



**UNIVERSIDAD
DE GRANADA**

Vicerrectorado de Igualdad,
Inclusión y Sostenibilidad

Vigilancia de la Salud Colectiva y Seguimiento de Programas Preventivos 2021

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

**SERVICIO DE SALUD Y
PREVENCIÓN.**

*SECRETARIADO DE CAMPUS
SALUDABLE*



UNIVERSIDAD
DE GRANADA

Vicerrectorado de Igualdad,
Inclusión y Sostenibilidad



Servicio de Salud
y **Prevención**



ÍNDICE

Introducción	5
1 Estudio de la Patología Visual relacionada con el uso de PVD	6
1.1 Factores Ergonómicos Responsables de Molestias Visuales	6
1.2 Sintomatología Relacionada con la Fatiga Visual	7
1.3 Conclusiones	8
1.4 Propuestas	8
2 Estudio de la Patología Osteomuscular	9
2.1 Exploración del Aparato Locomotor	9
2.1.1 <i>Exploración Osteomuscular en Protocolo Pantalla de Visualización de Datos</i>	<i>11</i>
2.1.2 <i>Exploración Osteomuscular en Protocolo de Manipulación Manual de Cargas y Movimientos Repetitivos.....</i>	<i>14</i>
2.2 Resultados de los Cuestionarios de Sintomatología osteomuscular	15
2.2.1 <i>Cuestionario de Sintomatología Osteomuscular en Protocolo PVD.....</i>	<i>15</i>
2.2.2 <i>Resultados de los Cuestionarios de Sintomatología Osteomuscular en MMCC.....</i>	<i>17</i>
2.3 Conclusiones	19
2.4 Propuestas	19
3 Vigilancia de la Salud tras Ausencia Prolongada por Motivos de Salud (ITCC)	21
3.1 Identificación y Criterios de Inclusión. Recogida de Datos	21
3.2 Resultados y Análisis de Datos	22
3.3 Conclusiones	27
3.4 Propuestas	27
4 Programa de Protección de la Maternidad y la Lactancia Natural	29
4.1 Situación Actual en la Protección de la Maternidad y Embarazo en la UGR.....	30
4.2 Conclusiones	31
4.3 Propuestas	31
5 Programa Preventivo de Enfermedades Cardiovasculares	33
6 Indicadores de Salud.....	35
6.1 Consumo de Tabaco.....	37
6.1.1 <i>Conclusiones:.....</i>	<i>37</i>
6.1.2 <i>Propuestas:.....</i>	<i>37</i>
6.2 Actividad Física	39
6.2.1 <i>Conclusiones:.....</i>	<i>39</i>
6.2.2 <i>Propuestas.....</i>	<i>39</i>



6.3 Consumo de Alcohol	41
6.3.1 Conclusiones:.....	41
6.3.2 Propuestas:.....	41
6.4 Índice de Masa Corporal	43
6.4.1 Conclusiones:.....	43
6.4.2 Propuestas:.....	43
6.5 Tensión Arterial.....	45
6.5.1 Conclusiones:.....	45
6.5.2 Propuestas:.....	45
6.6 Glucemia en sangre.....	47
6.6.1 Conclusiones:.....	47
6.7 Triglicéridos.....	49
6.7.1 Conclusiones:.....	49
6.8 Colesterol	51
6.8.1 Conclusiones:.....	51
6.9 Índice de aterogenicidad	53
6.9.1 Conclusiones:.....	53
6.10 Resultado Global.....	55
7 Control y seguimiento de casos y contactos COVID-19	56
7.1 Identificación y Control de Casos y Contactos en Personal Empleado.....	57
7.2 Seguimiento de Casos en Personal Empleado.....	67
7.2.1 Seguimiento de Contactos Estrechos:.....	67
7.2.2 Seguimiento de Casos Confirmados:.....	68

INTRODUCCIÓN

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.º.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 2021 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 2021, dando como conclusión una valoración del estado global de salud de nuestra población trabajadora. Finalmente, debido a la situación de pandemia que estamos atravesando, es de interés presentar y analizar los resultados del seguimiento y control de los casos COVID-19 del personal de la UGR.

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

Se analizan 1446 cuestionarios de función visual, procedentes de la vigilancia de la salud específica en trabajadores expuestos a Pantallas de Visualización de Datos (PVD) en el año 2021, aplicado a personal de administración (PAS) y docente-investigador (PDI). Este cuestionario está compuesto de dos capítulos: Factores ergonómicos y sintomatología relacionada con la fatiga visual.

1.1 FACTORES ERGONÓMICOS RESPONSABLES DE MOLESTIAS VISUALES

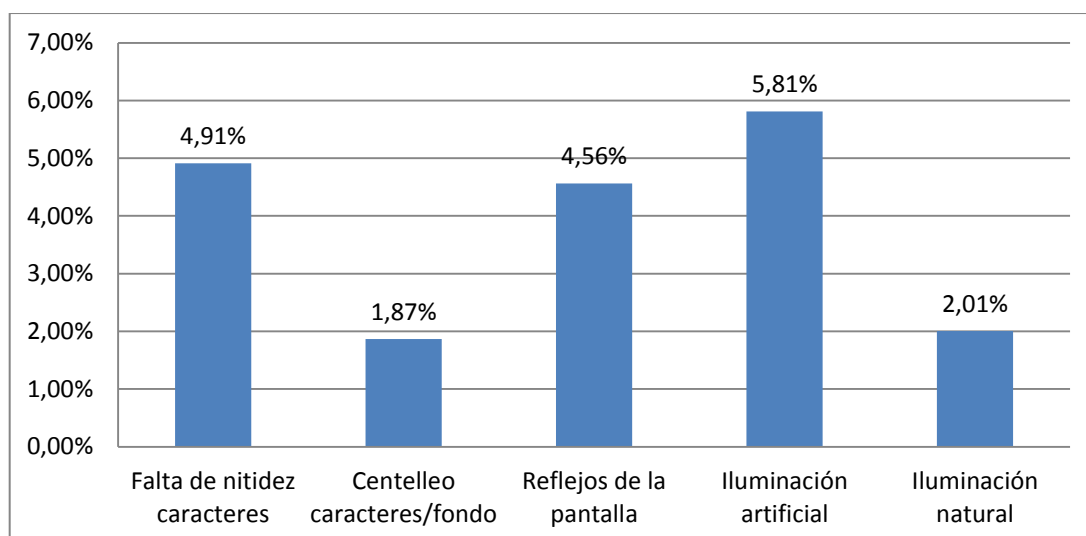
En la siguiente tabla se exponen los factores que, según refiere el personal expuesto a PVD, originan las molestias visuales durante su trabajo:

Tabla.1: Factores ergonómicos responsables de molestias visuales.

Factor	SÍ	%	NO	%	TOTAL
Falta de nitidez en los caracteres	71	4,91%	1375	95,09%	1446
Centelleo de los caracteres o del fondo	27	1,87%	1419	98,13%	1446
Reflejos de la pantalla	66	4,56%	1380	95,44%	1446
Iluminación artificial	84	5,81%	1362	94,19%	1446
Iluminación natural	29	2,01%	1417	97,99%	1446

En el siguiente gráfico se representan los porcentajes correspondientes cuando se indica que están presentes los factores responsables de molestias:

Gráfico 1: Factores relacionados con PVD que producen molestias



Como se puede observar la causa más frecuente de molestias visuales viene derivada del tipo y/o localización de la **iluminación artificial, falta de nitidez en los caracteres y reflejos en la pantalla.**

1.2 SINTOMATOLOGÍA RELACIONADA CON LA FATIGA VISUAL

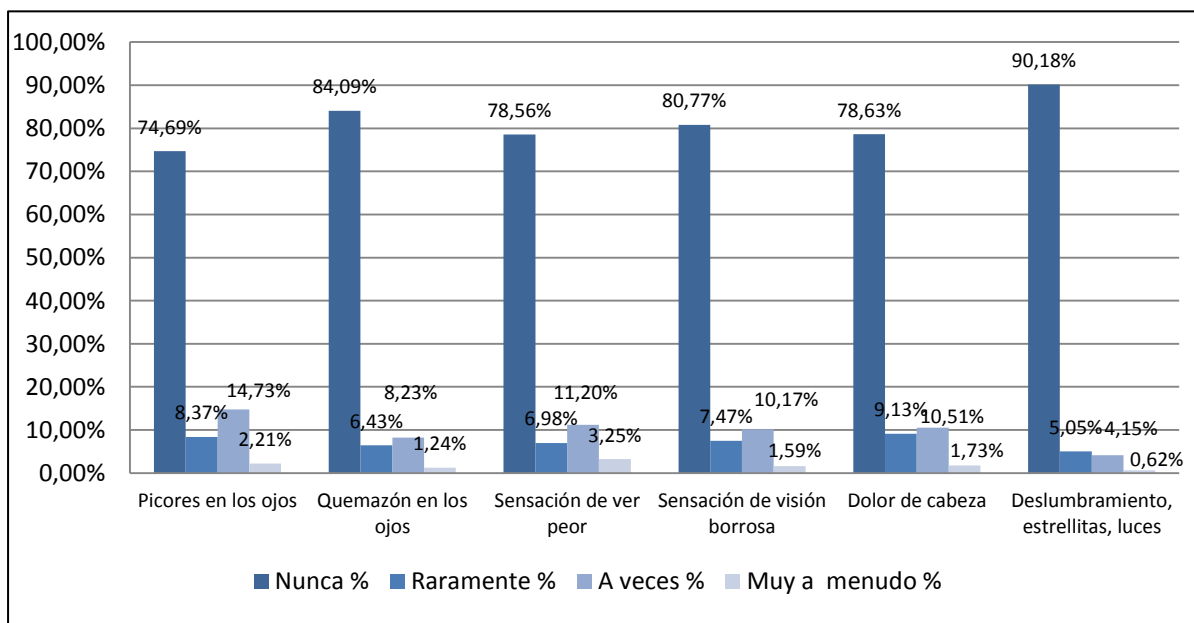
En la siguiente tabla se exponen los síntomas visuales durante o después del trabajo que refiere el personal expuesto a PVD.

Tabla 2: Sintomatología de la fatiga visual en Pantallas de Datos.

	Nunca		Raramente		A veces		Muy a menudo		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Picores en los ojos	1080	74,69%	121	8,37%	213	14,73%	32	2,21%	1446
Quemazón en los ojos	1216	84,09%	93	6,43%	119	8,23%	18	1,24%	1446
Sensación de ver peor	1136	78,56%	101	6,98%	162	11,20%	47	3,25%	1446
Sensación de visión borrosa	1168	80,77%	108	7,47%	147	10,17%	23	1,59%	1446
Dolor de cabeza	1137	78,63%	132	9,13%	152	10,51%	25	1,73%	1446
Deslumbramiento, estrellitas, luces	1304	90,18%	73	5,05%	60	4,15%	9	0,62%	1446

En el siguiente gráfico se representan los porcentajes correspondientes a la frecuencia de los síntomas referidos:

Gráfico 2: Síntomas visuales asociados al uso de PVD



Como se puede observar, de los 1446 encuestados, expuestos a PVD, todas las molestias se presentan en un porcentaje significativo, destacando los **picores de ojos**.

1.3 CONCLUSIONES

Tras el análisis de los datos, se puede concluir que el personal expuesto a PVD reconocido en 2021 refiere un proporción pequeña de factores relacionados con el puesto de trabajo que pueden provocar alteraciones de la visión.

Los síntomas que están relacionados con fatiga visual también son un porcentaje pequeño, el más frecuente, “sensación de ver peor”, es el que presenta un porcentaje más elevado 3’25 %. Este síntoma puede estar relacionado por las condiciones de iluminación y también por las condiciones de salud individuales (alteraciones de la refracción y acomodación) por ello aunque sea pequeña la proporción de personas afectadas es necesario profundizar en las causas para tratar de corregirlas.

1.4 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. Promover la iluminación led en estos puestos de trabajo ya que es más homogénea y produce menos deslumbramientos.
2. Derivar al especialista de oftalmología para analizar más a fondo la agudeza visual y alteraciones de la refracción.
3. Si se descartan factores individuales derivar al área de ergonomía para investigación del puesto individualizadamente.
4. Realizar una segunda revisión de la visión tras la adopción de medidas oftalmológicas o ergonómicas.
5. Actualizar mediante formación “on line” los conocimientos del empleado sobre ergonomía y diseño de los puestos de PVD. Hacer hincapié en la adopción de pausas durante el trabajo con PVD.

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 2021, se han analizado estadísticamente los datos recogidos en:

1. La exploración del aparato locomotor realizada por el personal médico.
2. Los cuestionarios de sintomatología osteomuscular aplicados en los protocolos de “Pantallas de Visualización de Datos (PVD)”, y “Manipulación Manual de Cargas (MMCC).

2.1 EXPLORACIÓN DEL APARATO LOCOMOTOR

El personal médico del SSP lleva a cabo la exploración del aparato locomotor en casi la totalidad de los RML realizados, anotando en la historia clínica personal las alteraciones detectadas y estableciendo las conclusiones, medidas y recomendaciones individuales sin son necesarias. En este estudio se han agrupado las alteraciones en 6 zonas afectadas, con objeto de simplificar su análisis (escoliosis, columna cervical y trapecios, columna dorsal, columna lumbar, miembros superiores y miembros inferiores).

Se han examinado 1440 personas, de las cuales el 48,6% son mujeres y 51,4% hombres. Del total, el 24,2% presentan alguna alteración, el 32,7% de las mujeres frente al 16,2% en hombres. De las 281 alteraciones detectadas en mujeres destacan las 124 de la zona de columna alta (cervicales y trapecios), representando el 17,7% del total de alteraciones en este grupo. En los hombres se detectan un total de 120 alteraciones, siendo en este caso la zona más afectada los miembros superiores, representando el 5,5%. Se adjuntan todos los datos obtenidos de esta exploración al final de este apartado, en la tabla 3, dividida por protocolos y por sexo.

Gráfico 3: Alteraciones locomotor en todos los protocolos valorados

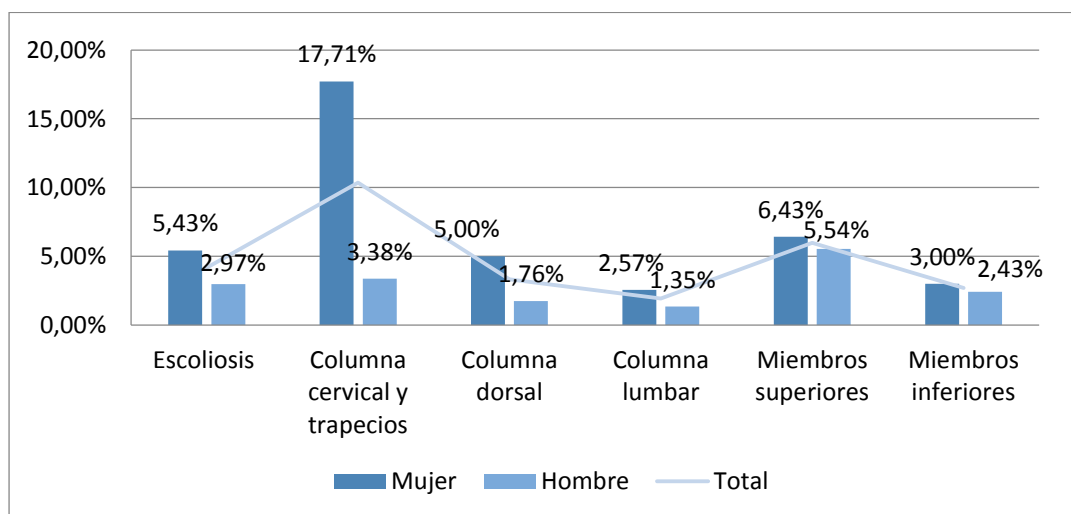


Tabla 3: Alteraciones detectadas en exploración locomotor RML 2021 por protocolos

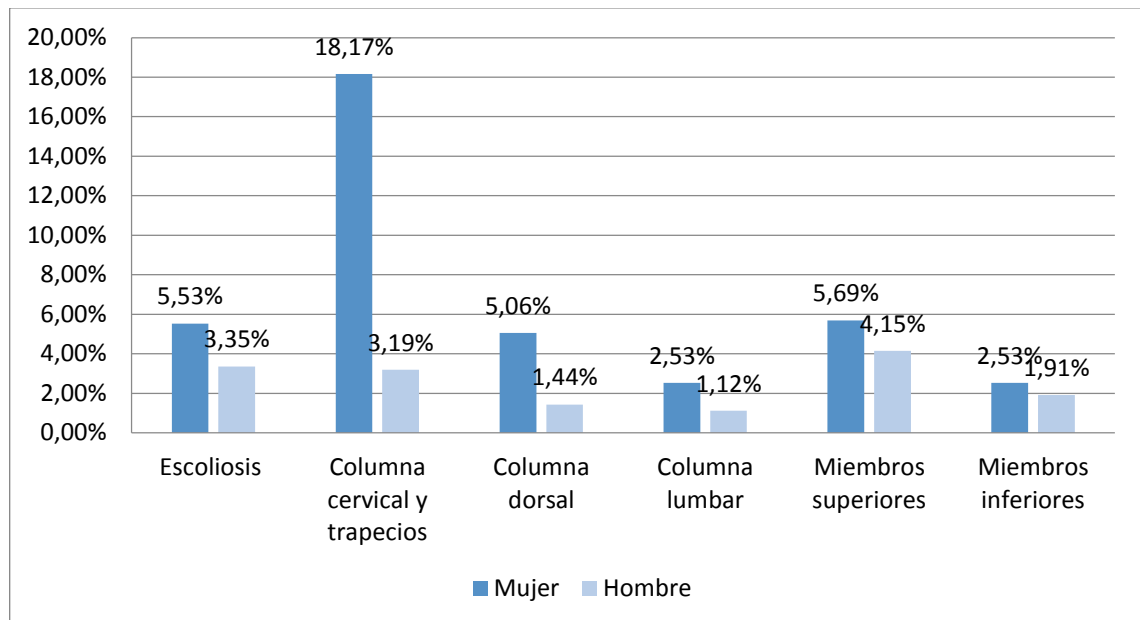
PROTOCOLO	PVD						M.CARGAS + M. REPETIDOS						TOTALES TODOS LOS PUESTOS					
	PUESTO			PDI + PAS			MANTENIMIENTO/HOSTELERÍA/DEPORTES/LIMPIEZA											
SEXO	Mujer		Hombre		Total		Mujer		Hombre		Total		Mujer		Hombre		Total	
Nº TOTAL	633	50,24%	627	49,76%	1260	87,50%	67	37,22%	113	62,78%	180	12,50%	700	48,61%	740	51,39%	1440	100,00%
Nº SIN ALTERACIONES	428	67,61%	533	85,01%	961	76,27%	43	64,18%	87	76,99%	130	72,22%	471	67,29%	620	83,78%	1091	75,76%
Nº CON ALTERACIONES	205	32,39%	94	14,99%	299	23,73%	24	35,82%	26	23,01%	50	27,78%	229	32,71%	120	16,22%	349	24,24%
Escoliosis	35	5,53%	21	3,35%	56	4,44%	3	4,48%	1	0,88%	4	2,22%	38	5,43%	22	2,97%	60	4,17%
Columna cervical y trapecios	115	18,17%	20	3,19%	135	10,71%	9	13,43%	5	4,42%	14	7,78%	124	17,71%	25	3,38%	149	10,35%
Columna dorsal	32	5,06%	9	1,44%	41	3,25%	3	4,48%	4	3,54%	7	3,89%	35	5,00%	13	1,76%	48	3,33%
Columna lumbar	16	2,53%	7	1,12%	23	1,83%	2	2,99%	3	2,65%	5	2,78%	18	2,57%	10	1,35%	28	1,94%
Miembros superiores	36	5,69%	26	4,15%	62	4,92%	9	13,43%	15	13,27%	24	13,33%	45	6,43%	41	5,54%	86	5,97%
Miembros inferiores	16	2,53%	12	1,91%	28	2,22%	5	7,46%	6	5,31%	11	6,11%	21	3,00%	18	2,43%	39	2,71%
TOTAL ALTERACIONES:	250		95		345		31		34		65		281		129		410	

En N.º **Total** en "Mujer/Hombre" se indica el porcentaje de cada sexo con respecto al total de este protocolo y en "Total" el porcentaje con respecto al total de todos los evaluados de todos los protocolos.
En N.º **sin alteraciones, con alteraciones y 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 por protocolo

2.1.1 EXPLORACIÓN OSTEOMUSCULAR EN PROTOCOLO PANTALLA DE VISUALIZACIÓN DE DATOS

Es muy significativo que del total de personal valorado indicado en el apartado anterior, 1260 personas (el 87,5%), es personal docente-investigador (PDI) y personal de administración (PAS) con el **protocolo de pantalla de visualización de datos (PVD)**. En este caso, las alteraciones mencionadas en el apartado anterior se magnifican. Del total de este grupo, el 23,7% presentan alguna alteración, el 32,3% de las mujeres frente al 14,9% en hombres. De las 250 alteraciones detectadas en mujeres destacan las 115 de columna alta (cervicales y trapecios), el 18,1% del total de este grupo. En la siguiente tabla se representan las alteraciones detectadas por sexo:

Gráfico 4: Alteraciones locomotor PVD por sexo



En la **tabla 4** se analiza el protocolo de PVD (1260 personas evaluadas) por puestos de trabajo: **personal docente-investigador (PDI)** 73,2% (928 personas) y **personal de administración (PAS administrativo)** 26,3% (332 personas). Los resultados más significativos en estos grupos son que en el caso de las mujeres del PDI y del PAS, el total de alteraciones se eleva a un 31,2% y 35,1% respectivamente, de las cuales destacan las de columna alta con un 16,7% en mujeres del PDI y 21,6% en mujeres del PAS. En el caso de mujeres del PAS es reseñable que el 11,8% presenta además alteraciones en miembros superiores (hombro, codo, muñeca y mano). En el siguiente gráfico se representan las alteraciones detectadas en el protocolo de PVD por puesto de trabajo y sexo:

Gráfico 5: Alteraciones locomotor PDI y PAS por sexo

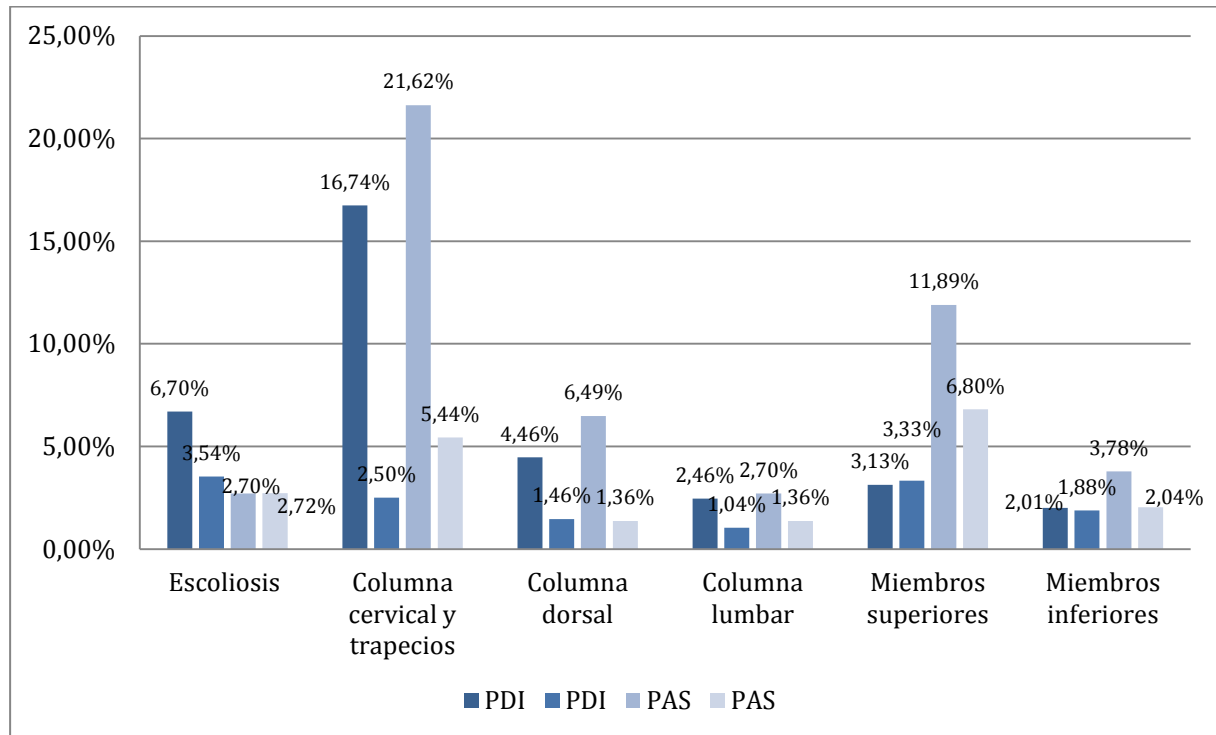


Tabla 4: Alteraciones detectadas en exploración locomotor en RML de 2021 con protocolo pantallas de visualización de datos (PVD), por puestos de trabajo: personal docente investigador (PDI) y de administración y servicios (PAS)

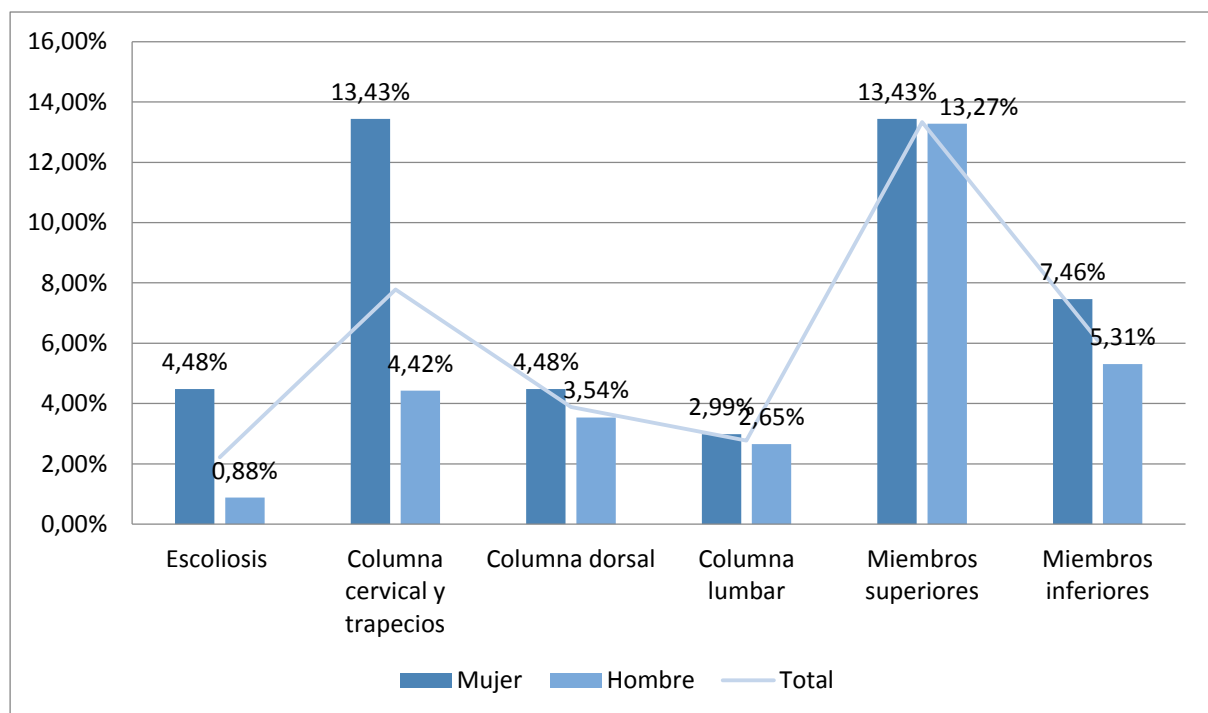
PROTOCOLO	PVD												TOTALES PVD (PAS y PDI)					
	PUESTO						PDI						PAS					
SEXO	Mujer		Hombre		Total		Mujer		Hombre		Total		Mujer		Hombre		Total	
N.º TOTAL	448	48,28%	480	51,72%	928	73,65%	185	55,72%	147	44,28%	332	26,35%	633	50,24%	627	49,76%	1260	100,00%
N.º SIN ALTERACIONES	308	68,75%	410	85,42%	718	77,37%	120	64,86%	123	83,67%	243	73,19%	428	67,61%	533	85,01%	961	76,27%
N.º CON ALTERACIONES	140	31,25%	70	14,58%	210	22,63%	65	35,14%	24	16,33%	89	26,81%	205	32,39%	94	14,99%	299	23,73%
Escoliosis	30	6,70%	17	3,54%	47	5,06%	5	2,70%	4	2,72%	9	2,71%	35	5,53%	21	3,35%	56	4,44%
Columna cervical y trapecios	75	16,74%	12	2,50%	87	9,38%	40	21,62%	8	5,44%	48	14,46%	115	18,17%	20	3,19%	135	10,71%
Columna dorsal	20	4,46%	7	1,46%	27	2,91%	12	6,49%	2	1,36%	14	4,22%	32	5,06%	9	1,44%	41	3,25%
Columna lumbar	11	2,46%	5	1,04%	16	1,72%	5	2,70%	2	1,36%	7	2,11%	16	2,53%	7	1,12%	23	1,83%
Miembros superiores	14	3,13%	16	3,33%	30	3,23%	22	11,89%	10	6,80%	32	9,64%	36	5,69%	26	4,15%	62	4,92%
Miembros inferiores	9	2,01%	9	1,88%	18	1,94%	7	3,78%	3	2,04%	10	3,01%	16	2,53%	12	1,91%	28	2,22%
TOTAL ALTERACIONES:	159		66		225		91		29		120		250		95		345	

En N.º **Total** en "Mujer/Hombre" se indica el porcentaje de cada sexo con respecto al total de este protocolo y en "Total" el porcentaje con respecto al total de todos los evaluados de todos los protocolos.
En N.º **sin alteraciones, con alteraciones y en cada alteración** en los apartados "Mujer/Hombre" se indica el porcentaje con respecto al n.º total de evaluados por sexo y en "Total" se indica el porcentaje del total de evaluados por protocolo.

2.1.2 EXPLORACIÓN OSTEOMUSCULAR EN PROTOCOLO DE MANIPULACIÓN MANUAL DE CARGAS Y MOVIMIENTOS REPETITIVOS

A continuación, se exponen los gráficos del resto del personal de servicios (hostelería, mantenimiento, limpieza y técnicos de instalaciones), un total de 180 (67 mujeres y 113 hombres), con protocolo de MMRR: Movimientos Repetidos y MMCC: Manipulación Manual de Cargas, que también se pueden observar en la **tabla 3**. Del total de este grupo, el 27,7% presentan alguna alteración, el 35,8% de las mujeres frente al 23,1% en hombres. De las 31 alteraciones detectadas en mujeres destacan las 9 de columna alta (cervicales y trapecios) y 9 de miembros superiores, representando cada una el 13,4% del total de alteraciones este grupo. En hombres, de las 34 alteraciones detectadas, destacan las 15 de miembros superiores, representando un 13,2% del total. En el siguiente gráfico se representan las alteraciones detectadas diferenciadas por sexo:

Gráfico 6: Alteraciones locomotor MMCC y MMRR



2.2 RESULTADOS DE LOS CUESTIONARIOS DE SINTOMATOLOGÍA OSTEOMUSCULAR

Se ha realizado un análisis de los datos de los cuestionarios de síntomas osteomusculares aplicados durante 2021 y relacionados con el protocolo de pantallas de visualización de datos (PVD), en PDI y PAS; y con el de manipulación manual de cargas (MMCC), en personal de mantenimiento y hostelería. A continuación se indican los resultados por protocolos aplicados.

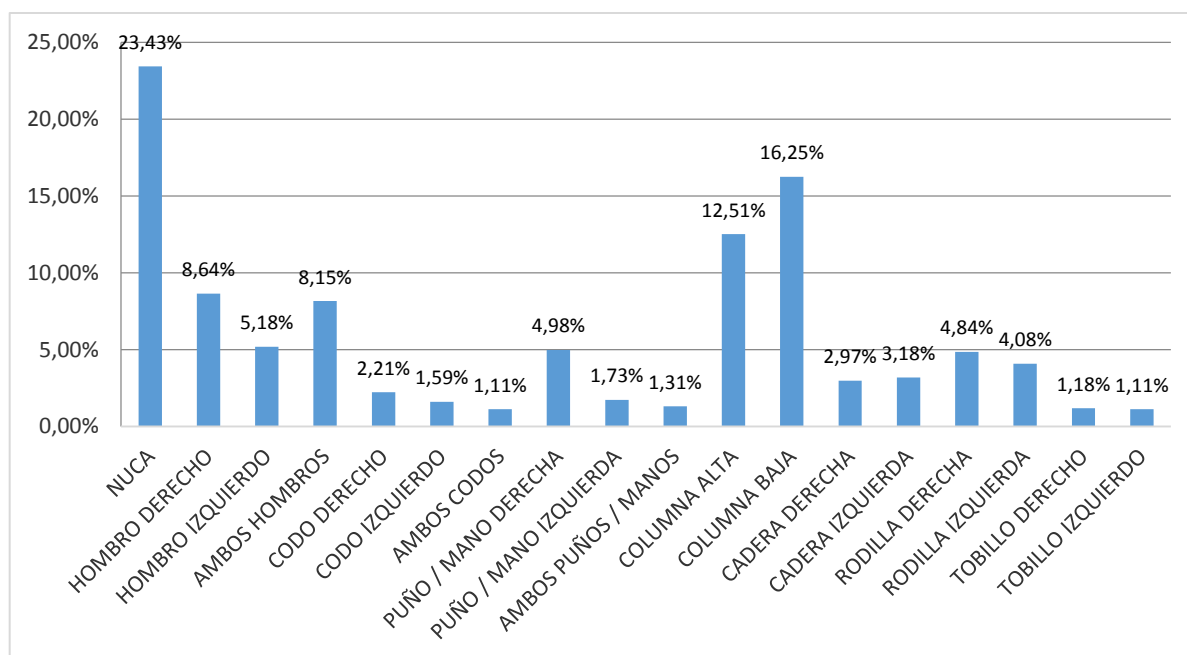
2.2.1 CUESTIONARIO DE SINTOMATOLOGÍA OSTEOMUSCULAR EN PROTOCOLO PVD

En el **Cuestionario de sintomatología osteomuscular del protocolo de PVD** (para PAS y PDI), se puede observar como destacable que de las **1431 personas encuestadas** manifiestan **problemas en los últimos 12 meses** de:

- **NUCA - 23,43%.**
- **COLUMNA ALTA - 12,51%.**
- **COLUMNA BAJA - 16,25%.**
- **HOMBRO DERECHO - 8,64%.**
- **HOMBRO IZQUIERDO - 5,18%.**
- **AMBOS HOMBRO - 8,15%.**

En el siguiente gráfico se representan todos los problemas referidos por el personal encuestado en los últimos 12 meses:

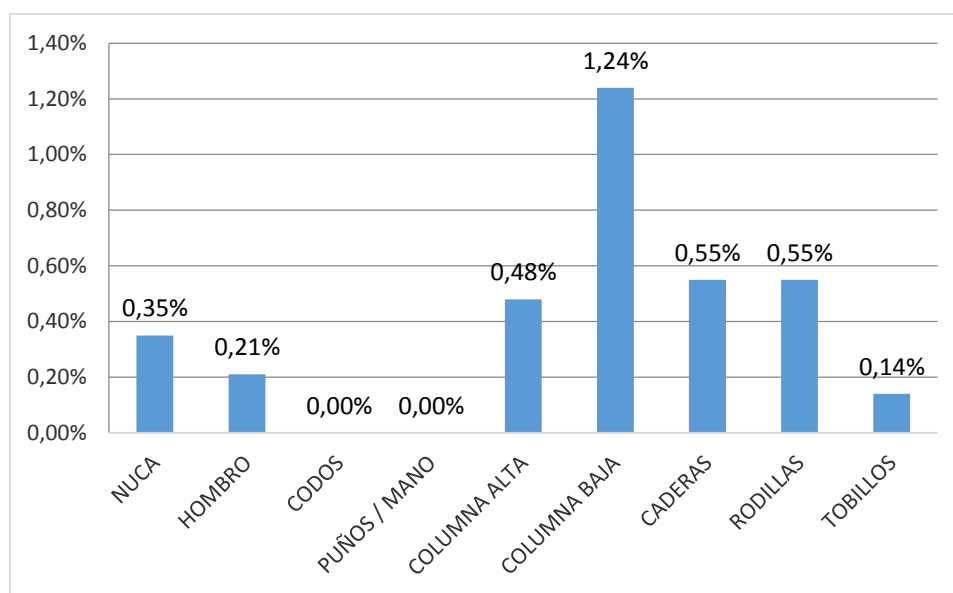
Gráfico 7: Problemas en los últimos 12 meses



Según refiere el personal encuestado, las molestias indicadas **en los últimos 12 meses** no le han generado **incapacidad** para su trabajo, ya que en general los resultados no son significativos, siendo **el mayor porcentaje en columna baja y alta (incluida nuca), representando a 18 y 12 personas respectivamente.**

En el siguiente gráfico se representan si los problemas referidos por el personal encuestado le han generado incapacidad en los últimos 12 meses:

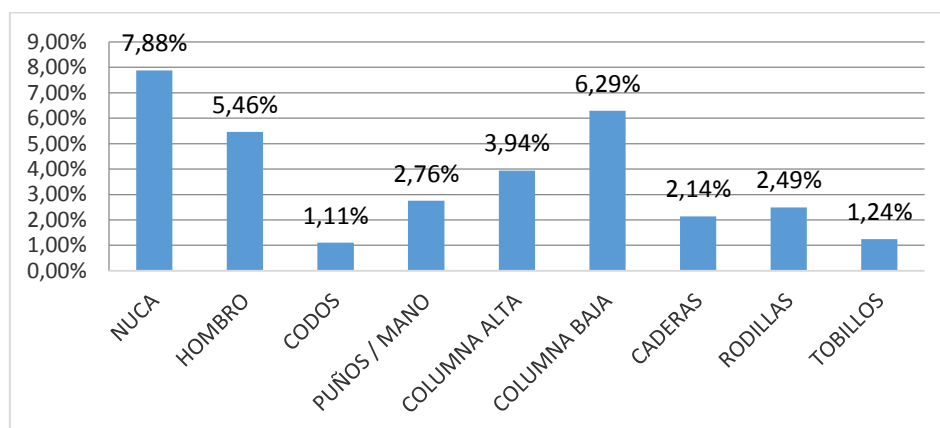
Gráfico 8: Incapacitado últimos 12 meses



De la **NUCA** y **COLUMNA BAJA**, el **7,8%** y **6,3%** respectivamente, manifiesta **problemas en los últimos 7 días**, 5,4% de los **HOMBROS**.

En el siguiente gráfico se representan todos los problemas referidos por el personal encuestado en los últimos 7 días:

Gráfico 9: Problemas en últimos 7 días



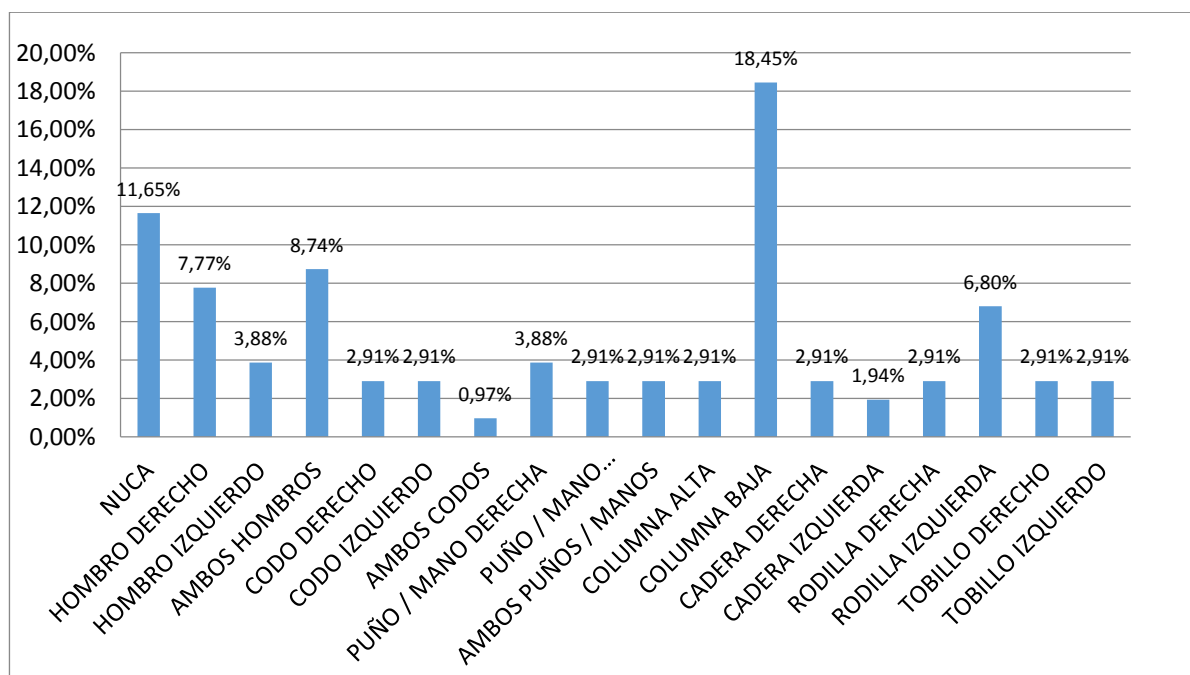
2.2.2 RESULTADOS DE LOS CUESTIONARIOS DE SINTOMATOLOGÍA OSTEOMUSCULAR EN MMCC

En el **Cuestionario de sintomatología osteomuscular del protocolo de MMCC (para personal de mantenimiento)**, se puede observar como destacable que de las 103 personas encuestadas manifiestan **problemas en los últimos 12 meses**:

- **COLUMNA BAJA - 18,45%.**
- **NUCA - 11,65%.**
- **HOMBROS - 8,74%.**

En el siguiente gráfico se representan todos los problemas referidos por el personal encuestado en los últimos 12 meses:

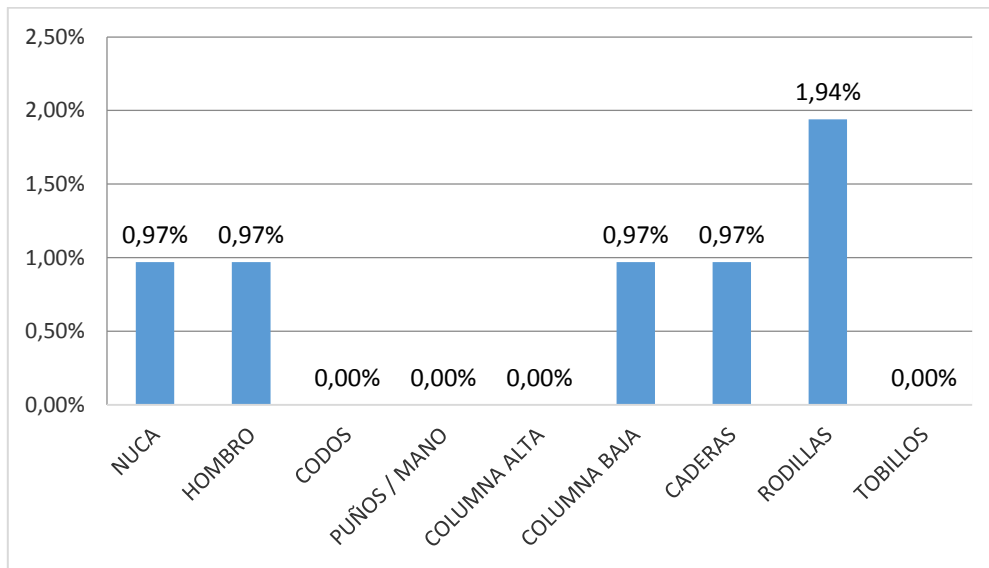
Gráfico 10: Problemas en últimos 12 meses



Según refiere el personal encuestado, las molestias indicadas **en los últimos 12 meses** no le han generado en general **incapacidad** para su trabajo, ya que los resultados no son significativos, siendo el porcentaje más elevado el **1,94% de incapacidad en rodillas, que representa solamente a 2 personas**.

En el siguiente gráfico se representan si los problemas referidos por el personal encuestado le han generado incapacidad en los últimos 12 meses:

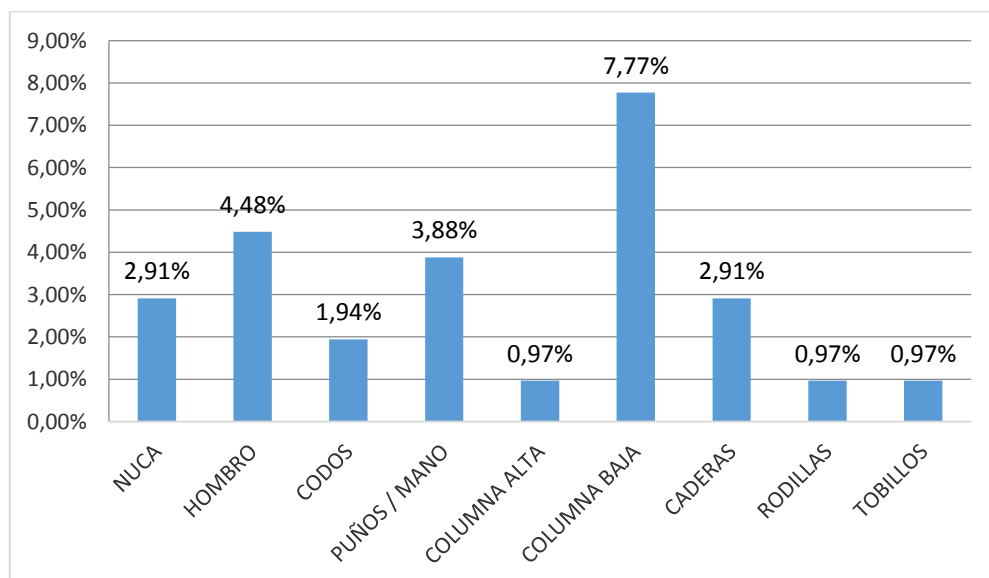
Gráfico 11: Incapacitado últimos 12 meses



De los **problemas referidos, en los últimos 7 días**, destacan los de **COLUMNA BAJA (7,77%)** y **HOMBRO (4,48%)**:

En el siguiente gráfico se representan todos los problemas referidos por el personal encuestado en los últimos 7 días:

Gráfico 12: Problemas en últimos 7 días



2.3 CONCLUSIONES

Tras el análisis de la información indicada en este estudio se puede concluir:

- El personal PDI y PAS expuesto a PVD reconocido en 2021 presenta un porcentaje significativo de alteraciones en la zona de la espalda, sobre todo escoliosis y en la zona alta: cervicales, dorsales y trapecios. Se observa un **aumento de los porcentajes en general con relación al año 2020**, sobre todo en las alteraciones en miembros superiores. Destacan en este grupo las mujeres pertenecientes al PAS y PDI, ya que un 32% de estas presenta alteraciones, sobre todo de las zonas mencionadas.

Además, un alto porcentaje refiere en el cuestionario de PVD haber tenido molestias en estas zonas, además de espalda baja y de hombros, en los últimos 12 meses y últimos 7 días, aunque indican que no les suele incapacitar para su trabajo. **Con respecto a 2020 se observa un descenso del porcentaje** de personas que refieren las molestias indicadas.

- El personal de servicios presenta sobre todo alteraciones en la exploración en espalda alta en mujeres y miembros superiores en hombres y mujeres. Con relación a 2020 se observa un aumento del porcentaje en las alteraciones de espalda alta y sobre todo en miembros superiores y un descenso en la zona de la espalda baja.

En el cuestionario de sintomatología refieren, en un porcentaje muy significativo, que en el último año y últimos 7 días han tenido problemas sobre todo en la zona de la espalda, destacando la zona lumbar, además de hombros. Con respecto a 2020 se observa un aumento del porcentaje de molestias en la zona lumbar y un descenso en la zona de la nuca y sobre todo en rodillas.

- Otro aspecto a destacar es que el 40,78% del personal de mantenimiento que cumplimenta el cuestionario de manipulación manual de cargas refiere no haber recibido formación preventiva adecuada para manipular pesos en el momento del RML.

2.4 PROPUESTAS

Al igual que en el apartado anterior las propuestas son de tipo ergonómico y de salud.

1. Discriminar la etiología de la sintomatología osteomuscular con una exploración más exhaustiva o derivando al especialista en rehabilitación los casos con patología osteomuscular.



2. Mejorar la formación en el manejo de pesos, movimientos repetidos y en las posiciones adoptadas en el trabajo con PVD.
3. Derivar al curso de fisioterapia de espalda (Unidad de Fisioterapia de a UGR), especialmente en el caso de las mujeres.

3 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 trabajadores 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).

3.1 IDENTIFICACIÓN Y CRITERIOS DE INCLUSIÓN. RECOGIDA DE DATOS

Desde el Área de Medicina del Trabajo del Servicio de Salud y Prevención (SSP) se realizó una identificación de los trabajadores de la Universidad de Granada (UGR) que tuvieran los siguientes criterios de inclusión:

- Haber recibido un alta médica a lo largo de 2021, independientemente de su fecha de baja.
- Que el episodio de baja del que proviniera el alta posterior fuera “prolongado”, es decir, que su duración excediera de 90 días.
- Que la causa que motivara la baja fuera una enfermedad “no profesional” o un accidente “no laboral”, esto es, que el proceso de baja fuera derivado de una ITCC.

Una vez establecidas estas premisas, el personal médico y de enfermería del trabajo del SSP, a través de la herramienta informática MEDTRA, registró los trabajadores que cumplían con todos los criterios antes expuestos. Posteriormente, fue realizándose una entrevista clínica dirigida, confidencial y no presencial (telefónica) a cada uno de esos empleados, obteniéndose una información que se tradujo en la creación de otros tantos episodios médicos, recogidos en MEDTRA como “reconocimientos médico-laborales tras ausencia prolongada por motivo de salud” (RML tras ITCC). Por último, se realizó una valoración médico-laboral de dichos RML tras ITCC (según existiera o no nexo causal con las condiciones laborales del trabajador afectado), citándose a continuación para consulta presencial en reconocimiento médico-laboral específico, previo consentimiento expreso, a todos los trabajadores para los cuales estuviera indicado (según riesgos y protocolos médico-laborales del puesto de trabajo y fecha de último reconocimiento médico-laboral presencial en el SSP, respectivamente).

3.2 RESULTADOS Y ANÁLISIS DE DATOS

Como consideración previa para una adecuada interpretación y análisis de los datos, hay que significar que las tablas y gráficas que se exponen a continuación se extraen tras un proceso actualizado de los datos de que disponíamos en nuestro servicio a fecha de finales de marzo de 2022, por tanto los resultados obtenidos son más fidedignos, aunque algo diferentes, de los presentados en su día en el apartado correspondiente a “seguimiento de contingencias comunes” de la vigilancia de la salud colectiva de la Memoria Anual de Actividades 2021 del SSP, respectivamente.

Por otra parte, los resultados arrojaron un total de 109 trabajadores que cumplieron con los criterios de inclusión mencionados en el apartado 1.2. (alta médica durante 2021 tras proceso prolongado de baja por ITCC), sobre una población total trabajadora de la UGR de 8220 empleados (PAS=2872 y PDI=5348) al final del año en curso, respectivamente.

Por último, los resultados obtenidos se compararon según puestos de trabajo, subpoblación trabajadora de cada puesto y diagnóstico médico, respectivamente.

Tabla 5: Tablas Generales RML TRAS ITCC-UGR 2021

N.º total RML TRAS ITCC	RELACIÓN CAUSAL LABORAL	
	N	%
109	SI	3 2,75%
	NO	106 97,25

Nº total RML TRAS ITCC	POBLACIÓN TOTAL TRABAJADORA UGR	
	N	%
109	8220	1,33%

SEXO-RML TRAS ITCC		
	N	%
MUJERES	69	63,3
HOMBRES	40	36,7

EDAD-RML TRAS ITCC		
	N	%
<30 AÑOS	1	0,9
30-39 AÑOS	4	3,6
40-49 AÑOS	24	22,0
50-59 AÑOS	45	41,3
>60 AÑOS	35	32,2
TOTAL	109	100

Tabla 6: RML TRAS ITCC por tipo de puesto de trabajo-UGR 2021

PUESTO DE TRABAJO	N	%	
CONSERJERÍA	29	26,7	PAS
ADMINISTRACIÓN	14	12,8	
LIMPIEZA	11	10,1	
BIBLIOTECA	8	7,3	
HOSTELERÍA	3	2,8	
MANTENIMIENTO	2	1,8	
LABORATORIO	2	1,8	
CONDUCTOR	1	0,9	
CORREO	1	0,9	
DEPORTES	1	0,9	
PDI + PI	37	34	

Gráfico 13: Porcentaje RML TRAS ITCC por tipo de puesto de trabajo

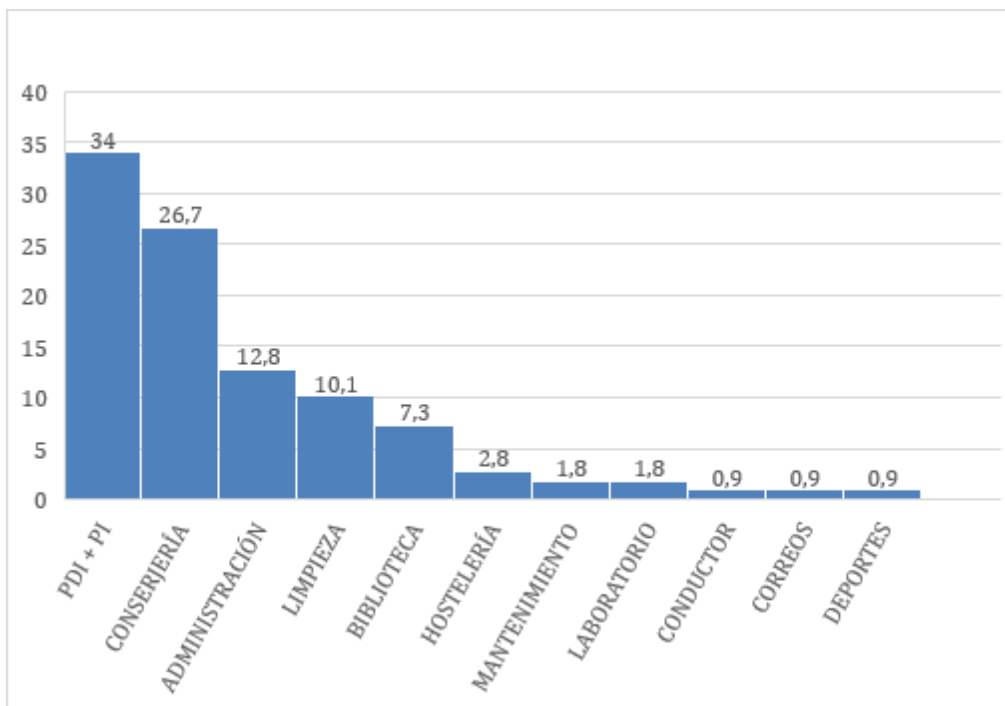


Tabla 7: RML TRAS ITCC por tamaño de puesto de trabajo-UGR 2021

PUESTO DE TRABAJO	N	TRABAJADORES POR PUESTO	%
CONDUCTOR	1	3	33,3
CORREO	1	6	16,7
CONSERJERÍA	29	427	6,8
LIMPIEZA	11	196	5,6
BIBLIOTECA	8	200	4,4
HOSTELERÍA	3	122	2,5
MANTENIMIENTO	2	140	1,4
DEPORTES	1	75	1,3
ADMINISTRACIÓN	14	1336	1
PDI + PI	37	5348	0,7
LABORATORIO	2	315	0,6

Gráfico 14: Porcentaje RML TRAS ITCC por tamaño del puesto de trabajo

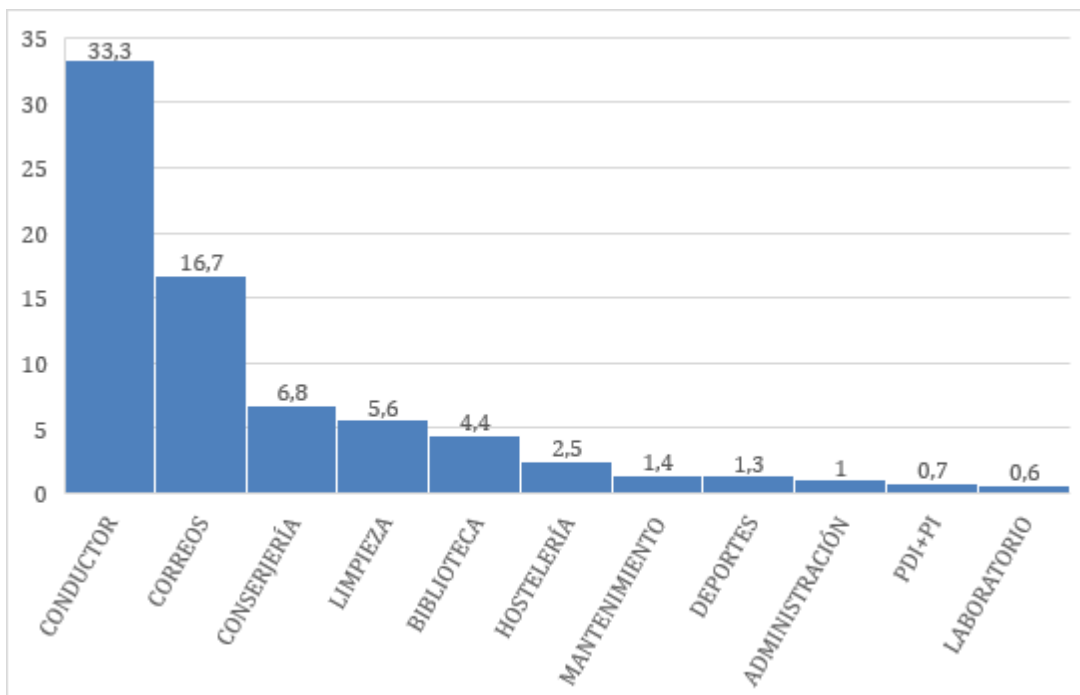


Tabla 8: Diagnóstico Clínico Global-RML Tras ITCC-UGR 2021

SISTEMA ORGÁNICO AFECTADO	N	%
SISTEMA OSTEOMUSCULAR	43	39,4
SISTEMA PSICOLÓGICO-PSIQUIÁTRICO	16	14,7
ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS	10	9,1
COVID Y POSCOVID	8	7,3
SISTEMA CARDIOVASCULAR	6	5,5
SISTEMA NEUROLÓGICO CENTRAL	5	4,6
SISTEMA DIGESTIVO	5	4,6
SISTEMA NEUROLÓGICO PERIFÉRICO	3	2,8
SISTEMA ENDOCRINO-METABÓLICO	3	2,8
SISTEMA GINECOLÓGICO-OBSTÉTRICO	3	2,8
SISTEMA PLEUROPULMONAR	3	2,8
MISCELÁNEA	2	1,8

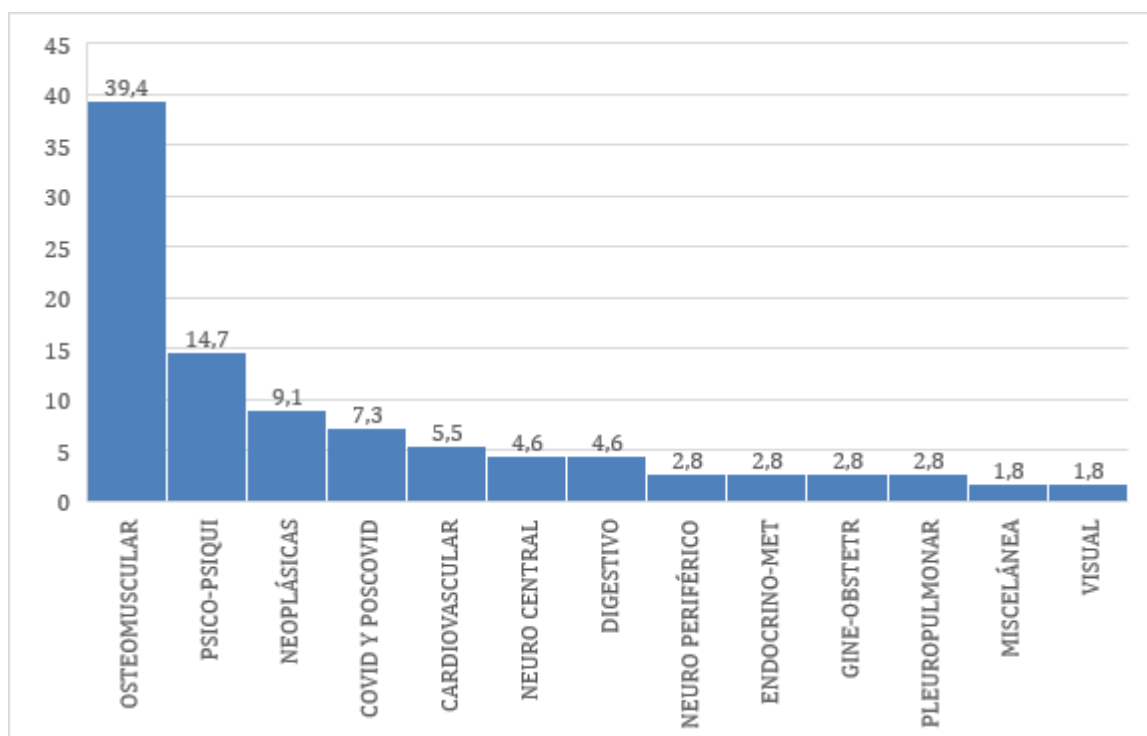
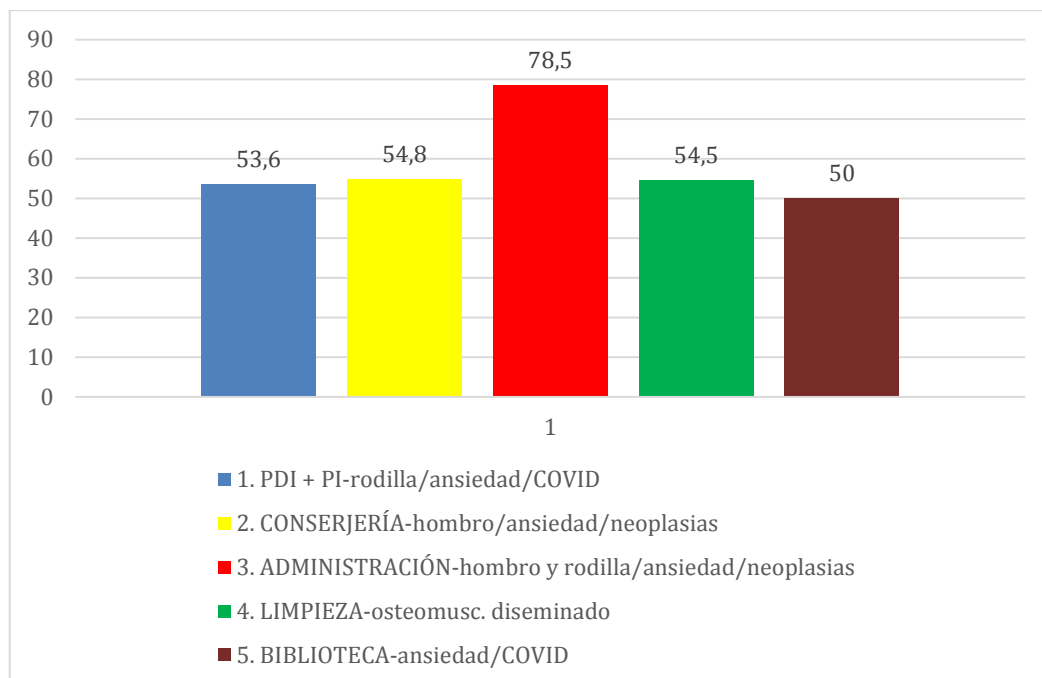


Gráfico 15: Porcentaje RML Tras ITCC por diagnóstico Clínico Global

Tabla 9: Diagnóstico Topográfico/Etiológico por Puestos Estadísticamente.

PUESTO DE TRABAJO (Nº RML ITCC)	Diagnóstico	%
PDI + PI (37)	SIST.OSTEOMUSCULAR (rodilla) /ANSIEDAD/COVID	53,6
CONSERJERÍA (29)	SIST.OSTEOMUSCULAR (hombro)/ANSIEDAD/NEOPLASIAS	54,8
ADMINISTRACIÓN (14)	SIST.OSTEOMUSCULAR (hombro y rodilla)/ANSIEDAD/NEOPLASIAS	78,5
LIMPIEZA (11)	SIST.OSTEOMUSCULAR (diseminado)	54,5
BIBLIOTECA (8)	ANSIEDAD/COVID	50

Gráfico 16: Porcentaje RML Tras ITCC por diagnóstico Topográfico/Etiológico Significativo.



3.3 CONCLUSIONES

- La población de estudio se circunscribe a los 109 trabajadores que durante 2021 fueron dados de alta tras haber tenido un proceso prolongado de ITCC, un tamaño de muestra que representa al 1,33% de la población trabajadora total de la UGR.
- En solo un 2,75% del total de RML tras ITCC durante 2021 se estableció una relación causal entre el proceso de baja y las condiciones laborales de los trabajadores implicados.
- La mayoría de los RML tras ITCC se realizaron a mujeres (63,3%), predominado el rango etario de los 50-59 años con un 41,3%, respectivamente.
- El 34 % del total de RML tras ITCC, de forma absoluta, correspondieron a personal docente e investigador, seguido del personal de conserjería y medios audiovisuales en torno al 27%, respectivamente.
- Los puestos de trabajo que durante 2021 obtuvieron una mayor prevalencia de RML tras ITCC, respecto de su subgrupo poblacional, fueron los conductores y los trabajadores del correo, con un 33,3 y un 16,7%.
- Los diagnósticos clínicos de los trabajadores sobre los que se realizó un RML tras ITCC englobaban predominantemente a los sistemas osteomuscular y psicológico-psiquiátrico, con un 43% y un 16%.
- Los diagnósticos topográficos/etiológicos de los RML tras ITCC por subgrupos poblacionales más representativos de trabajadores de la UGR, evidenciaron una focalidad estadísticamente significativa de la patología músculo-ligamentosa crónica de hombro (puestos de conserjería y administración) y de rodilla (colectivos de PDI+PI y administración), así como de alteraciones psicológico-psiquiátricas (fundamentalmente síndrome de ansiedad) en los puestos de PDI +PI, conserjería, administración y biblioteca, respectivamente.

3.4 PROPUESTAS

Una vez conocidos los datos actualizados según puestos de trabajo, diagnósticos y frecuencias de presentación, se proponen las siguientes actuaciones preventivas o programas colectivos de mejora:

- Ofrecimiento sistemático, por parte del SSP, de un reconocimiento médico específico (“RML tras ausencia prolongada”) para todos los casos de ITCC de al menos 90 días de duración, como procedimiento básico de control médico-laboral de estos trabajadores en el retorno a sus puestos de trabajo, así como de valoración de posibles secuelas.
- Concienciación y colaboración imprescindible, por parte de los trabajadores con ITCC prolongadas, en la asistencia a dichos RML, previa firma por escrito del consentimiento informado.
- Impartición de actos docentes o formativos encaminados a prevenir de forma primaria (evitación) o de forma secundaria (diagnóstico precoz) la patología de hombro doloroso y de tendinopatía crónica de rodilla, por ser las de mayor prevalencia entre los trabajadores de la UGR con bajas prolongadas por



contingencias comunes, especialmente en los colectivos de PDI+PI, conserjería y administración, respectivamente.

- Actividades docentes de gestión y canalización de las alteraciones del estado de ánimo, especialmente el estrés (tanto reactivo como endógeno), fundamentalmente en los trabajadores de las escalas de PDI+PI, conserjería, administración y biblioteca, respectivamente.
- Implantación y derivación de casos de ITCC a Unidad Específica de Fisioterapia dependiente de la UGR. Potenciación del “feed back” clínico de pacientes entre el AMT del SSP y dicha sección.
- Derivación y coparticipación activa entre el Gabinete Psicológico y el SSP. Valoración de seguimiento clínico conjunto.

4 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.



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

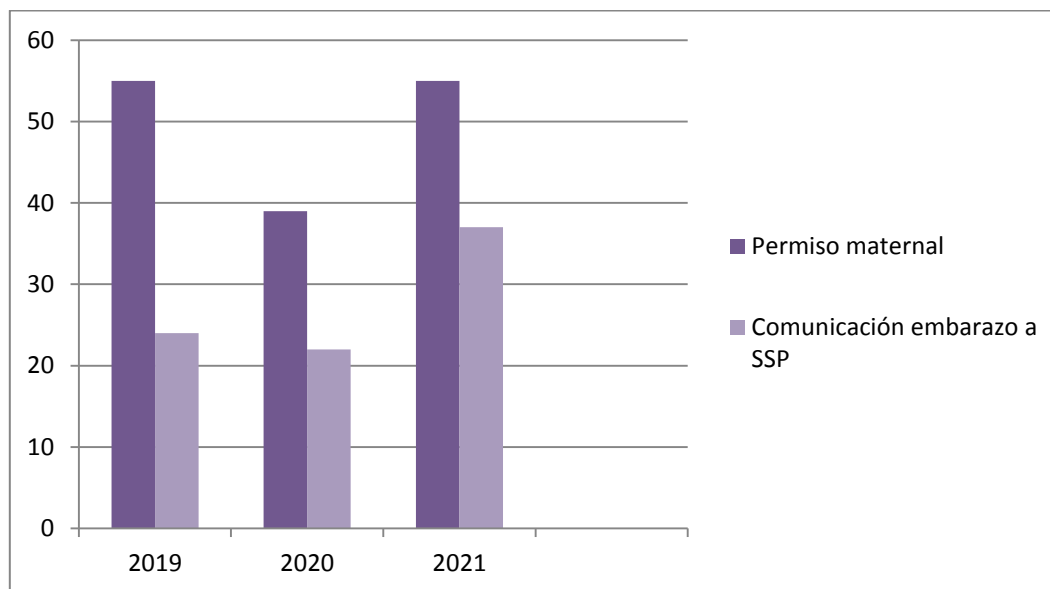
Dentro del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud de la UGR, el SSP elaboró una instrucción técnica donde se establece el procedimiento a seguir en relación a la protección de la maternidad. Este protocolo se activa con la comunicación voluntaria a la UGR por parte de la mujer embarazada o en periodo 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 10: Permisos y Comunicaciones Maternidad

	Permiso Maternidad UGR	Comunicación Embarazo a SSP
2019	55	24
2020	39	22
2021	55	37
TOTAL	149	83

Gráfico 17: Permisos y Comunicaciones Maternidad



Del total de las 83 comunicaciones de Embarazo al SSP en el periodo comprendido, entre 2019 y 2021 observamos:

- PDI: 45 comunicaciones de embarazo.
- PAS: 38 comunicaciones de embarazo.

4.2 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.
- Las mujeres del colectivo del PDI notifican más su estado de gestación al SSP que las gestantes pertenecientes al PAS.

4.3 PROPUESTAS

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 propuestas.



- 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).

5 PROGRAMA PREVENTIVO DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

Las enfermedades cardiovasculares 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.

La aterosclerosis (acumulación de depósitos de grasa en las paredes de los vasos sanguíneos) va produciendo de forma lenta y a lo largo de los años el estrechamiento de los vasos sanguíneos, y esto está muy relacionado con los hábitos de vida.

Precisamente unos hábitos de vida saludable se 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.

De ahí el interés que tiene la detección de estos factores de riesgo cardiovascular (RCV) y su corrección antes de que la enfermedad aparezca.

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. Por ejemplo, tener el **colesterol elevado, la tensión arterial elevada, sobrepeso u obesidad, perímetro abdominal, falta de ejercicio físico** (realizar menos de 30 minutos diarios de ejercicio físico moderado, andar, nadar etc.) o **fumar**.

Para el análisis del RCV se ha llevado a cabo la recopilación de los siguientes datos durante los exámenes de salud realizados en el año 2021:

Edad, sexo, talla, peso, perímetro abdominal, tabaquismo, consumo de alcohol, Actividad física, Glucemia, Colesterol total, HDL, triglicéridos, Anticonceptivos orales y Familiares fallecidos por enfermedad cardiovascular menores de 45 años.

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

Muy bajo, bajo, medio, alto, muy alto.

La detección de RCV medios, altos o muy altos durante el examen de salud, derivan al paciente al programa de Prevención de Enfermedades

Cardiovasculares en el cual se le cita de nuevo a los 4-5 meses para un control de dichos factores y conseguir que dicho riesgo disminuya.

Tabla 11: Cálculo de riesgo cardiovascular

Cálculo de Riesgo Cardiovascular de los exámenes de salud de la UGR durante el 2021		
-Riesgo muy bajo y bajo	1619	94,79%
-Riesgo Medio	87	5,1%
-Riesgo Alto	2	0,12%
Total	1708	100%

A los 89 pacientes diagnosticados con Riesgo medio o alto se les ofreció participar en el Programa de Riesgo Cardiovascular, de los cuales 11 rechazaron el ofrecimiento en la mayoría de los casos debido a estar en procesos de revisión por su médico de atención primaria.

6 INDICADORES DE SALUD

El término indicador de salud hace referencia a una característica relacionada con la salud de un individuo o de una población.

En salud pública y en planificación sanitaria los indicadores de salud de la población son utilizados para poner de manifiesto la magnitud de un problema de salud, para reflejar el cambio en el nivel de salud de una población a lo largo del tiempo, para mostrar diferencias en la salud entre diferentes poblaciones y para evaluar hasta qué punto los objetivos de determinados programas han sido alcanzados.

Algunos de los indicadores de salud reflejan el estado de salud de la población propiamente dicho y otros pueden considerarse indicadores de promoción de la salud. Entre los primeros se encuentran la esperanza de vida, la mortalidad, la morbilidad y la incapacidad. Y entre los segundos se han seleccionado a los indicadores de salud materno-infantil y a los hábitos y estilos de vida relacionados con la salud.

A continuación, se desglosan los 6 indicadores de salud:

- 1.- **Esperanza de vida**, los años de vida saludable y la esperanza de vida en buena salud.
- 2.- **Mortalidad general**, por enfermedades no transmisibles, por causas externas, por enfermedades transmisibles, por causas relacionadas con el tabaco y con el alcohol, y por causas relacionadas con la calidad del sistema sanitario.
- 3.- **Morbilidad**, como altas hospitalarias, enfermedades de declaración obligatoria, incidencia de cáncer, víctimas de accidentes de tráfico y de accidentes de trabajo.
- 4.- **Limitación de actividad y salud subjetiva** como son las incapacidades, las limitaciones de actividad y la percepción subjetiva de la salud.
- 5.- **Salud materno-infantil**.
- 6.- **Hábitos y estilo de vida** relacionados con la salud como consumo de tabaco y de alcohol, consumo de otras drogas, inactividad física en tiempo libre, obesidad y el consumo insuficiente de frutas y verduras.

En estos últimos indicadores se centra el análisis realizado con los datos obtenidos de los exámenes de salud realizados al personal de la UGR durante el año 2021, un total de 1516. Para ello se ha utilizado el programa MEDTRA, a través del cual se han analizado una serie de indicadores, 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 indicadores analizados en los apartados siguientes son:

- 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 presentará un **análisis global** de todos estos indicadores.

6.1 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.

6.1.1 CONCLUSIONES:

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

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

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

Durante el año 2021 se han llevado a cabo un total de 50 consultas en 17 participantes, en los cuales se han prescrito un total de 10 tratamientos farmacológicos. Se complementa con el programa asistencial C9A Tratamiento de cannabis y tabaco, dirigido por la Clínica Psicológica de la UGR:

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


6.1.2 PROPUESTAS:

Como mejora en 2022, se seguirá potenciando la publicidad del Programa de Deshabituación Tabáquica durante el examen de salud y a través de la participación del Servicio en el programa “Universidades sin humo”.

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

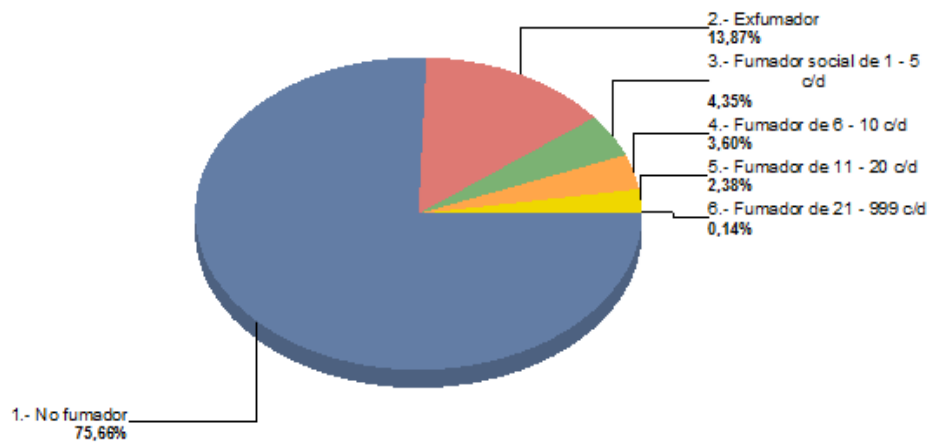
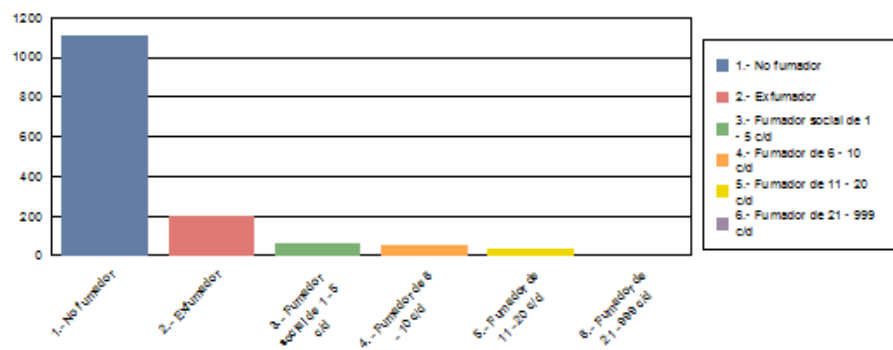
Categoría	Puntos	Casos	%	Puntos	Rango de valores
1.- No fumador	9	1.113	75,66	10.017	
2.- Exfumador	8	204	13,87	1.632	
3.- Fumador social de 1 - 5 c/d	6	64	4,35	384	
4.- Fumador de 6 - 10 c/d	4	53	3,60	212	
5.- Fumador de 11 - 20 c/d	2	35	2,38	70	
6.- Fumador de 21 - 999 c/d	0	2	0,14	0	

1.471 12.315



Puntuación
12.315 / 13.239

93 %



6.2 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.

6.2.1 CONCLUSIONES:

No hay diferencias significativas entre sexos en los resultados de este indicador. Se observa un elevado porcentaje de trabajadores que llevan a cabo sus desplazamientos al trabajo andando o en bicicleta, potenciando de esta forma una actividad física ligera de al menos 5 veces a la semana.

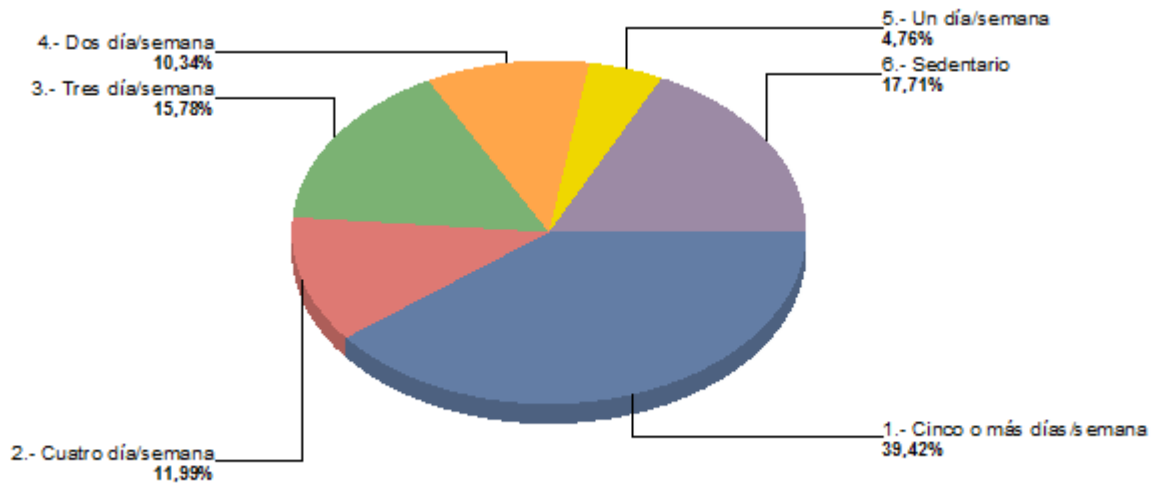
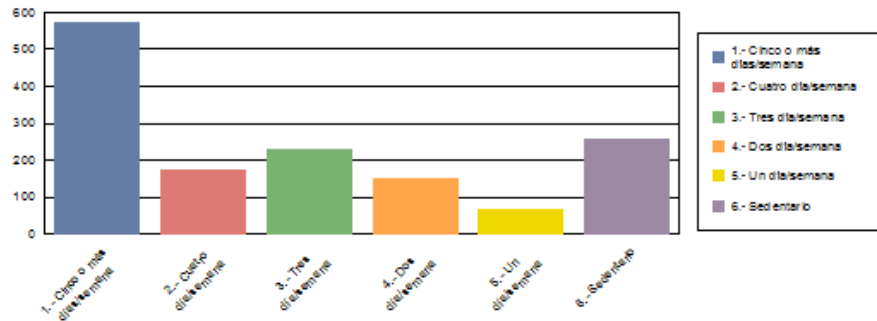
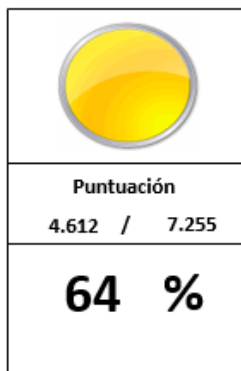
6.2.2 PROPUESTAS

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.

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

Categoría	Puntos	Casos	%	Puntos	Rango de valores
1.- Cinco o más días/semana	5	572	39,42	2.860	
2.- Cuatro día/semana	4	174	11,99	696	
3.- Tres día/semana	3	229	15,78	687	
4.- Dos día/semana	2	150	10,34	300	
5.- Un día/semana	1	69	4,76	69	
6.- Sedentario	0	257	17,71	0	

1.451 4.612



6.3 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.

6.3.1 CONCLUSIONES:

Sí hay diferencias significativas entre sexos en los resultados de este indicador. En mujeres el porcentaje de no bebedoras y consumo esporádico es del 89,4%, un 5,6% con un consumo habitual de fin de semana, y solo un 1,82% que realiza un consumo diario de alcohol.

En cuanto a hombres, el porcentaje de no bebedores y consumo esporádico es de un 81,42%, un 8,82% con un consumo habitual de fin de semana, mientras que **un 9,75% de hombres realizan un consumo diario de alcohol (5 veces más que las mujeres)**.


6.3.2 PROPUESTAS:

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:

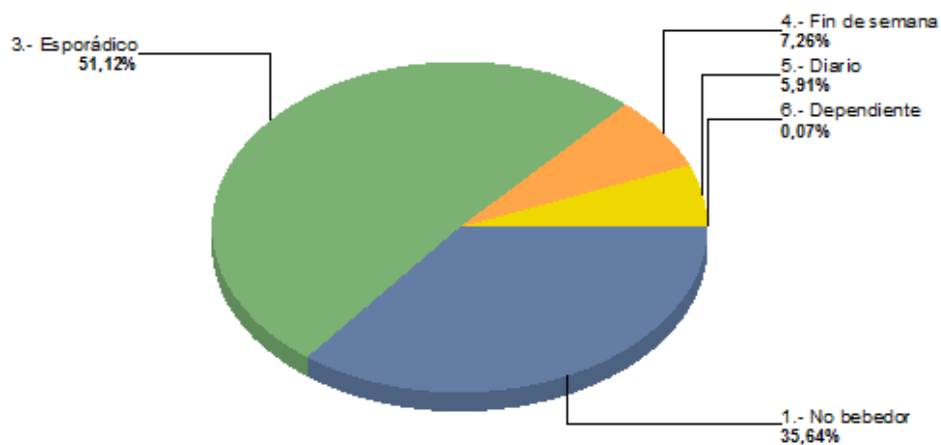
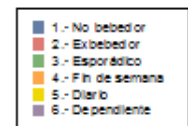
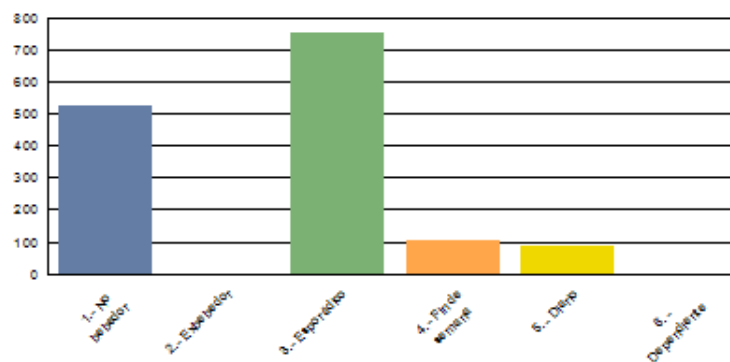
Categoría	Puntos	Casos	%	Puntos	Rango de valores
1.- No bebedor	5	525	35,64	2.625	
2.- Exbebedor	4	0	0,00	0	
3.- Esporádico	3	753	51,12	2.259	
4.- Fin de semana	2	107	7,26	214	
5.- Diario	1	87	5,91	87	
6.- Dependiente	0	1	0,07	0	

1.473 5.185



Puntuación
5.185 / 7.365

70 %



6.4 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.

6.4.1 CONCLUSIONES:

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 43,1%, con sobrepeso es de un 39,8% y con obesidad de un 16%. En mujeres el porcentaje de peso saludable y bajo peso aceptable es de un 65,6%, con sobrepeso es de un 20,3% y con obesidad de un 10%.


6.4.2 PROPUESTAS:

Como propuesta para la mejora de este indicador de salud se incluirán en el informe del examen de salud las recomendaciones para bajar peso a todas aquellas personas cuyo IMC sea igual o superior a 25. Se llevará a cabo durante 2022 un estudio de la relación entre actividad física, sobrepeso y perímetro abdominal. También se valorará la inclusión de pruebas de bioimpedancia para la medición de la composición corporal como porcentaje de grasa, músculo, grasa visceral, etc., en personas con IMC superior a 25.

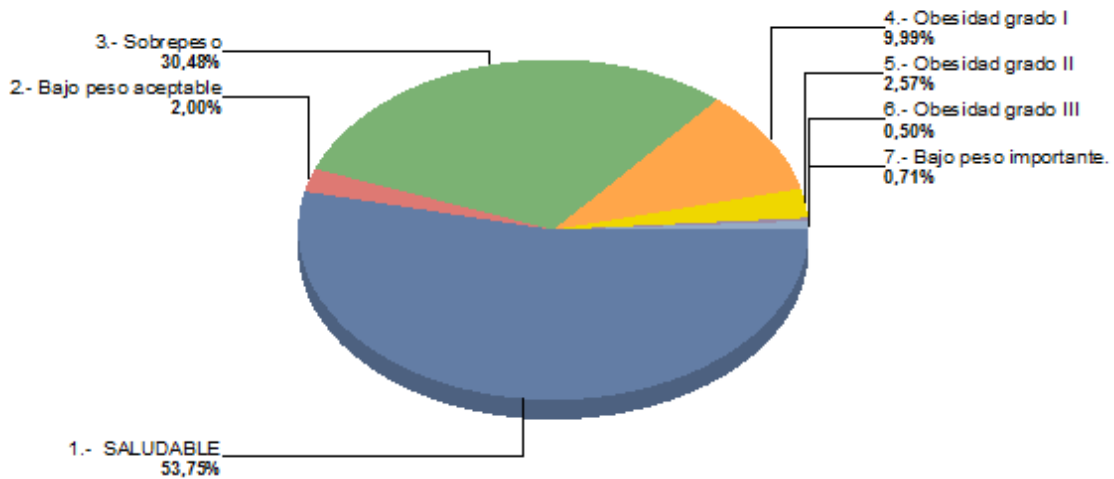
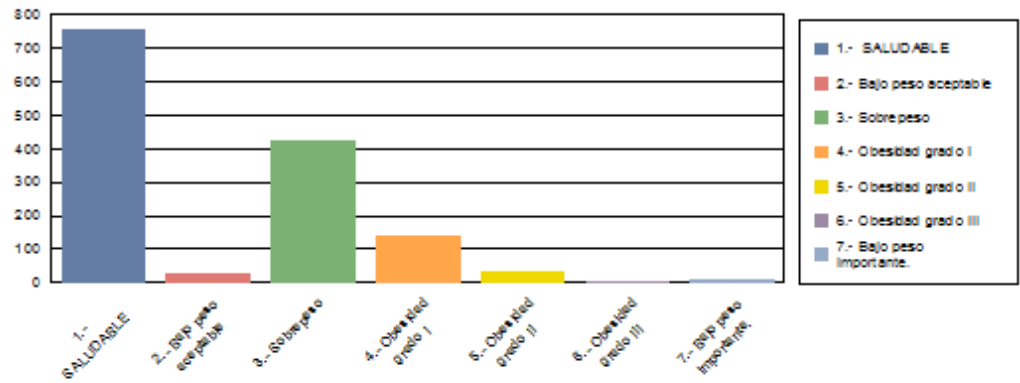
A continuación se presentan los datos y resultados de este indicador:

Categoría	Puntos	Casos	%	Puntos	Rango de valores
1.- SALUDABLE	5	753	53,75	3.765	Entre 18,5 y 24,9
2.- Bajo peso aceptable	4	28	2,00	112	Entre 17 y 18,49
3.- Sobrepeso	3	427	30,48	1.281	Entre 25 y 29,9
4.- Obesidad grado I	2	140	9,99	280	Entre 30 y 34,9
5.- Obesidad grado II	1	36	2,57	36	Entre 35 y 39,9
6.- Obesidad grado III	0	7	0,50	0	Entre 40 y 999
7.- Bajo peso importante.	2	10	0,71	20	Entre 0 y 16,9

1.401 5.494



Puntuación
5.494 / 7.005
78 %



6.5 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.

6.5.1 CONCLUSIONES:

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 72,25%, en tensiones normal-alta es de un 21,27% y con Hipertensión arterial es de 6,48%.

En hombres el porcentaje con tensión arterial saludable y normal es de un 42,8%, en tensiones normal-alta es de un 38 % y con **Hipertensión arterial es de 19,16% (tres veces más que en mujeres).**

6.5.2 PROPUESTAS:


Como propuesta para la mejora de este indicador de salud se llevará a cabo 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:

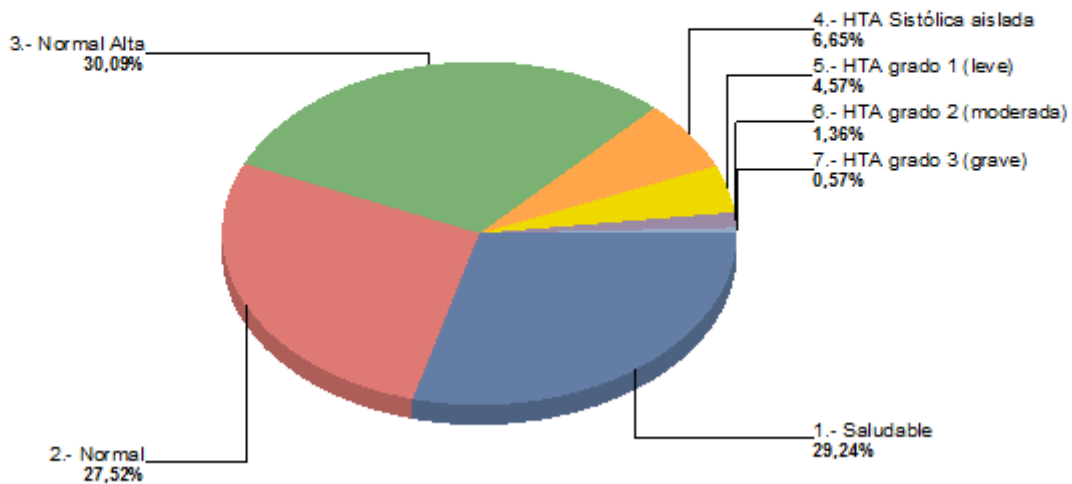
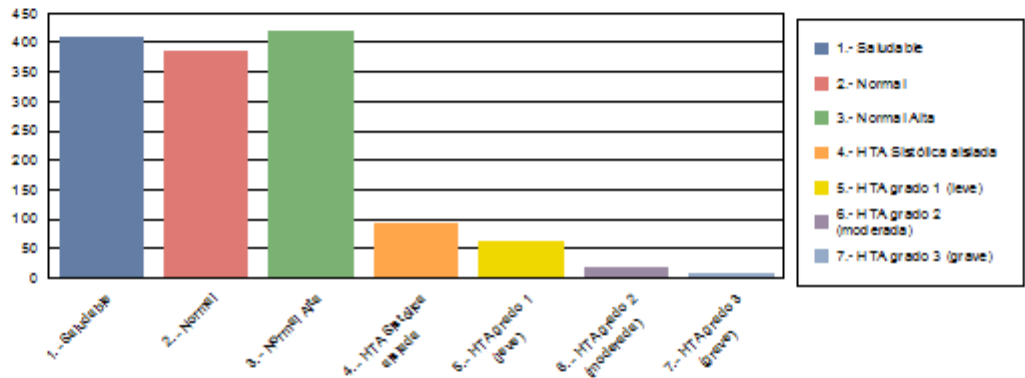
Categoría	Puntos	Casos	%	Puntos	Rango de valores
1.- Saludable	10	409	29,24	4.090	Sist. entre 0 y 119 y Diast. entre 0 y 79
2.- Normal	8	385	27,52	3.080	Sist. entre 120 y 129 y/o Diast. entre 80 y 84
3.- Normal Alta	6	421	30,09	2.526	Sist. entre 130 y 139 y/o Diast. entre 85 y 89
4.- HTA Sistólica aislada	4	93	6,65	372	Sist. entre 140 y 999 y Diast. entre 0 y 89
5.- HTA grado 1 (leve)	2	64	4,57	128	Sist. entre 140 y 159 y/o Diast. entre 90 y 99
6.- HTA grado 2 (moderada)	0	19	1,36	0	Sist. entre 160 y 179 y/o Diast. entre 100 y 109
7.- HTA grado 3 (grave)	0	8	0,57	0	Sist. entre 180 y 999 y/o Diast. entre 110 y 999

1.399 10.196



Puntuación
10.196 / 13.990

73 %



6.6 GLUCEMIA EN SANGRE

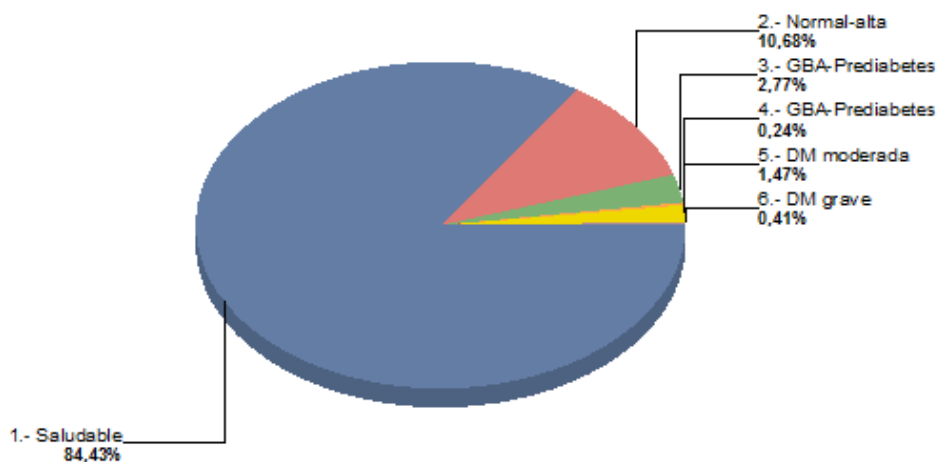
Al producirse con la digestión de los alimentos, los niveles de glucosa en sangre, a los que clínicamente se denomina glucemia, varían a lo largo del día, oscilando entre concentraciones de 70 y 145 miligramos por decilitro de sangre. Por la mañana, en ayunas son más bajos y se elevan después de cada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

6.6.1 CONCLUSIONES:

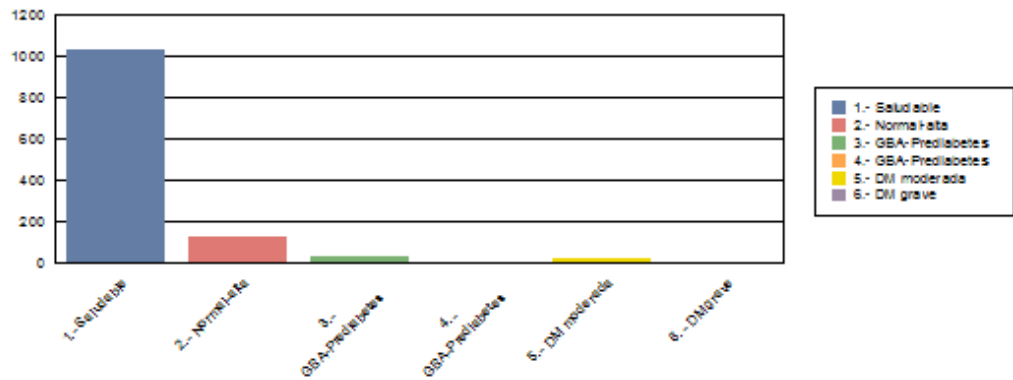
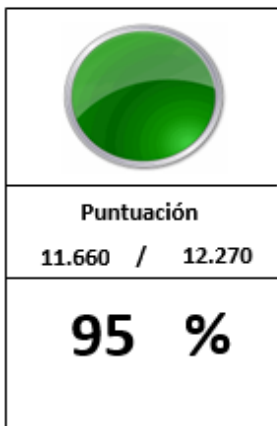
No hay diferencias significativas entre sexos en los resultados y el porcentaje de posibles prediabetes, Diabetes Mellitus moderadas y graves es de un 2,12%, por lo que el indicador de salud está en **cifras saludables**.



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

Categoría	Puntos	Casos	%	Puntos	Rango de valores
1.- Saludable	10	1.036	84,43	10.360	entre 0 y 100
2.- Normal-alta	8	131	10,68	1.048	entre 101 y 110
3.- GBA-Prediabetes	6	34	2,77	204	entre 111 y 120
4.- GBA-Prediabetes	4	3	0,24	12	entre 121 y 125
5.- DM moderada	2	18	1,47	36	entre 126 y 200
6.- DM grave	0	5	0,41	0	entre 201 y 999

1.227 11.660



6.7 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.

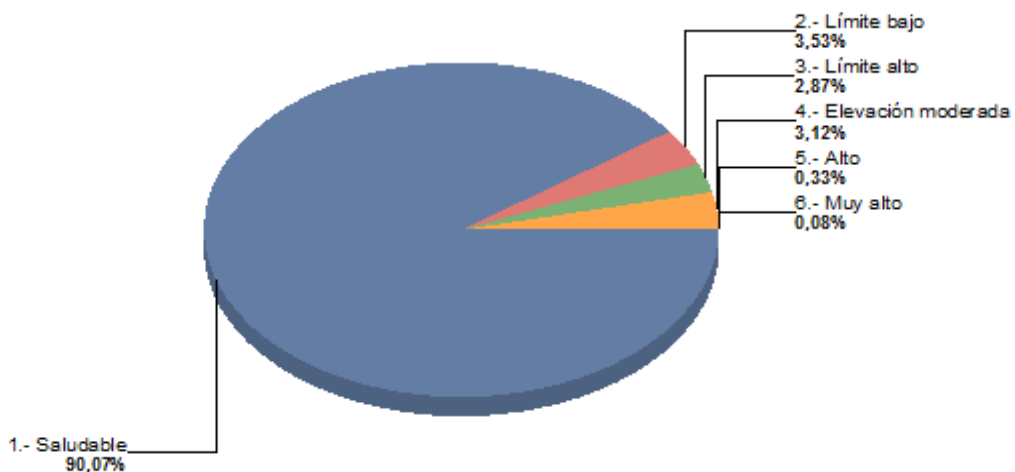
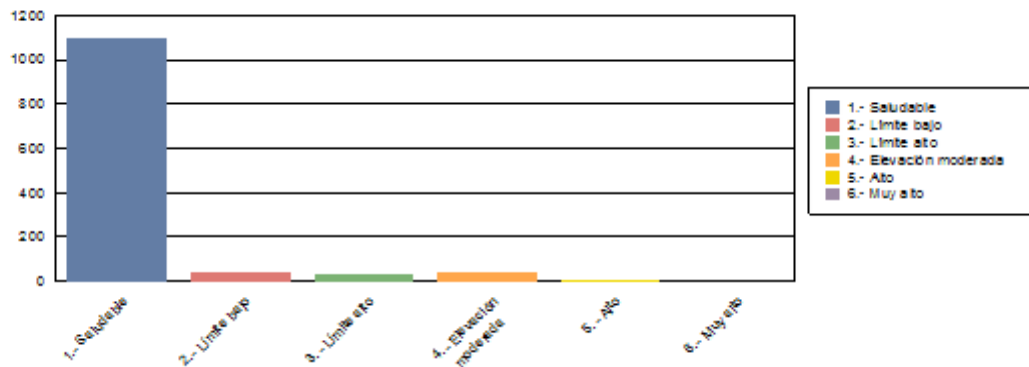
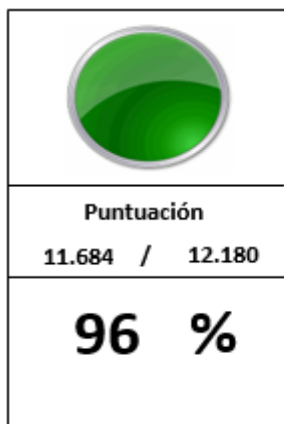
6.7.1 CONCLUSIONES:

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:

Categoría	Puntos	Casos	%	Puntos	Rango de valores
1.- Saludable	10	1.097	90,07	10.970	entre 0 y 150
2.- Límite bajo	8	43	3,53	344	entre 151 y 175
3.- Límite alto	6	35	2,87	210	entre 176 y 199
4.- Elevación moderada	4	38	3,12	152	entre 200 y 349
5.- Alto	2	4	0,33	8	entre 350 y 499
6.- Muy alto	0	1	0,08	0	entre 500 y 999

1.218 11.684



6.8 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:

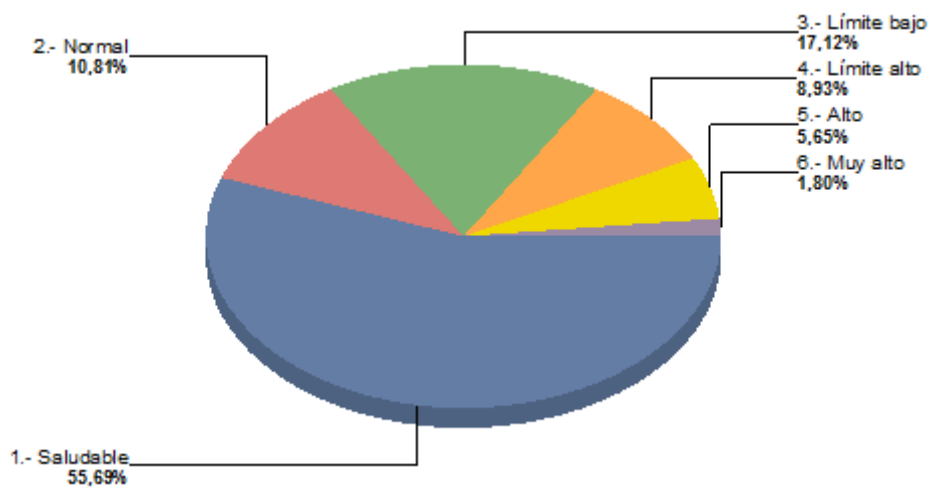
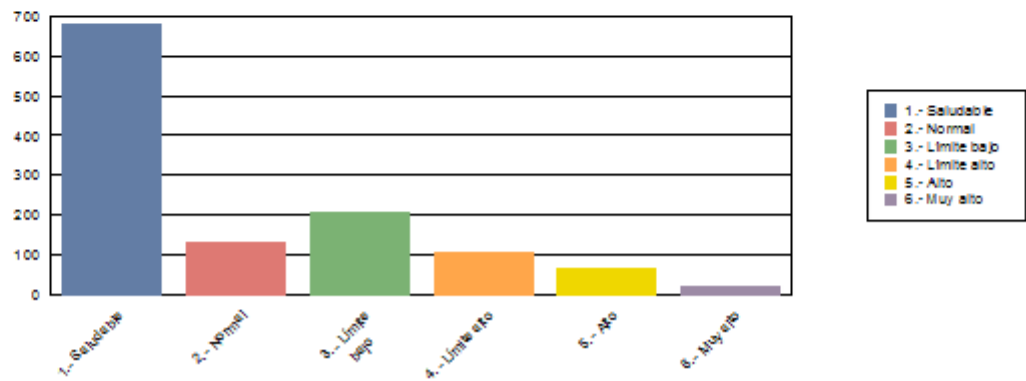
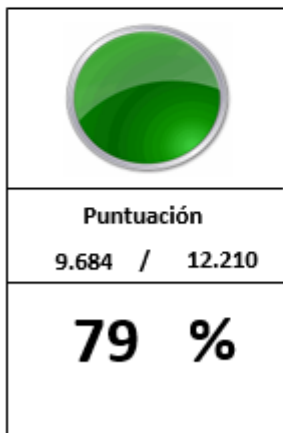
- **Normal:** menos de 200 mg/dl
- **Normal-alto:** entre 200 y 240 mg/dl. Se considera hipercolesterolemia a los niveles de colesterol total superiores a 200 mg/dl.
- **Alto:** por encima de 240 mg/dl

6.8.1 CONCLUSIONES:

No hay diferencias significativas entre sexos y el porcentaje de Colesterol alto y muy alto está en un 7,45%, por lo que el indicador de salud está en **cifras saludables**.

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

Categoría	Puntos	Casos	%	Puntos	Rango de valores
1.- Saludable	10	680	55,69	6.800	
2.- Normal	8	132	10,81	1.056	
3.- Límite bajo	6	209	17,12	1.254	
4.- Límite alto	4	109	8,93	436	
5.- Alto	2	69	5,65	138	
6.- Muy alto	0	22	1,80	0	
		1.221		9.684	



6.9 ÍNDICE DE ATEROGENICIDAD

Es un cálculo matemático 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 desciendan 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.


6.9.1 CONCLUSIONES:

No hay diferencias significativas entre sexos en los resultados y el porcentaje de índice aterogénico alto es de un 0,16% por lo que el indicador de salud está en **cifras saludables.**

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

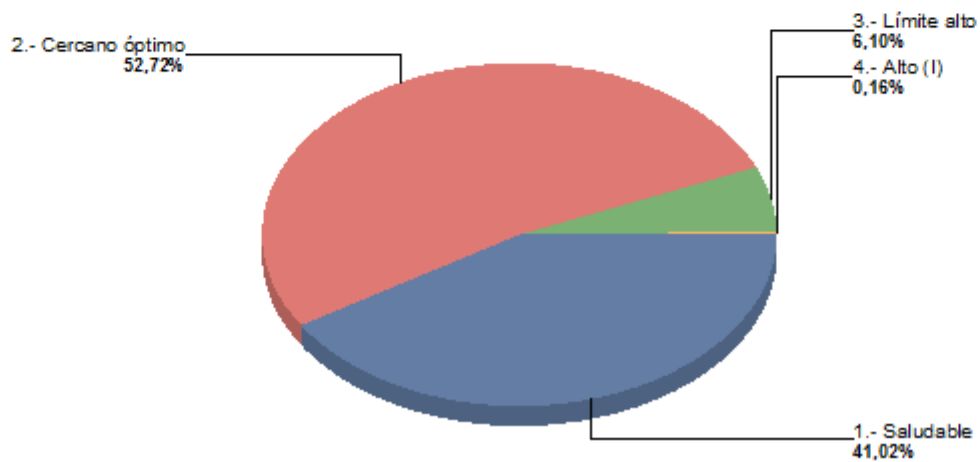
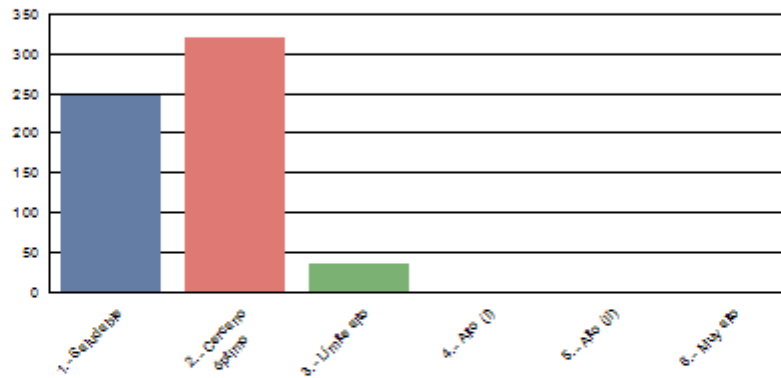
Categoría	Puntos	Casos	%	Puntos	Rango de valores
1.- Saludable	10	249	41,02	2.490	
2.- Cercano óptimo	8	320	52,72	2.560	
3.- Límite alto	4	37	6,10	148	
4.- Alto (I)	0	1	0,16	0	
5.- Alto (II)	0	0	0,00	0	
6.- Muy alto	0	0	0,00	0	

607
5.198



Puntuación
5.198 / 6.070

86 %



6.10 RESULTADO GLOBAL

A continuación se presenta el resultado global teniendo en cuenta todos los indicadores presentados en los apartados anteriores.

Indicadores de Salud

Periodo estudiado desde el: 01/01/2021 hasta el: 31/12/2021
Nº total de reconocimientos efectuados en el periodo indicado: 1.516
En la empresa: 01 Universidad de Granada



0% a 39%

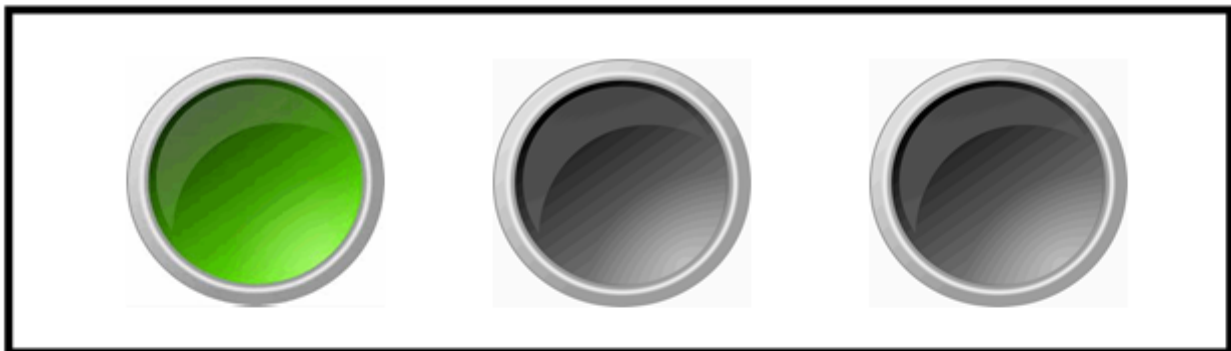


40% a 79%



80% a 100%

Resultado global



81 / 100

Salud Positiva, funcionamiento óptimo y nivel de bienestar elevado

Factor de corrección por edad:

Varones mayores de 45 años, resta 3 puntos

Mujeres mayores de 55 años, resta 3 puntos

7 CONTROL Y SEGUIMIENTO DE CASOS Y CONTACTOS COVID-19

La intervención de las empresas, a través de los servicios de prevención de riesgos laborales, frente a la exposición al SARS-COV-2 está siendo crucial en la situación en la que nos encontramos, adaptando su actividad con recomendaciones y medidas actualizadas de prevención establecidas en el [PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN PARA LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES FRENTE A LA EXPOSICIÓN AL SARS-Cov-2 del Ministerio de Sanidad](#), con el objetivo general de evitar los contagios: medidas de carácter organizativo, de protección colectiva, de protección personal, de trabajador especialmente vulnerable y nivel de riesgo, de estudio y manejo de casos y contactos ocurridos en la empresa y de colaboración en la gestión de la incapacidad temporal.

Una vez indicada esta necesidad, el personal sanitario del Servicio de Salud y Prevención (SSP) realiza una valoración y seguimiento de los casos y contactos notificados, con el objetivo de:

- La detección precoz de los casos con infección activa por SARS-CoV-2.
- Establecer la necesidad de aislamiento para evitar contagios y el periodo mínimo de duración del mismo.
- Identificación de contactos estrechos de casos sospechosos y confirmados en la comunidad universitaria.
- Establecer medidas específicas preventivas a seguir en los Centros.
- Seguimiento de la evolución de los casos.

Para llevar a cabo esta actuación, se distinguen los siguientes casos definidos por el Ministerio de Sanidad:

- **Caso sospechoso:** Cualquier persona con un cuadro clínico de infección respiratoria aguda de aparición súbita de cualquier gravedad que cursa, entre otros, con fiebre, tos o sensación de falta de aire. Otros síntomas como la odinofagia, anosmia, ageusia, dolor muscular, diarrea, dolor torácico o cefalea, entre otros, pueden ser considerados también síntomas de sospecha de infección por SARS-CoV-2 según criterio clínico.
- **Caso confirmado:** Persona que cumple criterio clínico de caso sospechoso y PDIA (Prueba diagnóstica de infección activa) positiva. Persona asintomática con PDIA positiva (en situaciones de cribado, únicamente se considerarse caso confirmado si se obtiene una PCR positiva).
- **Contacto estrecho:** De forma general, a nivel comunitario, se considerará contacto estrecho a cualquier persona que haya estado en el mismo lugar que un caso, a una distancia menor de 2 metros y durante un tiempo total acumulado de más de 15 minutos en 24 horas. En entornos en los que se pueda hacer una valoración del seguimiento de las medidas de prevención podrá realizarse una valoración individualizada por el servicio de

prevención de riesgos laborales o el responsable que sea designado para ese fin.

- **Caso descartado:** Caso sospechoso con PDIA negativa en el que no hay una alta sospecha clínico-epidemiológica.
- **Contacto estrecho descartado:** Contactos estrechos de casos sospechosos que finalmente se descartan o posibles contactos estrechos que finalmente no lo son por las características del contacto.

7.1 IDENTIFICACIÓN Y CONTROL DE CASOS Y CONTACTOS EN PERSONAL EMPLEADO

El personal sanitario del SSP contacta telefónicamente con los casos notificados de los diferentes Centros, tal y como establece el procedimiento implementado en la UGR. Una vez valorado individualmente cada caso, se genera y envía un informe a la persona afectada con copia al Equipo Covid-19 de su Centro, con las medidas a tener en cuenta: necesidad de aislamiento, fecha mínima de duración, situación en la que se encontrará durante el mismo (teletrabajo, permiso o incapacidad temporal) y medidas preventivas a tener en cuenta. Junto con este informe se envía enlace a la información sobre las medidas de aislamiento que tienen que tener en cuenta los casos que lo requieran para evitar el contagio a otras personas. Para facilitar esta actividad se han creado una base de datos específicas para la gestión sanitaria y administrativa de los casos, además de varios formularios web de contacto.

Tabla 12: Total de casos y contactos notificados personal UGR

Total Casos y Contactos Notificados en Personal Empleado		
	N.º	%
- Casos Confirmados	276	31,15%
- Contactos Estrechos	391	44,13%
- Casos y Contactos Descartados	219	24,72%
Total	886	100,00%

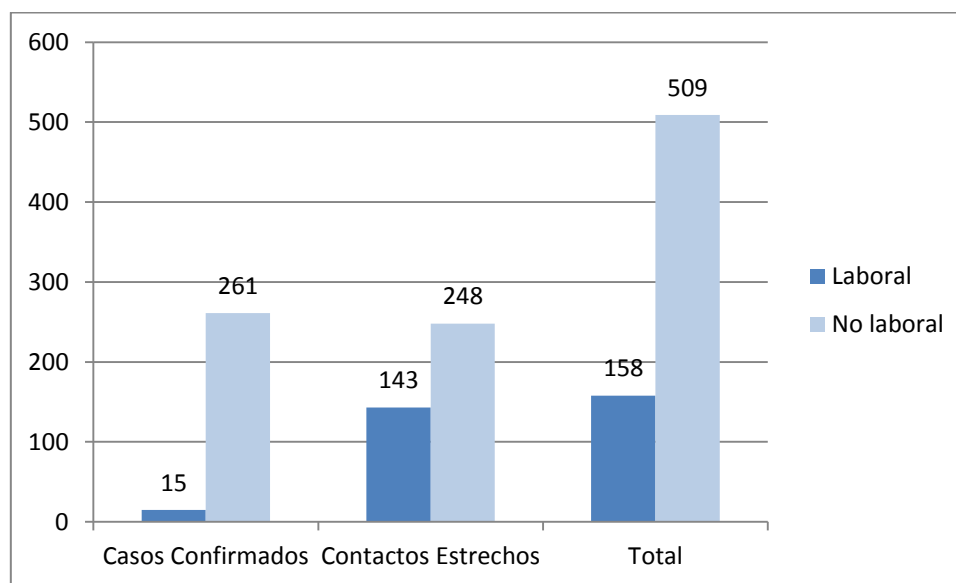


Además de los casos indicados, se ha llevado a cabo una valoración de **14 casos en personal externo a la UGR**, que desarrolla sus funciones en nuestras instalaciones, por ser necesario su seguimiento al tener contacto con nuestro personal. De estos casos, 6 fueron confirmados, 3 contactos estrechos y 5 descartados.

Tabla 13: Total de casos y contactos de personal según origen laboral de riesgo

Total Casos y Contactos en Personal Empleado Según Origen del Contacto					
	Laboral	%	No Laboral	%	Total
- Casos Confirmados	15	5.43%	261	94.57%	276
- Contactos Estrechos	143	36.57%	248	63.43%	391
Total	158	23.69%	509	76.31%	667

Gráfico 18: Total de casos y contactos de personal según origen laboral de riesgo



Cabe destacar que:

- Solo el **5.43%** de todos los casos notificados como confirmados tiene su origen en un contacto en el entorno laboral.
- De los **158** contactos estrechos que se han producido en el entorno laboral solo en el **9.49%** de los casos, finalmente, se ha producido el contagio.
- Los contactos en el entorno laboral, se producen fundamentalmente en los momentos de descanso (como desayunos, comidas, meriendas, etc.), donde las medidas preventivas establecidas se relajan y por lo tanto se produce el contacto estrecho. **Por esto, es fundamental que durante toda la jornada de trabajo se**

mantengan las medidas establecidas, como la distancia, uso de mascarilla, ventilación e higiene, evitando contactos sin las mismas en los descansos.

- Algo más del **60%** de los casos que han requerido aislamiento o cuarentena **han permanecido en teletrabajo**, no requiriendo por tanto baja médica; el resto han necesitado este trámite, ya que su puesto de trabajo o su situación clínica no permitían el trabajo no presencial.

Tabla 14: Casos y contactos en personal empleado por sexo

Casos y Contactos en Personal Empleado por Sexo					
	Hombre	%	Mujer	%	Total
- Casos Confirmados	128	46.38%	148	53.62%	276
- Contactos Estrechos	188	48.08%	203	51.92%	391
Total	316	47.38%	351	52.62%	667

Gráfico 19: Casos y contactos en personal empleado por sexo

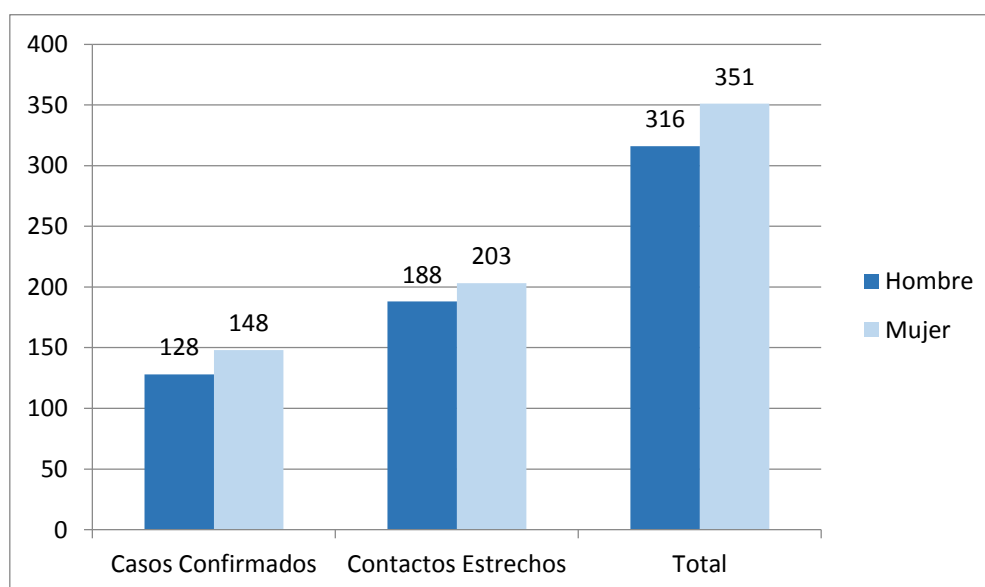
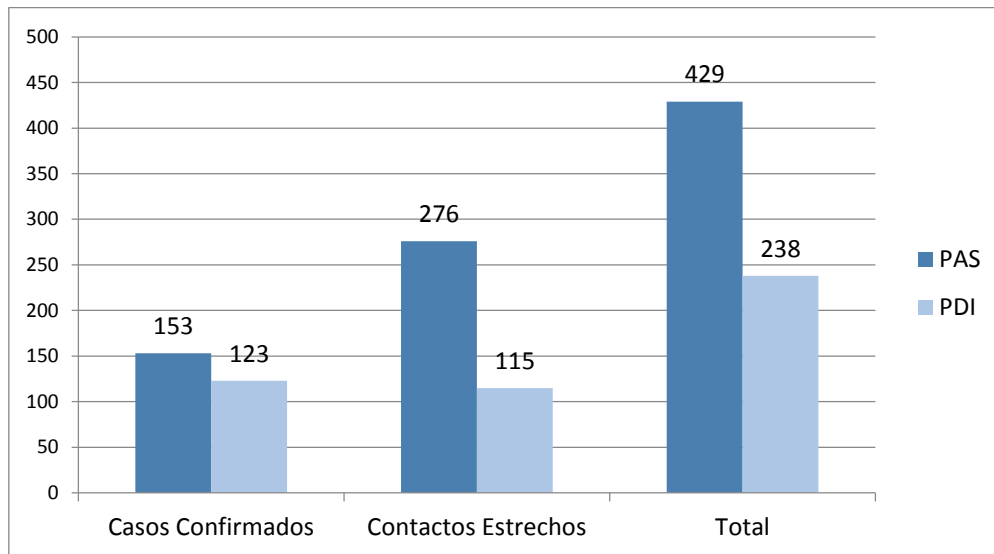


Tabla 15: Casos y contactos en personal empleado por puesto

Casos y Contactos en Personal Empleado por Puesto					
	PAS	%	PDI	%	Total
- Casos Confirmados	153	55.43%	123	44.57%	276
- Contactos Estrechos	276	70.59%	115	29.41%	391
Total	429	64.32%	238	35.68%	667

Gráfico 20: Casos y contactos en personal empleado por puesto



Según los resultados presentados en este gráfico, se sospecha que, sobre todo en el PDI, **se produce una infra notificación de casos** a los equipos Covid-19 de los Centros, aunque menor que en 2020, ya que la proporción con respecto al PAS es muy significativa, teniendo en cuenta la dimensión de cada plantilla.

Tabla 16: Casos y contactos en Servicios y Centros de investigación

<i>Servicios y Centros de Investigación</i>	<i>Casos Confirmados</i>	<i>% con respecto al total de confirmados</i>	<i>Contactos Estrechos</i>	<i>% con respecto al total de contactos</i>
Biblioteca del PTS	0	0,00%	2	1,17%
Centro Andaluz de Medio Ambiente	0	0,00%	1	0,58%
Centro de Actividades Deportivas	4	4,60%	2	1,17%
Centro de Promoción de Empleo y Prácticas	1	1,15%	4	2,34%
Centro Documentación Científica	1	1,15%	1	0,58%
Centro de Investigación Biomédica	4	4,60%	4	2,34%
Centro de Investigación Mente, Cerebro y Comportamiento	0	0,00%	5	2,92%
Centro de Instrumentación Científica	7	8,05%	6	3,51%
Centro de Iniciativas de Cooperación al Desarrollo	0	0,00%	0	0,00%
Centro de Inves. Tecnologías de Infor. y Comunic.	1	1,15%	2	1,17%
Complejo Administrativo Triunfo	8	9,20%	18	10,53%
Centro de Producción de Recursos para la Universidad Digital	2	2,30%	3	1,75%
CSIRC	7	8,05%	14	8,19%
Edif. Florentino	5	5,75%	22	12,87%
Edif. Mecenas	2	2,30%	2	1,17%
Edif. San Jerónimo	1	1,15%	1	0,58%
Edif. Santa Lucia	8	9,20%	8	4,68%
Edif. Servicios Generales PTS	0	0,00%	1	0,58%
Edificio Fray Luis	0	0,00%	2	1,17%
Editorial UGR	0	0,00%	1	0,58%
Espacio V Centenario	0	0,00%	2	1,17%
Herbario	0	0,00%	1	0,58%
Hospital Real	17	19,54%	28	16,37%
Instituto Mixto Universitario de Deporte y Salud	0	0,00%	0	0,00%
Inst. Anda. De Geofísica	3	3,45%	1	0,58%
Inst. Univ. Sistema Tierra	1	1,15%	1	0,58%
Residencias	1	1,15%	2	1,17%
Servicio de Becas	2	2,30%	0	0,00%
Servicio de Comedores	2	2,30%	2	1,17%
Servicio de Jardines	5	5,75%	11	6,43%
Servicio de Mantenimiento	2	2,30%	16	9,36%
Servicio de Salud y Prevención	2	2,30%	6	3,51%
Unidad Técnica	1	1,15%	2	1,17%
Total	87	100,00%	171	100,00%

Gráfico 21: Casos y contactos en Servicios y Centros de investigación

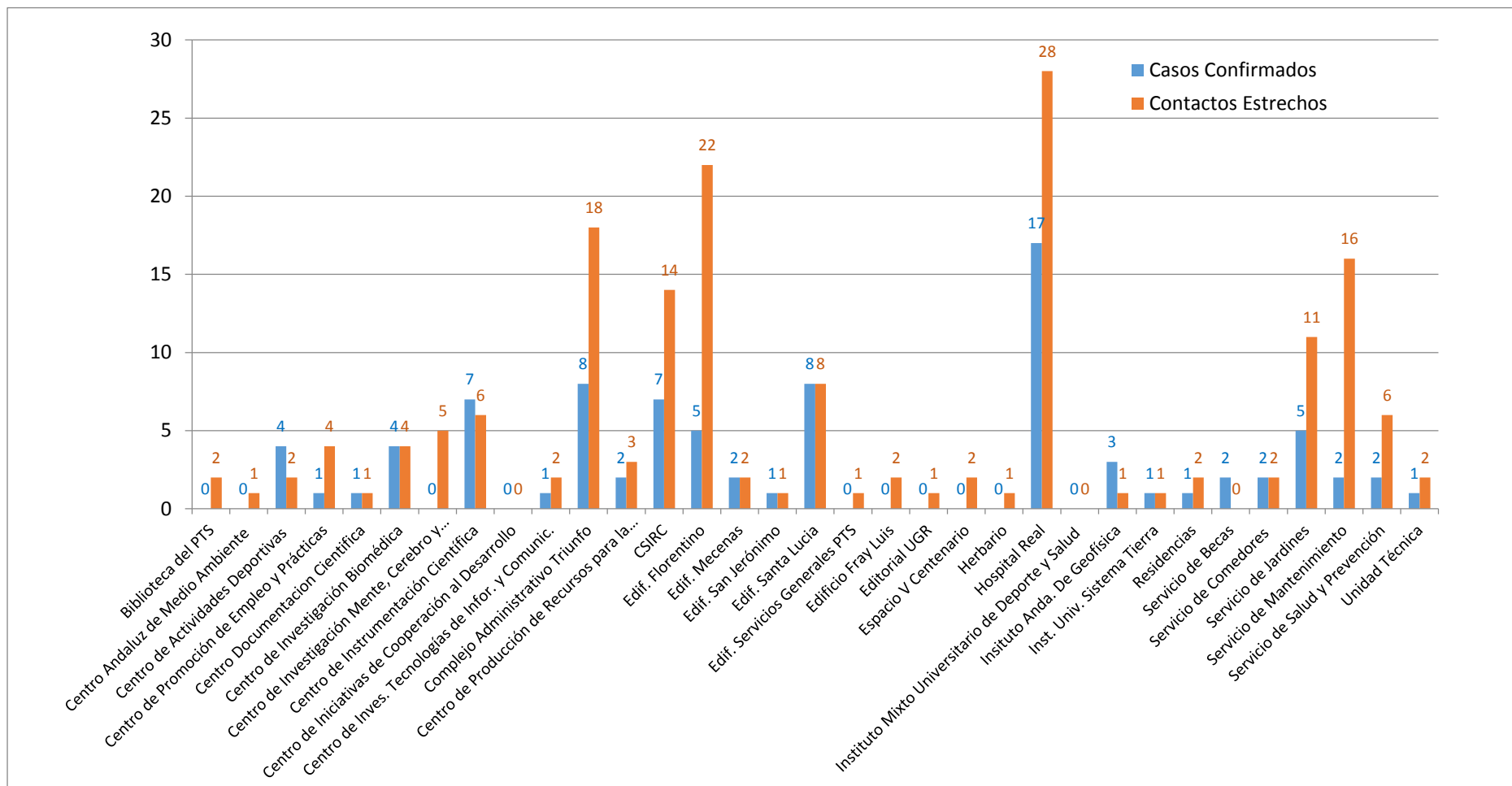


Tabla 17: Casos y contactos en Centros Académicos

<i>Centro Académicos</i>	<i>Casos Confirmados</i>	<i>% con respecto al total de confirmados</i>	<i>Contactos Estrechos</i>	<i>% con respecto al total de contactos</i>
Campus Ceuta	5	2,65%	5	2,27%
Campus Melilla	6	3,17%	4	1,82%
Escuela Internacional de Posgrado	2	1,06%	2	0,91%
ETS Arquitectura	4	2,12%	8	3,64%
ETS Ingeniería Caminos, Canales y Puertos	12	6,35%	7	3,18%
ETS Ingeniería de la Edificación	7	3,70%	6	2,73%
ETS Ingeniería Informática y Telecomunicación	11	5,82%	14	6,36%
F. de Bellas Artes	11	5,82%	8	3,64%
F. de Ciencias	51	26,98%	51	23,18%
F. de Ciencias de la Educación	7	3,70%	14	6,36%
F. de Ciencias de la Salud	1	0,53%	4	1,82%
F. de Ciencias del Deporte	9	4,76%	8	3,64%
F. de Ciencias Económicas y Empresariales	5	2,65%	5	2,27%
F. de Ciencias Políticas y Sociología	5	2,65%	8	3,64%
F. de Comunicación y Documentación	3	1,59%	2	0,91%
F. de Derecho	8	4,23%	10	4,55%
F. de Farmacia	12	6,35%	11	5,00%
F. de Filosofía y Letras	9	4,76%	17	7,73%
F. de Medicina	3	1,59%	12	5,45%
F. de Odontología	4	2,12%	4	1,82%
F. de Psicología	9	4,76%	12	5,45%
F. de Relaciones Laborales y Recursos Humanos	0	0,00%	3	1,36%
F. de Trabajo Social	1	0,53%	4	1,82%
F. de Traducción e Interpretación	4	2,12%	1	0,45%
Total	189	100,00%	220	100,00%

Gráfico 22: Casos y contactos en Centros Académicos

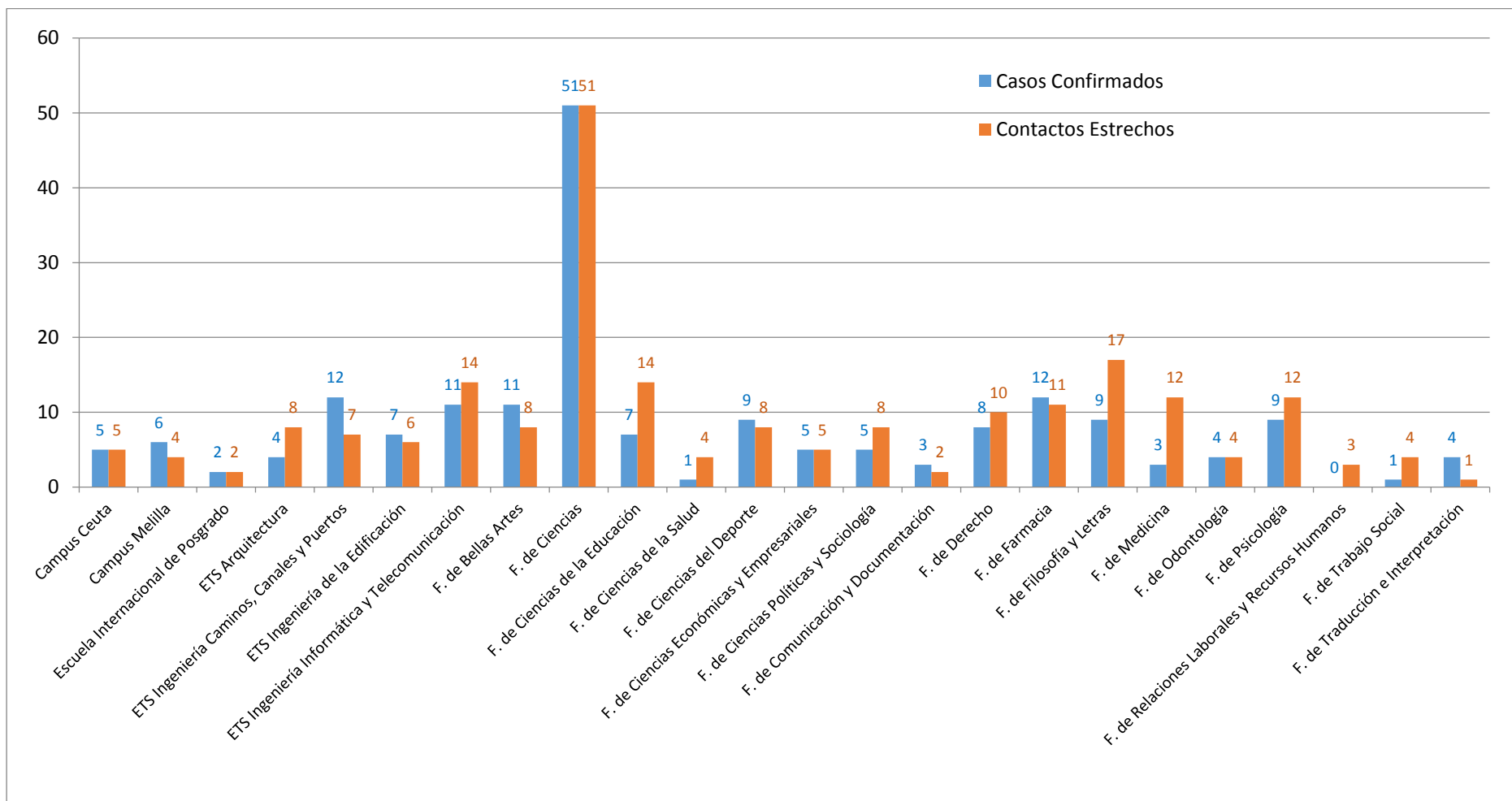
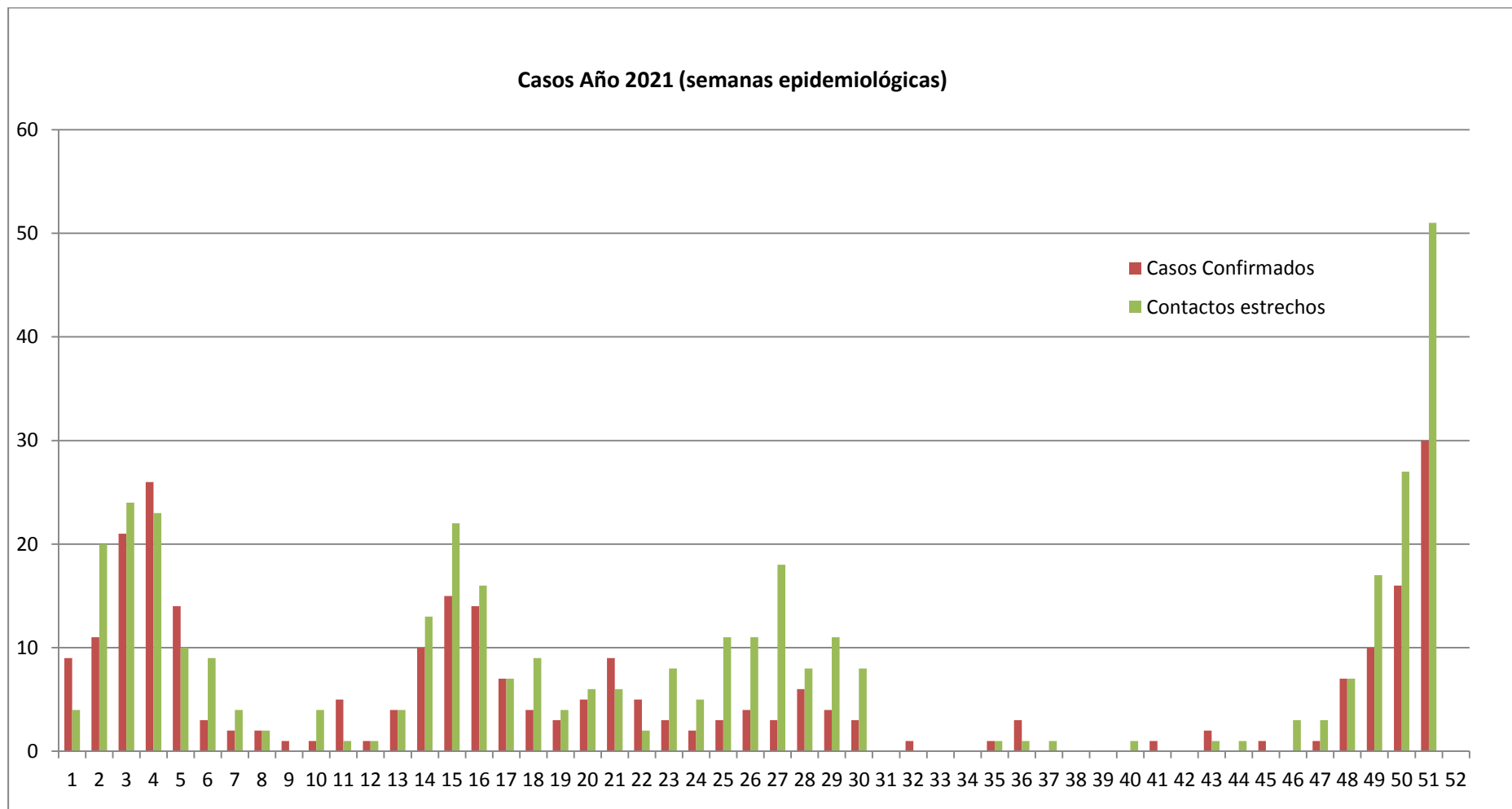


Tabla 18: Casos y contactos por semanas Epidemiológicas

Semana Epidemiológica	Desde	Hasta	Casos Confirmados	Contactos estrechos
1	03/01/2021	09/01/2021	9	4
2	10/01/2021	16/01/2021	11	20
3	17/01/2021	23/01/2021	21	24
4	24/01/2021	30/01/2021	26	23
5	31/01/2021	06/02/2021	14	10
6	07/02/2021	13/02/2021	3	9
7	14/02/2021	20/02/2021	2	4
8	21/02/2021	27/02/2021	2	2
9	28/02/2021	06/03/2021	1	0
10	07/03/2021	13/03/2021	1	4
11	14/03/2021	20/03/2021	5	1
12	21/03/2021	27/03/2021	1	1
13	28/03/2021	03/04/2021	4	4
14	04/04/2021	10/04/2021	10	13
15	11/04/2021	17/04/2021	15	22
16	18/04/2021	24/04/2021	14	16
17	25/04/2021	01/05/2021	7	7
18	02/05/2021	08/05/2021	4	9
19	09/05/2021	15/05/2021	3	4
20	16/05/2021	22/05/2021	5	6
21	23/05/2021	29/05/2021	9	6
22	30/05/2021	05/06/2021	5	2
23	06/06/2021	12/06/2021	3	8
24	13/06/2021	19/06/2021	2	5
25	20/06/2021	26/06/2021	3	11
26	27/06/2021	03/07/2021	4	11
27	04/07/2021	10/07/2021	3	18
28	11/07/2021	17/07/2021	6	8
29	18/07/2021	24/07/2021	4	11
30	25/07/2021	31/07/2021	3	8
31	01/08/2021	07/08/2021	0	0
32	08/08/2021	14/08/2021	1	0
33	15/08/2021	21/08/2021	0	0
34	22/08/2021	28/08/2021	0	0
35	29/08/2021	04/09/2021	1	1
36	05/09/2021	11/09/2021	3	1
37	12/09/2021	18/09/2021	0	1
38	19/09/2021	25/09/2021	0	0
39	26/09/2021	02/10/2021	0	0
40	03/10/2021	09/10/2021	0	1
41	10/10/2021	16/10/2021	1	0
42	17/10/2021	23/10/2021	0	0
43	24/10/2021	30/10/2021	2	1
44	31/10/2021	06/11/2021	0	1
45	07/11/2021	13/11/2021	1	0
46	14/11/2021	20/11/2021	0	3
47	21/11/2021	27/11/2021	1	3
48	28/11/2021	04/12/2021	7	7
49	05/12/2021	11/12/2021	10	17
50	12/12/2021	18/12/2021	16	27
51	19/12/2021	25/12/2021	30	51
52	26/12/2021	01/01/2022	0	0

Gráfico 23: Casos y contactos por semanas Epidemiológicas



7.2 SEGUIMIENTO DE CASOS EN PERSONAL EMPLEADO

Tras el contacto inicial para valorar cada caso, en el que se establecen las medidas comentadas en el apartado anterior, el personal debe informar al SSP de su evolución (como resultados de pruebas posteriores realizadas, agravamiento de síntomas, finalización de su periodo de cuarentena, alta, etc.). Una vez finalizado el periodo de aislamiento mínimo, al personal del que no tenemos conocimiento de su estado, se le envía enlace a un formulario web para que contesten a un cuestionario, con el objetivo de conocer secuelas en casos confirmados o si finalmente se ha producido el contagio en contactos, aplicando si son necesarias nuevas medidas.

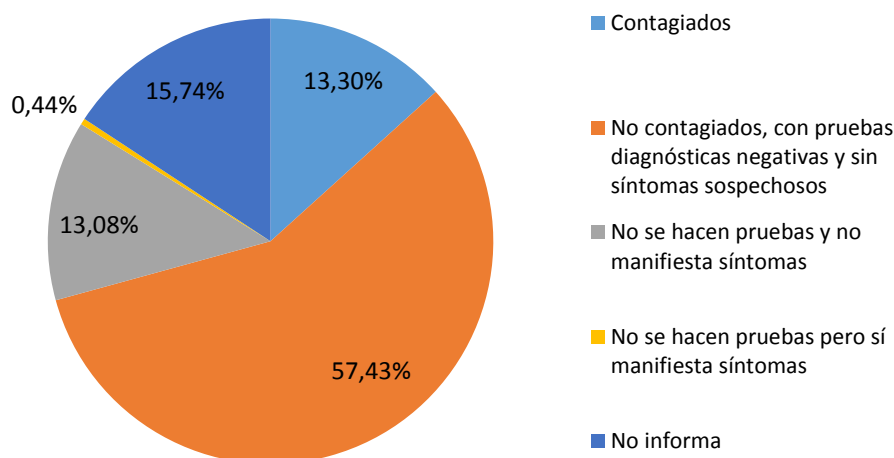
7.2.1 SEGUIMIENTO DE CONTACTOS ESTRECHOS:

Del seguimiento de todos los contactos estrechos valorados inicialmente, se obtienen los siguientes resultados:

Tabla 19: Seguimiento de Contactos Estrechos

Seguimiento de Contactos Estrechos		
	N.º	%
- Casos Contagiados:	60	13,30%
- No contagiados, con pruebas diagnósticas negativas y sin síntomas sospechosos:	259	57,43%
- No se hacen pruebas y no manifiesta síntomas:	59	13,08%
- No se hacen pruebas, pero sí manifiesta síntomas:	2	0,44%
- No Informa:	71	15,74%
- Total contactos:	451	100,00%

Gráfico 24: Seguimiento de Contactos Estrechos



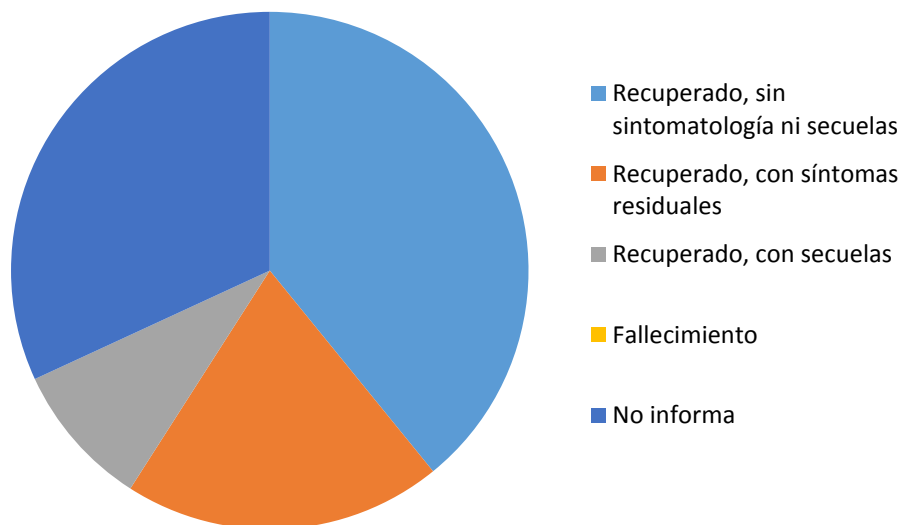
7.2.2 SEGUIMIENTO DE CASOS CONFIRMADOS:

Del seguimiento de los casos confirmados, una vez ha pasada al menos una semana del fin de su periodo de aislamiento mínimo, se obtienen los siguientes datos:

Tabla 20: Seguimiento de Casos Confirmados

Seguimiento de Casos Confirmados		
	N.º	%
- Recuperado, sin sintomatología ni secuelas:	108	39,13%
- Recuperado, con síntomas residuales:	55	19,93%
- Recuperado, con secuelas:	25	9,06%
- Fallecimiento:	0	0%
- No informa:	88	31,88%
- Total casos:	276	100,00%

Gráfico 25: Seguimiento de Casos Confirmados



De los **casos confirmados de los que tenemos información de su estado después del periodo de aislamiento (188 casos)**, es destacable que:

- El **57,45%** de los casos confirmados refiere haberse recuperado sin secuelas.
- El **13,30%** refiere que se ha recuperado, pero mantiene secuelas de la infección. A este grupo, tras una valoración de las secuelas referidas, a **46 personas** se les ha enviado **cita para reconocimiento médico laboral**, con el objeto de revisar su estado de salud general y su relación con el trabajo.



Índice de Gráficos y Tablas

Gráfico 1: factores relacionados con PVD que producen molestias	6
Gráfico 2: Síntomas visuales asociados al uso de PVD	7
Gráfico 3: Alteraciones locomotor en todos los protocolos valorados en 2021	9
Gráfico 4: Alteraciones locomotor PVD (PAS y PDI)	11
Gráfico 5: Alteraciones locomotor PDI y PAS	12
Gráfico 6: Alteraciones locomotor MMCC y MMRR	14
Gráfico 7: Problemas en últimos 12 meses	15
Gráfico 8: Incapacitado últimos 12 meses	16
Gráfico 9: Problemas en últimos 7 días	16
Gráfico 10: Problemas en últimos 12 meses	17
Gráfico 11: Incapacitado últimos 12 meses	18
Gráfico 12: Problemas en últimos 7 días	18
Gráfico 13: RML TRAS ITCC por puesto de trabajo	23
Gráfico 14: RML TRAS ITCC por tamaño del puesto	24
Gráfico 15: RML TRAS ITCC por DX Clínico	25
Gráfico 16: RML TRAS ITCC por DX Etiológico	26
Gráfico 17: Permisos y Comunicaciones Maternidad	31
Gráfico 18: Total de casos y contactos de personal según origen laboral de riesgo	58
Gráfico 19: Casos y contactos en personal empleado por sexo	59
Gráfico 20: Casos y contactos en personal empleado por puesto	60
Gráfico 21: Casos y contactos en Centros Académicos	62
Gráfico 22: Casos y contactos en Servicios y Centros de investigación	64
Gráfico 23: Casos y contactos por semanas Epidemiológicas	66
Gráfico 24: Seguimiento de Contactos Estrechos	67
Gráfico 25: Seguimiento de Casos Confirmados	68
Tabla 1: Factores ergonómicos responsables de molestias visuales.	6
Tabla 2: sintomatología de la fatiga visual en Pantalla de Datos.	7
Tabla 3: Alteraciones detectadas en exploración locomotor RML 2021 por protocolos	10
Tabla 4: Alteraciones detectadas en exploración locomotor en RML de 2021 con protocolo pantallas de visualización de datos (PVD) diferenciado por puestos de trabajo personal docente investigador (PDI) y de administración y servicios (PAS)	13
Tabla 5: Tablas RML TRAS ITCC	22
Tabla 6: Porcentaje Absoluto RML TRAS ITCC por puesto	23
Tabla 7: Porcentaje relativo RML TRAS ITCC	24
Tabla 8: Diagnóstico Clínico RML TRAS ITCC	25
Tabla 9: Diagnóstico Etiológico RML TRAS ITCC	26
Tabla 10: Permisos y Comunicaciones Maternidad	30
Tabla 11: Cálculo de riesgo cardiovascular	34
Tabla 12: Total de casos y contactos notificados personal UGR	57
Tabla 13: Total de casos y contactos de personal según origen laboral de riesgo	58
Tabla 14: Casos y contactos en personal empleado por sexo	59
Tabla 15: Casos y contactos en personal empleado por puesto	59
Tabla 16: Casos y contactos en Servicios y Centros de investigación	61
Tabla 17: Casos y contactos en Centros Académicos	63
Tabla 18: Casos y contactos por semanas Epidemiológicas	65
Tabla 19: Seguimiento de Contactos Estrechos	67
Tabla 20: Seguimiento de Casos Confirmados	68



UNIVERSIDAD
DE GRANADA

Vicerrectorado de Igualdad,
Inclusión y Sostenibilidad



Servicio de Salud
y **Prevención**