



## Causas probables desde la experiencia del HGUA

Colaboración Verónica Lander.  
Residente MIR 2do año  
ALICANTE



# Cuando el Examen de Salud Laboral es una barrera

Causas probables desde la experiencia del HGUA

## LEY DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES 31/1995

**Artículo 22** establece los condicionantes a los que esta Vigilancia de la Salud debe someterse: El empresario garantizará a los trabajadores a su servicio la vigilancia periódica de su estado de salud en función de los riesgos inherentes al trabajo.

**GENERAL:**

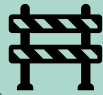
Describir las características de las renunciaciones a los exámenes de salud periódicos del personal sanitario del Hospital General Universitario (HGUA) Dr. Balmis.

**ESPECÍFICOS:**

Conocer los factores demográficos de los trabajadores



Determinar la categoría profesional y servicio de los trabajadores

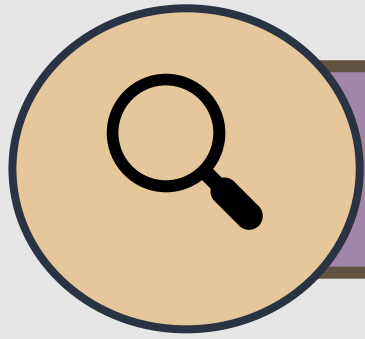


Barreras para realizar el examen de salud periódico



Prevalencia de renuncia de los exámenes de salud periódico

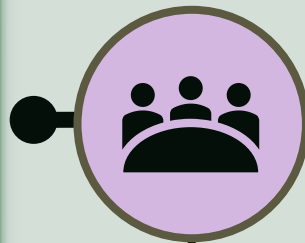




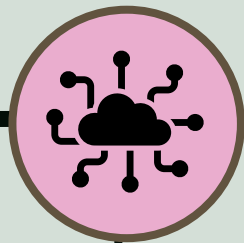
## ESTUDIO OBSERVACIONAL, DESCRIPTIVO DE CORTE TRANSVERSAL



Solicitamos ayuda al personal de la Biblioteca, RRHH, administrativos y técnicos del SPRL



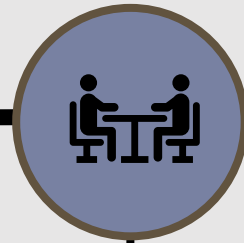
Fase 1  
Acercamiento



Búsqueda de  
información



Análisis de  
datos



Fase 2  
Encuesta



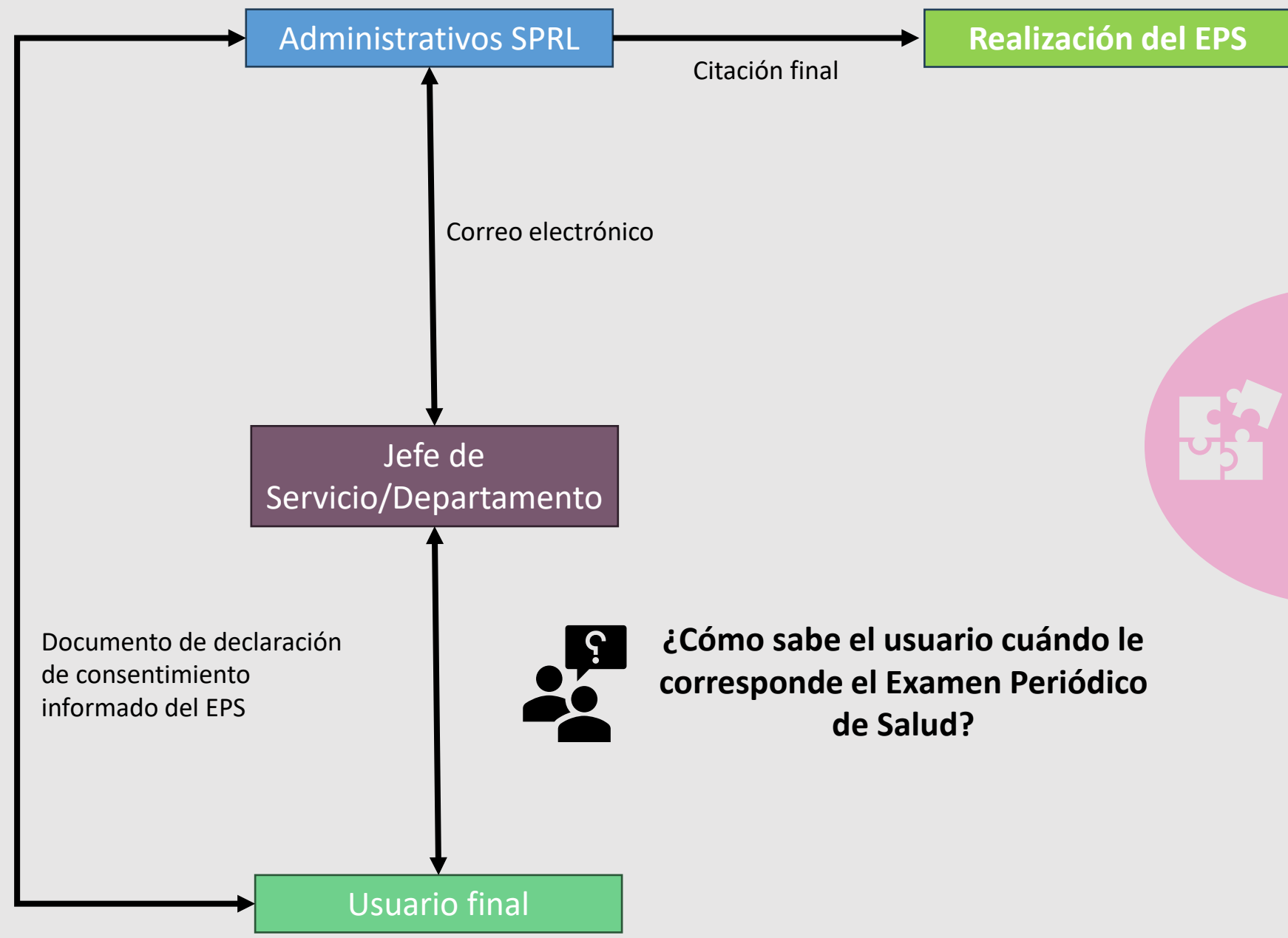
Fase 3  
Programa

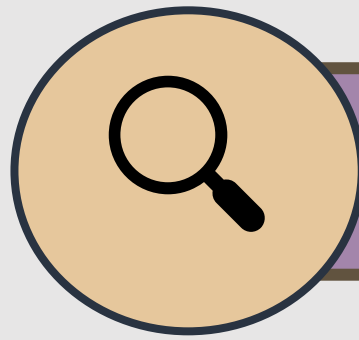


METODOLOGIA

OBJETIVOS







# ESTUDIO OBSERVACIONAL, DESCRIPTIVO DE CORTE TRANSVERSAL



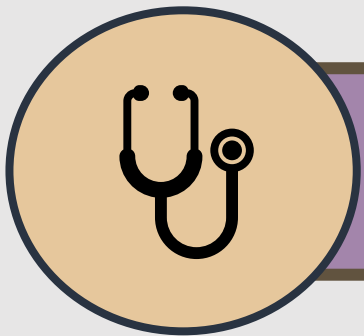
Variables: Sexo, edad vs categoría profesional, servicio, antigüedad

3394  
PERSONAL SANITARIO



295  
FORMACIÓN





UP7 – 2022 SE REALIZARON **412** EXÁMENES DE SALUD PERIÓDICO

CONCLUSIONES

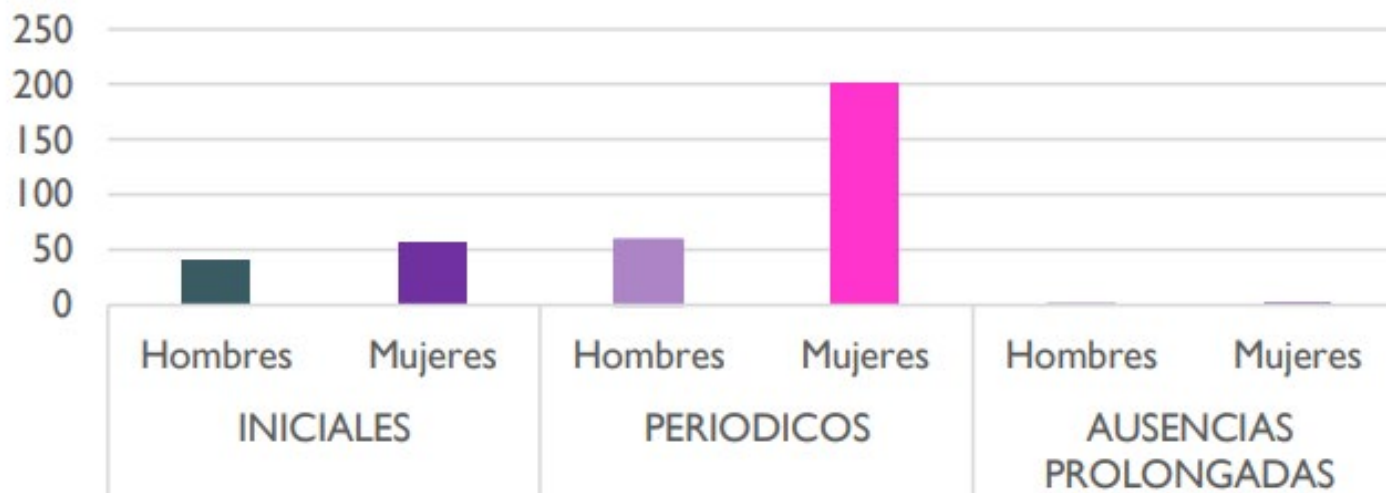
PARTE 5

PARTE 4

PARTE 3

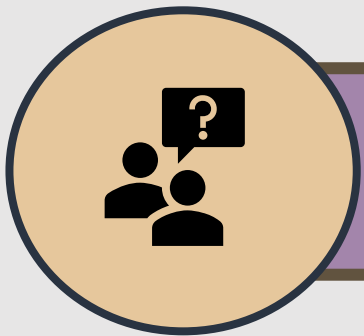
PARTE 2

EXAMENES DE SALUD PERIÓDICOS DIVIDIDOS  
CATEGORIZADOS POR SEXO, REALIZADOS EN EL SPRL  
UP7 HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DR. BALMIS  
DURANTE 2022



NÚMEROS

OBJETIVOS



NO HAY DATOS DE CUÁNTOS TRABAJADORES LES  
CORRESPONDE EL EPS/SEGÚN AÑO

## RECHAZOS 2022: 76 PERSONAS QUE CONTESTARON EL DOCUMENTO



43



3



5



11



14 QUE NO SE PUEDEN CATEGORIZAR

CONCLUSIONES

PARTE 5

PARTE 4

PARTE 3

PARTE 2



DATOS

OBJETIVOS



## CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- ✓ Personal sanitario contratado y en activo del HGUA durante el 2025.
- ✓ Personal que firme el consentimiento informado.

## CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- x Todo el personal no categorizado como sanitario.
- x Personal de centros de salud y consultorios auxiliares.
- x Los exámenes de salud obligatorios.
- x Trabajos en Incapacidad Temporal
- x Trabajadores que se han jubilado.



## RECOGIDA DE DATOS

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                          |  |                                                                                     |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------|--|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | <b>DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA VIGILANCIA DE LA SALUD INDIVIDUAL</b> |  |  |  |
| <b>A DATOS DEL TRABAJADOR O TRABAJADORA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                          |  |                                                                                     |  |
| NOMBRE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | APELLIDOS                                                                                |  | DNI                                                                                 |  |
| NÚM. SIP                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)                                                 |  | CP                                                                                  |  |
| LOCALIDAD/PROVINCIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | CORREO ELECTRÓNICO                                                                       |  | TELÉFONO                                                                            |  |
| CENTRO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | SERVICIO                                                                                 |  | CATEGORÍA                                                                           |  |
| <b>B PROCEDIMIENTO DE VIGILANCIA DE LA SALUD INDIVIDUAL</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                          |  |                                                                                     |  |
| <p>La vigilancia de la salud específica es un instrumento para seguimiento de la repercusión de las condiciones de trabajo sobre la salud y/o valoración de la capacidad para el desempeño de determinadas tareas. Incluye la aplicación de protocolos de vigilancia de la salud específicos frente a los riesgos detectados en su supuesto de trabajo.</p> <p>Podrá solicitar hoja informativa donde se indican a modo orientativo, los parámetros analíticos y/o exploraciones complementarias correspondientes a cada protocolo sanitario.</p> <p><b>AUTORIZACIÓN DE ACCESO A HISTORIA CLÍNICA DIGITAL DEL SNS</b></p> <p>A efectos únicamente de consulta de la documentación clínica al respecto, solicitud de pruebas diagnósticas, interconsultas y al objeto de poder emitir conclusiones tras la realización de la vigilancia de su estado de salud que en este momento se le va a realizar, solicitamos su autorización para el acceso médico:</p> <p>Historia clínica ORION <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Historia clínica SIA (ABUCASIS) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> |  |                                                                                          |  |                                                                                     |  |
| <b>C INFORMACIÓN SOBRE LOS RIESGOS ESPECÍFICOS PARA SU CATEGORÍA PROFESIONAL</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                          |  |                                                                                     |  |
| <p>Adjunto se le notifican los riesgos laborales y las medidas preventivas y de protección a tener presentes en su trabajo habitual, además Vd. Tiene acceso al manual de acogida y a los riesgos en su puesto de trabajo en el enlace: <a href="http://publicaciones.san.gva.es/cas/prof/laboral/riesgolaboral.html">http://publicaciones.san.gva.es/cas/prof/laboral/riesgolaboral.html</a></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                          |  |                                                                                     |  |
| <b>D DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                          |  |                                                                                     |  |
| <p>DECLARO que he sido informado/a del contenido de la vigilancia de la salud individual que se me va a realizar y que lo he comprendido satisfactoriamente por lo que:</p> <p><input type="checkbox"/> ACEPTO realizar la vigilancia de la salud</p> <p><input type="checkbox"/> NO ACEPTO realizar la vigilancia de la salud</p> <p>El/La trabajador/a _____ Personal sanitario especialista del SPRL que informa:</p> <p>Fecha y firma: _____</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                          |  |                                                                                     |  |
| <b>E REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                          |  |                                                                                     |  |
| <p>Revoco de forma voluntaria el consentimiento prestado :</p> <p>El/La trabajador/a _____ Fecha y firma: _____</p> <p>Los datos de carácter personal contenidos en el Impreso podrán ser incluidos en un fichero para su tratamiento por este órgano administrativo, como titular responsable del fichero, en el uso de las funciones propias que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias. Asimismo, se le informa de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo ello de conformidad con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal y garantía de los derechos digitales.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                          |  |                                                                                     |  |



## Motivo de renuncia a los exámenes de salud por parte del personal sanitario del Hospital General Universitario Dr. Balmis durante el años 2024

El presente formulario tiene como objetivo detectar las razones por las cuales los trabajadores de nuestro hospital renuncian a los exámenes de salud. Dichas respuestas serán usadas para realizar un trabajo de investigación como parte del Trabajo Final de Residencia.

Los datos serán tratados de forma confidencial y en ningún caso se preguntarán datos sensibles que le puede identificar.

Rogamos responder con honestidad las siguientes preguntas.



## RECOGIDA DE DATOS



1. ¿Realizas el EPS?
2. ¿Conoces los objetivos del EPS?
3. ¿Qué te ha motivado a rechazar la realización del EPS?

## LIMITACIONES

## CUESTIONARIOS

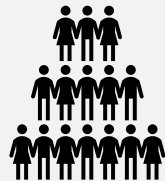
1

Incompletos



## PARTICIPACIÓN

2

Poca  
Nula

## COLABORACIÓN

3

Poca  
implicación de  
los servicios

## TIEMPO

4

Muestra no  
representativa  
de la población

LIMITACIONES

METODOLOGIA

OBJETIVOS



CONCLUSIONES

PARTE 5

PARTE 4



ETICA

LIMITACIONES

METODOLOGIA

OBJETIVOS





APLICABILIDAD

PLAN

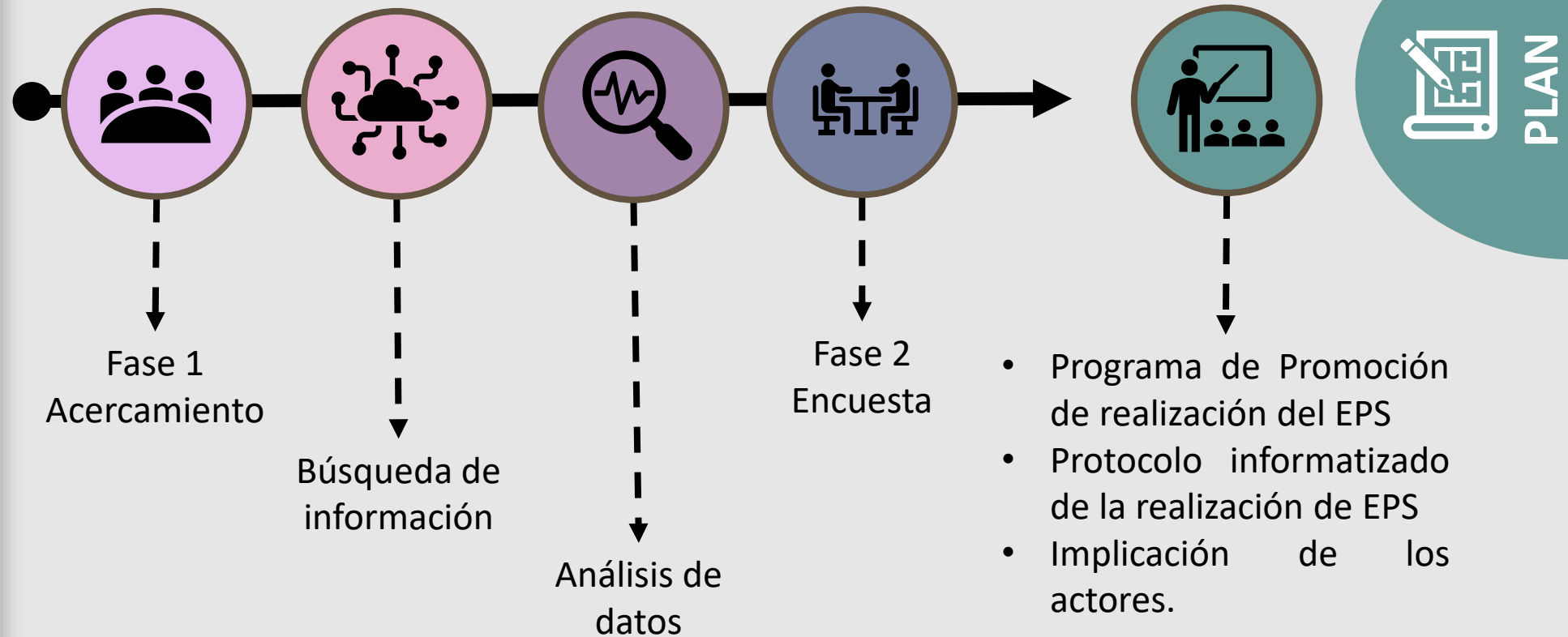
ETICA

LIMITACIONES

METODOLOGIA

OBJETIVOS

# ¿CUÁL ES NUESTRO HORIZONTE?



ETICA

LIMITACIONES

METODOLOGIA

OBJETIVOS

## REGISTRO

1

Incompleto  
Escaso  
Faltan datos



## PARTICIPACIÓN

2

Escasa  
Motivación



## COLABORACIÓN

3

Poca  
implicación de  
los servicios



## NECESIDAD

4

Cambio  
estructural y de  
procesos



CONCLUSIONES

APLICABILIDAD

PLAN

ETICA

LIMITACIONES

METODOLOGIA

OBJETIVOS

1. Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, del Ministerio de Empleo y Seguridad Social, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social (Boletín Oficial del Estado, número 261, de 31-10-15).
2. Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro (Boletín Oficial del Estado, número 302, de 19-12-06).
3. Hevia-Campomanes Calderón E., Miranda Rivas F.: Los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales.2000.ColexMadrid
4. Rodríguez-Jareño Maria Cruz, Molinero Emilia, Montserrat Jaume de, Vallès Antoni, Aymerich Marta. How much do workers' health examinations add to health and safety at the workplace?: occupational preventive usefulness of routine health examinations. Gac Sanit [Internet]. 2015 Ago [citado 2023 Nov 12] ; 29( 4 ): 266-273. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112015000400005&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112015000400005&lng=es). <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.11.001>.
5. San Martín Mazzucconi, Carolin. Voluntariedad y periodicidad de los reconocimientos médicos . La vigilancia del estado de salud de los trabajadores Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración Núm. 53 Pág. 181-202 (2004). Disponible en :[http:// dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1038781](http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1038781)



# GRACIAS

**“LA MAYORÍA DE LA GENTE NO QUIERE LA LIBERTAD, PORQUE LA LIBERTAD IMPLICA RESPONSABILIDAD Y LA MAYORÍA DE LAS PERSONAS TIENEN MEDO DE LA RESPONSABILIDAD”**

Sygmund Froyd

