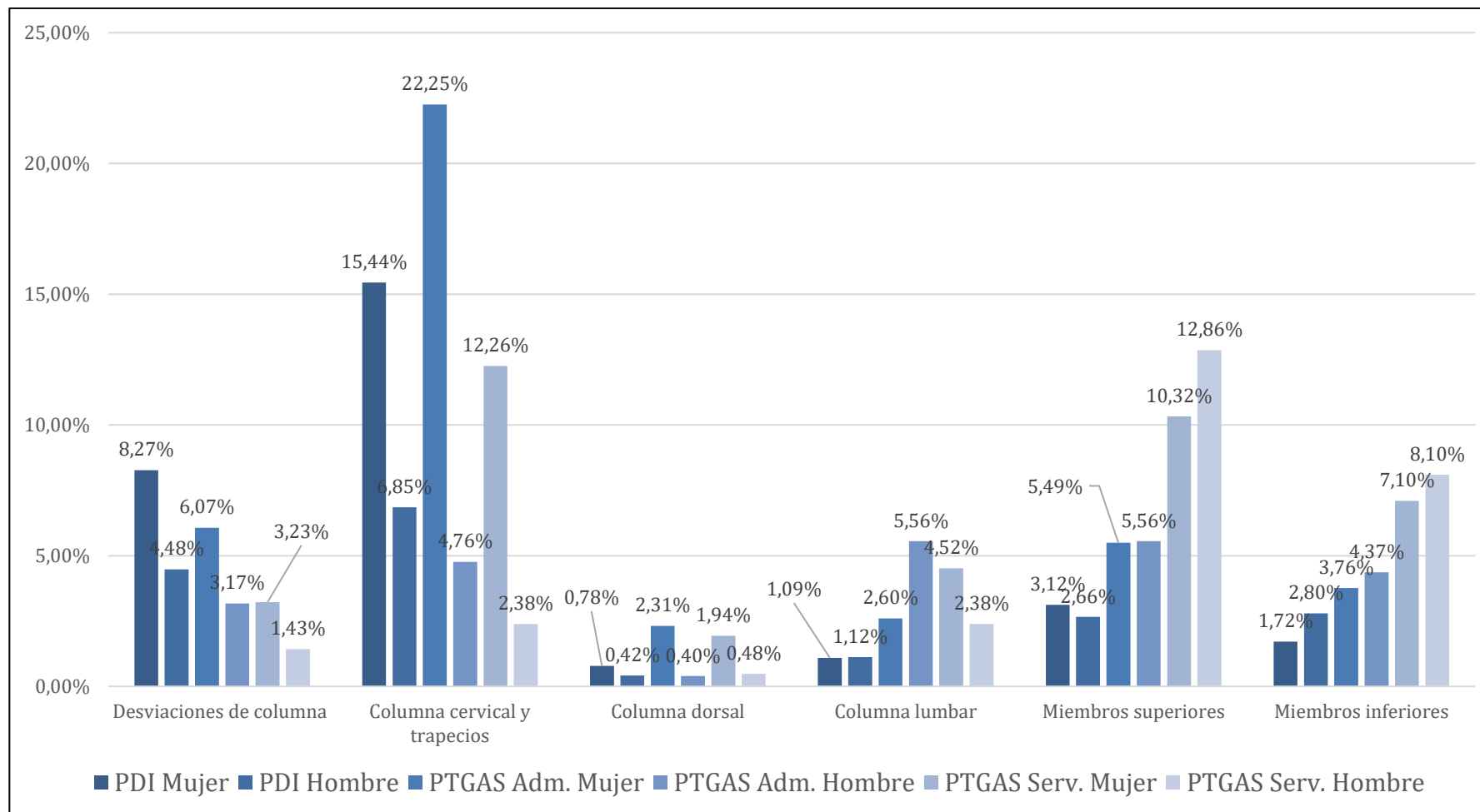


Tabla.5: Alteraciones detectadas en la exploración del ap. locomotor por puesto y sexo (porcentajes con respecto al total de personal explorado)

PROTOCOLO							PVD							M.CARGAS + M. REPETIDOS										TOTALES			
PUESTO		PDI						PTGAS ADM.						PTGAS MANTENIMIENTO/HOSTELERÍA/DEPORTES/LIMPIEZA													
SEXO		Mujer		Hombre		Total		Mujer		Hombre		Total		Mujer		Hombre		Total		Mujer		Hombre		Total			
Nº TOTAL		641	27,64%	715	30,83%	1356	58,47%	346	14,92%	252	10,87%	598	25,79%	155	6,68%	210	9,06%	365	15,74%	1142	49,25%	1177	50,75%	2319	100,0%		
Nº SIN ALTERACIONES		467	20,14%	596	25,70%	1063	45,84%	211	9,10%	198	8,54%	409	17,64%	101	4,36%	156	6,73%	257	11,08%	779	33,59%	950	40,97%	1729	74,56%		
Nº CON ALTERACIONES		174	7,50%	119	5,13%	293	12,63%	135	5,82%	54	2,33%	189	8,15%	54	2,33%	54	2,33%	108	4,66%	363	15,65%	227	9,79%	590	25,44%		
Desviaciones de columna		53	2,29%	32	1,38%	85	3,67%	21	0,91%	8	0,34%	29	1,25%	5	0,22%	3	0,13%	8	0,34%	79	3,41%	43	1,85%	122	5,26%		
Columna cervical y trapecios		99	4,27%	49	2,11%	148	6,38%	77	3,32%	12	0,52%	89	3,84%	19	0,82%	5	0,22%	24	1,03%	195	8,41%	66	2,85%	261	11,25%		
Columna dorsal		5	0,22%	3	0,13%	8	0,34%	8	0,34%	1	0,04%	9	0,39%	3	0,13%	1	0,04%	4	0,17%	16	0,69%	5	0,22%	21	0,91%		
Columna lumbar		7	0,30%	8	0,34%	15	0,65%	9	0,39%	14	0,60%	23	0,99%	7	0,30%	5	0,22%	12	0,52%	23	0,99%	27	1,16%	50	2,16%		
Miembros superiores		20	0,86%	19	0,82%	39	1,68%	19	0,82%	14	0,60%	33	1,42%	16	0,69%	27	1,16%	43	1,85%	55	2,37%	60	2,59%	115	4,96%		
Miembros inferiores		11	0,47%	20	0,86%	31	1,34%	13	0,56%	11	0,47%	24	1,03%	11	0,47%	17	0,73%	28	1,21%	35	1,51%	48	2,07%	83	3,58%		
TOTAL ALTERACIONES:		195		131		326		147		60		207		61		58		119		403		249		652			

En **N.º Total** en "Mujer/Hombre" se indica el porcentaje de cada puesto y sexo con respecto al total de todo el personal explorado de todos los puestos.

En **cada alteración**, en los apartados "Mujer/Hombre" se indica el porcentaje con respecto al nº total de personas exploradas.

Tabla.6: Alteraciones detectadas en la exploración del ap. locomotor por puesto y sexo (porcentajes con respecto al total de personal explorado de cada grupo)

PVD							M.CARGAS + M. REPETIDOS												TOTALES					
PUESTO	PDI						PTGAS ADM.						MANTENIMIENTO/HOSTELERÍA/DEPORTES/LIMPIEZA											
SEXO	Mujer		Hombre		Total		Mujer		Hombre		Total		Mujer		Hombre		Total		Mujer		Hombre		Total	
Nº TOTAL	641	47,27%	715	52,73%	1356	58,47%	346	57,86%	252	42,14%	598	25,79%	155	42,47%	210	57,53%	365	15,74%	1142	49,25%	1177	50,75%	2319	100,00%
Nº SIN ALTERACIONES	467	72,85%	596	83,36%	1063	78,39%	211	60,98%	198	78,57%	409	68,39%	101	65,16%	156	74,29%	257	70,41%	779	68,21%	950	80,71%	1729	74,56%
Nº CON ALTERACIONES	174	27,15%	119	16,64%	293	21,61%	135	39,02%	54	21,43%	189	31,61%	54	34,84%	54	25,71%	108	29,59%	363	31,79%	227	19,29%	590	25,44%
Desviaciones de columna	53	8,27%	32	4,48%	85	6,27%	21	6,07%	8	3,17%	29	4,85%	5	3,23%	3	1,43%	8	2,19%	79	6,92%	43	3,65%	122	5,26%
Columna cervical y trapecios	99	15,44%	49	6,85%	148	10,91%	77	22,25%	12	4,76%	89	14,88%	19	12,26%	5	2,38%	24	6,58%	195	17,08%	66	5,61%	261	11,25%
Columna dorsal	5	0,78%	3	0,42%	8	0,59%	8	2,31%	1	0,40%	9	1,51%	3	1,94%	1	0,48%	4	1,10%	16	1,40%	5	0,42%	21	0,91%
Columna lumbar	7	1,09%	8	1,12%	15	1,11%	9	2,60%	14	5,56%	23	3,85%	7	4,52%	5	2,38%	12	3,29%	23	2,01%	27	2,29%	50	2,16%
Miembros superiores	20	3,12%	19	2,66%	39	2,88%	19	5,49%	14	5,56%	33	5,52%	16	10,32%	27	12,86%	43	11,78%	55	4,82%	60	5,10%	115	4,96%
Miembros inferiores	11	1,72%	20	2,80%	31	2,29%	13	3,76%	11	4,37%	24	4,01%	11	7,10%	17	8,10%	28	7,67%	35	3,06%	48	4,08%	83	3,58%
TOTAL ALTERACIONES:	195		131		326		147		60		207		61		58		119		403		249		652	

En **N.º Total** en "Mujer/Hombre" se indica el porcentaje de cada sexo con respecto al total de cada puesto y en "Total" el porcentaje con respecto al total de todo el personal explorado de todos los puestos.
En **cada alteración** en los apartados "Mujer/Hombre" se indica el porcentaje con respecto al nº total de evaluados por sexo y en "Total" se indica el porcentaje del total de evaluados de cada puesto.

2.2.2 RESULTADOS DE LOS CUESTIONARIOS DE SINTOMATOLOGÍA OSTEOMUSCULAR APLICADOS

Se ha realizado un análisis de los datos de los cuestionarios de síntomas osteomusculares aplicados en el protocolo de pantallas de visualización de datos (PVD), en PDI y PTGAS Administrativo; y con el de manipulación manual de cargas (MMCC), en PTGAS de mantenimiento, jardines, insta. deportivas y hostelería. Han cumplimentado el cuestionario **2104 personas**, de las cuales el 51,2% son mujeres y 48,8% hombres.

Se adjuntan todos los datos obtenidos de esta exploración al final de este apartado, en la tabla 7 y 8 (por protocolo, puesto y sexo).

En los siguientes gráficos se representan los datos obtenidos con las variables indicadas:

Gráfico 30: Tipo de molestias osteomusculares referidas en todo el personal encuestado

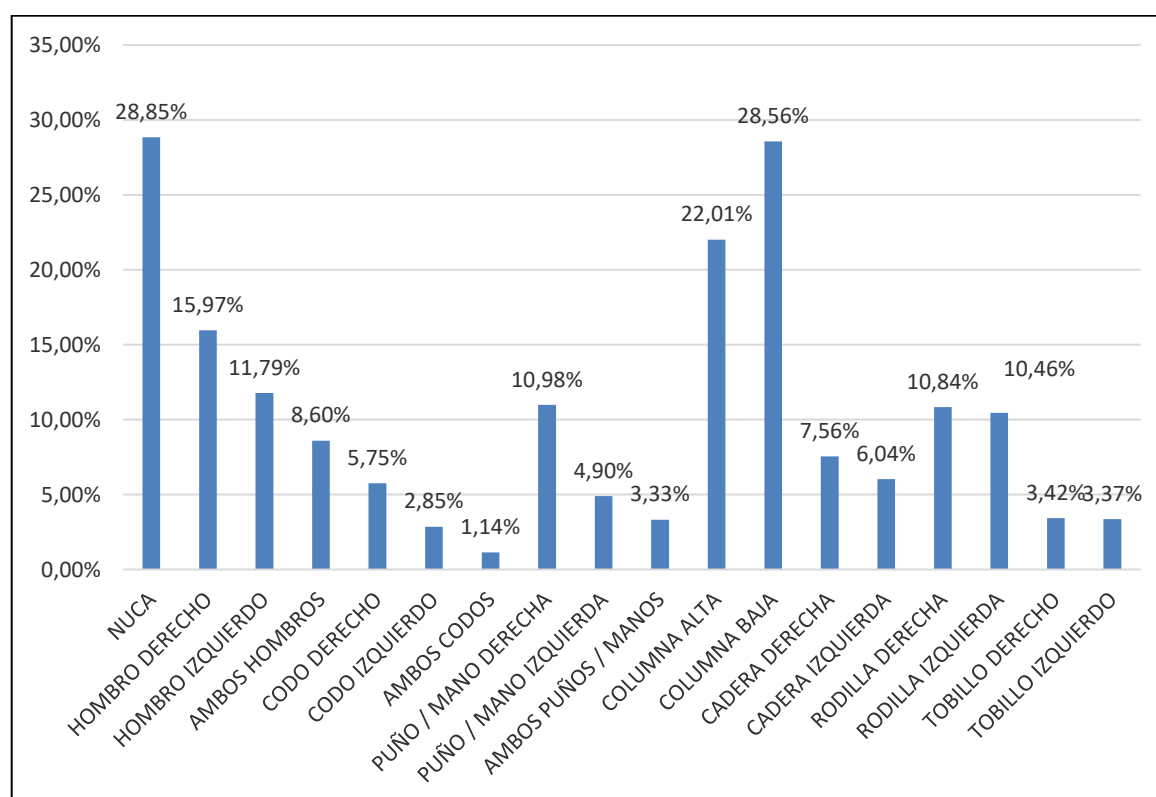


Gráfico 31: Tipo de molestias osteomusculares referidas en todo el personal encuestado por sexo

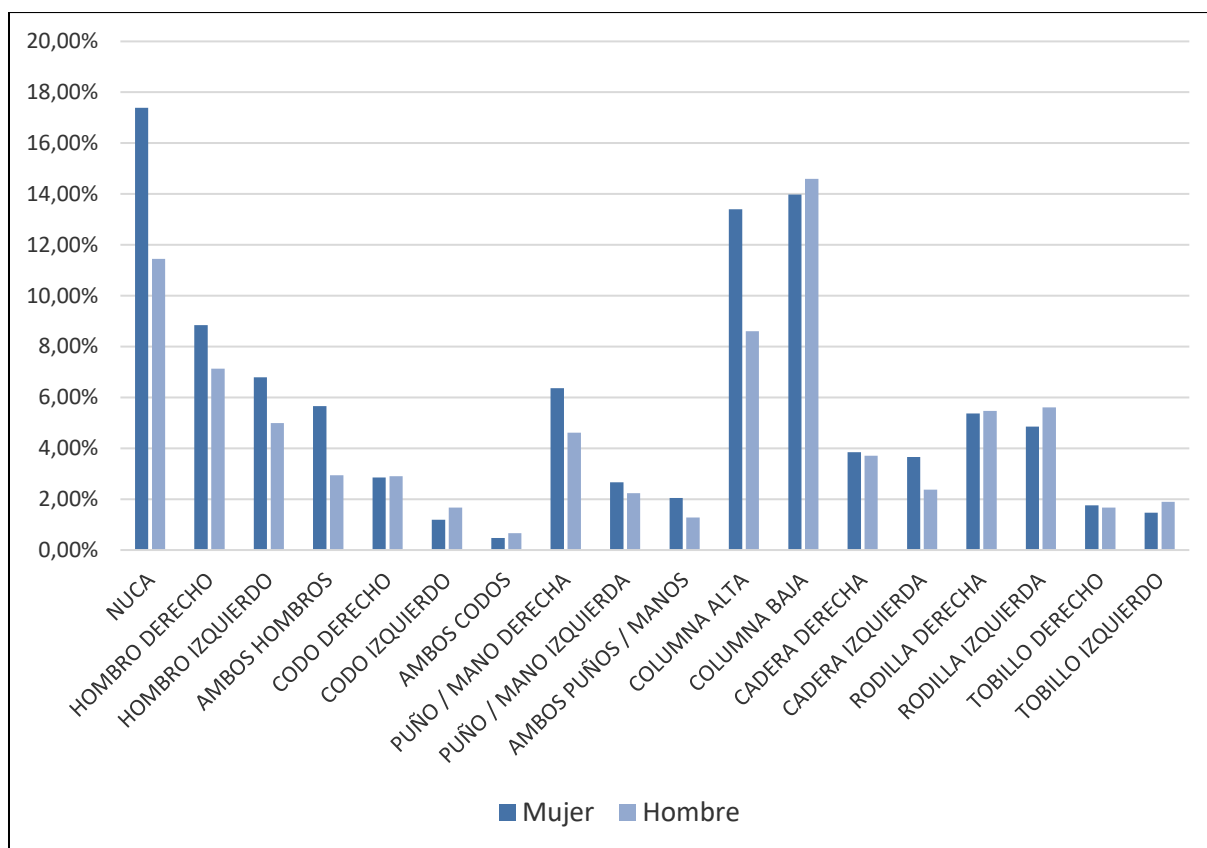


Gráfico 32: Tipo de molestias osteomusculares referidas en todo el personal encuestado por puesto y sexo (porcentaje con relación al total de personal encuestado)

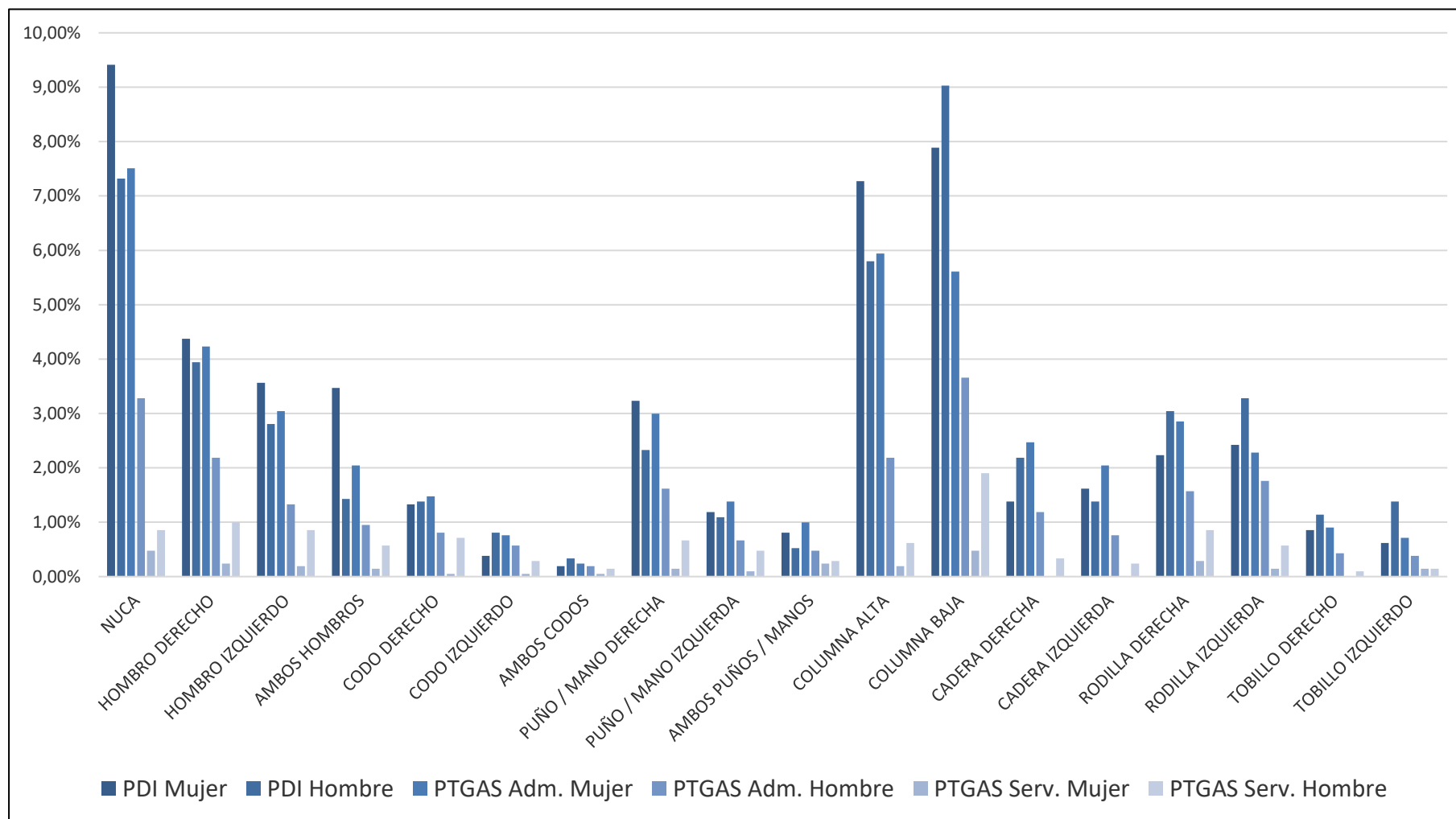


Gráfico 33: Tipo de molestias osteomusculares referidas en todo el personal encuestado por puesto y sexo (porcentaje con relación al total de cada grupo)

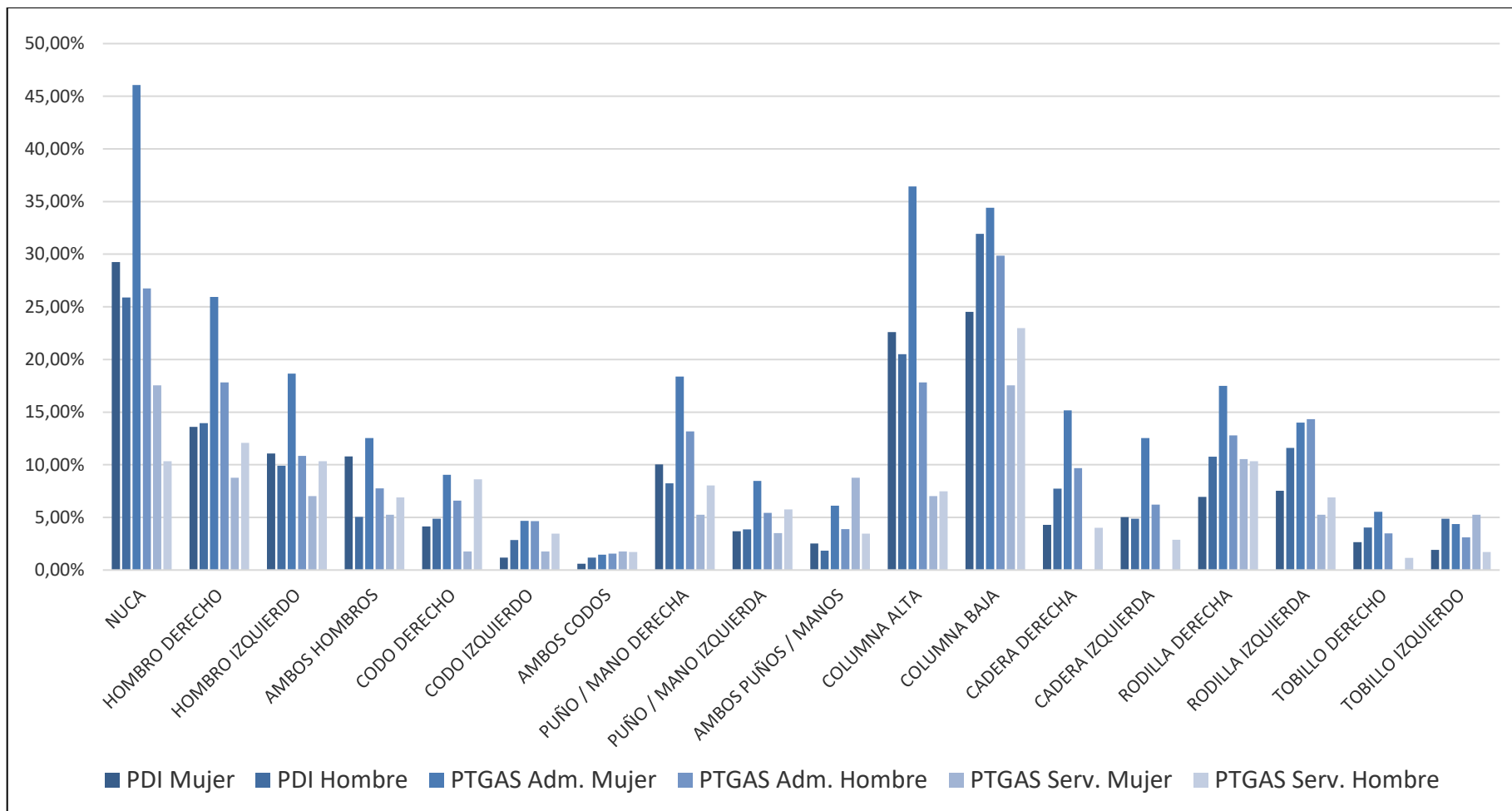


Tabla 7: Tipo de molestias osteomusculares referidas en todo el personal encuestado por puesto y sexo (porcentaje con relación al total de personal encuestado)

PVD							PTGAS MMCC												TOTALES					
PUESTO	PDI						PTGAS Administrativo						Hostelería, Mantenimiento, Jardines, Deportes											
SEXO	Mujer		Hombre		Total		Mujer		Hombre		Total		Mujer		Hombre		Total		Mujer		Hombre		Total	
Nº TOTAL ENCUESTADOS	677	32,18%	595	28,28%	1272	60,46%	343	16,30%	258	12,26%	601	28,56%	57	2,71%	174	8,27%	231	10,98%	1077	51,19%	1027	48,81%	2104	100,00%
NUCA	198	9,41%	154	7,32%	352	16,73%	158	7,51%	69	3,28%	227	10,79%	10	0,48%	18	0,86%	28	1,33%	366	17,40%	241	11,45%	607	28,85%
HOMBRO DERECHO	92	4,37%	83	3,94%	175	8,32%	89	4,23%	46	2,19%	135	6,42%	5	0,24%	21	1,00%	26	1,24%	186	8,84%	150	7,13%	336	15,97%
HOMBRO IZQUIERDO	75	3,56%	59	2,80%	134	6,37%	64	3,04%	28	1,33%	92	4,37%	4	0,19%	18	0,86%	22	1,05%	143	6,80%	105	4,99%	248	11,79%
AMBOS HOMBROS	73	3,47%	30	1,43%	103	4,90%	43	2,04%	20	0,95%	63	2,99%	3	0,14%	12	0,57%	15	0,71%	119	5,66%	62	2,95%	181	8,60%
CODO DERECHO	28	1,33%	29	1,38%	57	2,71%	31	1,47%	17	0,81%	48	2,28%	1	0,05%	15	0,71%	16	0,76%	60	2,85%	61	2,90%	121	5,75%
CODO IZQUIERDO	8	0,38%	17	0,81%	25	1,19%	16	0,76%	12	0,57%	28	1,33%	1	0,05%	6	0,29%	7	0,33%	25	1,19%	35	1,66%	60	2,85%
AMBOS CODOS	4	0,19%	7	0,33%	11	0,52%	5	0,24%	4	0,19%	9	0,43%	1	0,05%	3	0,14%	4	0,19%	10	0,48%	14	0,67%	24	1,14%
PUÑO / MANO DERECHA	68	3,23%	49	2,33%	117	5,56%	63	2,99%	34	1,62%	97	4,61%	3	0,14%	14	0,67%	17	0,81%	134	6,37%	97	4,61%	231	10,98%
PUÑO / MANO IZQUIERDA	25	1,19%	23	1,09%	48	2,28%	29	1,38%	14	0,67%	43	2,04%	2	0,10%	10	0,48%	12	0,57%	56	2,66%	47	2,23%	103	4,90%
AMBOS PUÑOS / MANOS	17	0,81%	11	0,52%	28	1,33%	21	1,00%	10	0,48%	31	1,47%	5	0,24%	6	0,29%	11	0,52%	43	2,04%	27	1,28%	70	3,33%
COLUMNA ALTA	153	7,27%	122	5,80%	275	13,07%	125	5,94%	46	2,19%	171	8,13%	4	0,19%	13	0,62%	17	0,81%	282	13,40%	181	8,60%	463	22,01%
COLUMNA BAJA	166	7,89%	190	9,03%	356	16,92%	118	5,61%	77	3,66%	195	9,27%	10	0,48%	40	1,90%	50	2,38%	294	13,97%	307	14,59%	601	28,56%
CADERA DERECHA	29	1,38%	46	2,19%	75	3,56%	52	2,47%	25	1,19%	77	3,66%	0	0,00%	7	0,33%	7	0,33%	81	3,85%	78	3,71%	159	7,56%
CADERA IZQUIERDA	34	1,62%	29	1,38%	63	2,99%	43	2,04%	16	0,76%	59	2,80%	0	0,00%	5	0,24%	5	0,24%	77	3,66%	50	2,38%	127	6,04%
RODILLA DERECHA	47	2,23%	64	3,04%	111	5,28%	60	2,85%	33	1,57%	93	4,42%	6	0,29%	18	0,86%	24	1,14%	113	5,37%	115	5,47%	228	10,84%
RODILLA IZQUIERDA	51	2,42%	69	3,28%	120	5,70%	48	2,28%	37	1,76%	85	4,04%	3	0,14%	12	0,57%	15	0,71%	102	4,85%	118	5,61%	220	10,46%
TOBILLO DERECHO	18	0,86%	24	1,14%	42	2,00%	19	0,90%	9	0,43%	28	1,33%	0	0,00%	2	0,10%	2	0,10%	37	1,76%	35	1,66%	72	3,42%
TOBILLO IZQUIERDO	13	0,62%	29	1,38%	42	2,00%	15	0,71%	8	0,38%	23	1,09%	3	0,14%	3	0,14%	6	0,29%	31	1,47%	40	1,90%	71	3,37%
TOTAL MOLESTIAS:	1099	52,23%	1035	49,19%	2134	101,43%	999	47,48%	505	24,00%	1504	71,48%	61	2,90%	223	10,60%	284	13,50%	2159	102,61%	1763	83,79%	3922	186,41%

Los porcentajes indicados se calculan con respecto al total del personal evaluado de todos los protocolos.

Tabla 8: Tipo de molestias osteomusculares referidas en todo el personal encuestado por puesto y sexo (porcentaje con relación al total de cada grupo)

PROTOCOLO		PVD										PTGAS MMCC								TOTALES				
PUESTO	PDI						PTGAS Administrativo						Hostelería, Mantenimiento, Jardines, Deportes											
SEXO	Mujer		Hombre		Total		Mujer		Hombre		Total		Mujer		Hombre		Total		Mujer		Hombre		Total	
Nº TOTAL ENCUESTADOS	677	53,22%	595	46,78%	1272	60,46%	343	57,07%	258	42,93%	601	28,56%	57	24,68%	174	75,32%	231	10,98%	1077	51,19%	1027	48,81%	2104	100,00%
NUCA	198	29,25%	154	25,88%	352	27,67%	158	46,06%	69	26,74%	227	37,77%	10	17,54%	18	10,34%	28	12,12%	366	33,98%	241	23,47%	607	28,85%
HOMBRO DERECHO	92	13,59%	83	13,95%	175	13,76%	89	25,95%	46	17,83%	135	22,46%	5	8,77%	21	12,07%	26	11,26%	186	17,27%	150	14,61%	336	15,97%
HOMBRO IZQUIERDO	75	11,08%	59	9,92%	134	10,53%	64	18,66%	28	10,85%	92	15,31%	4	7,02%	18	10,34%	22	9,52%	143	13,28%	105	10,22%	248	11,79%
AMBOS HOMBROS	73	10,78%	30	5,04%	103	8,10%	43	12,54%	20	7,75%	63	10,48%	3	5,26%	12	6,90%	15	6,49%	119	11,05%	62	6,04%	181	8,60%
CODO DERECHO	28	4,14%	29	4,87%	57	4,48%	31	9,04%	17	6,59%	48	7,99%	1	1,75%	15	8,62%	16	6,93%	60	5,57%	61	5,94%	121	5,75%
CODO IZQUIERDO	8	1,18%	17	2,86%	25	1,97%	16	4,66%	12	4,65%	28	4,66%	1	1,75%	6	3,45%	7	3,03%	25	2,32%	35	3,41%	60	2,85%
AMBOS CODOS	4	0,59%	7	1,18%	11	0,86%	5	1,46%	4	1,55%	9	1,50%	1	1,75%	3	1,72%	4	1,73%	10	0,93%	14	1,36%	24	1,14%
PUÑO / MANO DERECHA	68	10,04%	49	8,24%	117	9,20%	63	18,37%	34	13,18%	97	16,14%	3	5,26%	14	8,05%	17	7,36%	134	12,44%	97	9,44%	231	10,98%
PUÑO / MANO IZQUIERDA	25	3,69%	23	3,87%	48	3,77%	29	8,45%	14	5,43%	43	7,15%	2	3,51%	10	5,75%	12	5,19%	56	5,20%	47	4,58%	103	4,90%
AMBOS PUÑOS / MANOS	17	2,51%	11	1,85%	28	2,20%	21	6,12%	10	3,88%	31	5,16%	5	8,77%	6	3,45%	11	4,76%	43	3,99%	27	2,63%	70	3,33%
COLUMNA ALTA	153	22,60%	122	20,50%	275	21,62%	125	36,44%	46	17,83%	171	28,45%	4	7,02%	13	7,47%	17	7,36%	282	26,18%	181	17,62%	463	22,01%
COLUMNA BAJA	166	24,52%	190	31,93%	356	27,99%	118	34,40%	77	29,84%	195	32,45%	10	17,54%	40	22,99%	50	21,65%	294	27,30%	307	29,89%	601	28,56%
CADERA DERECHA	29	4,28%	46	7,73%	75	5,90%	52	15,16%	25	9,69%	77	12,81%	0	0,00%	7	4,02%	7	3,03%	81	7,52%	78	7,59%	159	7,56%
CADERA IZQUIERDA	34	5,02%	29	4,87%	63	4,95%	43	12,54%	16	6,20%	59	9,82%	0	0,00%	5	2,87%	5	2,16%	77	7,15%	50	4,87%	127	6,04%
RODILLA DERECHA	47	6,94%	64	10,76%	111	8,73%	60	17,49%	33	12,79%	93	15,47%	6	10,53%	18	10,34%	24	10,39%	113	10,49%	115	11,20%	228	10,84%
RODILLA IZQUIERDA	51	7,53%	69	11,60%	120	9,43%	48	13,99%	37	14,34%	85	14,14%	3	5,26%	12	6,90%	15	6,49%	102	9,47%	118	11,49%	220	10,46%
TOBILLO DERECHO	18	2,66%	24	4,03%	42	3,30%	19	5,54%	9	3,49%	28	4,66%	0	0,00%	2	1,15%	2	0,87%	37	3,44%	35	3,41%	72	3,42%
TOBILLO IZQUIERDO	13	1,92%	29	4,87%	42	3,30%	15	4,37%	8	3,10%	23	3,83%	3	5,26%	3	1,72%	6	2,60%	31	2,88%	40	3,89%	71	3,37%
TOTAL MOLESTIAS:	1099	162,33%	1035	173,95%	2134	167,77%	999	291,25%	505	195,74%	1504	250,25%	61	107,02%	223	128,16%	284	122,94%	2159	200,46%	1763	171,67%	3922	186,41%

En "N.º Total de encuestados", en "Mujer/Hombre" se indica el porcentaje con respecto al total de cada grupo por puesto y sexo y en "Totales" el porcentaje con respecto al total de todo el personal encuestado.

En cada zona, en los apartados "Mujer/Hombre", se indica el porcentaje con respecto al nº total de encuestados de cada grupo por puesto y sexo

2.2.3 CONCLUSIONES

Tras el análisis de los datos presentados en este estudio, se puede concluir que los resultados indicados, en general, mantienen las características del año 2023, destacando:

- Las alteraciones más frecuentes en la exploración del aparato osteomuscular se encuentran en la **zona cervical y trapecios**, sobre todo en las mujeres del PDI y del PTGAS de administración, con porcentajes muy por encima del resto de grupos.
- En el PTGAS de servicios destacan las alteraciones también de la **zona cervical y trapecios** en mujeres y de miembros superiores en hombres.
- En el cuestionario de sintomatología osteomuscular, teniendo en cuenta los porcentajes con respecto a todo el personal encuestado, destacan sobre todo las molestias en la **zona de la nuca, seguidas de la columna baja y alta**, sobre todo en el caso de las mujeres del PDI y del PTGAS de administración. También destaca, a continuación, las molestias en **hombro derecho**, sobre todo en el PDI de ambos sexos y PTGAS administrativo mujer. En el PTGAS de servicios la molestia más común es en la **columna baja**, sobre todo en el caso de los hombres.
- En el cuestionario de sintomatología osteomuscular, teniendo en cuenta los porcentajes con respecto al total de cada grupo, destacan las **molestias en nuca** en el caso de las mujeres del PTGAS administrativo (46%), seguidas en este mismo grupo de las molestias en **columna alta y baja**. Destacan en esta gráfica también las molestias de **columna baja** en el PDI y PTGAS hombre.

2.2.4 PROPUESTAS

Al igual que en el apartado anterior, se presentan las siguientes propuestas, de tipo ergonómico y de salud:

1. Continuar con la discriminación de la etiología de la sintomatología osteomuscular con una exploración más exhaustiva o derivando al especialista en rehabilitación los casos con patología osteomuscular.
2. Continuar con las derivaciones del personal con alteraciones osteomusculares pertinentes de ser tratadas en la Unidad de Fisioterapia de la UGR, para participar en actividades de promoción y asistenciales, según cada caso.
3. Mejorar la formación preventiva inicial y periódica en el manejo de pesos, movimientos repetidos y en las posiciones adoptadas en el trabajo con PVD.
4. Proponer y llevar a cabo actividades formativas de adecuación dirigidas a prevenir problemas de espalda (talleres de espalda), promocionando y facilitando sobre todo la participación de las mujeres del PTGAS y PDI.

3 PROGRAMA PREVENTIVO DE PATOLOGÍA VOCAL

3.1 INTRODUCCIÓN

La voz es una de las herramientas fundamentales de trabajo y comunicación en el ámbito de la enseñanza, por lo que es en las tareas docentes en las que se presentan una mayor incidencia de patologías relacionadas con la misma.

En la Universidad de Granada, el colectivo Docente Investigador (PDI) representa más del 65% (67,29%) del total de personal (8.037), siendo por tanto los problemas de voz uno de los más frecuentes en nuestra institución.

3.2 OBJETIVOS

El objetivo general de este programa es prevenir los daños a la salud derivados del uso de la voz en el personal que la utiliza como medio para desarrollar su actividad. Los objetivos específicos de este programa son:

- Prevenir los problemas de voz causados por la actividad laboral.
- Detectar precozmente las lesiones
- Tratar las patologías relacionadas con el sobreesfuerzo vocal.

3.3 VALORACIÓN DEL RIESGO

Para evaluar el riesgo de patología vocal se utiliza un cuestionario compuesto por 30 preguntas que analizan fundamentalmente dos aspectos: condiciones de trabajo (ambiente vocal) y sintomatología clínica relacionada con la patología vocal. Valorado el cuestionario, los trabajadores se clasifican en tres grupos de riesgo y en cada uno de ellos se realizan distintas actuaciones

- Riesgo Bajo: se le facilita información general de formación.
- Riesgo Medio: se deriva para rehabilitación de la voz y también se le facilita información y formación.
- Riesgo Alto: Son remitidos al especialista de foniatría.

En la siguiente tabla 8 se refleja el nº de personas evaluadas agrupadas por niveles de riesgo vocal durante el año 2024.

Como se aprecia en la tabla, la actividad de este programa ha aumentado sustancialmente con un incremento del 30,8% respecto al año anterior, 1.007 personas valoradas respecto a las 770 del año anterior. En cuanto a los porcentajes en cada uno de los niveles de riesgo, comparado con el año anterior, destaca el aumento de riesgo vocal alto, mientras que el nivel bajo disminuye y se mantiene el nivel medio.

Tabla 9: Cuantificación del riesgo vocal.

Nivel de riesgo vocal				
2023			2024	
	N	%	N	%
- Riesgo bajo	599	77,79	730	72,49
- Riesgo medio	164	21,30	225	22,34
- Riesgo alto	7	0,91	52	5,16
Total	770	100	1007	100

3.4 RESULTADOS Y ACTUACIONES

En el año 2024 se han realizado las siguientes actuaciones:

Información: Se han enviado recomendaciones de higiene vocal para prevenir el sobreesfuerzo vocal a 517 personas y a 845 personas se les ha enviado información del Programa de Prevención de patología Vocal”.

Formación: A lo largo del año 2024 se han realizado 2 talleres de prevención de sobreesfuerzo vocal, modalidad presencial a distancia. Estos talleres se realizan con la colaboración de la Mutua de Accidentes y Enfermedades Profesionales FREMAP.

- El taller del día 13/03/2024 con una asistencia de 39 personas y el del día 15/03/2024 con una asistencia de 31 personas. Un total de asistentes de 70 de los que 58 (82,9%) son PDI y 12 (17,1%) PTGAS.
- Derivación a consulta de Foniatría: se han derivado a 82 personas para rehabilitación de la voz.

3.5 CONCLUSIONES Y ACCIONES DE MEJORA

Para el año 2025 proponemos la mejora de los siguientes aspectos del programa, que con anterioridad ya expusimos, pero no hemos podido cumplir.

- Implementar el programa con la concertación de un/a especialista de ORL.
- Implementar el análisis de los datos con los informes de los especialistas (ORL y Foniatras) para conocer mejor los resultados de las distintas actuaciones.
- Crear una encuesta para conocer si ha habido mejoría en el personal derivado tras finalizar el tratamiento.

4 ESTUDIO DE INCIDENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN RECOGIDA A PARTIR DE LA VIGILANCIA DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES, REALIZADA DESDE OCTUBRE 2023 A SEPTIEMBRE 2024.

4.1 INTRODUCCIÓN

En los últimos años, la ansiedad y la depresión han mostrado un aumento significativo en España, especialmente tras la pandemia de COVID-19. Según diversas investigaciones y estudios, se estima que alrededor del 20% de la población puede experimentar síntomas de ansiedad y depresión en algún momento de su vida. La ansiedad es una de las condiciones más comunes, afectando a un porcentaje considerable de la población, con un aumento notable en jóvenes y adolescentes. Por otro lado, la depresión también ha crecido, con un impacto significativo en la calidad de vida de quienes la padecen. Además, se ha observado que factores como el estrés laboral, la incertidumbre económica y el aislamiento social han contribuido a este aumento. Es importante destacar que, aunque hay una mayor conciencia sobre la salud mental, todavía persisten estigmas que dificultan la búsqueda de ayuda.

En la Universidad de Granada (UGR), y concretamente en el Servicio de Salud y Prevención (SSP), existe una gran sensibilidad e interés ante este tipo de alteraciones que pudiera presentar nuestra población laboral, tanto el personal de docencia e investigación (PDI) como de las escalas técnicas, de gestión y de administración y servicios (PTGAS), respectivamente.

4.2 OBJETIVOS. CRITERIOS DE INCLUSIÓN. MATERIAL Y MÉTODOS

Debido al aumento de cuadros clínicos relacionados con alteraciones de la salud mental (o bienestar psicoemocional) en general, y de los trastornos ansioso-depresivos en particular, desde el SSP iniciamos en octubre de 2023, a través de los reconocimientos médico-laborales (RML) o de las consultas médicas (CM), una recogida de datos que finalizó a finales de septiembre de 2024 con el objetivo de analizar la incidencia de sintomatología ansiosa y depresiva entre nuestros colectivos laborales, distribuyéndolos por edad y sexo, puesto de trabajo y nexos causal de la misma (etiología laboral o extralaboral), respectivamente. Para ello empleamos una herramienta muy utilizada para la evaluación y detección en este tipo de trastornos: las Escalas de Goldberg (GS). Estas escalas constan de dos cuestionarios o subescalas, uno que evalúa ansiedad y otro que evalúa depresión, y que deben ser completados por los trabajadores/as que acuden a RML o a CM en nuestro SSP, de forma que cada empleado/a obtendrá dos resultados. Al final, el dictamen podrá oscilar desde la “normalidad” hasta la “sintomatología compatible con trastorno de ansiedad” o con “trastorno de depresión”, respectivamente, en función de las respuestas que el entrevistado haya emitido. Cada una de las subescalas se estructura en 4 ítems iniciales de despistaje para determinar si es o no probable que exista un trastorno mental, y un segundo grupo de 5 ítems que se formulan sólo si se obtienen respuestas positivas a las preguntas de despistaje (2

o más en la subescala de ansiedad, 1 o más en la subescala de depresión). Los puntos de corte serán mayores o igual a 4, para la escala de ansiedad, y mayor o igual a 2 para la de depresión.

Por último, y como criterio particular de nuestro SSP para este estudio, subclasificamos los cuestionarios compatibles con “ansiedad” o “depresión” según si el origen o la relación de esa sintomatología era producida o no por el entorno de trabajo, con el fin de identificar factores causales laborales, entendiéndose como tales las características relacionadas con la organización o carga del trabajo, con el contenido o naturaleza del mismo y/o con los factores ambientales o relacionales humanos, respectivamente. En definitiva, sobre estos casos “de posible origen laboral” centraremos los resultados finales de nuestro análisis, así como las derivaciones posteriores que de gran parte de esos resultados se efectuaron desde el SSP hacia la Clínica Psicológica especializada, entidad externa con concierto de colaboración vigente con la UGR.

A continuación, exponemos con detalle las preguntas de cada cuestionario.

Escala de Goldberg (subescala ansiedad)

1. Durante todos los días de las últimas dos semanas, ¿se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?

No ☐ Si ☐

2. Durante todos los días de las últimas dos semanas, ¿ha estado muy preocupado por algo?

No ☐ Si ☐

3. Durante todos los días de las últimas dos semanas, ¿se ha sentido muy irritable?

No ☐ Si ☐

4. Durante todos los días de las últimas dos semanas, ¿ha tenido dificultad para relajarse?

No ☐ Si ☐

Si se marcaron como positivas dos o más de las cuestiones anteriores, seguir contestando:

5. Durante todos los días de las últimas dos semanas, ¿ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?

No ☐ Si ☐

6. Durante todos los días de las últimas dos semanas, ¿ha tenido dolores de cabeza o nuca?

No ☐ Si ☐

7. Durante todos los días de las últimas dos semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?

No ☐ Si ☐

8. Durante todos los días de las últimas dos semanas, ¿ha estado preocupado por su salud?

No ☐ Sí ☐

9. Durante todos los días de las últimas dos semanas, ¿ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?

No ☐ Sí ☐

Si la puntuación final es mayor o igual a cuatro se considerará como “síntomatología compatible con trastorno de ansiedad”.

Escala de Goldberg (subescala depresión)

1. Durante todos los días de las últimas dos semanas, ¿se ha sentido con poca energía? No ☐ Sí ☐

2. En las últimas dos semanas, ¿ha perdido el interés por las cosas? No ☐ Sí ☐

3. En las últimas dos semanas, ¿ha perdido la confianza en usted? No ☐ Sí ☐

4. Durante las últimas dos semanas, ¿se ha sentido desesperanzado, sin esperanzas? No ☐ Sí ☐

Si se marcaron como positivas una o más de las cuestiones anteriores, seguir contestando:

5. Durante todos los días de las últimas dos semanas, ¿ha tenido dificultades para concentrarse? No ☐ Sí ☐

6. En las últimas dos semanas, ¿ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito) No ☐ Sí ☐

7. Durante todos los días de las últimas dos semanas, ¿se ha estado despertando demasiado temprano? No ☐ Sí ☐

8. Durante todos los días de las últimas dos semanas, ¿se ha sentido enlentecido? No ☐ Sí ☐

9. Durante todos los días de las últimas dos semanas, ¿cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas? No ☐ Sí ☐

Si la puntuación final es mayor o igual a dos, se considerará como “síntomatología compatible con trastorno de depresión”.

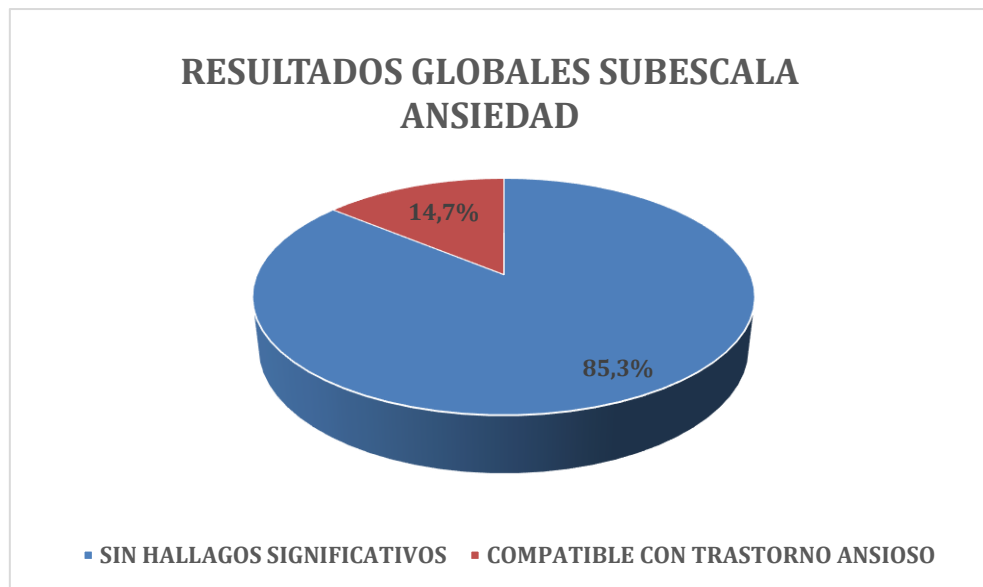
4.3 RESULTADOS

4.3.1 CUESTIONARIOS DE GOLDBERG-SUBESCALA ANSIEDAD

Este tipo de cuestionarios se realizaron a 2123 trabajadores de la UGR repartidos en **1084 hombres y 1039 mujeres, así como 1137 del PDI y 986 del PTGAS**, respectivamente, y todos incluidos en el estudio en el marco temporal antes establecido, con unos hallazgos de incidencia de **“Normalidad, sin hallazgos significativos” del 85,3%, mientras que los resultados compatibles con “trastorno de ansiedad” representaron el 14,7% del total** (Tabla 10).

Tabla 10: Resultados Cuestionarios de Goldberg-Subescala Ansiedad. Colectivo y sexo.

	PTGAS		PDI		Total
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	
- Normal, sin hallazgos significativos	423	427	539	423	1812 (85,3%)
- Sintomatología compatible con trastorno de ansiedad	44	92	78	97	311 (14,7%)
- Total	467	519	617	520	2123 (100%)



Entre los empleados que presentaban síntomas de ansiedad (Tabla 11), **las mujeres son las que en mayor proporción la presenta a nivel global (18'2 %), siendo mayor la proporción de mujeres PDI (18'7 %).**

Tabla 11: Distribución de empleados por colectivo y sexo según presencia de sintomatología compatible con ansiedad.

	PTGAS				PDI				TOTAL			
	Hombre		Mujer		Hombre		Mujer		Hombre		Mujer	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Normal	423	90'6	427	82'2	539	87,4	423	81,3	962	88'7	850	81'8
Ansiedad	44	9'4	92	17'8	78	12'6	97	18'7	122	11'3	189	18'2
Total	467	100	519	100	617	100	520	100	1084	100	1039	100

Si nos centramos ahora en la variable edad, **el tramo etario con mayor afectación de “ansiedad” sería el de los 41 a 50 años entre el PTGAS (Tabla 12) y el de 51 a 60 años en el PDI (Tabla 13), respectivamente.**

Tabla 12: Distribución de empleados por edad en el colectivo PTGAS según presencia de sintomatología compatible con ansiedad.

	PTGAS											
	<31 años		31-40 años		41-50 años		51-60 años		>60 años		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Normal	83	92,1	94	87,8	260	84,9	318	85	95	87,1	850	86,1
Ansiedad	7	7,7	13	12,2	46	15,1	56	15	14	12,9	136	13,8
Total	90	100	107	100	306	100	374	100	109	100	986	100

Tabla 13: Distribución de empleados por edad en el colectivo PDI según presencia de sintomatología compatible con ansiedad.

	PDI											
	<31 años		31-40 años		41-50 años		51-60 años		>60 años		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Normal	194	82,9	237	85,5	264	84,1	170	83,3	97	89,8	962	84,6
Ansiedad	40	7,1	40	14,5	50	15,9	34	16,7	11	10,2	175	15,4
Total	234	100	277	100	314	100	204	100	108	100	1137	100

Desde el punto de vista etiológico, **los cuestionarios compatibles con “trastorno de ansiedad” se relacionaron, de una manera mucho más frecuente, con una casuística NO laboral que laboral (66,9% frente a un 33,1%, respectivamente),** dado que la mayoría de los profesionales encuestados relacionaban su

sintomatología con un origen ajeno a su entorno de trabajo (Tabla 14). Se evidenció también que esa posible relación causal laboral era bastante más fuerte entre el PDI que entre el PTGAS y en las mujeres con respecto a los hombres, destacando la proporción mujeres del PDI con un 48,5% (Tabla 15).

Tabla 14: Resultados de los cuestionarios compatibles con “trastorno de ansiedad” según factores causales.

		PTGAS		PDI		Total
		Homb.	Mujer	Homb.	Mujer	
-	Sint. sin relación aparente con su actividad laboral.	36	74	48	50	208 (66,9%)
-	Sint. con relación aparente con su actividad laboral.	8	18	30	47	103 (33,1%)
-	Total	44	92	78	97	311 (100%)

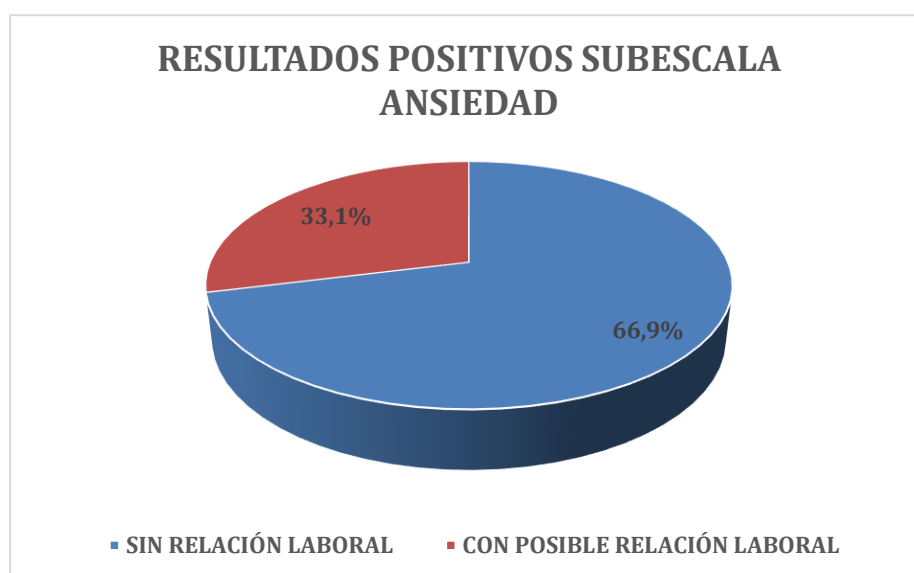


Tabla 15: Distribución de empleados por colectivo y sexo según presencia de sintomatología compatible con ansiedad de posible origen laboral.

	PTGAS				PDI				TOTAL			
	Hombre		Mujer		Hombre		Mujer		Hombre		Mujer	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ansiedad no laboral	36	81'8	74	80'4	48	61,5	50	51,5	84	68'8	124	65,6
Ansiedad laboral	8	18,2	18	19'6	30	38,5	47	48,5	38	11'3	65	34'4
Total	44	100	92	100	78	100	97	100	122	100	189	100

Por razones obvias relacionadas con el desempeño de nuestra profesión como médicos/as y enfermeros/as especialistas en Medicina y Enfermería del Trabajo, dentro de un Servicio de Salud y Prevención de Riesgos Laborales, **a partir de ahora nuestro estudio se centrará en los “trastornos compatibles con ansiedad de posible origen laboral”**. Así, de los 77 casos con este posible diagnóstico y etiología, acontecidos entre el PDI durante octubre 2023 a septiembre 2024, 51 ocurrieron entre todo el personal docente (fundamentalmente en profesores titulares) y 26 entre los investigadores, respectivamente (Tabla 16).

Tabla 16: Nº de PDI con cuestionario compatible con trastorno de ansiedad de posible causa laboral.

INVESTIGADOR	26	33,7%
PROF. TITULAR	20	26%
PROF. AYUDANTE DR.	10	13%
PROF. CONTRATADO DR./PERMANENTE LABORAL	8	10,4%
CATEDRÁTICO	6	7,8%
PROF. SUSTITUTO/INTERINO	6	7,8%
PROF. COLABORADOR	1	1,3%
Total	77	100%

Sin embargo, si **extrapolamos los valores absolutos anteriores según el número total de PDI que contestaron a esos cuestionarios específicos en la franja temporal establecida, obtendríamos que la mayor proporción de ansiedad laboral ocurre entre el personal investigador, con un 7,9%** (Tabla17).

Tabla 17: Distribución porcentual de PDI con ansiedad de posible origen laboral.

	Personal Investigador		Personal Docente		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Ansiedad laboral	26	7,9	51	6,3	77	6,8
Total cuestionarios	327	100	810	100	1137	100

Por otra parte, de los 26 casos del PTGAS con resultados compatibles con “ansiedad de posible origen laboral”, sobresalieron los 8 acontecidos entre el área de administración y los 5 del área de apoyo a la docencia y la investigación, respectivamente (Tabla 18).

Tabla 18: N.º de Áreas Funcionales PTGAS con cuestionario compatible con trastorno de ansiedad de causa laboral.

ADMINISTRACIÓN	8	33,3%
APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACIÓN	5	18,5%
CONSERJERÍA Y OTROS	4	14,9%
INFORMÁTICA	3	11,1%
BIBLIOTECA	1	3,7%
RELACIONES INTERNACIONALES	1	3,7%
COMUNICACIÓN	1	3,7%
RESPONSABILIDAD SOCIAL E IGUALDAD	1	3,7%
HOSTELERÍA	1	3,7%
LIMPIEZA	1	3,7%
Total	26	100%

Ahora bien, si volvemos a extrapolar los valores absolutos de las áreas funcionales que tuvieron mayor representación (administración, apoyo a la docencia e investigación, conserjería e informática) según el número total de PTGAS que contestaron esos cuestionarios específicos en la franja temporal establecida, obtendríamos que la mayor proporción de ansiedad laboral ocurriría en el área de informática, con un 5,7% (Tabla 19).

Tabla 19: Distribución porcentual de PTGAS con ansiedad de posible origen laboral.

	Administración		Apoyo a la docencia e investigación		Consejería y otros		Informática	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ansiedad laboral	8	2,7	5	4,8	4	4,7	3	5,7
Total cuestionarios	300	100	107	100	86	100	53	100

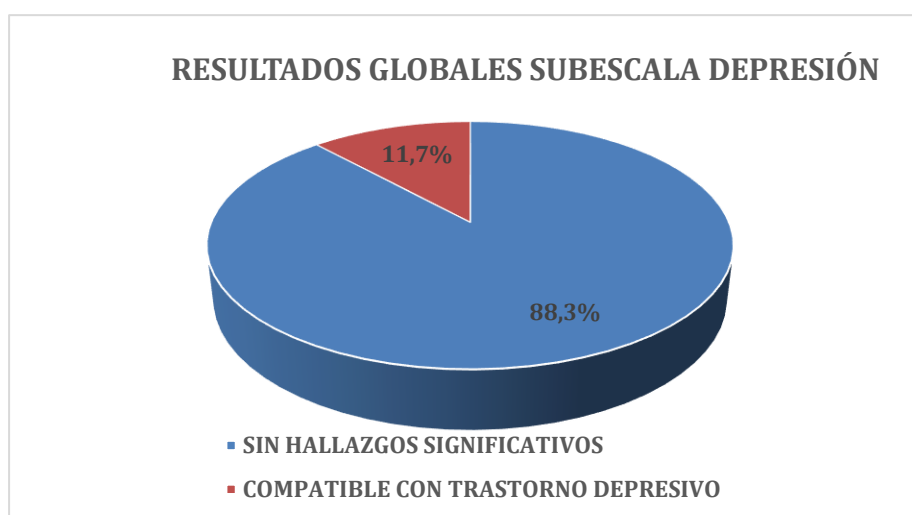
4.3.2 RESULTADOS CUESTIONARIOS DE GOLDBERG-SUBESCALA DEPRESIÓN

Este tipo de cuestionarios se realizaron a 2095 trabajadores de la UGR repartidos en **1067 hombres y 1028 mujeres**, así como **1132 del PDI y 963 del PTGAS**, respectivamente, y todos incluidos en el estudio en el marco temporal ya referido,

con una **incidencia de “Normalidad, sin hallazgos significativos” del 88,3%, mientras que los resultados compatibles con “trastorno de depresión” representaron el 11,7% del total** (Tabla 20). Este último dato es algo menor en comparación con los trastornos de ansiedad antes expresados, para un tamaño de población laboral casi idéntico.

Tabla 20: Resultados Cuestionarios de Goldberg-Subescala Depresión según colectivo y sexo.

	PTGAS		PDI		Total
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	
- Normal, sin hallazgos significativos	425	434	542	450	1851 (88,3%)
- Sint. compatible con trastorno de depresión	29	75	71	69	244 (11,7%)
- Total	454	509	613	520	2095 (100%)



Entre los empleados que presentaban síntomas de **depresión** (Tabla 21), **las mujeres son las que en mayor proporción la presenta a nivel global (14 %), siendo mayor la proporción de mujeres PTGAS (14´8 %).**

Tabla 21: Distribución de empleados por colectivo y sexo según presencia de sintomatología compatible con depresión.

	PTGAS				PDI				TOTAL			
	Hombre		Mujer		Hombre		Mujer		Hombre		Mujer	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Normal	425	93´6	434	85,2	542	88,4	450	86,7	967	90,6	884	86
Depresión	29	6,4	75	14´8	71	11´6	69	13´3	100	9´4	144	14
Total	454	100	509	100	613	100	519	100	1067	100	1028	100

Asimismo, si nos centramos en los tramos etarios, **el rango de edad con mayor afectación de “depresión” sería el de los 51 a 60 años entre el PTGAS (Tabla 22) y de 41 a 50 años en el PDI, respectivamente (Tabla 23).**

Tabla 22: Distribución de empleados por edad en el colectivo PTGAS según presencia de sintomatología compatible con depresión.

	PTGAS											
	<31 años		31-40 años		41-50 años		51-60 años		>60 años		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Normal	74	91,3	106	97,2	265	88,9	320	87,2	94	87	859	86,2
Depresión	7	8,7	3	2,8	33	11,1	47	12,8	14	13	104	13,8
Total	81	100	109	100	298	100	367	100	108	100	963	100

Tabla 23: Distribución de empleados por edad en el colectivo PDI según presencia de sintomatología compatible con depresión.

	PDI											
	<31 años		31-40 años		41-50 años		51-60 años		>60 años		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Normal	202	85,6	242	89	269	85,6	179	88,1	100	93,4	992	87,6
Depresión	34	14,4	30	11	45	14,4	24	11,9	7	6,6	140	12,4
Total	236	100	272	100	314	100	203	100	107	100	1132	100

Desde el punto de vista etiológico, **los cuestionarios compatibles con “trastorno de depresión” también se relacionaban mucho más con una causa NO laboral que derivada de su actividad profesional, al igual que ocurría con la ansiedad** y en términos muy parecidos a aquella, es decir, aproximadamente dos tercios de casos con origen extralaboral (66%) frente al tercio restante de posible relación laboral (34%), respectivamente (Tabla 24). **Asimismo, y también de forma similar a lo que ocurría en los trastornos de ansiedad, en estos cuestionarios también la casuística laboral tenía una relación más fuerte entre el PDI que entre el PTGAS y en las mujeres con respecto a los hombres, respectivamente, destacando la proporción mujeres del PDI con un 43,5% (Tabla 25).**

Tabla 24: Resultados de los cuestionarios compatibles con “trastorno de depresión” según factores causales.

	PTGAS		PDI		Total	%
	Homb.	Mujer	Homb.	Mujer		
- Sint. sin relación aparente con su actividad laboral.	23	55	44	39	161	66

- Sint. con relación aparente con su actividad laboral.	6	20	27	30	83	34
- Total	29	75	71	69	244	100

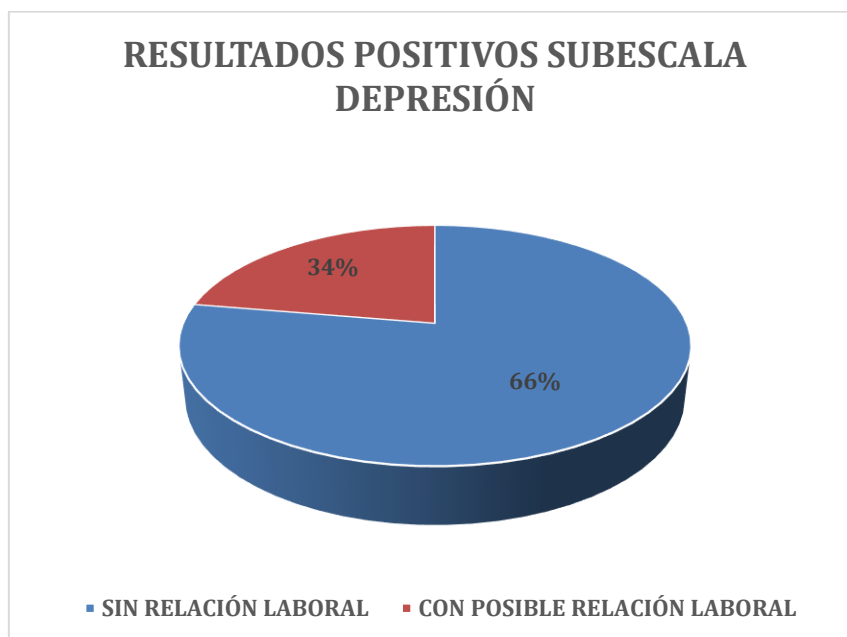


Tabla 25: Distribución de empleados por colectivo y sexo según presencia de sintomatología compatible con depresión de posible origen laboral.

	PTGAS				PDI				TOTAL			
	Hombre		Mujer		Hombre		Mujer		Hombre		Mujer	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Depresión no laboral	23	79,3	55	73,3	44	62	39	56,5	67	67%	94	65,6
Depresión laboral	6	20,7	20	26,7	27	38	30	43,5	33	33	50	34,4
Total	29	100	75	100	71	100	69	100	100	100	144	100

Tal y como hicimos para los trastornos de ansiedad, a partir de ahora profundizaremos en los trastornos depresivos de posible origen laboral, objetivo final de nuestro estudio.

Así, de los 57 casos con este posible diagnóstico y etiología, acontecidos entre el PDI durante octubre 2023 a septiembre 2024, 36 ocurrieron entre el personal docente (fundamentalmente en profesores titulares) y 21 entre los investigadores, respectivamente (Tabla 26).

Tabla 26: Nº de PDI con cuestionario compatible con trastorno de depresión de causa laboral.

INVESTIGADOR/A	21	37,5%
PROF. TITULAR	13	21,5%
PROF. CONTRATADO DR./PERMANENTE LABORAL	7	12,5%
CATEDRÁTICO/A	6	10,7%
PROF. AYUDANTE DR	6	10,7%
PROF. SUSTITUTO/A	4	7,1%
Total	57	100%

Sin embargo, si extrapolamos los valores absolutos anteriores según el número total de PDI que contestaron a esos cuestionarios específicos en la franja temporal establecida, obtendríamos que la mayor proporción de ansiedad laboral ocurre entre el personal investigador, con un 6,5% (Tabla 27).

Tabla 27: Distribución porcentual de PDI con depresión de posible origen laboral.

	Personal Investigador		Personal Docente		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Depresión laboral	21	6,5	36	4,4	57	5
Total cuestionarios	321	100	811	100	1132	100

Por otra parte, de los 26 casos del PTGAS con resultados compatibles con “depresión de posible origen laboral”, sobresalieron los 14 acontecidos entre el área de administración (Tabla 28).

Tabla 28: Nº de Áreas Funcionales PTGAS con cuestionario compatible con trastorno de depresión de causa laboral.

ADMINISTRACIÓN	14	53,9%
APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACIÓN	3	11,5%
CONSERJERÍA Y OTROS	3	11,5%
INFORMÁTICA	1	3,85%

BIBLIOTECA	1	3,85%
RELACIONES INTERNACIONALES	1	3,85%
COMUNICACIÓN	1	3,85%
RESPONSABILIDAD SOCIAL E IGUALDAD	1	3,85%
LIMPIEZA	1	3,85%
Total	26	100%

Igualmente, si extrapolamos los valores absolutos de las áreas funcionales que tuvieron mayor representación (administración, apoyo y conserjería) según el número total de PTGAS que contestaron esos cuestionarios específicos en la franja temporal establecida, obtendríamos que la mayor proporción de depresión laboral seguiría presentándose en el área de administración, con un 4,7% (Tabla 29).

Tabla 29: Distribución porcentual de PTGAS con depresión de posible origen laboral.

	Administración		Apoyo a la docencia e investigación		Consejería y otros	
	N	%	N	%	N	%
Depresión laboral	14	4,7	3	2,8	3	3,5
Total cuestionarios	300	100	107	100	86	100

4.3.3 RESULTADOS DE LA CLÍNICA PSICOLÓGICA EXTERNA SEGÚN LAS DERIVACIONES REALIZADAS DESDE EL SSP (TRABAJADORES/AS CON RESULTADOS POSITIVOS PARA “ANSIEDAD Y/O DEPRESIÓN DE POSIBLE ORIGEN LABORAL”)

A continuación, exponemos los resultados más significativos de los profesionales que, con al menos un cuestionario positivo de sintomatología “de posible origen laboral”, fueron derivados y evaluados por la Especialista en Psicología Clínica externa a la UGR y colaboradora con nuestro SSP (se incluye un análisis descriptivo por sexo y personal a partir del diagnóstico clínico que se dictaminó). **Es importante señalar que, del total de profesionales con casos positivos de posible nexos causal laboral detectados en nuestros cuestionarios (103 de ansiedad y 83 de depresión), no todos acudieron finalmente a dicha consulta, por diferentes motivos. Además, una gran proporción de esos “positivos” se presentaron por partida doble (ansiedad y depresión) en el mismo profesional, con lo cual la subpoblación laboral potencial objeto de este estudio especializado también disminuyó, siendo finalmente de 78 el colectivo de trabajadores/as atendidos en la citada clínica.** Exponemos los

resultados absolutos en la Tabla 30, en donde se deduce que, en los profesionales de la UGR con cuestionarios positivos de “posible causalidad laboral” para cualquier trastorno de los antes mencionados, **predominaban los cuadros ansiosos sobre el resto (con un 64.1% del total de casos), el sexo mujer frente al varón (67,9%) y el personal del PTGAS respecto al PDI (57,7%),** respectivamente.

Tabla 30: Valoración Psicológica externa de trabajadores de la UGR con cuestionarios positivos de ansiedad y/o depresión de posible origen laboral.

DIAGNÓSTICO	PTGAS		PDI		Total
	Homb.	Mujer	Homb.	Mujer	
- Ansiedad	6	25	5	14	50
- Depresión	4	1	3	0	8
- Ansiedad + depresión (trast. mixto)	3	6	4	7	20
- Totales			13	32	

Del mismo modo y refrendando los resultados anteriores, la ansiedad en las mujeres del PTGAS obtiene la mayor representatividad porcentual de todos los profesionales evaluados por la clínica psicológica, con un 78,1% (Tabla 31).

Tabla 31: Valoración Psicológica externa de trabajadores de la UGR con cuestionarios positivos de ansiedad y/o depresión de posible origen laboral. Distribución por sexo y colectivo según sintomatología.

	PTGAS				PDI				TOTAL			
	Hombre		Mujer		Hombre		Mujer		Hombre		Mujer	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ansiedad	6	46,1	25	78,1	5	41,7	14	66,7	11	44	39	73,6
Depresión	4	30,8	1	3,1	3	25	0	0	7	28	1	1,9
Trast. mixto	3	23,1	6	18,8	4	33,3	7	33,3	7	28	13	24,5
Total	13	100	32	100	12	100	21	100	25	100	53	100

4.4 CONCLUSIONES

Tras analizar los resultados de los Cuestionarios de Goldberg-Subescalas Ansiedad y Depresión efectuados a los trabajadores que acudieron a RML o a CM desde octubre de 2023 a septiembre de 2024 (ambos inclusive), concluimos lo siguiente:

- La incidencia de “trastorno compatible con ansiedad” y de “trastorno compatible con depresión” fue del 14,7 % y 11,7 %, sobre una población encuestada de 2123 y 2095 profesionales y desde octubre de 2023 a septiembre de 2024, respectivamente.
- Los casos de “ansiedad” se presentaron con una incidencia mayor en las mujeres del PDI, y especialmente en la franja de los 51 a 60 años.
- Los casos de “depresión” se presentaron con una mayor incidencia en las mujeres del PTGAS, y sobre todo en el rango etario de los 51 a los 60.
- La proporción de trabajadores que atribuye su estado de ansiedad o depresión a causas laborales es de aproximadamente un tercio.
- Los casos de “ansiedad y depresión de posible origen laboral” se presentaron con más frecuencia en el PDI que en el PTGAS y en las mujeres sobre los hombres, respectivamente.
- La incidencia de “ansiedad de posible origen laboral” fue mayor entre el personal investigador (7,9%), dentro del PDI, y el área funcional de informática (5,7%), dentro del PTGAS, respectivamente.
- La incidencia de “depresión de posible origen laboral” fue más alta entre el personal investigador del PDI (6,5%) y el área funcional de administración del PTGAS (4,7%).
- Una gran parte de los profesionales de la UGR con resultados positivos para “ansiedad y/o depresión de posible origen laboral” fueron evaluados de forma especializada por una Clínica Psicológica externa concertada con nuestro SSP, predominando el diagnóstico final de trastorno de ansiedad sobre el de trastorno mixto o depresivo, especialmente en las mujeres del PTGAS.

4.5 PROPUESTAS DE ACTUACIÓN

- Continuar con este programa de salud mental incorporándolo a la sistemática de la vigilancia de la salud individual y colectiva para todo el personal.
- Identificar las causas modificables (organización/carga de trabajo y ambiente/relaciones humanas) de los trastornos de ansiedad y depresión “con sintomatología de causa laboral”.
- Identificación de los trabajadores especialmente sensibles a trastornos de ansiedad y depresión “con sintomatología de causa laboral”.
- Investigar más en profundidad las causas modificables de ansiedad/depresión “de origen laboral” en los puestos, centros y/o departamentos en los que la incidencia de estos casos sea más significativa.
- Implementar el procedimiento de actuación ya establecido con los trabajadores con sintomatología ansiosa y/o depresiva “de posible origen laboral”, en los siguientes aspectos:
 - Seguimiento de los profesionales atendidos en la Clínica Psicológica.



- Colaboración con instituciones no universitarias en los casos que proceda (Servicio Andaluz de Salud).

5 PROGRAMA PREVENTIVO Y ASISTENCIA DE PATOLOGÍA OSTEOMUSCULAR

5.1 INTRODUCCIÓN SERVICIO DE FISIOTERAPIA

El Servicio de Fisioterapia se encuentra dentro del organigrama del Servicio de Salud y Prevención. Tiene como objetivo el desarrollo de acciones y planes específicos para tratar la patología musculoesquelética que se produce o agrava en el entorno laboral. No obstante, las comorbilidades asociadas a patología de carácter metabólico o derivadas del SNC también forman parte de consulta.

Para mejorar el desarrollo de la actividad se complementan los tratamientos con encuestas realizadas a los pacientes de forma voluntaria y anónima, para que puedan expresarse con total confianza y claridad.

Los cuestionarios son sometidos al examen del servicio de fisioterapia para analizar sus datos. Datos recogidos de las sesiones individuales a deportistas, a PDI, a PTGAS o a asistentes a cursos que organiza el SSP. Esta recogida de datos puede tener interés al contrastarlos con las acciones tomadas en consenso con el servicio médico.

En este informe se presentan algunas respuestas de los usuarios recogidas por encuesta anónima o por datos recopilados del historial clínico del paciente durante la primera visita a consulta y se ofrecen conclusiones y acciones de mejora para su desarrollo.

5.2 HISTORIAL CLÍNICO-EVALUACIÓN DEL ESTADO MUSCULO-ESQUELÉTICO DEL PACIENTE

Se recogen datos de los pacientes mediante una entrevista inicial, realizando el historial clínico, anotando el inicio de la lesión o el dolor, si es posible determinar. Se realiza una exploración global para identificar alteraciones funcionales, una entrevista para detectar factores de riesgo asociados, se solicitan diagnósticos complementarios y por último, exploración manual clínica. Con los datos recogidos se determina el diagnóstico de la lesión, desde el punto de vista de la fisioterapia. Seguidamente se establecen las citas y se procede al tratamiento en comunicación con el SSP.

5.3 ACCIONES DE MEJORA

1.- La educación terapéutica es una herramienta fundamental en el tratamiento y podríamos incluirla de forma sistemática y periódica como prevención y promoción de la salud en la comunidad universitaria. Establecer citas grupales voluntarias para asesorar, desde el punto de vista de la fisioterapia, a grupos de trabajadores sobre qué pueden hacer durante la jornada laboral y establecer espacios en su propio centro de trabajo para realizar “breaks” de descanso activo.

2.- Los factores asociados al trabajo y también personales influyen directamente en la patología del paciente. Educar sobre la calidad de sueño y qué medidas tomar para desarrollar un sueño de calidad mejoraría seguramente el rendimiento en el puesto de trabajo.

3.- Diseñar espacios en lugares estratégicos de la comunidad universitaria laboral para ejercitarse durante la jornada laboral, estos espacios pueden utilizarse también para ser asesorados y consultar pequeñas molestias de origen musculoesquelético.

6 PROGRAMA PREVENTIVO DE INMUNIZACIONES

Determinadas actividades laborales desempeñadas en la Universidad de Granada, implican exposiciones potenciales de los trabajadores a agentes biológicos, para los cuales se dispone de vacunas eficaces.

El Real Decreto 664/1997, de 12 de mayo, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo indica, referente a la vacunación, que, cuando exista riesgo por exposición a agentes biológicos para los que haya vacunas eficaces, éstas deberán ponerse a disposición de los trabajadores, informándoles de las ventajas e inconvenientes de la vacunación.

La vacuna se define como una sustancia extraña al organismo, compuesta por antígenos o parte de ellos, capaz de inducir una respuesta protectora a través de la estimulación del sistema inmunitario (sistema defensivo) del individuo mediante la producción de anticuerpos y/o activación de células inmunocompetentes (defensas) y de generar memoria inmunológica (mantenidas en el tiempo).

Las vacunas generalmente son muy seguras y las reacciones adversas graves son poco frecuentes. Si nos vacunamos, protegemos nuestra salud y la de los demás.

La inmunización activa de la población tiene un doble objetivo, la protección individual y la colectiva, mediante la inducción de inmunidad de grupo.

La pauta de vacunación debe comenzar al ingreso del trabajador en la empresa, en el momento del primer reconocimiento, siendo ahí cuando, tras la realización de su anamnesis y revisión de su estado vacunal anterior, junto con el análisis de puesto de trabajo a desempeñar en la Universidad, se completará dicho calendario vacunal.

Durante el año 2024 se han hecho un total de 2189 revisiones de calendarios vacunales; bien en el transcurso del reconocimiento médico laboral, por contacto con el Servicio de Salud, así como para asesoramiento e información por temas relacionados con vacunación previa a viajes internacionales.

Como se menciona en la Memoria de Actividades, las vacunaciones que la Universidad ofrece a los trabajadores, se dividen en; Sistemáticas, que son las ofrecidas de forma general a todo el personal, independiente de su puesto de trabajo; y las No sistemáticas, que son aquellas que se deben de administrar de forma específica al personal que tenga un puesto de trabajo que le implique la exposición a determinados riesgos que le puedan suponer un daño a la salud prevenible con la administración la vacuna correspondiente.

6.1 VACUNAS ADMINISTRADAS

6.1.1 VACUNAS SISTEMÁTICAS

6.1.1.1 GRIPE

La gripe es la enfermedad inmunoprevenible más frecuente en los países desarrollados. Es una enfermedad infecciosa aguda de las vías respiratorias que puede afectar a personas de todas las edades.

La vacunación antigripal se justifica por la alta incidencia de la enfermedad en nuestro medio, facilidad de propagación y la facilidad de la transmisión vía respiratoria del agente viral; acompañado de las complicaciones derivadas del proceso gripal.

La vacunación antigripal es la forma más efectiva de prevenir la enfermedad y sus complicaciones

En esta campaña de Vacunación Antigripal, se ha transmitido al personal de la Universidad de Granada la importancia de la administración de dicha vacuna, haciendo difusión a través del correo electrónico de forma periódica e informándoles que, según las recomendaciones del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de vacunación frente a gripe y COVID-19 en la temporada 2024-2025 en España: "En la temporada 2023-2024 se observó una actividad gripal muy intensa en relación a las temporadas anteriores pre y postCOVID y un aumento de la tasa de hospitalización" y "Teniendo en cuenta que la efectividad por vacunación y/o por infección previa desciende a lo largo del tiempo, y que los virus respiratorios suelen circular más y causar patología durante el otoño y el invierno", se sigue recomendando la vacunación antigripal y la COVID-19 en la población diana.

En la Universidad de Granada, incluyendo los campus situados en Ceuta y en Melilla, se han administrado un total de 2380 dosis de vacunas antigripales. Estas cifras han supuesto un leve descenso del 3,68 % con respecto a las administradas en la campaña del año anterior.

Tabla 32: Evolución administración de vacuna antigripal (2020-2024)

GRYPE	2020	2021	2022	2023	2024
Vacunas administradas	2546	3050	2961	2471	2380

Tabla 33: Vacunas administradas según colectivo laboral: Gripe

VACUNA ADMINISTRADA					
PDI			PTGAS		
N	N	%	N	%	
Gripe	2380	1527	64,16	853	35,84

Como se puede observar, el colectivo que mayormente ha sido vacunado frente a la Gripe Estacional ha sido el PDI, representado con un 64,16 % del total de las vacunas administradas.

6.1.1.2 TÉTANOS

El tétanos es una enfermedad muy grave provocada por la toxina de una bacteria llamada *clostridium* tetánico y se produce como consecuencia de la contaminación de heridas con este germen.

La potente toxina tetánica actúa como un veneno que afecta al sistema nervioso central, causando rigidez muscular generalizada, espasmos dolorosos, dificultad para respirar y tragar, convulsiones y otros síntomas que amenazan la vida del enfermo.

Gracias a la vacunación, es ahora muy poco frecuente en España, pero hay que tener presente que, en esta enfermedad, los vacunados no sirven de escudo para los no vacunados (no se produce inmunidad de grupo), de forma que solo la vacunación individual previene la enfermedad.

Esta vacuna es importante sobre todo en trabajadores manuales y fundamentalmente en los sectores de jardinería, mantenimiento, limpieza, contacto con animales y laboratorio, donde se existe una mayor exposición a cortes y heridas potencialmente tetanígenas.

Es de suma importancia comprobar que los trabajadores mayores de 50 años estén correctamente vacunados con al menos 5 dosis en total. En aquellas personas con primovacunación incompleta no se debe reiniciar la pauta de vacunación, sino que se ha de considerar cualquier dosis administrada previamente a fin de completar la pauta de primovacunación hasta las 3 dosis. Con respecto a las dosis de recuerdo, se recomienda una única dosis en torno a los 65 años en trabajadores vacunados en la infancia correctamente según el calendario vigente, mientras que en trabajadores vacunados en la infancia de forma incompleta se administrarán las dosis de recuerdo necesarias hasta alcanzar un total de 5 (incluyendo la primovacunación con 3 dosis), administrarán dos dosis de recuerdo, con un intervalo de 10 años.

A continuación, las vacunas administradas frente a Tétanos-Difteria (Td) durante el año 2024.

Tabla 34. Vacunas administradas según colectivo laboral: Tétanos-difteria.

VACUNA ADMINISTRADA					
PDI			PTGAS		
	N	N	%	N	%
Td	39	20	51,28	19	48,72

Los resultados muestran que ambos colectivos, tanto el PDI como el PTGAS, han recibido similar número de dosis frente al Tétanos-difteria durante el año 2024.

6.1.2 VACUNAS NO SISTEMÁTICAS

6.1.2.1 HEPATITIS A

Es la inflamación del hígado causada por el virus de la hepatitis A. Los síntomas más frecuentes son malestar, náuseas, dolor abdominal y posteriormente ictericia (coloración amarillenta de la piel), heces blanquecinas y orina oscura. La enfermedad no tiene tratamiento y suele curar despacio, pero completamente, aunque en raros casos se produce una complicación grave llamada hepatitis fulminante. Se transmite por vía fecal-oral, a través del contacto directo con personas infectadas. Se previene mediante el saneamiento correcto del agua, el lavado de alimentos vegetales frescos y de las manos, y a través de la vacunación.

En la Universidad de Granada la vacunación frente a Hepatitis A se recomienda a trabajadores que deban viajar a zonas endémicas, manipuladores de alimentos y trabajadores en contacto con aguas residuales.

Tabla 35. Vacunas administradas según colectivo laboral: Hepatitis A.

VACUNA ADMINISTRADA					
		PDI		PTGAS	
	N	N	%	N	%
Hepatitis A	82	43	52,44	39	47,56

Durante el año 2024 ambos colectivos han recibido similar número de dosis de vacunación frente a la Hepatitis A.

6.1.2.2 HEPATITIS B

La hepatitis B es una enfermedad infecciosa vírica que afecta al hígado y que provoca su inflamación, a veces con síntomas típicos, pero otras veces pasa desapercibida para quien la padece y solo se detecta en los análisis.

La enfermedad se transmite por vía sanguínea y sexual fundamentalmente, aunque el virus puede permanecer en todos los fluidos corporales humanos.

Aunque existe una indicación específica para los trabajadores expuestos (personal de laboratorio, sanitarios, limpieza y todo trabajador en contacto con fluidos humanos) se amplía su oferta, de manera sistemática, a todos los trabajadores para aumentar la cobertura vacunal y protección de nuestro colectivo.

La pauta vacunal consiste en la administración de tres dosis con el esquema (0-1-6 meses).

Es importante aumentar la cobertura de esta vacuna por existir un importante número de portadores.

En la tabla que se muestra a continuación se puede ver que el colectivo el PDI con un 61,73 % ha sido el colectivo que mayormente ha sido vacunado frente a la Hepatitis B en el año 2024

Tabla 36. Vacunas administradas según colectivo laboral: Hepatitis B.

VACUNA ADMINISTRADA					
	PDI			PTGAS	
	N	N	%	N	%
Hepatitis B	81	50	61,73	31	38,27

6.1.2.3 FIEBRE TIFOIDEA

La fiebre tifoidea es una enfermedad infecciosa exclusivamente humana, producida por la bacteria *Salmonella typhi*. Se adquiere a través del consumo de alimentos o aguas contaminadas, o mediante el contacto directo con heces contaminadas (vía fecal-oral). Las frutas y verduras crudas (a veces fertilizadas con aguas residuales con excrementos humanos), la leche y los productos lácteos contaminados, o los mariscos contaminados por aguas residuales, son fuentes habituales de la enfermedad.

Dicha bacteria penetra en el torrente circulatorio, a través de la vía digestiva, y desarrolla la enfermedad. Solo las personas enfermas o las portadoras (algunas personas tras padecer la enfermedad) pueden eliminar *Salmonella typhi* al medio ambiente donde contaminan agua y alimentos. Las moscas pueden actuar como vectores y contaminar los alimentos al trasladar en sus patas la contaminación bacteriana de un alimento a otro

Sus síntomas suelen empezar 1-3 semanas después del contagio: fiebre alta, debilidad, dolor de cabeza, inapetencia, dolores abdominales, estreñimiento. Posteriormente pueden aparecer complicaciones como delirio y en los casos graves, hemorragia o incluso perforación intestinal. Sin el tratamiento antibiótico adecuado, la enfermedad se prolonga varias semanas y puede resultar incluso mortal.

Existen en el mercado dos vacunas seguras y eficaces, una vía oral y otra inyectable. Hay que finalizar la pauta de vacunación al menos 7 días antes de la posible exposición a la bacteria si se usa la vacuna vía oral o 14 días antes si se usa la vacuna inyectable.

La efectividad de ambos tipos de vacunas oscila entre el 50 y el 80%, persistiendo la inmunidad aproximadamente durante 3 años. Es importante señalar que, en los casos de viaje a zonas endémicas, la vacunación debe acompañarse de las recomendaciones sanitarias dirigidas a evitar los alimentos y bebidas

contaminados, ya que la protección con las vacunas no alcanza una protección total.

En la Universidad de Granada, en los casos en los que la administración de dicha vacuna se realiza ligada al riesgo laboral, se programa control a los tres años un nuevo contacto con el trabajador para confirmar la exposición o no al riesgo, y así programar nueva vacunación.

Durante el año 2024 el PDI, con un 75 %, ha sido el colectivo que ha sido vacunado en mayor número frente a la fiebre tifoidea.

Tabla 37. Vacunas administradas según colectivo laboral: Fiebre Tifoidea.

VACUNA ADMINISTRADA					
PDI			PTGAS		
	N	N	%	N	%
Tifoidea	20	15	75	5	25

Finalmente, en la siguiente tabla se muestra un resumen del total de las vacunaciones administradas durante el año 2024 al personal de la Universidad de Granada. Es el PDI, con un 63,48 % el que, de forma global, mayormente ha sido vacunado.

Tabla 38. Total vacunas administradas durante el año 2024

Vacunas administradas					
PDI			PAS		
	N.º DOSIS	N	%	N	%
Gripe	2380	1527	64,16	853	35,84
Antitetánica	39	20	51,28	19	48,72
Hepatitis B	81	50	61,73	31	38,27
Hepatitis A	82	43	52,44	39	47,56
Tifoidea	20	15	75,00	5	25,00
Dengue	24	12	50,00	12	50,00
TOTAL	2626	1667	63,48	959	36,53

Además de las vacunas anteriormente descritas, los trabajadores han informado, mediante la revisión de su calendario vacunal en el transcurso de su reconocimiento médico laboral, haber recibido 26 vacunas fuera del Servicio de Salud y Prevención de la Universidad de Granada. Entre ellas se incluyen la vacunación frente a la fiebre amarilla, frente a la viruela, la antineumocócica,

antirrábica y frente al virus respiratorio sincitial. No estarían incluidas las dosis recibidas frente a la Covid-19 que ha continuado administrando el SAS.

6.2 MARCADORES SEROLÓGICOS

A través de un análisis de sangre se realizan los marcadores serológicos pre y postvacunales para valorar respuesta inmunitaria tras administración de vacuna o ver existencia de inmunidad previa.

Durante el año 2024 se han realizado comprobación de 427 marcadores en trabajadores expuestos a riesgo biológico.

Tabla 39. Marcadores serológicos realizados en este periodo

Marcador serológico	N	PDI	PAS
Hepatitis A	25	2	23
Hepatitis B	167	92	75
Hepatitis C	114	56	58
VIH	112	56	56
Otros marcadores	9	5	4
Total	427	211	216

Como se puede ver en la tabla anterior, durante el año 2024 se han realizado similar número de marcadores serológicos en ambos colectivos, PDI y PTGAS.

7 CONTROL Y SEGUIMIENTO DE ACCIDENTES LABORALES Y ENFERMEDADES PROFESIONALES

El Real Decreto (R.D.) 843/2011, por el que se establecen los criterios básicos sobre la organización de recursos para desarrollar la actividad sanitaria de los servicios de prevención, indica en su **artículo 3** la importancia de controlar y seguir, cuando se tenga conocimiento de ello, las enfermedades y accidentes susceptibles de estar relacionados con el trabajo, así como comunicar al organismo competente las enfermedades que podrían ser calificadas como profesionales, respectivamente.

7.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y RECOGIDA DE DATOS

Como se ha expuesto en el capítulo correspondiente a “Seguimiento de Contingencias Profesionales (CP)”, el personal sanitario del Área de Medicina del Trabajo (AMT) del Servicio de Salud y Prevención (SSP) de la Universidad de

Granada (UGR) realizó un seguimiento telefónico de los/as trabajadores/as que presentaron, a lo largo de 2024, un accidente de trabajo (AT) con baja. Del mismo modo, el AMT citó de forma telefónica y presencial a los profesionales sobre los que se sospechó (o se confirmó por Mutua) la presencia de una enfermedad profesional (EP), con o sin baja. Por último, los AT sin baja que fueron tipificados como tales por la Mutua fueron comunicados en tiempo y forma al personal sanitario del SSP, sin más actuaciones posteriores por nuestra parte.

(Como consideración previa, debemos reiterar que la información que se expone a continuación se completará e implementará, de forma definitiva y dentro de unos meses, con la publicación del documento “Daños a la Salud por Contingencias Profesionales. Accidentabilidad 2024”).

7.2 RESULTADOS Y ANÁLISIS DE DATOS

Los resultados arrojaron un **total de 176 trabajadores/as con AT (106 con baja y 70 sin ella), así como 4 EP (solo una con baja), respectivamente.**

Respecto a los 106 AT que causaron baja laboral entre el personal de la UGR durante el pasado año (un número algo superior a los 93 acontecidos en 2023), 22 fueron in itinere (es decir, un 20,7% del total de este grupo), suponiendo un claro descenso en relación con los 32 (34,4%) que representaron estos últimos en año previo. Por otra parte, el diagnóstico topográfico más frecuente fueron las patologías del sistema osteomuscular, con el 83,9% de los casos (cifra algo inferior a la de 2023), predominando ahora las lesiones de rodilla, lumbar y tobillo, respectivamente. El otro sistema afectado de forma significativa fue el dermatológico, pero ya con solo un 16,1% del total.

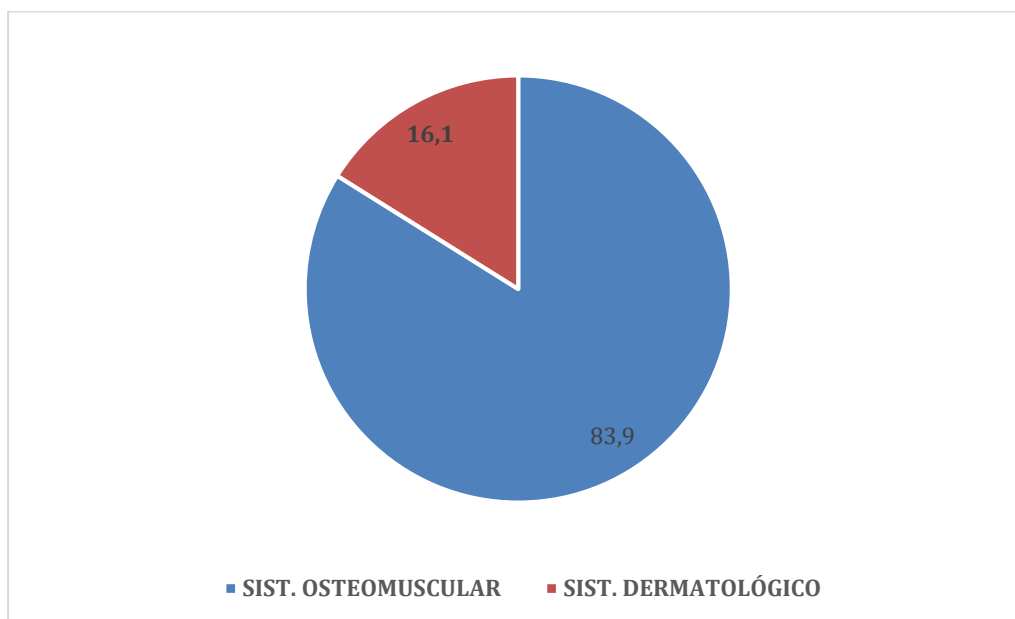
Tabla 40: Distribución General AT CON BAJA-UGR 2024 (2023).

	TOTAL	IN ITINERE
AT CON BAJA	106 (93)	22 (32)

Tabla 41: Diagnóstico Topográfico General-AT CON BAJA-UGR 2024 (2023).

ÓRGANOS Y APARATOS	N	%
SISTEMA OSTEOMUSCULAR	89 (80)	83,9
SISTEMA DERMATOLÓGICO	17 (12)	16,1
SISTEMA NEUROLÓGICO	0 (1)	0
TOTAL	106 (93)	100

Gráfico 34: Porcentaje Diagnóstico Topográfico General-AT CON BAJA 2024.



En cuanto a los 70 AT que no causaron baja médica durante 2024 (cifra notablemente inferior a los 94 ocurridos en 2023), 14 fueron in itinere (es decir, un 20% del total de este grupo), suponiendo también un descenso en relación con los 21 (22,3%) que representaron estos últimos en el año anterior. Por otra parte, el sistema orgánico más afectado fue, nuevamente, el osteomuscular, con 80% de los casos, una proporción algo inferior a la de 2023, especialmente las patologías de rodilla, tobillo y mano, respectivamente. Con menos frecuencia le siguieron, al igual que en 2023, las patologías del sistema dermatológico (12,9%) y las del aparato ocular (5,7%)

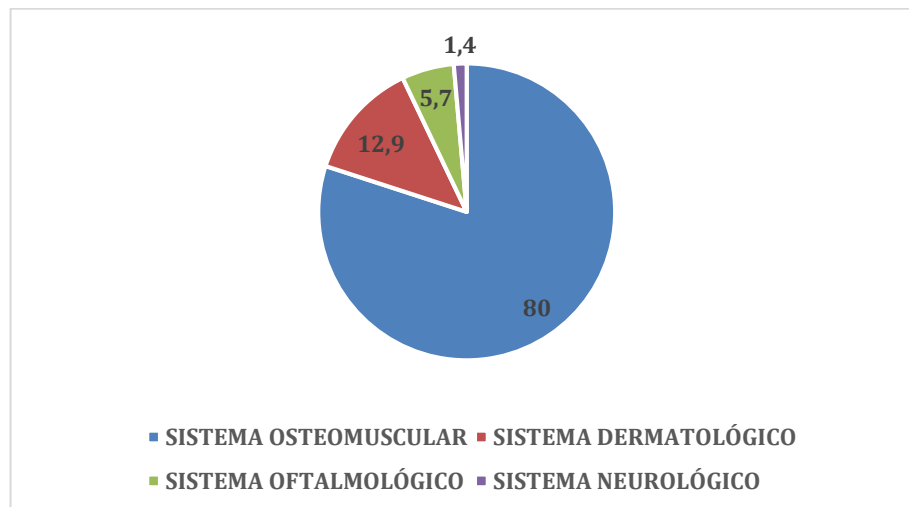
Tabla 42: Distribución General AT SIN BAJA-UGR 2024 (2023).

	TOTAL	IN ITINERE
AT SIN BAJA	70 (94)	14 (21)

Tabla 43: Diagnóstico Topográfico General-AT SIN BAJA-UGR 2024 (2023).

ÓRGANOS Y APARATOS	N	%
SISTEMA OSTEOMUSCULAR	56 (78)	80
SISTEMA DERMATOLÓGICO	9 (9)	12,9
SISTEMA OFTALMOLÓGICO	4 (6)	5,7
SISTEMA NEUROLÓGICO	1 (0)	1,4
SISTEMA OTORRINOLARIG.	0 (1)	0
TOTAL	70 (94)	100

Gráfico 35: Porcentaje Diagnóstico Topográfico General-AT SIN BAJA.

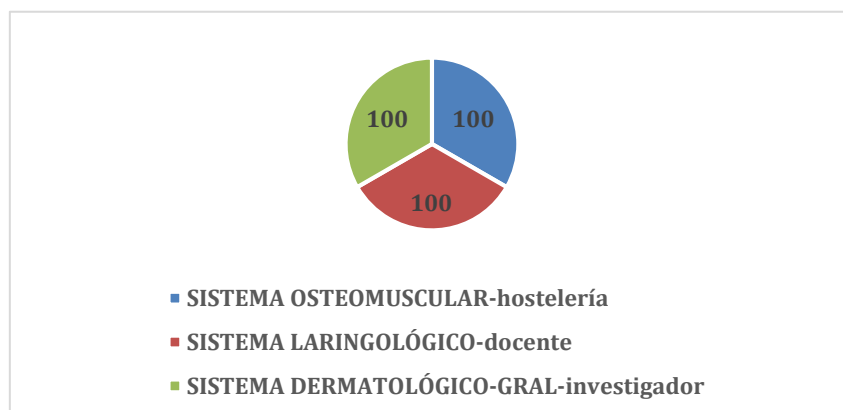


En relación a las 3 enfermedades profesionales sin baja ocurridas en 2024 (sospechadas por el AMT o diagnosticadas directamente por Mutua) una de ellas afectó al sistema osteomuscular del miembro superior (codo) de un trabajador de hostelería, otra al sistema laringológico (voz) de una docente y la tercera y última implicó al sistema dermatológico-general de un investigador, respectivamente (estos resultados sí que difirieron de los del año previo, cuando todas las EP afectaron al sistema osteomuscular de profesionales de hostelería y jardinería).

Tabla 44: Diagnóstico Topográfico General-EP SIN BAJA-UGR 2024 (2023).

ÓRGANOS Y APARATOS	N	%
SISTEMA OSTEOMUSCULAR	1(4)	33,3
SISTEMA LARINGOLÓGICO	1 (0)	33,3
SISTEMA DERMATOLÓGICO-GRAL	1 (0)	33,3

Gráfico 36: Porcentaje Diagnóstico Topográfico General-EP SIN BAJA.

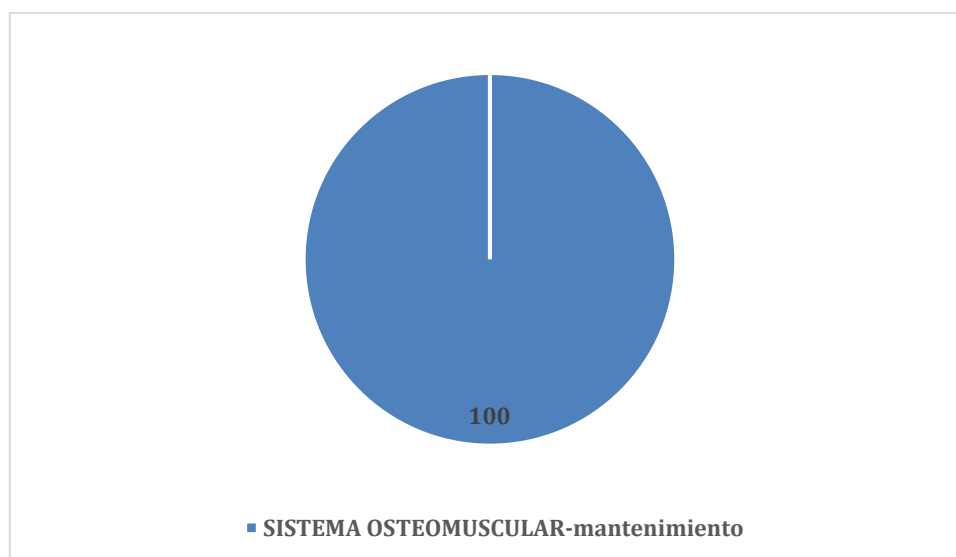


En cuanto a la única EP con baja del año pasado (sospechada desde el AMT y derivada posteriormente a la Mutua y a la Delegación de Salud), se confirmó sobre al sistema osteomuscular del miembro superior (mano/muñeca) de un trabajador de mantenimiento.

Tabla 45: Diagnóstico Topográfico General-EP CON BAJA-UGR 2024 (2023).

ÓRGANOS Y APARATOS	N	%
SISTEMA OSTEOMUSCULAR	1 (1)	100

Gráfico 37: Porcentaje Diagnóstico Topográfico General-EP CON BAJA.



Para concluir este capítulo, volvemos a remitir al Informe técnico-médico sobre “Daños a la Salud y Accidentabilidad 2024”, que será publicado en los próximos meses y en el que se desarrollarán y ampliarán estos y otros aspectos sobre las Contingencias Profesionales acontecidas el año pasado entre la población laboral de la Universidad Granada.

8 VIGILANCIA DE LA SALUD TRAS AUSENCIA PROLONGADA POR MOTIVOS DE SALUD (ITCC)

Dentro de los programas de vigilancia de la salud colectiva, **el R.D. 39/1997, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención, destaca en su artículo 37.3.d)** aquellos programas destinados a conocer las enfermedades que se produzcan entre los/as trabajadores/as y las ausencias prolongadas del trabajo por motivos de salud, a los solos efectos de poder identificar cualquier relación entre la causa de enfermedad o de ausencia y los riesgos para la salud que puedan presentarse en los lugares de trabajo. Será en este punto donde nos vamos a centrar en el presente capítulo, concretamente en la casuística relacionada con la incapacidad temporal derivada de contingencias comunes (ITCC).

8.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y RECOGIDA DE DATOS

Como se ha expuesto en el capítulo correspondiente a “Seguimiento de Contingencias Comunes (CC)”, el personal sanitario del Área de Medicina del Trabajo (AMT) del Servicio de Salud y Prevención (SSP) de la Universidad de Granada (UGR) realizó un seguimiento telefónico (y posteriormente presencial) de los trabajadores que recibieron a lo largo de 2024 el alta médica tras proceso prolongado de baja por ITCC, entendiéndose como “proceso prolongado” aquel cuya duración excedía de 90 días. Las tablas y gráficas que se exponen a continuación se extraen tras un proceso actualizado de los datos de los que disponíamos a fecha de enero de 2025 para incorporar las bajas de diciembre de 2024).

(Hay que significar que en algunos casos no nos fue posible contactar con el trabajador en cuestión, por lo que el número de RML tras ITCC puede no coincidir exactamente con la cantidad de altas tras una ITCC prolongada que ha habido realmente en la población laboral de la UGR durante el pasado año).

8.2 RESULTADOS Y ANÁLISIS DE DATOS

Los resultados relejaron **un total de 124 trabajadores/as que cumplían con los criterios de inclusión antes mencionados** (con respecto a los 82 que se objetivaron en 2023), los cuales analizamos por distribución sexual y edad. Posteriormente comparamos los resultados de forma absoluta y relativa según puestos de trabajo para, a continuación, estudiar los mismos desde un punto de vista médico.

Por último, nos centraremos en los 11 trabajadores (de esos 124 incluidos) que sí refirieron una posible relación causal entre los riesgos de su puesto de trabajo y el motivo de su baja, respectivamente.

En lo que respecta a la variable sexo, los reconocimientos médicos efectuados tras ausencia por ITCC se realizaron con bastante mayor frecuencia a las mujeres, con alrededor del 68% de los casos. Atendiendo a la edad, el rango en el que se han producido mayor número de reconocimientos tras ausencia por ITCC es el comprendido en el de edad igual o mayor de 60 años con un 37% del total. En relación al año 2023, también las mujeres y la franja de edad la comprendida entre 50 y 59 años fueron las más representadas en los RML tras ITCC.

Tabla 46: Tablas Generales RML tras ITCC-UGR 2024

SEXO	N	%
MUJERES	84	67,74
HOMBRES	40	32,26
TOTAL	124	100

EDAD	N	%
<30 AÑOS	3	2,42
30 - 39 AÑOS	8	6,45
40 - 49 AÑOS	28	22,58
50 - 59 AÑOS	39	31,45
≥60 AÑOS	46	37,10
TOTAL	124	100

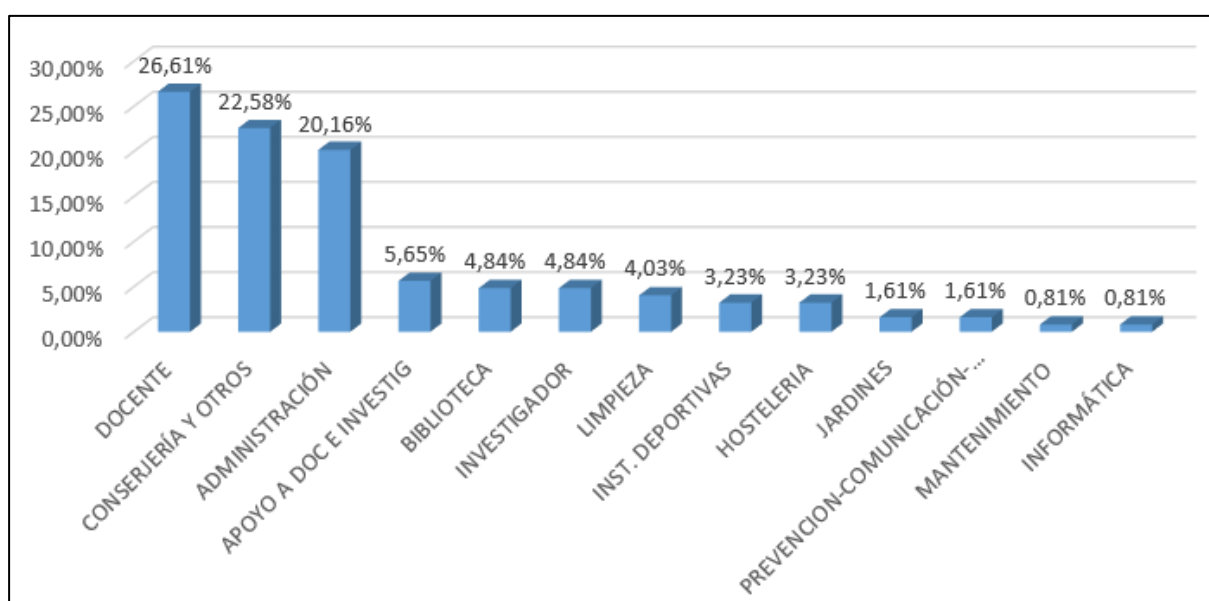
Con respecto al puesto de trabajo, desde un punto de vista absoluto la escala laboral con mayor proporción de incapacidades laborales por bajas de larga duración por CC durante 2024 fue la del personal docente (con casi el 26.6% de los casos), seguida de la de Conserjería (con un 22.6% del total). Si comparamos con el año anterior se evidencia que, tras el personal docente con un 31%, iba el de administración con un 18%, actualmente se detecta un notable aumento de las ITCC en el sector de la Conserjería.

Tabla 47: RML tras ITCC por tipo de puesto de trabajo-UGR 2024

PUESTO DE TRABAJO	%	Nº
DOCENTE	26,61%	33
CONSERJERÍA Y OTROS	22,58%	28
ADMINISTRACIÓN	20,16%	25
APOYO A DOC E INVESTIG	5,65%	7
BIBLIOTECA	4,84%	6
INVESTIGADOR	4,84%	6
LIMPIEZA	4,03%	5

INST. DEPORTIVAS	3,23%	4
HOSTELERIA	3,23%	4
JARDINES	1,61%	2
PREVENCION-COMUNICACIÓN-RRII- EXTENS-GEST.DPVA-IGUALDAD	1,61%	2
MANTENIMIENTO	0,81%	1
INFORMÁTICA	0,81%	1
TOTAL, GENERAL	100%	124

Gráfico 38: Porcentaje RML tras ITCC por tipo de puesto de trabajo.



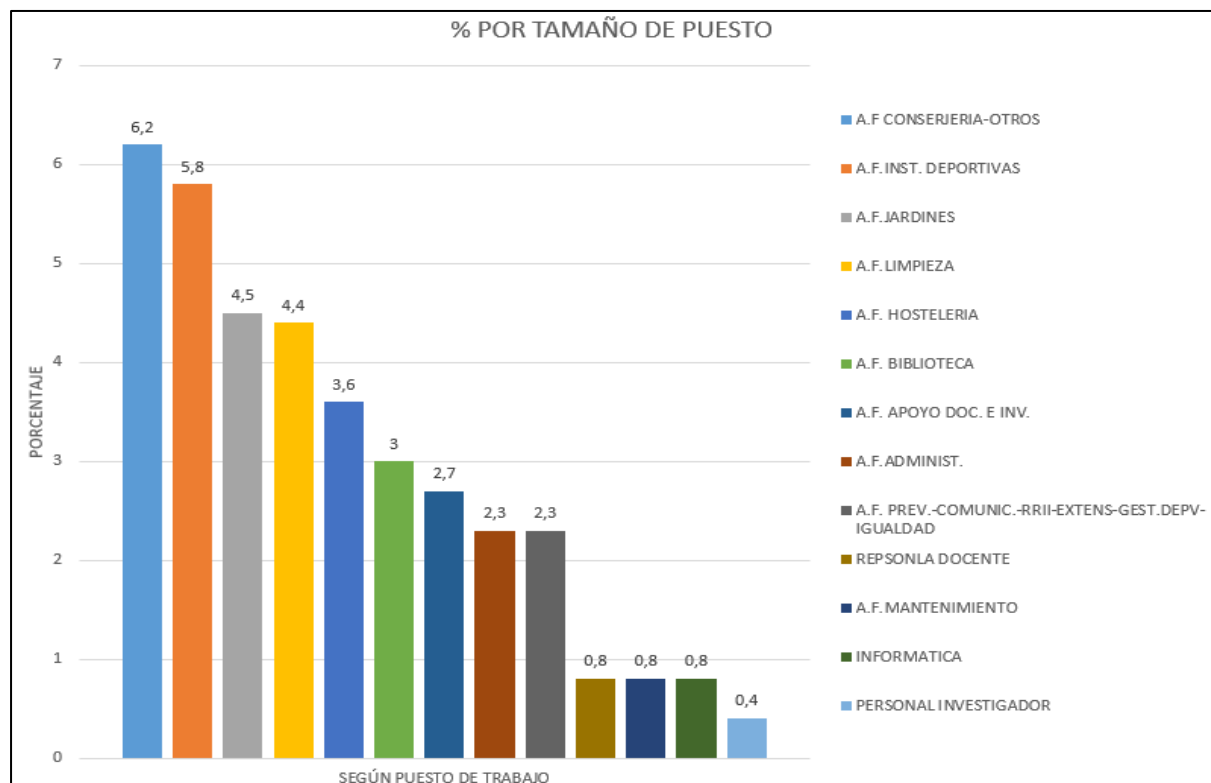
Por otra parte, los puestos de trabajo que durante 2024 obtuvieron un mayor número de consultas tras ITCC, respecto de su subgrupo poblacional laboral*, fueron los de Conserjería (6.2%) y personal de instalaciones deportivas (5,8%), llamando la atención el incremento significativo de esas dos poblaciones, contrastando con los estos datos obtenidos en 2023, que tenían unos porcentajes de 2.2% y 1.3% respectivamente. Siendo en 2023 los grupos de mayor prevalencia los de hostelería (8,5%) y limpieza (5,6%), que han disminuido en 2024 a 3.6% y 4.4% de forma respectiva.

(*Datos oficiales facilitados por el Servicio de PTGAS y el Servicio de PDI,).

Tabla 48: RML tras ITCC por tamaño de puesto de trabajo-UGR 2024.

Colectivo 2024	N.º trabajadores	% plantilla por colectivo	bajas prolongadas 2024	% bajas por total de bajas	% bajas por colectivo
A.F. Conserjería-Otros	449	5.6%	28	22.6%	6.2%
A.F. Inst. Deportivas	69	0.8%	4	3.2%	5.8%
A.F. Jardines	44	0.5%	2	1.6%	4.5%
A.F. Limpieza	113	1.4%	5	4.3%	4.4%
A.F. Hostelería	119	1.5%	4	3.2%	3.6%
A.F. Biblioteca	196	2.5%	6	4.8%	3%
A.F. Apoyo a doc. e inv.	261	3.3%	7	5.6%	2.7%
A.F. Prevenc-Comunic-RRII-Extens-Gest. Dpva-Igualdad	82	1.0%	2	1.6%	2.3%
A.F. Administración	1064	13.4%	25	20.2%	2.3%
Personal Docente	3929	49.5%	33	26.6%	0.8%
A.F. Informática	128	1.6%	1	0.81%	0.8%
A.F. Mantenimiento	125	1.6%	1	0.8%	0.8%
Personal Investigador	1368	17,2%	6	4.8%	0.4%

Gráfico 39: Porcentaje relativo RML tras ITCC por tamaño de puesto.



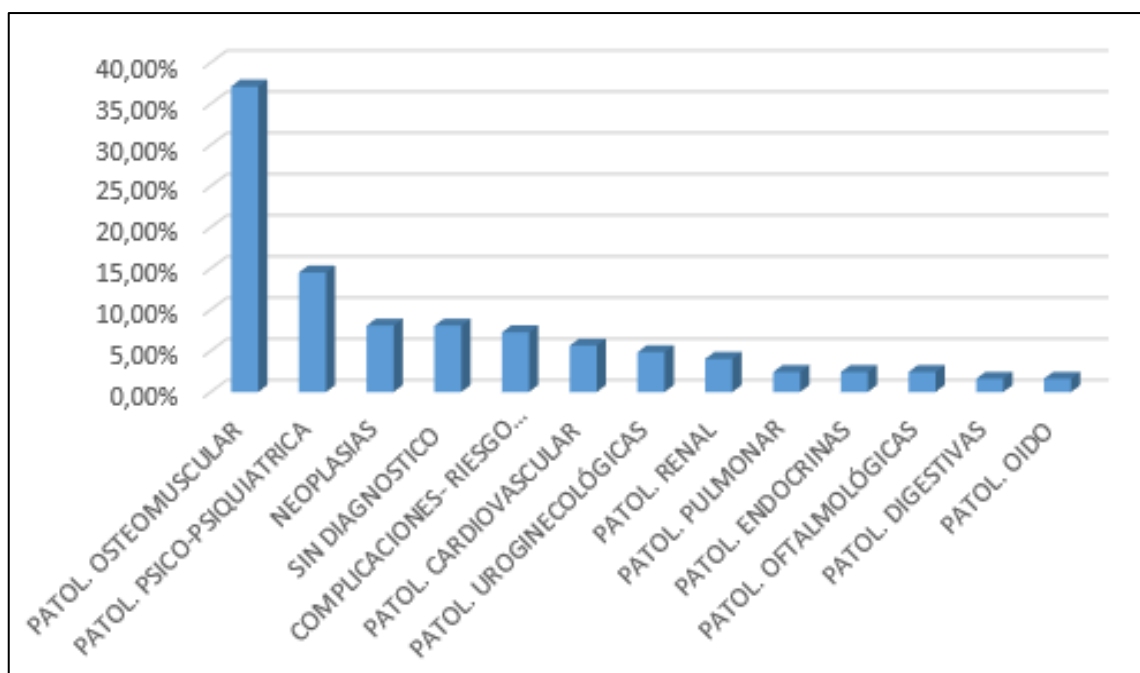
En cuanto a la presentación clínica general de los procesos de baja prolongada por ITCC durante 2024, el diagnóstico (Dx) más frecuente afectó (al igual que en 2023), al sistema osteomuscular, con un 37,1% de los casos (por un 39% del año previo). A diferencia de lo ocurrido un año antes, el segundo Dx en prevalencia fueron las patologías psico-psiquiátricas, con alrededor del 14.5% del total, experimentando un ascenso significativo en comparación con el 10.8% que representó en 2023. Analizando también los datos de 2022 con respecto a las enfermedades psicológico-psiquiátricas, se ha visto un incremento entre 2023 y 2024 (pasando de 9 episodios a 18), pero en el año 2022 se produjo la comparativa inversa, presentándose un total de 18 casos. Por lo que, a pesar del descenso en 2023, ha vuelto a incrementarse en 2024.

También se ha producido un aumento del número de casos en los que no hemos conseguido determinar el diagnóstico de la ITCC, principalmente por no poder contactar con los trabajadores (en algunos casos ya jubilados o de baja en la UGR y disponer de teléfonos obsoletos).

Tabla 49: Dx Topográfico General-RML tras ITCC-UGR 2024 (2023)

Dx POR SISTEMAS Y APARATOS	N	%
PATOL. OSTEOMUSCULAR	46 (32)	37,10%
PATOL. PSICO-PSIQUIATRICA	18 (9)	14,52%
NEOPLASIAS	10 (13)	8,06%
SIN DIAGNOSTICO	10 (2)	8,06%
COMPLICACIONES- RIESGO EMBARAZO	9 (7)	7,26%
PATOL. CARDIOVASCULAR	7 (4)	5,65%
PATOL. UROGINECOLÓGICAS	6 (2)	4,84%
PATOL. RENAL	5 (0)	4,03%
PATOL. PULMONAR	3 (1)	2,42%
PATOL. ENDOCRINAS	3 (1)	2,42%
PATOL. OFTALMOLÓGICAS	2 (0)	2,42%
PATOL. DIGESTIVAS	2 (3)	1,61%
PATOL. OIDO	2 (1)	1,61%
TOTAL	124	100

Gráfico 40: Porcentaje RML Tras ITCC por Dx Topográfico General.



Por otra parte, al analizar los Dx de mayor prevalencia, pero de una forma más específica y sólo en las escalas laborales más afectadas, evidenciamos en 2024 unos resultados estadísticamente significativos para patologías osteomusculares en personal de conserjería, administración y docentes. Y en el caso de patologías psico-psiquiátricas en docentes, administración y conserjería.

Tabla 50: Dx Etiológico Significativo por puestos-RML tras ITCC-UGR 2024

PATOL. OSTEOMUSCULAR	46
CONSERJERÍA Y OTROS	12
ADMINISTRACIÓN	10
DOCENTE	8
BIBLIOTECA	3
HOSTELERIA	3
APOYO A DOC E INVESTIG	2
INVESTIGADOR	2
JARDINES	2
PREVENCION-COMUNICACIÓN-GEST.DPVA-IGUALDAD	2
INST. DEPORTIVAS	1
LIMPIEZA	1

PATOL. PSICO-PSIQUIATRICA	18
DOCENTE	6
ADMINISTRACIÓN	5
CONSERJERÍA Y OTROS	5
INST. DEPORTIVAS	1
INVESTIGADOR	1

En las consultas realizadas por alta tras ITCC prolongada, se analiza si el trabajador/a precisa nuevo reconocimiento médico al incorporarse de su baja.

Del total de consultas que se llevaron a cabo en 2024, se han realizado 25 reconocimientos médicos. Las 99 consultas restantes no se realizaron reconocimiento por diversos motivos (nueva baja, estar en periodo vacacional, por baja en la Universidad o jubilación, por periodicidad del reconocimiento médico). Revisando estos motivos se han detectado los siguientes resultados expresados en el siguiente cuadrante:

Motivos de no realización de reconocimiento médico tras baja prolongada:

NUEVA BAJA	9 (5 baja por maternidad)
BAJA EN UGR	13 Jubilación o fin de contrato
NO ACUDE A CITA	31
PENDIENTE CITA	39 (vacaciones, control por su médico, etc.)
POR PERIODICIDAD	7

Para terminar nuestro análisis de resultados nos vamos a centrar, exclusivamente, en los 11 trabajadores/as (del total de 124 analizado) que, durante 2024 y tras recibir el alta por una ITCC prolongada, refirieron un posible nexo causal de base entre sus condiciones de trabajo y la patología motivo de su baja.

El número de consultas por bajas prolongadas por ITCC con posible relación laboral ha tenido un discreto aumento en estos años, siendo de 9 en 2023, frente a los 11 de 2024.

Las principales causas han sido las patologías osteomusculares y psico-psiquiátricas, que han afectado a los profesionales de biblioteca, docencia, administración y conserjería.

Y con respecto a las patologías psico-psiquiátricas, en las que el ambiente laboral ha podido influenciar en su origen o empeoramiento, se ha derivado u ofertado la derivación a la consulta de psicología que ofrece la Universidad de Granada.

Tabla 51: Posible Causalidad Laboral Condiciones trabajo-Motivo baja-RML tras ITCC-UGR 2024

PATOL. OSTEOMUSCULAR	4
----------------------	---

BIBLIOTECA	2
DOCENTE	1
HOSTELERIA	1
PATOL. PSICO-PSIQUIATRICA	7
ADMINISTRACIÓN	1
CONSERJERÍA Y OTROS	4
DOCENTE	2
TOTAL	11

8.3 CONCLUSIONES

- La población de estudio se circunscribe a los 124 trabajadores/as que durante 2024 fueron dados de alta tras haber tenido un proceso prolongado de ITCC.
- La mayoría de los RML tras ITCC se realizaron a mujeres, predominado el rango etario de 60 años o mayores.
- De forma absoluta, la mayor proporción de consultas realizadas tras ITCC durante 2024 se realizó a personal docente, seguido conserjería y de la escala de administración.
- Con respecto al tamaño de su colectivo laboral, los trabajadores/as con mayor incidencia de procesos de baja prolongada fueron Conserjería y personal de instalaciones deportivas y a continuación Jardines y Limpieza.
- Los sistemas u órganos más frecuentemente afectados, de las categorías laborales de mayor representación del estudio en 2024, fueron las osteomusculares y los trastornos psico-psiquiátricos, similar a lo ocurrido en el año 2023.
- Los profesionales que refirieron una relación causa-efecto entre sus condiciones de trabajo y el desarrollo de una enfermedad con baja posterior prolongada por ITCC, fueron 11 trabajadores de 124, un 8.9% (algo más que en 2023) y con predominio de patología psico-psiquiátrica (cuadros de ansiedad en su mayoría) y osteomuscular.

8.4 ACCIONES DE MEJORA

- Formación e información encaminadas a prevenir de forma primaria (evitación) o de forma secundaria (diagnóstico precoz) la patología de columna cervical y lumbar, por ser la de mayor prevalencia entre los trabajadores/as de la UGR con bajas prolongadas por contingencias comunes, especialmente en los colectivos de docentes, administración y conserjería, respectivamente.
- Formación en gestión y canalización de las alteraciones del estado de ánimo (ansiedad-depresión) en los trabajadores/as de las escalas de personal docente, conserjería y hostelería.

9 PROGRAMA DE PROTECCIÓN DE LA MATERNIDAD Y LA LACTANCIA NATURAL

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales en nuestro país establece la necesidad de un plan estratégico en las empresas basado en determinar la naturaleza, el grado y la duración de la exposición de las trabajadoras en situación de embarazo o parto reciente a agentes, procedimientos o condiciones de trabajo que puedan influir negativamente en la salud de las trabajadoras o del feto.

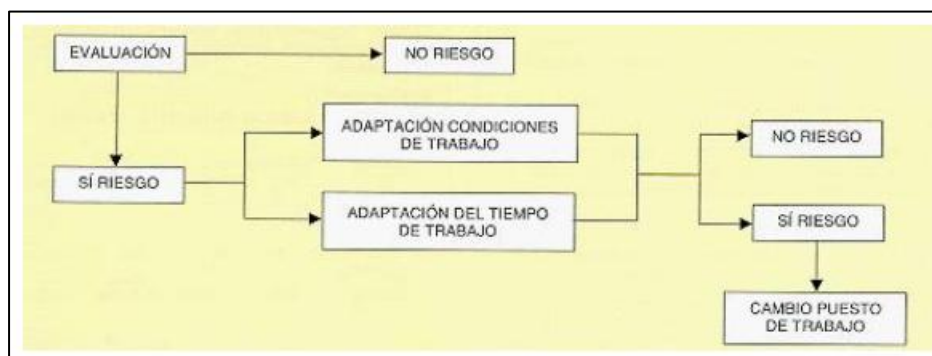
Si los resultados de la evaluación revelasen un riesgo para la seguridad y la salud o una posible repercusión sobre el embarazo o la lactancia de las citadas trabajadoras, el empresario adoptará las medidas necesarias para evitar la exposición a dicho riesgo como pueden ser la adaptación del puesto de trabajo o en su defecto el cambio de puesto de trabajo.

Cuando ninguna de las anteriores medidas sea posible, podrá declararse el paso de la trabajadora afectada a la situación, contemplada en el Estatuto de los Trabajadores, de suspensión del contrato por riesgo durante el embarazo, durante el período necesario para la protección de su seguridad o de su salud y mientras persista la imposibilidad de reincorporarse a su puesto anterior o a otro puesto compatible con su estado.

El Real Decreto 295/2009, considera como situación protegida aquella en que se encuentra la trabajadora embarazada durante el periodo de suspensión del contrato de trabajo en los supuestos en que, debiendo la empresa cambiar de puesto de trabajo por otro compatible con su estado en los términos previstos en el artículo 26.2 y 3 de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, dicho cambio de puesto no resulte técnica u objetivamente posible o no pueda razonablemente exigirse por motivos justificados.

En el ámbito internacional, la Directiva del Consejo de Europa 92/85/CEE considera a la mujer gestante o que haya dado a luz o se encuentre en periodo de lactancia, trabajadora especialmente sensible debiéndose adoptar medidas relativas a su salud y seguridad, evaluando riesgos específicos de exposición a agentes, procedimientos o condiciones de trabajo peligrosas.

La protección de la trabajadora embarazada en el ordenamiento español va dirigida a la protección de la maternidad y a sus consecuencias previas, así la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL) entre otras, establece la obligación del empresario de garantizar de manera específica la protección de los trabajadores que sean especialmente sensibles. Se establece la obligación del empresario de evaluar los riesgos que puedan influir negativamente en la salud de las trabajadoras gestantes o del feto y a tomar las medidas preventivas necesarias para evitarlos a través de los servicios de prevención. De no ser posible la supresión del riesgo, ésta deberá desempeñar un puesto de trabajo o función diferente y compatible con su estado.



9.1 SITUACIÓN ACTUAL EN LA PROTECCIÓN DE LA MATERNIDAD Y EMBARAZO EN LA UGR

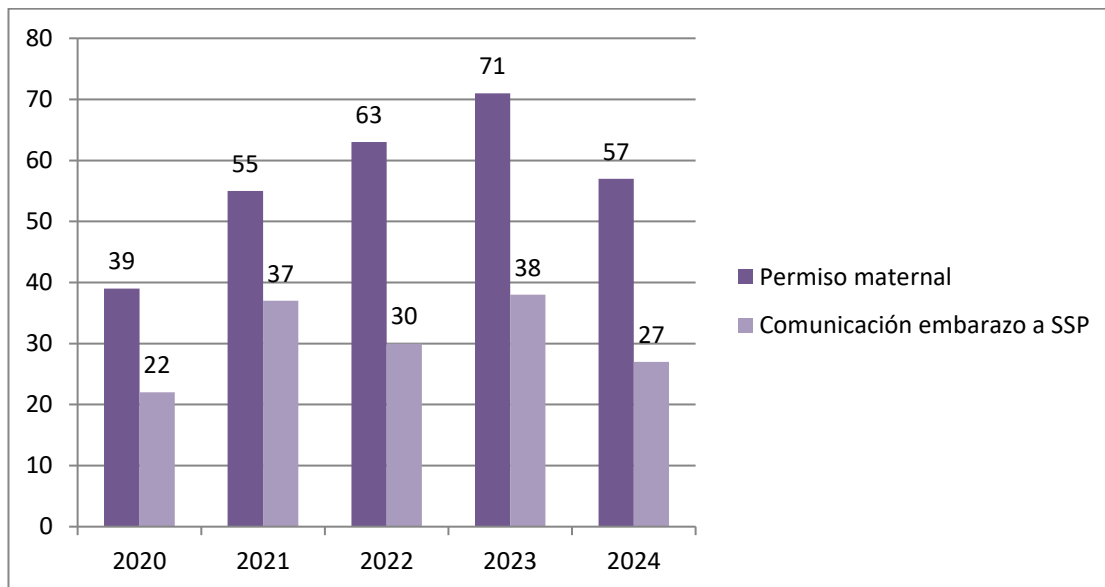
Dentro del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud de la UGR, el SSP elaboró una instrucción técnica donde se establece el procedimiento a seguir en relación a la protección de la maternidad. Este protocolo se activa con la comunicación voluntaria a la UGR por parte de la mujer embarazada o en periodo de lactancia.

Una vez recibida dicha comunicación en el SSP, el personal médico contacta con la gestante o mujer en periodo de lactancia para conocer su estado de salud, informar y aclarar las dudas que pueda tener, además de programar cita para reconocimiento médico laboral. Al mismo tiempo se informa a los técnicos de prevención para el preceptivo estudio y evaluación de los riesgos posibles existente en el puesto de trabajo de la embarazada que ha efectuado dicha notificación.

Tabla 52: Permisos maternos y Comunicaciones de embarazo.

	Permiso Maternidad UGR	Comunicación Embarazo a SSP
2020	39	22
2021	55	37
2022	63	30
2023	71	38
2024	57	27
TOTAL	285	154

Gráfico 41: Permisos y Comunicaciones Maternidad.



Del total de las 27 comunicaciones de Embarazo al SSP en el periodo comprendido, entre 2023 y 2024 observamos:

- PDI: 22 comunicaciones de embarazo.
- PAS:5 comunicaciones de embarazo.

9.2 CONCLUSIONES

Como podemos observar en los datos indicados:

- El nº de permisos de maternidad es superior al nº de comunicaciones de embarazos notificados por parte de las gestantes.
- El número de comunicaciones de embarazo a nuestro Servicio ha disminuido en el 2024 con respecto al año anterior
- Las mujeres del colectivo del PDI notifican más su estado de gestación al SSP que las gestantes pertenecientes al PAS.

9.3 ACCIONES DE MEJORA

El primer paso para poner en marcha una adecuada protección de la maternidad, lactancia natural y protección del feto, es la COMUNICACIÓN/NOTIFICACIÓN por parte de las trabajadoras de la UGR en edad fértil de su situación o estado biológico (Maternidad, embarazo, etc.). Por tanto, el SSP se propone incentivar dicha comunicación mediante las siguientes acciones de mejora.

- Difusión generalizada a través del Correo Institucional de la importancia de la Comunicación por parte de las mujeres en edad fértil de su situación de embarazo, lactancia y maternidad reciente.
- Facilitar la comunicación de embarazo mediante la creación por parte del SSP de un Cuestionario específico en la WEB de dicho servicio
- Vigilancia de la Salud individual de las mujeres gestantes, Promoción de la salud y Evaluación de los posibles riesgos en su puesto de trabajo. Si dicha evaluación revelase algún riesgo para la seguridad y la salud o una posible repercusión sobre el embarazo o la lactancia de las citadas trabajadoras, El SSP propondrá las medidas necesarias para evitar la exposición a dicho riesgo (la adaptación del puesto de trabajo o en su defecto el cambio de puesto de trabajo, o gestionar y tramitar la prestación por Riesgo en el embarazo).

10 PROGRAMA PREVENTIVO DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

10.1 RECONOCIMIENTOS CARDIOVASCULARES

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal causa de muerte en España y en los países desarrollados, tanto en hombres como en mujeres, constituyendo además una de las más importantes causas de discapacidad.

Las ECV se producen como consecuencia de la formación de placas de grasa en la pared de los vasos sanguíneos (aterosclerosis), estas placas reducen o impiden el paso de sangre por el interior de los vasos y, según el grado de obstrucción y la zona donde se localiza la misma, pueden producir distintos tipos de enfermedad cardiovascular, como la angina de pecho, infarto de miocardio, accidente cerebrovascular y problemas de circulación periférica.

Ante la falta de síntomas, una serie de factores de riesgo nos pueden indicar que existe un mayor riesgo de sufrir aterosclerosis y por tanto riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular. Ejemplos de factores de riesgo cardiovascular (RCV) como tener cifras elevadas de colesterol, **de tensión arterial, del perímetro abdominal, sobrepeso u obesidad, falta de ejercicio físico** (realizar menos de 30 minutos diarios de ejercicio físico moderado, andar, nadar etc.) o **fumar**.

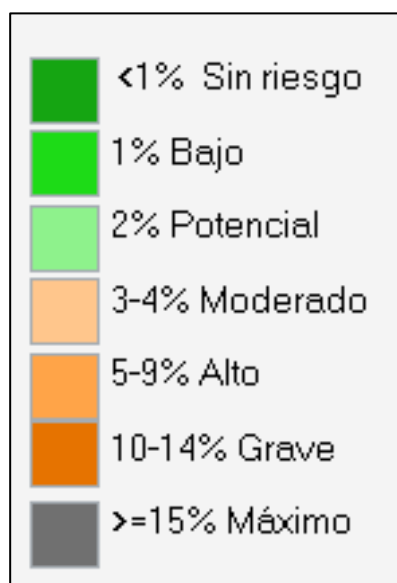
De ahí el interés que tiene la detección de estos factores de RCV y su corrección antes de que la enfermedad aparezca. Unos hábitos de vida saludable han demostrado que reducen la aparición del riesgo de la enfermedad cardiovascular, así como las muertes por esta causa. Esta posibilidad de mejorar existe para cualquier nivel de riesgo del que se parta, especialmente en las personas con riesgo más alto.

El análisis del RCV de los trabajadores de la UGR que acuden al examen de salud se ha llevado a cabo a través de la Tabla SCORE, El Systematic Coronary Risk Evaluation (SCORE). Es el índice más extendido en Europa para la valoración del riesgo cardiovascular global.

La tabla SCORE estima el riesgo de muerte cardiovascular (muerte coronaria, por enfermedad cerebrovascular, arteriopatía periférica, insuficiencia cardíaca, aneurisma disecante de aorta y otras) en sujetos de 40 a 65 años, y considera un riesgo alto cuando la probabilidad de muerte cardiovascular a los 10 años es mayor o igual al 5%

Los datos necesarios para el cálculo de dicho índice han sido la Edad, Sexo, Tabaquismo, Tensión arterial, Colesterol y factores de riesgo como Diabetes y Enfermedades cardiovasculares previas, y han sido registrados en el programa MEDTRA durante los exámenes de salud realizados en el año 2023.

La clasificación del RCV en función de la puntuación obtenida es la siguiente:



La detección de RCV moderados, altos o muy altos durante el examen de salud, derivan al paciente al programa de Prevención de Enfermedades Cardiovasculares. La participación en este programa conlleva que el trabajador sea aconsejado sanitariamente sobre todos aquellos factores de RCV modificables, así como qué medidas debe llevar a cabo en los siguientes meses.

A los 4 meses se le cita de nuevo en consulta para realizarle un Reconocimiento Cardiovascular y se valora una nueva analítica sanguínea, así como datos antropométricos y Tensión Arterial para observar si las medidas llevadas a cabo han conseguido que su nivel de riesgo haya disminuido.

<https://ssp.ugr.es/areas/promocion-salud/prevencion-enfermedades-cardiovasculares>

Tabla 53: Cálculo de riesgo cardiovascular.

Cálculo del RCV en los exámenes de salud de la UGR durante el año 2024		
Sin riesgo	786	46,20%
Riesgo bajo	384	22,57%
Riesgo potencial	151	8.87%
Riesgo Moderado	120	7,05%
Riesgo Alto	109	6,40%
Riesgo grave	10	0,58%
Riesgo máximo	2	0,12%
Total (mayores de 40 años)	1701	100%

A los 241 trabajadores diagnosticados con Riesgo moderado, alto, grave y máximo se les valoró su participación en el Programa de Riesgo Cardiovascular de la UGR, en función de si estaban o no bajo control sanitario de su centro de salud u hospital de referencia. Por lo que 34 pacientes han sido controlados a través de dicho programa durante el año 2024.

Con respecto al año 2023, al aumentar el número de exámenes de salud durante el año 2024, se ha incrementado en un 175% los casos diagnosticados de Riesgo cardiovascular moderado, alto, grave y máximo. Por tanto, hemos pasado de 16 pacientes controlados en el año 2023 a 34 en el año 2024, aumentando las consultas por RCV en un 212%.

10.1.1 ANÁLISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Con los datos obtenidos de los exámenes de salud realizados al personal de la UGR durante el año 2024 se han analizado una serie de Factores de Riesgo Cardiovascular, que una vez puntuados según sus resultados, nos reflejan el estado de cada uno a través de un “semáforo de salud”:



- **Rojo**: puntuación del 0 al 39% con relación a la mejor situación, zona patológica de salud, que requiere intervención sanitaria.
- **Amarillo**: puntuación del 40 al 79% con relación a la mejor situación, zona neutra de salud, difícil distinción de lo normal de lo patológico.
- **Verde**: puntuación del 80 al 100% con relación a la mejor situación, salud positiva, funcionamiento óptimo y nivel de bienestar elevado.

Los Factores de Riesgo Cardiovascular analizados han sido los siguientes:

- 1 Consumo de Tabaco.
- 2 Actividad Física.
- 3 Consumo de Alcohol.
- 4 Índice de masa corporal.
- 5 Cifras de Tensión Arterial.
- 6 Cifras de Glucemia, Triglicéridos y Colesterol en sangre.
- 7 Índice de Aterogenicidad.

Finalmente se presenta un **análisis global** de todos estos indicadores.

10.2 CONSUMO DE TABACO

El tabaquismo es la **adicción al tabaco** provocada, principalmente, por uno de sus componentes activos: la nicotina. La acción de dicha sustancia acaba condicionando el abuso de su consumo.

Según el **Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT)**, el **tabaco** provoca cerca de 52.000 muertes anuales en España (Fuente CNPT: 2018) por dolencias como la bronquitis crónica, el enfisema pulmonar y el cáncer de pulmón y faringe. También es **el factor de riesgo** cardiovascular más importante, ya que la incidencia de la patología coronaria en los **fumadores** es tres veces mayor que en el resto de la población.

10.2.1 CONCLUSIONES:

Este indicador se encuentra en cifras de salud positiva, con un 92%, sin cambios relevantes con respecto al año 2024.

No hay diferencias significativas de los resultados de este factor entre sexos.

El porcentaje de fumadores ha sido de 11,44%, un 13.87% de exfumadores y el 74,13% de no fumadores.

Un dato muy relevante, solo un 11,44% de fumadores en trabajadores con respecto a la población en general. Una de cada cuatro personas (25,8%) en España consume tabaco de forma diaria según la encuesta de Sanidad EDADES 2024.

Desde el año 2009, el SSP de la UGR tiene en marcha el Programa de Deshabituación Tabáquica:

Durante el año 2024 se han llevado a cabo un total de 76 consultas en 25 participantes, de los cuales 15 han sido tratados farmacológicamente con el medicamento Citisina. Si el paciente lo desea se puede complementar con el programa asistencial C9A Tratamiento de cannabis y tabaco, dirigido por la Clínica Psicológica de la UGR.

Más información en las siguientes páginas web:

<https://ssp.ugr.es/areas/promocion-salud/deshabituacion-tabaco>.

<https://clinicadepsicologia.ugr.es/pages/programas>

Tabla 54: Programa de deshabituación tabáquica 2024

Programa de deshabituación tabáquica 2024	
- Número de participantes	25
• Consultas realizadas	76
• Cuestionarios realizados	75
• Prescripciones farmacológicas (Citisina)	15

10.2.2 ACCIONES DE MEJORA:

Como mejora en 2025, la UGR pasará a formar parte del proyecto "**Campus Universitarios Libres de Humo**" en el que personal sanitario del SSP ha estado colaborando en un Grupo de Trabajo de la Red Española de Universidades Promotoras de Salud (REUPS).

Se seguirá potenciando la publicidad del Programa de Deshabituación Tabáquica durante el examen de salud, y La UGR continuará con su compromiso en el



programa de “Universidades sin humo” de la Junta de Andalucía. Más información en la siguiente web:

<https://www.redpita.es/course/view.php?id=48>

A continuación, se presentan los datos y resultados de este indicador:

Periodo estudiado desde el: 01/01/2024 hasta el: 31/12/2024
Nº total de reconocimientos efectuados en el periodo indicado: 2.376
En la empresa:



0% a 39%



40% a 79%



80% a 100%

Tabaco

Categoría	Puntos	Casos	%	Puntos	Rango de valores
1.- No fumador	9	1.735	75,30	15.615	
2.- Exfumador	8	333	14,45	2.664	
3.- Fumador social de 1 - 5 c/d	6	103	4,47	618	
4.- Fumador de 6 - 10 c/d	4	81	3,52	324	
5.- Fumador de 11 - 20 c/d	2	47	2,04	94	
6.- Fumador de 21 - 999 c/d	0	5	0,22	0	

2.304

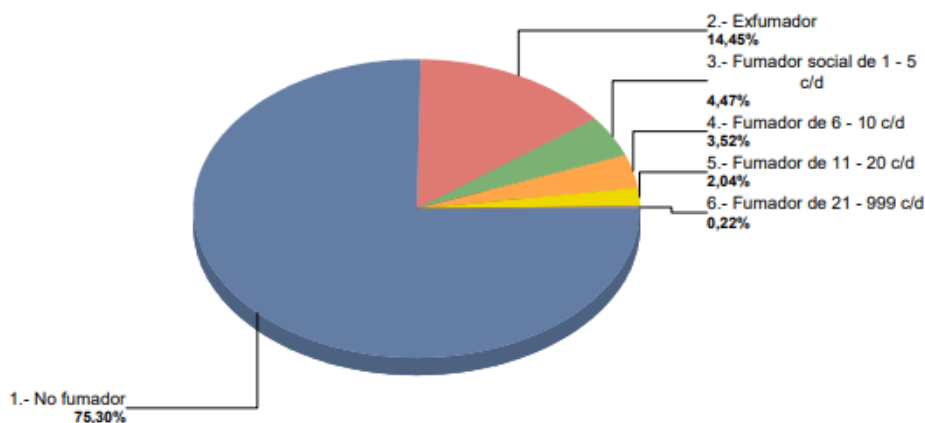
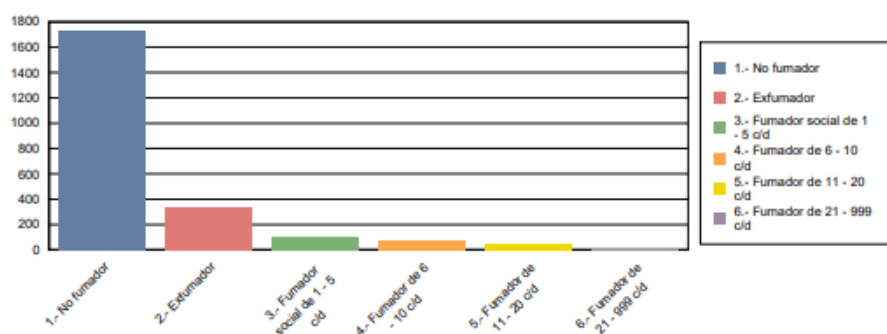
19.315



Puntuación

19.315 / 20.736

93 %



10.3 ACTIVIDAD FÍSICA

La actividad física se refiere a cualquier movimiento corporal que se produzca por la contracción de los músculos esqueléticos y que origine aumentos sustanciales en el consumo de energía del cuerpo con respecto a estar en reposo.

Ejemplos habituales de **actividad física** son desplazarnos, hacer la compra, subir las escaleras, tareas domésticas, etc.

El **ejercicio físico** es un tipo de actividad física planeado y estructurado. Consiste en repetir determinados movimientos con el objetivo de mejorar o mantener alguno de los componentes de la aptitud física. Ejemplos de ejercicio físico son caminar de una manera planificada, correr, natación, elíptica, ejercicios de fortalecimiento muscular en el gimnasio, etc.

El **deporte** se distingue de los dos anteriores por ser una forma de actividad física sujeta a reglas o normas concretas. Generalmente requerirá entrenamiento o un programa de ejercicio físico específico.

Un estilo de vida saludable no solo consiste en hacer ejercicio programado con regularidad también hay que mantener unos hábitos que huyan del sedentarismo. Hay que intentar evitar las horas de televisión, los desplazamientos en vehículos a motor y los hobbies y las conductas sedentarias en el trabajo y en lo cotidiano siempre que sea posible. El deporte es una elección personal que puede hacer más atractiva y enriquecedora la práctica de ejercicio físico.

10.3.1 CONCLUSIONES:

El indicador de salud de la Actividad Física se encuentra en un 63%, en la zona amarilla, por debajo de la zona saludable. Ha mejorado 2 puntos con respecto al año 2023.

Sí hay diferencias significativas entre sexos (61% mujeres, 66% hombres) en los resultados de este indicador. El sedentarismo está representado en un 17,18% en mujeres y un 15,45% en hombres.

10.3.2 ACCIONES DE MEJORA

Como mejora se potenciará el consejo sanitario de los beneficios del ejercicio físico durante el examen de salud a todos aquellos que realizan menos de 3 días en semana alguna actividad física.

Como novedad en el año 2025 se ha implementado el programa sanitario de “Control del peso y el Sedentarismo” para mejorar estos porcentajes.

A continuación, se presentan los datos y resultados de este indicador:

Periodo estudiado desde el: 01/01/2024 hasta el: 31/12/2024

Nº total de reconocimientos efectuados en el periodo indicado: 2.376

En la empresa:



0% a 39%



40% a 79%



80% a 100%

Actividad Física

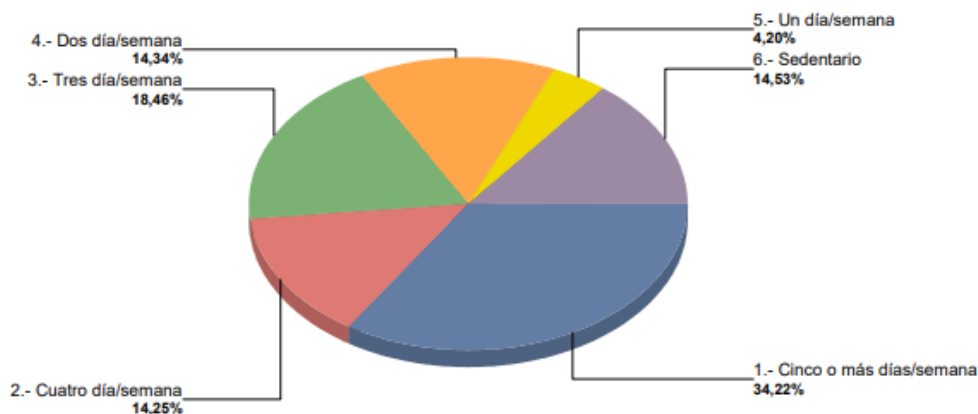
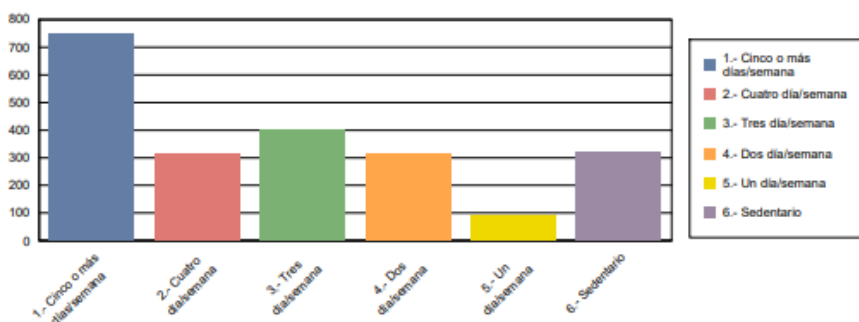
Categoría	Puntos	Casos	%	Puntos	Rango de valores
1.- Cinco o más días/semana	5	749	34,22	3.745	
2.- Cuatro día/semana	4	312	14,25	1.248	
3.- Tres día/semana	3	404	18,46	1.212	
4.- Dos día/semana	2	314	14,34	628	
5.- Un día/semana	1	92	4,20	92	
6.- Sedentario	0	318	14,53	0	
		2.189		6.925	



Puntuación

6.925 / 10.945

63 %



10.4 CONSUMO DE ALCOHOL

En 2019, más de 2,4 millones de personas murieron a causa del consumo de alcohol, lo que representa el 4,3% de todas las muertes en el mundo. En este sentido, los estudios ponen de manifiesto que incluso **pequeñas cantidades de alcohol pueden hacer que aumente el riesgo de que una persona padezca enfermedades cardiovasculares**, tales como: enfermedades coronarias, accidentes cerebrovasculares, insuficiencia cardíaca, cardiopatía hipertensiva, fibrilación auricular y aneurisma. De hecho, hasta la fecha no se ha encontrado ninguna correlación fiable entre el consumo moderado de alcohol y un menor riesgo de enfermedades cardíacas.

10.4.1 CONCLUSIONES:

El indicador de salud del consumo de alcohol se encuentra en un 69%, en la zona amarilla, por debajo de la zona saludable, similar al año 2023.

Sí hay diferencias significativas entre sexos en los resultados de este indicador. En mujeres el porcentaje de no bebedoras y consumo esporádico es del 91,02%, un 7,67% con un consumo habitual de fin de semana, y solo un 1,32% que realiza un consumo diario de alcohol.

En cuanto a hombres, el porcentaje de no bebedores y consumo esporádico es de un 79,59%, un 12,45% con un consumo habitual de fin de semana, mientras que **un 7,96% de hombres realizan un consumo diario de alcohol (6 veces más que las mujeres)**.

10.4.2 ACCIONES DE MEJORA:

Como mejora para este indicador de salud se incluirán consejos para reducir la ingesta de alcohol en todos los hombres que realicen un consumo habitual de fin de semana y diario, así como un enlace a la web del SSP con información de los perjuicios derivados de este hábito.

A continuación, se presentan los datos y resultados de este indicador:

Periodo estudiado desde el: 01/01/2024 hasta el: 31/12/2024

Nº total de reconocimientos efectuados en el periodo indicado: 2.376

En la empresa:



0% a 39%



40% a 79%



80% a 100%

Alcohol

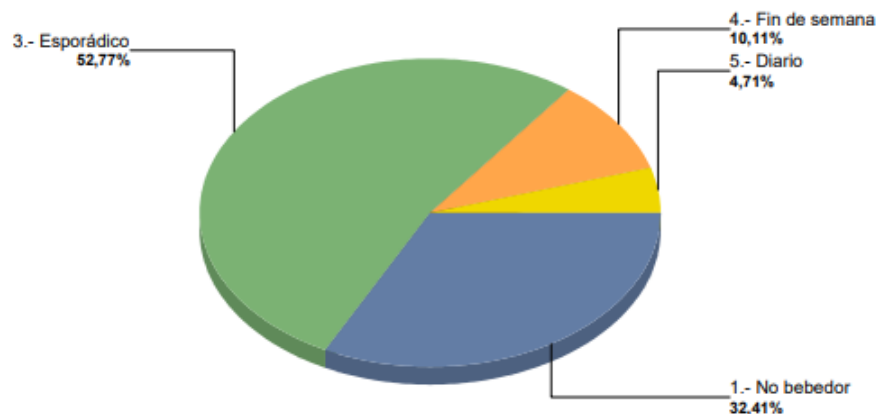
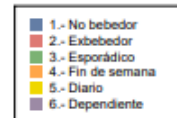
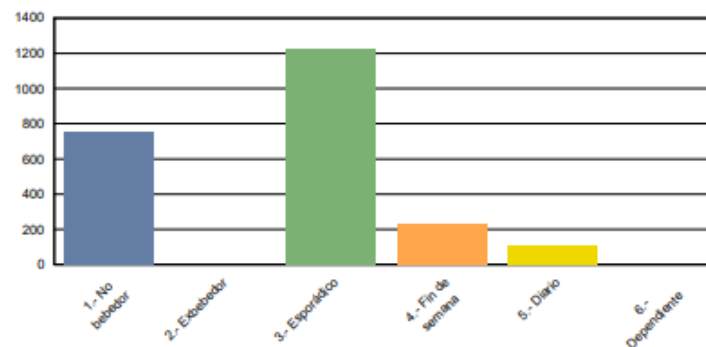
Categoría	Puntos	Casos	%	Puntos	Rango de valores
1.- No bebedor	5	750	32,41	3.750	
2.- Exbebedor	4	0	0,00	0	
3.- Esporádico	3	1.221	52,77	3.663	
4.- Fin de semana	2	234	10,11	468	
5.- Diario	1	109	4,71	109	
6.- Dependiente	0	0	0,00	0	
		2.314		7.990	



Puntuación

7.990 / 11.570

69 %



10.5 ÍNDICE DE MASA CORPORAL

El índice de masa corporal (IMC) es la relación entre la **masa corporal** de una persona y su **estatura**. Según los valores propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el **IMC** uno de los principales recursos para evaluar el estado nutricional y para determinar si una persona está por encima de su peso ideal o no. El cálculo consiste en dividir el peso, expresado en kilos, entre la estatura, en metros, elevada al cuadrado (kg/m^2). El IMC resultante te indica si el peso es correcto en función de la estatura.

- Generalmente se considera satisfactorio un Índice de Masa Corporal que se sitúa entre 18,5 y 24,9 (20 y 24,9 en el caso de los hombres).
- Si el IMC es inferior a 18,5, nos indicará bajo peso.
- Si la fórmula del IMC da un resultado igual o superior a 25 hablaríamos de sobrepeso, ligero o moderado según el resultado.
- Si el IMC está por encima de 30, podemos hablar de obesidad.

10.5.1 CONCLUSIONES:

El indicador de salud del Índice de Masa Corporal se encuentra en un 77%, en la zona amarilla, por debajo de la zona saludable, mismas cifras del año 2023.

Sí hay diferencias significativas entre sexos en los resultados de este indicador.

En hombres el porcentaje de peso saludable y bajo peso aceptable es de un 42,05%, con sobrepeso es de un 41,88% y con obesidad de un 15,59%. En mujeres el porcentaje de peso saludable y bajo peso aceptable es de un 63,70%, con sobrepeso es de un 24,70% y con obesidad de un 11,09%.

Por tanto, **el sobrepeso en hombres casi duplica al de mujeres.**

10.5.2 ACCIONES DE MEJORA:

Como acción de mejora para este indicador de salud se incluirán en el informe del examen de salud las recomendaciones para bajar peso a todas aquellas personas cuyo Índice de Masa Corporal sea igual o superior a 25.

Como novedad en el año 2025 se ha implementado el programa sanitario de “Control del peso y el Sedentarismo” para mejorar estos porcentajes.

A continuación, se presentan los datos y resultados de este indicador:

Periodo estudiado desde el: **01/01/2024** hasta el: **31/12/2024**
Nº total de reconocimientos efectuados en el periodo indicado: **2.376**
En la empresa:



0% a 39%



40% a 79%



80% a 100%

Indice Masa Corporal

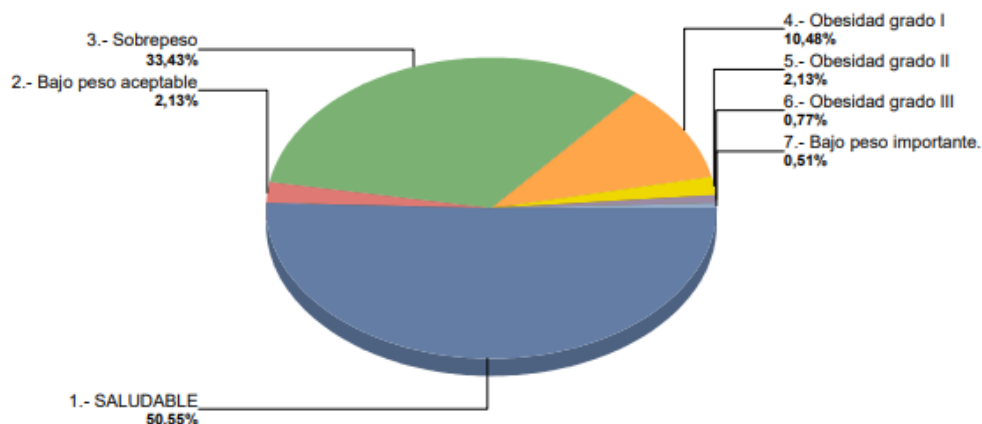
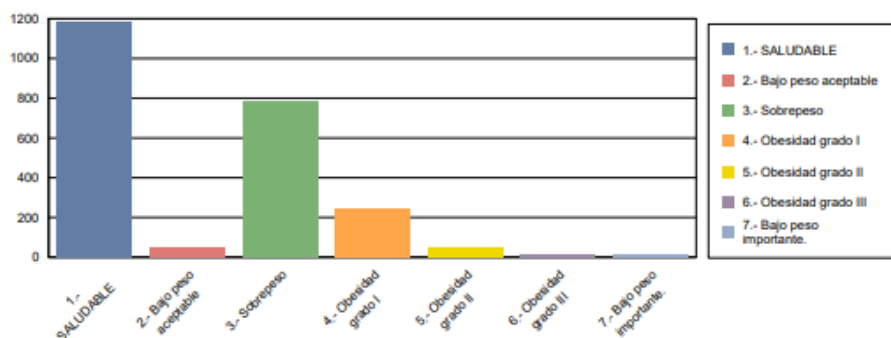
Categoría	Puntos	Casos	%	Puntos	Rango de valores
1.- SALUDABLE	5	1.187	50,55	5.935	Entre 18,5 y 24,9
2.- Bajo peso aceptable	4	50	2,13	200	Entre 17 y 18,49
3.- Sobrepeso	3	785	33,43	2.355	Entre 25 y 29,9
4.- Obesidad grado I	2	246	10,48	492	Entre 30 y 34,9
5.- Obesidad grado II	1	50	2,13	50	Entre 35 y 39,9
6.- Obesidad grado III	0	18	0,77	0	Entre 40 y 99,9
7.- Bajo peso importante.	2	12	0,51	24	Entre 0 y 16,9
		2.348		9.056	



Puntuación

9.056 / 11.740

77 %



10.6 Tensión Arterial

La tensión arterial es la presión de la sangre que circula por las arterias. El corazón bombea la sangre hacia la aorta por donde se distribuye hacia otras arterias que se van dividiendo en sucesivas ramas arteriales que llegan a todos los órganos.

La presión arterial se mantiene por la elasticidad de la aorta y de las arterias principales. Esta elasticidad va disminuyendo con el paso de los años, por eso es tan frecuente encontrar cifras altas de presión arterial en personas mayores.

La hipertensión arterial es la elevación de los niveles de presión arterial de forma continua o sostenida. Las consecuencias de la hipertensión arterial pueden ser muy variadas. Son peores cuando coexisten otros procesos: hipercolesterolemia, diabetes, etc., por eso es vital su prevención y cuidado.

Los niveles normales de presión arterial:

- **Presión arterial normal.** Los niveles máximos de presión arterial sistólica (máxima) están entre 120-129 mmHg, y los de diastólica (mínima) entre 80 y 84 mmHg. Cifras más bajas también pueden considerarse normales, siempre que no provoquen ningún síntoma.
- **Presión arterial normal-alta.** Las cifras de presión arterial sistólica (máxima) están entre 130-139 mmHg, y las de diastólica (mínima) entre 80-89 mmHg.
- **Presión arterial alta.** Las cifras de presión arterial sistólica (máxima) están iguales o por encima de 140 mmHg, y/o las de diastólica (mínima) igual o superior a 90 mmHg.

10.6.1 CONCLUSIONES:

El indicador de salud de la Tensión Arterial se encuentra en un 73%, en la zona amarilla, por debajo de la zona saludable. (mismas cifras del año 2023)

Sí hay diferencias significativas entre sexos en los resultados de este indicador.

En mujeres el porcentaje con tensión arterial saludable y normal es de un 54,44%, en tensiones normal-alta es de un 15,91% y con Hipertensión arterial es de 9,65%

En hombres el porcentaje con tensión arterial saludable y normal es de un 44,35%, en tensiones normal-alta es de un 33,22% y con **Hipertensión arterial es de 22,43% (dos veces más que en mujeres).**

10.6.2 ACCIONES DE MEJORA:

Como acción de mejora para este indicador de salud se continuará un estudio en cuanto a la relación de pacientes diagnosticados con HTA que no están tratados farmacológicamente, así como insistir en los consejos sanitarios durante el examen de salud.

A continuación, se presentan los datos y resultados de este indicador:

Periodo estudiado desde el: **01/01/2024** hasta el: **31/12/2024**
Nº total de reconocimientos efectuados en el periodo indicado: **2.376**
En la empresa:



0% a 39%



40% a 79%



80% a 100%

Tensión Arterial

Categoría	Puntos	Casos	%	Puntos	Rango de valores
1.- Saludable	10	762	32,49	7.620	Sist. entre 0 y 119 y Diast. entre 0 y 79
2.- Normal	8	624	26,61	4.992	Sist. entre 120 y 129 y/o Diast. entre 80 y 84
3.- Normal Alta	6	580	24,73	3.480	Sist. entre 130 y 139 y/o Diast. entre 85 y 89
4.- HTA Sistólica aislada	4	145	6,18	580	Sist. entre 140 y 999 y/o Diast. entre 0 y 89
5.- HTA grado 1 (leve)	2	173	7,38	346	Sist. entre 140 y 159 y/o Diast. entre 90 y 99
6.- HTA grado 2 (moderada)	0	47	2,00	0	Sist. entre 160 y 179 y/o Diast. entre 100 y 109
7.- HTA grado 3 (grave)	0	14	0,60	0	Sist. entre 180 y 999 y/o Diast. entre 110 y 999

2.345

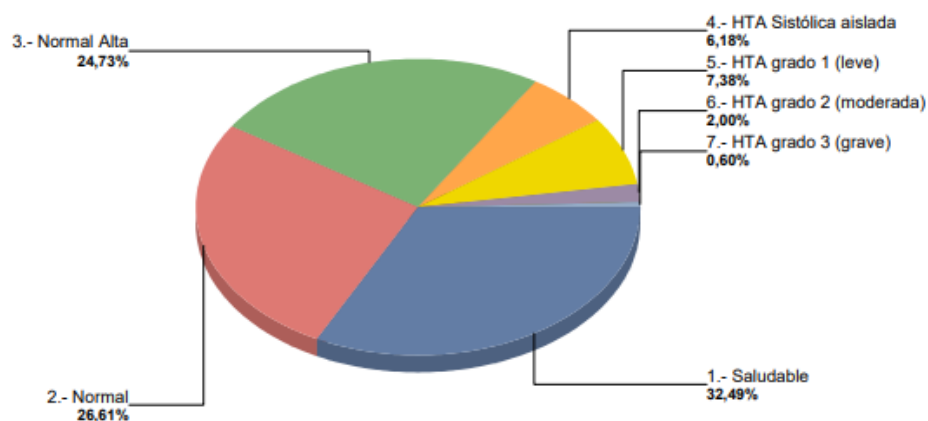
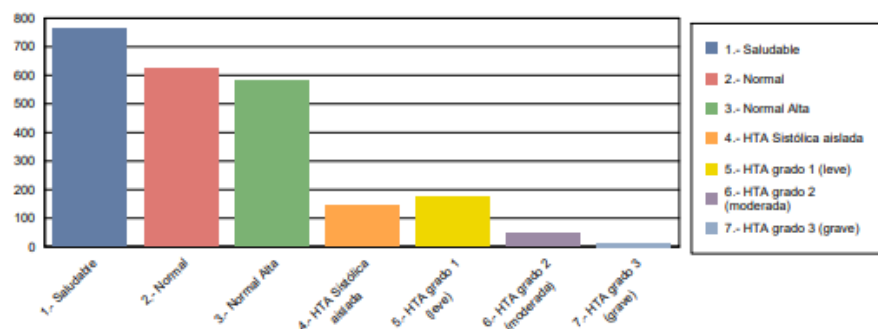
17.018



Puntuación

17.018 / 23.450

73 %



10.7 GLUCEMIA EN SANGRE

Al producirse con la digestión de los alimentos, los niveles de glucosa en sangre, a los que clínicamente se denomina glucemia, varían a lo largo del día, oscilando entre concentraciones de 70 y 145 miligramos por decilitro de sangre. Por la mañana, en ayunas son más bajos y se elevan después de cada comida (glucemia postprandial) y vuelven a descender dos horas después.

Lo recomendable es que la glucemia se mida al levantarse por la mañana y antes del desayuno y se considera normal si los niveles de glucosa que se sitúan entre los 70 y 100 mg/dl en ayunas y en menos a 140 mg/dl dos horas después de cada comida.

La **diabetes mellitus** es una enfermedad que se produce cuando el páncreas no puede fabricar insulina suficiente o cuando ésta no logra actuar en el organismo porque las células no responden a su estímulo.

10.7.1 CONCLUSIONES:

El indicador de salud está en cifras saludables, en zona verde, concretamente en un 97%.

No hay diferencias significativas entre sexos en los resultados y el porcentaje de GBA (Glucosas basales alteradas) que podrían ser estados prediabéticos es de un 2,21% de la población que acudió al examen de salud.

En estos casos, cuando las glucemias son superiores a 100mg/dL se realiza en laboratorio la **prueba de la Hemoglobina Glicosilada**.

Dicha prueba consiste en un análisis de sangre común utilizado para diagnosticar la diabetes tipo 1 y tipo 2. El resultado de una prueba de hemoglobina glicosilada indica el nivel promedio de glucosa en la sangre de los últimos dos o tres meses. Cuanto más elevado sea el nivel de hemoglobina glicosilada, menor será el control de la glucosa en la sangre y habrá un mayor riesgo de complicaciones de la diabetes.

Las cifras de Diabetes Mellitus moderadas y graves son de un 1.84%,

A continuación, se presentan los datos y resultados de este indicador:

Periodo estudiado desde el: 01/01/2024 hasta el: 31/12/2024
Nº total de reconocimientos efectuados en el periodo indicado: 2.376
En la empresa:



0% a 39%



40% a 79%



80% a 100%

Glucemia (azúcar sangre)

Categoría	Puntos	Casos	%	Puntos	Rango de valores
1.- Saludable	10	1.985	91,35	19.850	entre 0 y 100
2.- Normal-alta	8	100	4,60	800	entre 101 y 110
3.- GBA-Prediabetes	6	38	1,75	228	entre 111 y 120
4.- GBA-Prediabetes	4	10	0,46	40	entre 121 y 125
5.- DM moderada	2	35	1,61	70	entre 126 y 200
6.- DM grave	0	5	0,23	0	entre 201 y 999

2.173

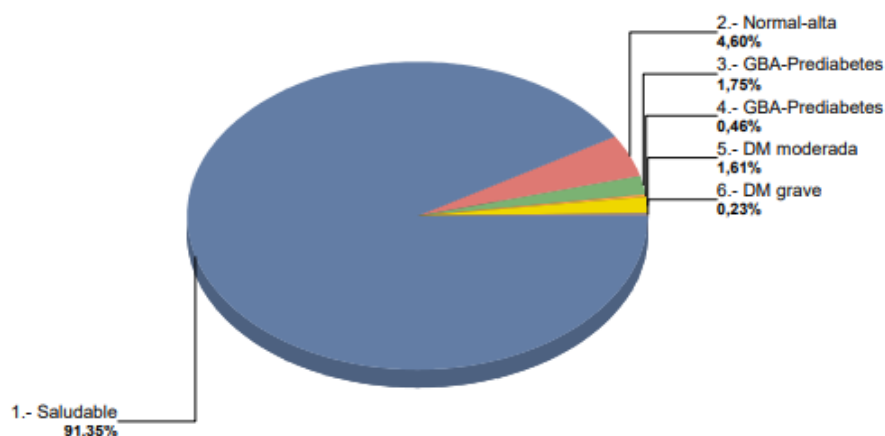
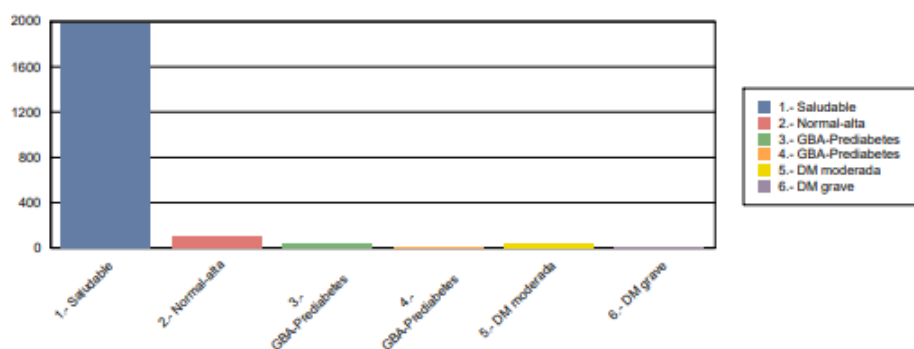
20.988



Puntuación

20.988 / 21.730

97 %



10.8 TRIGLICÉRIDOS

Los triglicéridos son un tipo de grasa (lípidos) que se encuentran en la sangre.

Con la digestión el cuerpo convierte todas las calorías que no necesita usar de inmediato en triglicéridos. Los triglicéridos se almacenan en las células grasas. Más tarde, las hormonas liberan triglicéridos para obtener energía entre las comidas.

Valores de los triglicéridos en sangre:

- Normal: menos de 150 miligramos por decilitro (mg/dl), o
- Límite: 150 a 199 mg/dl
- Alto: 200 a 499 mg/dl
- Muy alto: 500 mg/dl o más

Los triglicéridos altos pueden contribuir al endurecimiento de las arterias o al engrosamiento de las paredes arteriales (arterioesclerosis), lo que aumenta el riesgo de sufrir accidente cerebrovascular, ataque cardíaco y cardiopatías. Los triglicéridos extremadamente altos también pueden causar inflamación aguda del páncreas (pancreatitis).

Los triglicéridos altos a menudo son un signo de otras afecciones que aumentan el riesgo de sufrir enfermedad cardíaca y accidente cerebrovascular, incluyendo la obesidad y el síndrome metabólico, un grupo de condiciones, entre ellas demasiada grasa alrededor de la cintura, hipertensión arterial, triglicéridos altos, hiperglucemia y niveles anormales de colesterol.

10.8.1 CONCLUSIONES:

No hay diferencias significativas entre sexos en los resultados y el indicador de salud está en la zona verde en un 96%, en cifras saludables, mejorando 2 puntos con respecto al año 2023.

A continuación, se presentan los datos y resultados de este indicador:

Periodo estudiado desde el: 01/01/2024 hasta el: 31/12/2024
Nº total de reconocimientos efectuados en el periodo indicado: 2.376
En la empresa:



0% a 39%



40% a 79%



80% a 100%

Triglicéridos

Categoría	Puntos	Casos	%	Puntos	Rango de valores
1.- Saludable	10	1.924	90,03	19.240	entre 0 y 150
2.- Límite bajo	8	79	3,70	632	entre 151 y 175
3.- Límite alto	6	55	2,57	330	entre 176 y 199
4.- Elevación moderada	4	69	3,23	276	entre 200 y 349
5.- Alto	2	8	0,37	16	entre 350 y 499
6.- Muy alto	0	2	0,09	0	entre 500 y 999

2.137

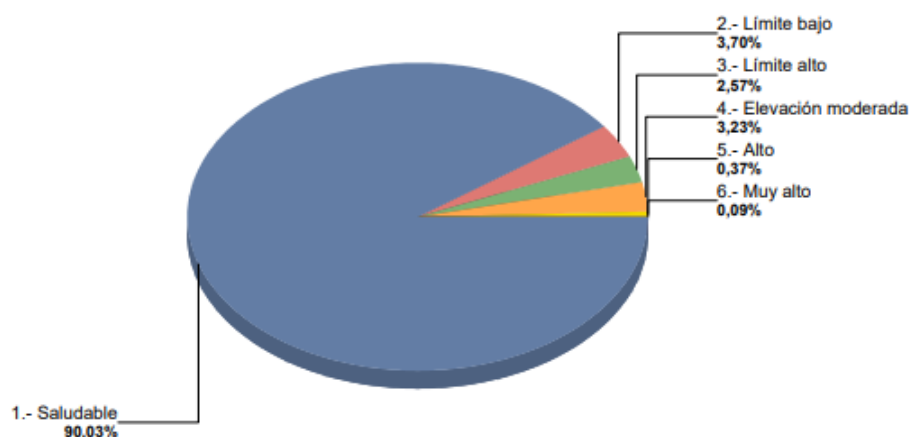
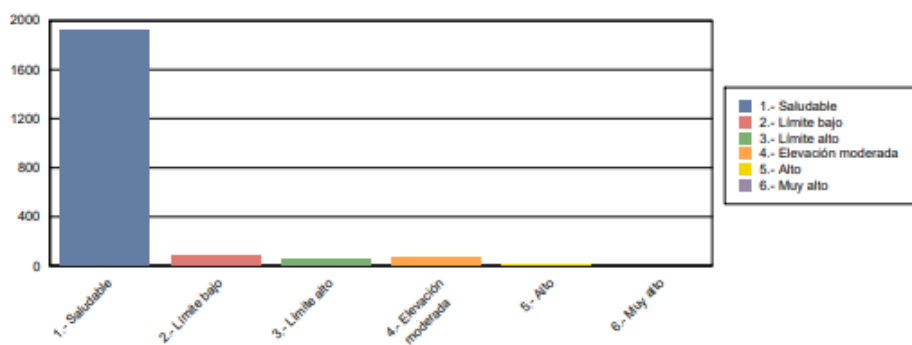
20.494



Puntuación

20.494 / 21.370

96 %



10.9 COLESTEROL

El **colesterol** es una sustancia grasa natural presente en todas las células del cuerpo humano necesaria para el normal funcionamiento del organismo. La mayor parte del colesterol se produce en el hígado, aunque también se obtiene a través de algunos alimentos.

Podemos hablar de dos tipos de colesterol:

- **Colesterol malo:** el colesterol al unirse a la partícula **LDL** se deposita en la pared de las arterias y forma las placas de ateroma.
- **Colesterol bueno:** el colesterol al unirse a la partícula **HDL** transporta el exceso de colesterol de nuevo al hígado para que sea destruido.

Cifras de Colesterol total en sangre:

- **Normal:** menos de 200 mg/dl
- **Normal-alto:** entre 200 y 240 mg/dl. Se considera hipercolesterolemia a los niveles de colesterol total superiores a 200 mg/dl.
- **Alto:** por encima de 240 mg/dl

10.9.1 CONCLUSIONES Y ACCIONES DE MEJORA:

El indicador de salud del Colesterol se encuentra en un 72% por debajo de lo que consideramos cifras saludables, empeorando 5 puntos con respecto al año 2023.

No hay diferencias significativas entre sexos y el porcentaje de Colesterol alto y muy alto está en un 12,61% (ha aumentado con respecto al 9,41% del año 2023) Por lo que concluimos que requerirá llevar a cabo una intervención sanitaria más agresiva enfocada al porcentaje de trabajadores con niveles de Colesterol por encima de lo deseado, ya sea a través de consejos sanitarios, adjuntar dietas de Hipercolesterolemia, formación en hábitos saludables etc.

A continuación, se presentan los datos y resultados de este indicador:

Periodo estudiado desde el: 01/01/2024 hasta el: 31/12/2024

Nº total de reconocimientos efectuados en el periodo indicado: 2.376

En la empresa:



0% a 39%



40% a 79%



80% a 100%

Colesterol total

Categoría	Puntos	Casos	%	Puntos	Rango de valores
1.- Saludable	10	1.040	46,37	10.400	
2.- Normal	8	219	9,76	1.752	
3.- Límite bajo	6	413	18,41	2.478	
4.- Límite alto	4	288	12,84	1.152	
5.- Alto	2	175	7,80	350	
6.- Muy alto	0	108	4,81	0	

2.243

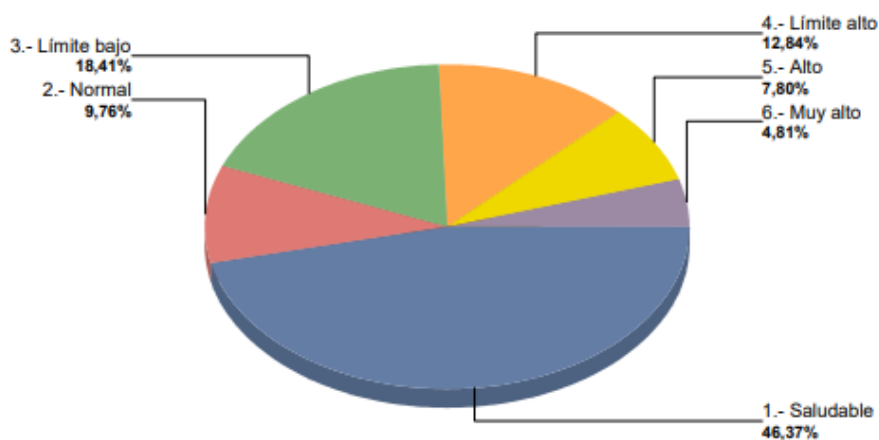
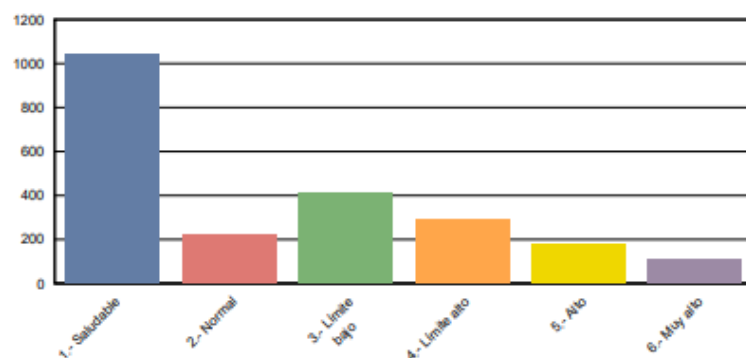
16.132



Puntuación

16.132 / 22.430

72 %



10.10 ÍNDICE DE ATEROGENICIDAD

Es un cálculo que refleja la relación entre el colesterol total y el colesterol HDL que hay en nuestras arterias. Mediante esta fórmula podremos conocer el riesgo de aterosclerosis de una persona.

Niveles altos de colesterol HDL -también llamado colesterol bueno- en relación con el colesterol total, equivale a un índice aterogénico bajo, y por lo tanto, un menor riesgo de aterosclerosis.

Por el contrario, unos niveles bajos de HDL en proporción a los niveles totales de colesterol, darán un índice aterogénico alto y mayor riesgo de aterosclerosis.

Valores de referencia del índice aterogénico:

- **Riesgo mínimo:** cuando el valor que se obtiene es menor a 3,5, las probabilidades de padecer alguna enfermedad cardiovascular son baja o casi nula.
- **Riesgo moderado:** si los valores se encuentran entre el rango de 3,5 a 4,5, se deben controlar los niveles de colesterol y utilizar estrategias de prevención.
- **Riesgo máximo:** aquellas personas con valores superiores a 4,5 se deben monitorizar constantemente. En este caso, es necesario aplicar medidas para que descendan los niveles de colesterol, con miras a evitar que aparezca enfermedad en los vasos, o en su defecto, para estabilizar la patología ya instaurada.

Además de estos valores de referencia, **en el riesgo de presentar aterosclerosis también influye el sexo de la persona**. Así, en los varones el riesgo grave se considera desde 4,5 puntos en el índice aterogénico; mientras que en las mujeres se considerará a partir de 4.

10.10.1 CONCLUSIONES:

Se encuentra en la zona verde con un 87%. No hay diferencias significativas entre sexos en los resultados y el indicador de salud está en cifras saludables.

A continuación, se presentan los datos y resultados de este indicador:

Periodo estudiado desde el: 01/01/2024 hasta el: 31/12/2024

Nº total de reconocimientos efectuados en el periodo indicado: 2.376

En la empresa:



0% a 39%



40% a 79%



80% a 100%

Indice Aterogenicidad

Categoría	Puntos	Casos	%	Puntos	Rango de valores
1.- Saludable	10	528	50,29	5.280	
2.- Cercano óptimo	8	451	42,95	3.608	
3.- Limite alto	4	70	6,67	280	
4.- Alto (I)	0	1	0,10	0	
5.- Alto (II)	0	0	0,00	0	
6.- Muy alto	0	0	0,00	0	

1.050

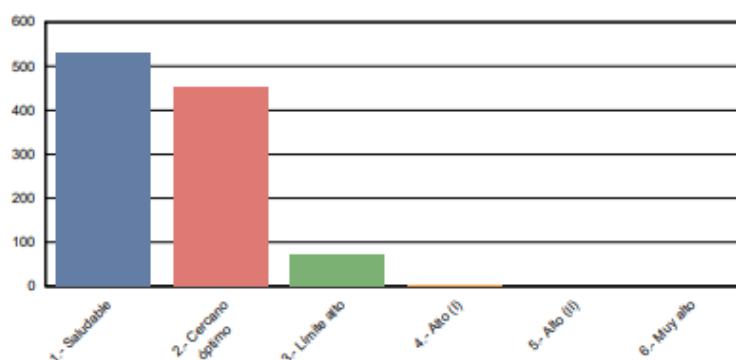
9.168



Puntuación

9.168 / 10.500

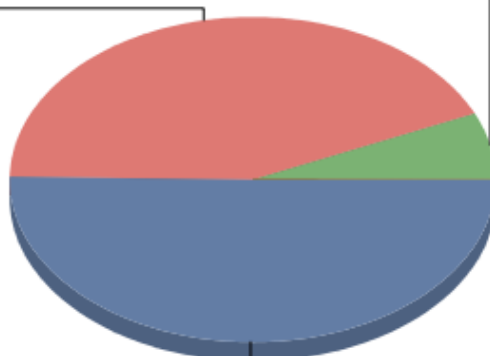
87 %



2.- Cercano óptimo
42,95%

3.- Limite alto
6,67%
4.- Alto (I)
0,10%

1.- Saludable
50,29%



10.11 RESULTADO GLOBAL

La suma de todas las puntuaciones obtenidas en los factores de riesgo cardiovascular estudiados nos indica un resultado global de 81%, mismo resultado del año 2023, y mejorando cifras del año 2022, por lo que se encuentra dentro del rango de Salud positiva, con un funcionamiento óptimo y nivel de bienestar elevado.

Como resumen, el Resultado global muestra un estado saludable en la población mujeres (84%) y 6 puntos por debajo en varones (78%) en una zona neutra de salud, difícil de distinguir lo normal de lo patológico.

Las cifras por debajo del nivel de salud positiva en actividad física, alcohol, Índice de Masa Corporal, tensión arterial y colesterol requieren priorizar las actuaciones de promoción de la salud en este sentido, en especial en la población de varones.



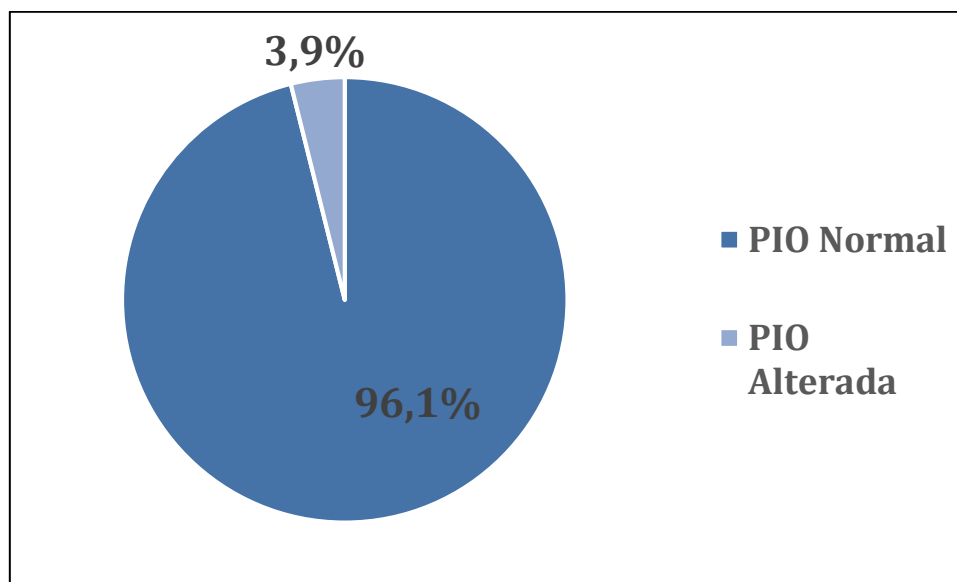
Se puede concluir que el entorno laboral de la UGR favorece hábitos saludables a lo que contribuyen los programas instaurados desde la Delegación del Rector para la Salud y las relaciones sanitarias y en el SSP de la UGR.

11 PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL GLAUCOMA

Al personal con exposición a pantallas de visualización de datos mayor a 40 años y conductores, o resto de protocolos según criterio médico valorando sintomatología y/o antecedentes, se les realiza la medición de la presión intraocular (PIO), con objeto de detectar precozmente alteraciones en esta que pudieran terminar produciendo glaucoma (enfermedad que causa daño en el nervio óptico y puede producir pérdida de visión y ceguera).

Se ha realizado la toma de presión intraocular a **1231 personas** (dato superior a 2023). En **1183** personas se han encontrado valores de normalidad entre 10 y 19 mm Hg, (el **96,1 %**), y en **48** valores anormales, con cifras mayores o iguales a 20 o inferiores a 10 mmHg, (el **3.9 %**), dato también similar a 2023. Las personas con PIO elevada son derivadas al oftalmólogo concertado con el SSP para valoración, diagnóstico y seguimiento.

Gráfico 42: Toma de presión intraocular PIO



De estas **1231** personas valoradas, **51.3%** son hombres y **48.7%** mujeres. De los valores anormales indicados, **29** fueron en varones (**4.6 %** con relación a total de varones), y **19** en mujeres (**3.1 %** con relación a total de mujeres).

Tabla 55: Resultados Medición Presión Intraocular (PIO) por sexo

	Hombre	Mujer	Total
PIO Alterada	29	19	48
PIO Normal	603	580	1183
Total	632	599	1231

De estas 1231 personas, **60.9 %** son PDI y **39.1 %** PTGAS. De los valores anormales, **29** fueron en PDI (**3,8%** con relación a total de PDI) y **19** en PTGAS (**3.9 % con relación a total de PTGAS**)

Tabla 56: Resultados Medición Presión Intraocular (PIO) por puesto y sexo

	PDI H	PDI M	PTGAS H	PTGAS M	Total
PIO Alterada	19	10	10	9	48
PIO Normal	415	306	188	274	1183
Total	434	316	198	283	1231

11.1 CONCLUSIONES Y PROPUESTAS SOBRE LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN

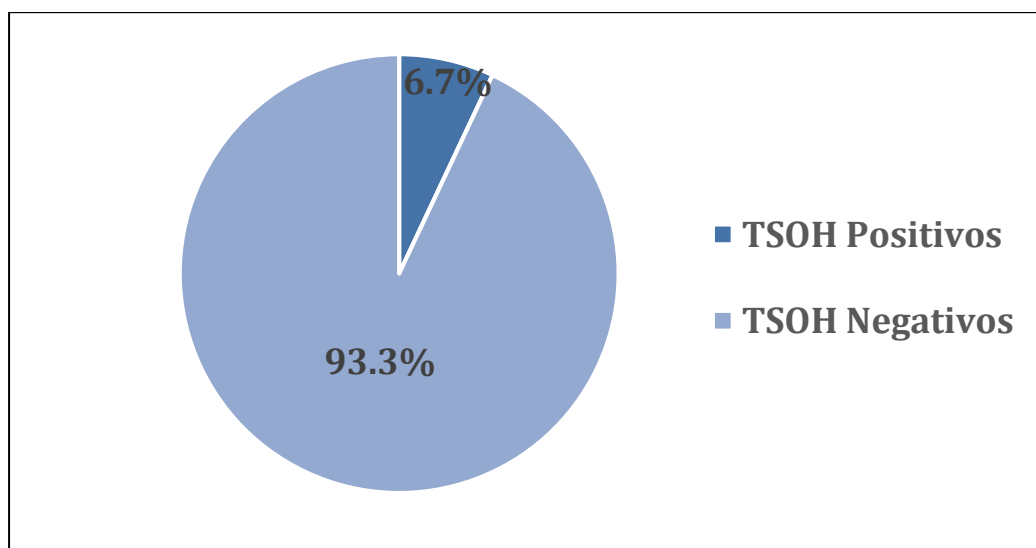
Una vez valorados los resultados de los diferentes programas, se puede concluir que los porcentajes de las alteraciones detectadas son bajos con relación al total, aunque en números absolutos sí que es significativo, teniendo en cuenta la gravedad de las patologías a la que esta detección precoz está orientada. Por esto, se concluye que su realización está suficientemente justificada, por lo que deberían mantenerse en las próximas planificaciones de actividades.

12 PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE CÁNCER COLORRECTAL

A las personas con 50 o más años, que se realizan el RML, se le da la opción de participar en el **Programa Preventivo de Cáncer Colorrectal**, añadiendo al perfil analítico el **test de sangre oculta en heces (TSOH)**, con el fin de detectar alteraciones que pudieran llegar finalmente al diagnóstico precoz de este tipo de cánceres.

En 2024 se han realizado un total de **284 TSOH, el doble que en 2023**, que fueron 143. Del total de TSOH realizadas, **19, el 6.7%**, fueron positivas, dato similar a 2023, que fue del 6.9%. A los casos positivos se les deriva a su médico de atención primaria para valoración y si procede consulta con el especialista para que realice una revisión y las pruebas complementarias necesarias para un diagnóstico definitivo.

Gráfico 43: Test de sangre oculta en heces (TSOH).



Del total, el **66%** se ha realizado en varones y **34%** en mujeres. De las **19 muestras positivas**, **13** fueron en hombres, **6.9 %** con relación a total de hombres, **similar a 2023**; y **6** en mujeres, **6.2%** con relación a total de mujeres, **0.6% menos que el mismo dato en 2023**. En ambos sexos se observan datos similares de positividad.

Tabla 57: Resultados Test Sangre Oculta en Heces (TSOH) por sexo

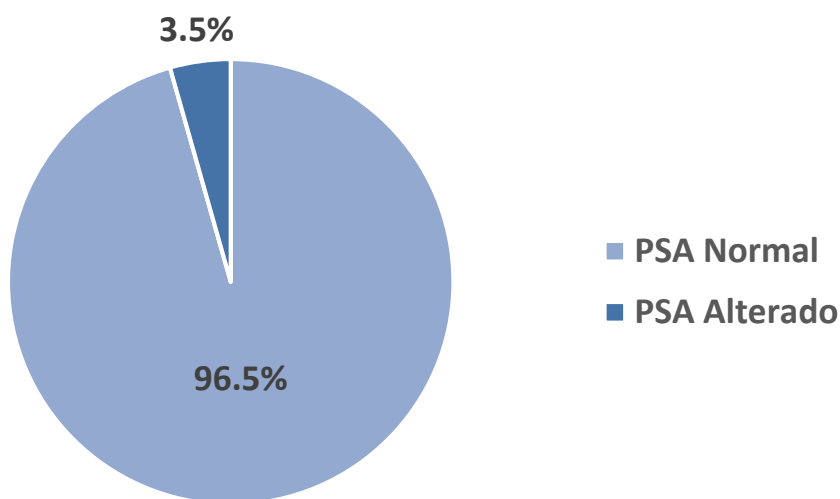
	Hombre	Mujer	Total
- TSOH Positivos	13	6	19
- TSOH Negativos	175	90	265
- Total	188	96	284

12.1 PERFIL ANALÍTICO DE PRÓSTATA

A los hombres con 50 años o más, se le incluye en el perfil analítico de su RML, la determinación del antígeno prostático específico (PSA), con objeto de poder detectar precozmente alteraciones en la próstata.

Se han realizado un total de **453** determinaciones de PSA en 2024, **30% más que en 2023**, encontrado valores de normalidad en **437**, el **96.5%**, y alterados en **16**, el **3.5%**, del total de los casos, siendo este porcentaje casi un **1%** menor que en 2023. A los casos positivos se les deriva a su médico de atención primaria para valoración y si procede consulta con el especialista para que realice una revisión y las pruebas complementarias necesarias para diagnóstico.

Gráfico 44: Antígeno prostático específico (PSA).



12.2 CONCLUSIONES Y PROPUESTAS SOBRE LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN

Una vez valorados los resultados de los diferentes programas, se puede observar como los porcentajes de las alteraciones detectadas son bajos con relación al total, aunque en números absolutos sí que es significativo, teniendo en cuenta la gravedad de las patologías a la que esta detección precoz está orientada. Por esto, se concluye que su realización está suficientemente justificada, por lo que deberían mantenerse en las próximas planificaciones de actividades.

Índice de Gráficos.

Gráfico 1: Alteraciones detectadas al personal explorado.	6
Gráfico 2: Alteraciones detectadas en exploración visual por sexo.	6
Gráfico 3: Alteraciones detectadas en exploración visual por sexo.	7
Gráfico 4: Factores relacionados con PVD que producen molestias.	10
Gráfico 5: Factores relacionados con PVD que producen molestias por sexo. encuestado	11
Gráfico 6: Factores relacionados con PVD que producen molestias por sexo y grupo.....	11
Gráfico 7: Todas las molestias visuales referidas.....	14
Gráfico 8: Picores en los ojos de encuestados.	15
Gráfico 9: Picores en los ojos por puesto y sexo absolutos.	15
Gráfico 10: Picores en los ojos por puesto y sexo por grupo.....	16
Gráfico 11: Quemazón de encuestados.....	16
Gráfico 12: Quemazón por puesto y sexo absolutos.	17
Gráfico 13: Quemazón por puesto y sexo por grupo.	17
Gráfico 14: Sensación de ver peor de encuestados.	18
Gráfico 15: Sensación de ver peor por puesto y sexo absolutos	18
Gráfico 16: Sensación de ver peor por puesto y sexo por grupo.....	19
Gráfico 17: Visión Borrosa de encuestados.	19
Gráfico 18: Visión Borrosa por puesto y sexo absolutos.....	20
Gráfico 19: Visión Borrosa por puesto y sexo por grupo.	20
Gráfico 20: Dolor de cabeza de encuestados.	21
Gráfico 21: Dolor de cabeza por puesto y sexo absolutos.	21
Gráfico 22: Dolor de cabeza por puesto y sexo por grupo.....	22
Gráfico 23: Deslumbramiento, estrellitas, luces encuestados.....	22
Gráfico 24: Deslumbramiento, estrellitas, luces por puesto y sexo absolutos	23
Gráfico 25: Deslumbramiento, estrellitas, luces por puesto y sexo por grupo.	23
Gráfico 26: Tipo de alteraciones en locomotor en todos lo protocolos explorados.....	26
Gráfico 27: Tipo alteraciones locomotor en todos los protocolos explorados por sexo	26
Gráfico 28: Tipo alteraciones locomotor en todos los protocolos explorados por puesto y sexo valorados	27
Gráfico 29: Tipo alteraciones locomotor en todos los protocolos explorados por puesto y sexo por grupo	28
Gráfico 30: Tipo de molestias osteomuscular de personal encuestado.....	31
Gráfico 31: Tipo de molestias osteomusculares del personal encuestado por sexo.....	32
Gráfico 32: Tipo de molestias osteomusculares del personal encuestado por puesto y sexo	33
Gráfico 33: Tipo de molestias osteomusculares del personal encuestado por puesto y sexo por grupo	34
Gráfico 34: Porcentaje Diagnóstico Topográfico General AT con BAJA	66
Gráfico 35: Porcentaje Diagnóstico Topográfico General AT sin BAJA.....	67
Gráfico 36: Porcentaje Diagnóstico Topográfico General EP sin BAJA.....	67
Gráfico 37: Porcentaje Diagnóstico Topográfico General EP con BAJA.....	68
Gráfico 38: Porcentaje RML tras ITCC por puesto de trabajo.....	71
Gráfico 39: Porcentaje relativo RML tras ITCC por tamaño de puesto	72
Gráfico 40: Porcentaje RML TRAS ITCC por Diagnóstico Topográfico General.....	74
Gráfico 41: Permisos y Comunicaciones Maternidad.....	79
Gráfico 42: Toma de presión intraocular PIO	104
Gráfico 43: Test de sangre oculta en heces (TSOH)	106
Gráfico 44: Antígeno prostático específico (PSA).....	107

Índice de Tablas.

Tabla 1: Alteraciones detectadas en exploración visual RML 2024 del personal valorado	8
Tabla 2: Alteraciones detectadas en exploración visual RML 2024 por grupo.....	9
Tabla 3: Factores ergonómicos de molestias visuales del personal encuestado.....	12
Tabla 4: Factores ergonómicos de molestias visuales respecto de cada grupo.....	13
Tabla 5: Alteraciones detectadas en exploración del ap locomotor por puesto y sexo explorados	29
Tabla 6: Alteraciones detectadas en exploración del ap locomotor por puesto y sexo por grupo	30
Tabla 7: Tipo de molestias osteomusculares del personal encuestado por puesto y sexo	35
Tabla 8: Tipo de molestias osteomusculares del personal encuestado por puesto y sexo por grupo	36
Tabla 9: Cuantificación del riesgo vocal.....	39
Tabla 10: Resultados Cuestionarios de Goldberg.....	43
Tabla 11: Distribución de empleados por colectivo y sexo según presencia de sintomatología compatible con ansiedad	44
Tabla 12: Distribución de empleados por edad en el colectivo PTGAS según presencia de sintomatología compatible con ansiedad	44
Tabla 13: Distribución de empleados por edad en el colectivo PDI según presencia de sintomatología compatible con ansiedad	44
Tabla 14: Resultados de los cuestionarios compatibles con	45
Tabla 15: Distribución de empleados por colectivo y sexo según presencia de sintomatología compatible con ansiedad de posible origen laboral	45
Tabla 16	
Nº de PDI con cuestionario compatible con trastorno de ansiedad de posible causa laboral	46
Tabla 17: Distribución porcentual de PDI con ansiedad de posible origen laboral.....	46
Tabla 18: Nº de Áreas Funcionales PTGAS con cuestionario compatible con trastorno de ansiedad de causa laboral	47
Tabla 19: Distribución porcentual de PTGAS con ansiedad de posible origen laboral.....	47
Tabla 20: Resultados Cuestionarios de Goldberg-Subescala Depresión según colectivo y sexo.....	48
Tabla 21: Distribución de empleados por colectivo y sexo según presencia de sintomatología compatible con depresión	48
Tabla 22: Distribución de empleados por edad en el colectivo PTGAS según presencia de sintomatología compatible con depresión	49
Tabla 23: Distribución de empleados por edad en el colectivo PDI según presencia de sintomatología compatible con depresión	49
Tabla 24: Resultados de los cuestionarios compatibles con	49
Tabla 25: Distribución de empleados por colectivo y sexo según presencia de sintomatología compatible con depresión de posible origen laboral.....	50
Tabla 26: Nº de PDI con cuestionario compatible con trastorno de depresión de causa laboral	51
Tabla 27: Distribución porcentual de PDI con depresión de posible origen laboral.....	51
Tabla 28: Nº de Áreas Funcionales PTGAS con cuestionario compatible con.....	51
Tabla 29: Distribución porcentual de PTGAS con depresión de posible origen laboral	52
Tabla 30: Valoración Psicológica externa de trabajadores de la UGR con cuestionarios positivos de ansiedad y/o depresión de posible origen laboral.....	53
Tabla 31: Valoración Psicológica externa de trabajadores de la UGR con cuestionarios positivos de ansiedad y/o depresión de posible origen laboral. Distribución por sexo y colectivo según sintomatología	53
Tabla 32: Evolución administración de vacuna antigripal 2020-2024.....	59
Tabla 33: Vacunas administradas según colectivo laboral	
Gripe.	59
Tabla 34: Vacunas administradas según colectivo laboral	
Tétanos.	60
Tabla 35: Vacunas administradas según colectivo laboral	
Hepatitis.A	61
Tabla 36: Vacunas administradas según colectivo laboral	
Hepatitis.B	62

Tabla 37: Vacunas administradas según colectivo laboral

Fiebre Tifoidea.....	63
Tabla 38: Total vacunas administradas durante el año 2024.....	63
Tabla 39: Marcadores serológicos realizados en este periodo	64
Tabla 40: Distribución General AT CON BAJA-UGR 2024.....	65
Tabla 41: Distribución Topográfico General AT CON BAJA-UGR 2024	65
Tabla 42: Distribución General AT SIN BAJA-UGR 2024	66
Tabla 43: Distribución Topográfico General AT SIN BAJA-UGR 2024.....	66
Tabla 44: Diagnóstico Topográfico General EP sin BAJA UGR 2024.....	67
Tabla 45: Diagnóstico Topográfico General EP con BAJA UGR 2024.....	68
Tabla 46: Tablas Generales RML tras ITCC UGR 2024	70
Tabla 47: RML tras ITCC por puesto UGR 2024	70
Tabla 48: RML tras ITCC por tamaño de puesto de trabajo UGR 2024	72
Tabla 49: Diagnóstico Topográfico general RML tras ITCC UGR 2024	73
Tabla 50: Diagnóstico Etiológico Significativo por puestos RML tras ITCC UGR.....	74
Tabla 51: Posible Causalidad Laboral Condiciones trabajo Motivo baja RML tras ITCC UGR 2024	75
Tabla 52: Permisos maternales y Comunicaciones de embarazo	78
Tabla 53: Cálculo de riesgo cardiovascular	83
Tabla 54: Programa de deshabituación tabáquica 2023	85
Tabla 55: Resultados Medición Presión Intraocular (PIO) por sexo.....	104
Tabla 56: Resultados Medición Presión Intraocular (PIO) por puesto y sexo	105
Tabla 57: Resultados Test Sangre Oculta en Heces (TSOH) por sexo	106