

RESUMEN EJECUTIVO DEL PROYECTO

ESTUDIO SOBRE EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO SALUDABLE Y SU RELACIÓN CON LAS CONDICIONES DE TRABAJO EN EL SECTOR SANITARIO: PROYECTO ADAPT@GEING2.0



Proyecto realizado por



Departamento de Desarrollo de Proyectos e Innovación SGS Tecnos S.A.

RESUMEN EJECUTIVO DEL PROYECTO

ESTUDIO SOBRE EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO SALUDABLE Y SU RELACIÓN CON LAS CONDICIONES DE TRABAJO EN EL SECTOR SANITARIO: PROYECTO ADAPT@GEING2.0

ÍNDICE

1 SINOPSIS	8
2 METODOLOGÍA	13
2.1 MATERIAL	13
2.2 MÉTODO	14
3 RESULTADOS	16
3.1 DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS	16
3.2 DATOS SOCIOLABORALES	17
3.3 CONDICIONES DE TRABAJO Y FACTORES DE RIESGO	19
3.4 HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA	20
3.5 PERCEPCIÓN DE LA SALUD	21
3.6 VALORACIÓN DE LA CAPACIDAD PARA TRABAJAR	27
3.7 ADOPCIÓN DE MEDIDAS PREVENTIVAS Y ADAPTACIÓN DE LAS CONDICIONES DE TRABAJO	30
3.8 ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y BUENAS PRÁCTICAS SOBRE ENVEJECIMIENTO ACTIVO SALUDABLE EN EL SECTOR SANITARIO	34
4 UTILIDAD PRÁCTICA DE LOS RESULTADOS EN RELACIÓN CON LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES	36
5 CONCLUSIONES FINALES Y RECOMENDACIONES	36
6 DIFUSIÓN Y EXPLOTACIÓN DE RESULTADOS	39
7 AGRADECIMIENTOS	39
8 BIBLIOGRAFÍA	40

“Viejo no es el que arrastra sus pies,
sino el que arrastra sus ideas”.

Anónimo

Nota: **Uso del masculino en referencia a personas de ambos sexos:** La utilización en esta memoria del masculino plural cuando nos referimos a mujeres y hombres en el trabajo como colectivo no tiene intención discriminatoria alguna, sino la aplicación de la ley lingüística de la economía expresiva, para facilitar la lectura con el menor esfuerzo posible, dada la extensión del mismo.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PROYECTO

Título: *ESTUDIO SOBRE EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO SALUDABLE Y SU RELACIÓN CON LAS CONDICIONES DE TRABAJO EN EL SECTOR SANITARIO: PROYECTO ADAPT@GEING2.0*

Autores: Soriano Tarín, Guillermo; Rodríguez-Caro de la Rosa, Mercedes; Pascual Sagastagoitia, Íñigo.

Entidad Subvencionada: SGS TECNOS, S.A.

Fecha de realización: 2014-2015

Palabras clave: Envejecimiento. Población laboral. Sector sanitario. Adaptación puesto de trabajo. Promoción de la salud. Buenas prácticas.

1 SINOPSIS

La mayoría de los países desarrollados están experimentando un proceso sin precedentes, como es la transformación y el **progresivo envejecimiento de la población**, con el aumento de los trabajadores de edad comprendida entre los 50 y 65 años.

El envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y del desarrollo socioeconómico, pero también constituye un reto para la sociedad y las organizaciones, que deben adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas de edad, y el sector sanitario no es ajeno a este reto.

No en vano, el **sector sanitario** constituye un sector estratégico esencial en nuestro país, y representa un elevado peso dentro del tejido productivo español. Así, el gasto sanitario en España representó el 9,34% del PIB, suponiendo el gasto sanitario público el 6,89% y el gasto sanitario privado el 2,45%¹. Según los datos de la EPA del primer trimestre de 2014, estarían ocupados en el sector sanitario y sociosanitario (CNAE2009 número 86 y 87 respectivamente) alrededor de 645.000 trabajadores, de los que 476.689 corresponderían al Servicio Nacional de Salud. Un 20,3% corresponden a Cataluña, un 13,9% a Andalucía, un 11,4% a la Comunidad de Madrid, un 9,7% a la CCAA Valenciana, un 7,7% a Castilla y León y un 37% en el resto de CCAA.

El 48,2% de los trabajadores tendría una edad superior a 45 años, siendo la edad media en el sector de 44,1 años. La distribución de los trabajadores según sexo, destaca la elevada feminización del sector, ya que el 74,2% son trabajadoras (un 93,2% en caso del sector sociosanitario).

Dentro del sector sanitario, se incluyen diferentes categorías según el Código Nacional de Ocupaciones (CNO), que podríamos clasificar genéricamente en dos grandes grupos, de **personal sanitario** y **personal no sanitario**. Un 11,7% corresponden a médicos, el 20,9% personal de enfermería, el 22,4% auxiliares de enfermería, un 4,4% Técnicos sanitarios, un 6,6% a celadores, un 7,3% personal de administración y un 26,7% para el resto de ocupaciones.

El sector sanitario constituye uno de los principales pilares del empleo en Europa, constituyendo un 10% de la población activa, con una representación importante de las mujeres trabajadoras (77% del personal sanitario). La Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo (EU-OSHA) ha publicado un informe sobre los problemas actuales y emergentes en materia de seguridad y salud en el sector sanitario², destacando la falta de personal cualificado, el envejecimiento de los trabajadores y de la población que deben atender, así como los problemas asociados al nuevo modelo de atención domiciliaria y comunitaria.

Además de ser uno de los sectores de mayor expansión, constituye uno de los sectores más expuestos a riesgos para la salud y la seguridad laboral, incluidos los riesgos biológicos, químicos, ergonómicos o psicosociales^{3,4}.

Así, entre los **riesgos psicosociales**, destaca el trabajo nocturno y a turnos⁵, la sobrecarga de horas de trabajo, la exposición a situaciones violentas⁶⁻⁸, los problemas de bullying, el abuso de sustancias, las excesivas demandas emocionales y los problemas de estrés y burnout, junto a otros riesgos como realizar labores en espacios reducidos, la falta de formación, el aislamiento en el trabajo, la ausencia de supervisión y de apoyo, etc.

Los **riesgos ergonómicos** derivados de la manipulación de pacientes, las posturas forzadas, los movimientos repetidos y la manipulación manual de cargas tienen una elevada prevalencia, y el sector sanitario, ocupa el tercer puesto en la incidencia de accidentes por sobreesfuerzos⁹. Además, en la prevención de los trastornos músculo esqueléticos, hay que tener en cuenta la relación combinada entre exposición a factores de riesgo psicosocial y los desordenes musculoesqueléticos¹⁰.

Respecto a los **riesgos biológicos**¹¹, destaca que los trabajadores sanitarios están potencialmente expuestos a más de 60 especies patógenas diferentes entre las que se encuentran virus, bacterias y parásitos, si bien son el virus de la inmunodeficiencia humana y los virus de la hepatitis B y C los causantes del mayor número de infecciones relacionadas con exposiciones accidentales en el sector.

Se trata pues, de un sector con unas **elevadas demandas físicas y psíquicas**, por lo que su impacto sobre los trabajadores de edad y la adopción de medidas preventivas y de adaptación a las capacidades de este colectivo, resulta especialmente necesario.

La evidencia científica pone de manifiesto que el **envejecimiento reduce progresivamente las capacidades funcionales y fisiológicas** de las personas; y la edad afecta principalmente al aparato cardiorrespiratorio, al aparato locomotor, a las funciones sensoriales y al sistema nervioso. Por ello la valoración de la aptitud o capacidad para trabajar es importante, con el objetivo de verificar si existe una adaptación o un desequilibrio entre las exigencias psicofísicas del puesto de trabajo y la capacidad funcional del trabajador^{12,13}.

Los efectos fisiológicos del envejecimiento sobre la **capacidad física, sensorial y cognitiva**^{14,15} van a tener su impacto sobre la **capacidad para trabajar**. Además, ciertos factores como la turnicidad, se han asociado al **envejecimiento prematuro**^{16,17} y podrían acelerar el proceso natural del envejecimiento debido a la alteración de los ritmos circadianos^{1,18,19}. El trabajo a turnos puede tener efectos adversos para la salud a través de su potencial impacto en el comportamiento, tales como una dieta de peor calidad, menor actividad física, aumento del consumo de tabaco o alcohol y la afectación sobre las relaciones sociales y familiares, lo que se traduce en alteraciones en la calidad o duración del sueño, mayor accidentalidad, problemas gastrointestinales, cardiovasculares y psicológicos²⁰⁻²². Asimismo, se ha relacionado con riesgo de cáncer de mama, el asma, la diabetes y la epilepsia.

En este sentido, destaca que según los resultados de la VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo, un 34,7% de los trabajadores considera que no podrá realizar el mismo trabajo pasados los 60 años²³. Por lo tanto, es necesario adoptar políticas y prácticas sólidas en materia de seguridad y salud en el trabajo que inviertan en la seguridad, la salud y el bienestar de los trabajadores durante toda su vida laboral, para mantenerlos empleados más tiempo y mejorar su bienestar.

Para ello, será necesario **readaptar los puestos de trabajo** desde el punto de vista de la carga física y, cada vez más, de la carga mental, a las características personales y estado biológico de los trabajadores, con el objetivo de promover la salud y potenciar las capacidades de los trabajadores de edad, **promoviendo el envejecimiento activo saludable**, entendido como el proceso para la optimización de las oportunidades para la salud, la participación y la seguridad, **adecuando las demandas de trabajo a las capacidades de los trabajadores**.

La adaptación de las condiciones de trabajo en función de la edad, a través de la implementación de estrategias de promoción de la salud en el lugar de trabajo que contribuyan a mejorar el método de organización del trabajo, la mejora del entorno, el fomento de la participación activa de los trabajadores y el desarrollo personal se han mostrado eficaces²⁴. La evidencia científica nos dice por ejemplo que la actividad física regular mitiga los efectos adversos del envejecimiento, reduce el riesgo de enfermedades crónicas y mejora la calidad de vida, haciendo de este recurso uno de los pilares más importantes en los programas que requieren una implantación de hábitos saludables²⁵.

La gestión del factor edad se ha convertido en una cuestión emergente en el marco de la gestión de los recursos humanos que está llevando a las instituciones europeas a impulsar una **nueva estrategia orientada a alargar la vida laboral y estimular el mantenimiento de los trabajadores mayores en el mercado laboral**²⁶. Programas como el HealthWISE-Work Improvement in Health Services, en el que se conjugan aspectos operativos y didácticos para las mejoras laborales en los servicios sanitarios, brinda una metodología práctica y participativa para promover la colaboración entre directivos y empleados con el fin de mejorar la seguridad y las condiciones sanitarias de sus puestos de trabajo y prácticas laborales²⁷.

Entre las motivaciones que tienen las personas para rechazar o aceptar una oferta de jubilación, influyen múltiples variables. Así, entre los factores facilitadores e inhibidores de la aceptación o el rechazo de la oferta de jubilación anticipada o de prolongación de la vida laboral activa destacan el estado de salud, las variables sociodemográficas, las variables socioeconómicas, el contexto laboral y organizacional, las actitudes hacia el trabajo, las condiciones de trabajo, las expectativas hacia el retiro y las variables psicosociales²⁸.

Por todo ello, se establece como **hipótesis** de esta investigación que, las peculiaridades de las condiciones de trabajo en el sector sanitario, con unas elevadas exigencias físicas y mentales, pueden tener un impacto negativo sobre el envejecimiento saludable activo y sobre la capacidad para trabajar de dicho colectivo, y al mismo tiempo, la puesta en marcha de medidas de adaptación sobre las tareas y las condiciones de trabajo, pueden facilitar el envejecimiento activo saludable entre las personas que trabajan en el sector sanitario.

El **objetivo** general del presente proyecto de investigación es analizar si el proceso natural del envejecimiento, debe considerarse como un factor de riesgo emergente en las estrategias de prevención de riesgos laborales en las empresas y de forma particular en el sector sanitario.

Como objetivos específicos operativos se incluyen entre otros, identificar situaciones laborales de especial exigencia física o intelectual que sólo puedan realizarse durante un periodo de tiempo, de manera que se desarrollen medidas para limitar el tiempo de permanencia en esos puestos, analizar la relación entre el envejecimiento activo saludable y la adaptación de las condiciones de trabajo en el sector sanitario, determinar si el proceso del envejecimiento supone un hándicap o una disminución para la capacidad de trabajo de forma general o para determinadas ocupaciones del sector sanitario en particular y finalmente, analizar las adaptaciones, buenas prácticas o modificaciones realizadas por las instituciones para mejorar las condiciones de trabajo en el sector sanitario y la adaptación del puesto a los trabajadores de edad.

Para ello se plantea un **estudio de investigación multicéntrico** de tipo descriptivo transversal. Se realizó una revisión bibliográfica y se elaboró un cuestionario compuesto por 75 preguntas estructuradas en 5 bloques (datos sociolaborales,

sobre condiciones de trabajo y factores de riesgo, sociodemográficos, hábitos de vida y percepción de la salud, valoración del Índice de Capacidad para Trabajar-ICT y finalmente, medidas preventivas y de adaptación del puesto de trabajo). Dicho cuestionario fue elaborado por el equipo investigador, revisado por un grupo de expertos. Se realizó una prueba piloto, reformulando aquellos ítems que resultaron necesarios y el cuestionario definitivo se cumplimentó entre noviembre de 2014 y abril de 2015.

La población objeto del estudio, fueron trabajadores del sector sanitario y sociosanitario, de 45 años o más, que desempeñen su actividad en centros de titularidad pública o privada del ámbito hospitalario y extrahospitalario en todo el territorio nacional.

En el estudio participaron un total de 21 servicios de medicina del trabajo. Sobre una población asignada de 1300 trabajadores, cumplimentaron el cuestionario un total de 660 (50,8%), y se excluyeron 28 cuestionarios por cumplimentación errónea o incompleta.

La explotación estadística de los datos y el análisis de los resultados se realizó con el programa estadístico SPSS® versión 1.19, lo que ha permitido un análisis descriptivo de las variables y la asociación entre ellas mediante un cross-tabs.

Entre los **resultados** del estudio, destacamos que los principales problemas de salud en el sector sanitario provienen de los trastornos musculoesqueléticos y mentales. Dichas patologías se relacionan significativamente con la turnicidad. El 22,6% de los trabajadores manifiesta que su puesto no estaría adaptado para poder desempeñar su trabajo hasta los 65 años, existiendo diferencias significativas entre el sector público o privado, hospitalario o extrahospitalario y según la categoría profesional. El 61,4% de los trabajadores que refieren que su puesto de trabajo no está adaptado para poder desarrollar sus tareas hasta los 65 años, tendría alterada la valoración del Índice de Capacidad para Trabajar.

Los programas de salud en la empresa pueden ayudar a compensar o contrarrestar los procesos degenerativos físicos de la edad y a fortalecer los recursos propios para mantener una buena salud. La promoción de unos estilos de vida y hábitos saludables, refuerzan la salud y las capacidades funcionales. Entre dichos programas deben incluirse la promoción del ejercicio, alimentación saludable, gestión del sueño, prevención del tabaquismo, de la obesidad y del estrés.

El papel de los servicios de medicina del trabajo resulta esencial para velar por la salud de estos trabajadores mediante una vigilancia de la salud específica y la adopción de medidas preventivas o adaptativas inherentes a estos riesgos en relación con los posibles efectos adversos y las repercusiones que estas condiciones de trabajo puedan suponer.

Como **conclusiones** más significativas del proyecto adapt@geing2.0, señalar que el sector sanitario además de ser uno de los sectores de mayor expansión, constituye uno de los sectores más expuestos a los riesgos para la seguridad y salud laboral siendo las condiciones de trabajo un determinante muy directo del estado de salud de los trabajadores del sector sanitario.

Entre los principales retos a los que debe enfrentarse el sector sanitario entre otros, se incluye la falta de personal cualificado, el envejecimiento de los trabajadores y de la población que deben atender, así como los problemas asociados al nuevo modelo de atención domiciliaria y comunitaria.

Los horarios de trabajo, y especialmente los trabajos a turnos y nocturnos, suponen un agravante directo sobre las condiciones de riesgo laboral preexistentes por lo que se hace necesario implementar medidas preventivas para contrarrestar dichos efectos²⁹⁻³². Las medidas para reducir el impacto sobre la salud del trabajo a turnos entre los trabajadores del sector han de basarse tanto en las mejoras de las condiciones de trabajo (ambientales, ergonómicas, carga de trabajo, descansos, etc.) como en la propia estructuración y organización de los turnos (tipos de rotación, restricciones, etc.)

La mejora ergonómica de las condiciones de trabajo para reducir la carga física incide positivamente sobre la salud y mitiga el impacto de los turnos y de otros factores de riesgo, por lo que la adaptación de los puestos a las características de los trabajadores mayores es imprescindible, si bien las actuaciones para la mejora de los aspectos organizativos del trabajo, el trabajo a turnos y las condiciones en las que se implantan dichos turnos son las más demandas entre los trabajadores de edad.

La promoción del ejercicio físico constituye una de las principales medidas para promover el envejecimiento activo saludable por su impacto sobre el bienestar psicológico, el aumento de fuerza y flexibilidad o de la capacidad funcional³³.

No obstante, entre los trabajadores del sector una de las medidas más demandadas es el establecimiento de coeficientes reductores para que los trabajadores que hayan trabajado a turnos puedan reducir su jornada laboral, o jubilarse de forma anticipada.

Por último, señalar tal como indica el informe publicado por la Agencia europea EU-OSHA sobre los problemas actuales y emergentes en materia de seguridad y salud, uno de los principales obstáculos para avanzar en este terreno es la tendencia a priorizar la atención de los pacientes, en detrimento de la salud y seguridad de los trabajadores, pese a que para mantener una asistencia de alta calidad al paciente, deberíamos hacer de la seguridad y la salud en el trabajo una prioridad.

2 METODOLOGÍA

2.1 MATERIAL

El presente estudio, está dirigido a trabajadores del sector sanitario y sociosanitario,

incluidos respectivamente en los códigos 86 y 87 de la Clasificación Nacional de Actividades Económicas³⁴, tanto de titularidad pública, como privada, y para todas las categorías profesionales que trabajan en dicho sector.

Para la obtención de la muestra, se contactó con un grupo de expertos, profesionales de los servicios de prevención del ámbito sanitario, tanto de servicios de prevención propios, servicios de prevención ajenos, mutuas de la seguridad social y otros servicios sanitarios, contando con la colaboración de las principales sociedades científicas de medicina del trabajo de ámbito nacional. Se solicitó la colaboración a 46 médicos del trabajo que tenían que aplicar el cuestionario a una muestra de 2600 trabajadores mayores de 44 años, 75% a personal sanitario y un 25% a personal no sanitario.

Finalmente, participaron 21 servicios de medicina del trabajo, con una muestra asignada de 1300 trabajadores. Se consiguieron recoger un total de 660 encuestas (50,8%), desestimando 28 encuestas incompletas.

Han participado un total de 632 trabajadores, con una edad media de 53,6 años ($DE \pm 5,2$ y rango 45-72 años). Un 32,4% son varones, y el 67,6% mujeres. En el apartado de resultados, se describen las características sociolaborales de la muestra.

2.2 MÉTODO

La metodología de trabajo incluye tanto técnicas cuantitativas (cuestionario autocumplimentado adapt@geing2.0) como técnicas cualitativas (foro de expertos), y su desarrollo se ha estructurado en las siguientes 8 fases:

Fase I.- Selección y formación de grupo de trabajo-foro de expertos (FA), formado por médicos especialistas en medicina del trabajo de servicios de prevención propios o ajenos de instituciones sanitarias públicas o privadas (junio-julio 2014). Dicho grupo de trabajo formado por 13 miembros, tiene una representación territorial de diferentes Comunidades Autónomas. La comunicación entre los miembros del foro a lo largo de todo el proyecto fue por vía telemática mediante correo electrónico.

Fase II.- El equipo investigador y el foro de expertos llevó a cabo una revisión bibliográfica, necesaria para la elaboración de los bloques e ítems de las variables que conforman el cuestionario adapt@ageing2.0 (agosto-octubre 2014).

Fase III.- Incluye la elaboración del cuestionario “ad hoc” para la recogida de información acorde a los objetivos del proyecto (cuestionario adapt@geing2.0), siguiendo las recomendaciones de diferentes autores, compuesto por 75 preguntas estructuradas

en 5 bloques (datos sociolaborales, sobre condiciones de trabajo y factores de riesgo, sociodemográficos, hábitos de vida y percepción de la salud, valoración del Índice de Capacidad para Trabajar-ICT y finalmente, medidas preventivas y de adaptación del puesto de trabajo) con datos poblacionales, sociolaborales, de exposición al riesgo, hábitos y estilos de vida.

Tal como se ha indicado, el cuestionario incorpora como parte central del mismo, los ítems necesarios para el cálculo del Índice de Capacidad para Trabajar (Work Ability Index) propuesto por el Instituto Finlandés de Medicina del Trabajo^{35,36}, una encuesta subjetiva que consta de siete ítems. Su puntuación varía entre 7 y 49 puntos; cuanto más alta, mejor. Las escalas de posible puntuación son pobre, moderado, bueno y excelente. El ICT tiene gran valor predictivo de incapacidad y abandono prematuro del trabajo. El 60% de quienes obtienen un ICT deficiente a la edad de 45-57 años acaban percibiendo una pensión de incapacidad laboral 11 años después. El ICT se ha traducido a 26 lenguas y se usa ampliamente en diversas culturas de todo el mundo.

Asimismo, dicha fase incluye la aprobación del contenido definitivo del cuestionario por parte del foro de expertos tras la realización de una prueba piloto a 20 trabajadores del sector y valorar el resultado de la misma (octubre 2014).

Fase IV.- Esta fase consistió en la distribución del cuestionario a los trabajadores del sector, con los criterios de selección y aleatoriedad que se definieron en el foro de expertos: trabajadores del sector sanitario de todo el territorio de estado, un 75% mujeres y 25% varones, 100% \geq 45 años (a ser posible, 50% 45-54 años y 50% \geq 55 años) y 75% personal sanitario (aproximadamente 25% médicos, 25% enfermería y 25% auxiliares de clínica/ técnicos) y 25% otros puestos (celadores, administración/dirección/ servicios varios). Cumplimentación de los cuestionarios (inicialmente, durante la realización del reconocimiento médico periódico), y recogida de los cuestionarios entre los meses de diciembre 2014 y marzo de 2015. La muestra inicialmente prevista era de 400 trabajadores, siendo la muestra final de 660 encuestas.

Fase V.- Recogida de los cuestionarios e introducción de los datos de los cuestionarios cumplimentados en la base de datos. A lo largo de los meses de febrero a abril de 2015, se introdujeron los datos de los cuestionarios en hoja Excel y una vez finalizado el plazo de recogida de cuestionarios, se procedió a recodificar las variables y a realizar agrupaciones en su caso. 28 cuestionarios se desestimaron por estar incompletos para su análisis.

Fase VI.- Explotación estadística de la BD, y análisis de los resultados. Los datos de los cuestionarios, se trataron con el programa estadístico Statistical Package for Social Science (SPSS®) versión 19.0, lo que ha permitido el análisis descriptivo de las variables y la asociación entre ellas mediante un cross-tabs. Se analizaron la distribución de frecuencias absolutas, la prevalencia en porcentajes, su intervalo de confianza (IC 95%) para las variables categóricas y para efectuar la comparación entre variables independientes se

utilizó la prueba de χ^2 o el test exacto de Fisher y el test t-de Student para variables discretas y continuas respectivamente. El análisis multivariante para estimar el riesgo relativo se efectuó aplicando técnica de regresión logística binaria determinado las *odds ratio*. En todos los casos el nivel de significación estadística se establece para una $p < 0,05$ (abril-mayo 2015).

Fase VII.- Redacción de la memoria final de resultados. En los meses de mayo- junio 2015, se llevó a cabo la elaboración de la memoria ejecutiva del proyecto.

Fase VIII.- Presentación y difusión de los resultados. Durante la ejecución del mismo, se han realizado diferentes actividades de difusión, y específicamente, en las jornadas realizadas el 30 de octubre de 2014 sobre el proyecto Capacitar profesionales para promover la salud de los trabajadores mayores (Madrid), durante la celebración del VIII Congreso Nacional de los Servicios de PRL en el ámbito sanitario organizado por el Hospital 12 de Octubre de Madrid el día 13 de noviembre de 2014, en la Sesión Clínica organizada por el SPP de la Conselleria de Sanidad el 5 de marzo de 2015 en Valencia y en el desayuno de trabajo organizado por PRL Innovación sobre gestión de trabajadores especialmente sensibles y envejecimiento, celebrado en Madrid el 25 de marzo de 2015.

En el año 2015, está prevista la elaboración artículo para su publicación en revista especializada en salud laboral y la presentación de los resultados en el VIII Congreso Nacional de Servicios de PRL en el ámbito sanitario previsto para noviembre de 2015.

Una vez presentado los resultados finales a OSALAN, se hará difusión de la memoria ejecutiva del proyecto a través de las páginas web de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo (AEEMT), la Sociedad Española de Seguridad y Medicina del Trabajo (SEMST), la Asociación Nacional de Medicina del Trabajo en el Ámbito Sanitario (ANMTAS) y a la Sociedad Española de Salud Laboral de la Administración Pública (SESLAP), por la difusión del proyecto entre sus asociados.

3 RESULTADOS

Los principales resultados del estudio se han estructurado en los siguientes apartados:

3.1 DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Tal como se ha indicado, han participado un total de 632 trabajadores, con una mediana de **edad** de 53,6 años ($DE \pm 5,2$ y rango 45-72 años). 291 trabajadores tiene una edad entre 45 y 54 años (54,0%), y 291 trabajadores 55 años o más (46,0%). El 50,4% de los trabajadores del sector público, tienen 55 o más años, frente al 39,3% en el sector privado ($p < 0,01$), sin diferencias significativas según la categoría profesional.

Un 32,4% de los trabajadores de la muestra son varones, y el **67,6% mujeres**.

El **estudio multicéntrico** se ha llevado a cabo en todas las Comunidades Autónomas. El 25,0% de los trabajadores trabajan en la Comunidad de Madrid, un 20,6% en la Comunidad Valenciana, un 18,8% de en Andalucía, un 10,9% en Cataluña, un 8,7% en Castilla y León, un 8,2% en Euskadi, un 3,2% en Murcia, y el 4,6% en el resto de CCAA).

Finalmente, dentro de los factores sociodemográficos, se ha analizado si los trabajadores tienen **personas dependientes a su cargo**, un factor de especial interés en el sector, debido a su relación con la organización del tiempo y horario de trabajo. En este sentido, destaca que el 44,6% de los trabajadores tienen personas dependientes a su cargo (hijos menores de 17 años, personas mayores de 80 años, personas con discapacidad, etc....), un 40,5% en el caso de los trabajadores frente al 46,6% de las trabajadoras, si bien la diferencia no es estadísticamente significativa ($p>0,5$). Por grupos de edad, el 56,3% de los trabajadores entre 45-54 años, tienen alguna persona dependiente a su cargo, frente al 30,9% de los de edad 55 años o más ($p<0,01$).

3.2 DATOS SOCIOLABORALES

El **60,9%** de los trabajadores del estudio, trabajan en el **sector público**, y el 30,6% en el privado (privado y privado concertado), sin diferencias significativas según el sexo.

Asimismo, el **63,3%** trabajan en el ámbito hospitalario, mientras que el 36,7% restante lo haría en el extra-hospitalario (incluye atención primaria, atención especializada y urgencias extra-hospitalarias). El 67,4% de las trabajadoras trabajan en el ámbito hospitalario, mientras que el 54,6% de los trabajadores trabajan en dicho ámbito ($p<0,01$).

En la tabla siguiente, vemos la distribución de la muestra por **categoría profesional**, encontrando diferencias significativas según el sexo ($p<0,01$).

Tabla 1.- Distribución de la muestra según categoría profesional y sexo						
Categoría	Varones		Mujeres		Total	
	n	%	n	%	n	%
Facultativo	114	54,8%	94	45,2%	208	32,9%
DUE	30	17,4%	142	82,6%	172	27,2%
Auxiliar de enfermería	6	6,2%	91	93,8%	97	15,3%
Técnicos	9	29,0%	22	70,9%	31	4,9%
Celador	23	59,0%	16	41,0%	39	6,2%
Administración	20	28,2%	51	71,8%	71	11,2%
Otros	3	21,4%	11	78,6%	14	2,2%
Total	205	32,4%	427	67,6%	632	100%

La **antigüedad** media de años trabajados en el sector sanitario es de 27,0 años (DE±8,11 años y rango entre 4-50). La antigüedad en la empresa actual se sitúa en 21,5 años y en el puesto de trabajo actual, en 15,9 años (DE ±10,7). Un 7,9% de los trabajadores de la muestra tiene una antigüedad inferior a 16 años, un 60,3% de 16-30 años, y el 31,8% restante, más de 30 años.

La **duración media de la jornada** de trabajo es de 38,7horas (DE±5,6 horas y rango entre 10-65). Señalar que 65 trabajadores (10,3%) refieren pluriempleo, con una media de horas semanales de 13,3h.

Los **horarios de trabajo**, y especialmente los trabajos a turnos y nocturno suponen un agravante sobre las condiciones de trabajo, al aumentar de un lado, las posibilidades de exposición a agentes físicos, químicos o biológicos por el aumento del horario, y de otro, por el aumento de la fatiga por la sobrecarga de trabajo. El **36,9%** de los trabajadores refiere trabajar actualmente a **turnos** (rotativo mañana tarde, rotativo mañana, tarde y noche, sólo noches, guardias de 10-17h, guardias de 24h, u otras combinaciones). El 31,7% de los trabajadores y el 39,3% de las mujeres ($p<0,05$).

Además, un **54,4%** de los trabajadores refiere **trabajar o haber trabajado a turnos nocturnos** una media de **16,9 años** (DE±10,5 años y rango entre 1-40).

El 88,9% refiere tener un horario fijo de inicio y final de su jornada habitual, un 29,6% indica que tiene que prolongar frecuentemente su jornada de trabajo y el **43,3% trabaja sábados, domingos o festivos** como parte de su jornada laboral.

Un 16,6% de los trabajadores se muestra **insatisfecho** con el contenido del trabajo, un 18,0% de las mujeres frente al 13,7% de los varones, si bien la diferencia no es estadísticamente significativa. Por otro lado el 52,4% de los trabajadores se muestra insatisfecho con las condiciones contractuales, un 54,1% de las mujeres y el 48,8% de los varones ($p>0,2$).

El 73,1% de los trabajadores refiere haber recibido formación continuada en los dos últimos años, con una media de 32 horas/año.

3.3 CONDICIONES DE TRABAJO Y FACTORES DE RIESGO

Respecto a los principales factores de riesgo laboral los principales indicadores son los siguientes

Tabla 2.- Distribución de la muestra según factores de riesgo y grupo de edad (p<0,05)*; (p>0,5)**						
Factor de riesgo	45-54años		≥55 años		Total	
	n	%	n	%	n	%
Trabajo físico pesado o muy pesado**	94	27,6	66	25,7	160	25,3%
Adopción de posturas forzadas**	185	54,3	140	48,1	325	51,4%
Capacidad osteomuscular exigente**	125	36,6	87	29,9	212	33,5%
Contacto directo con fluidos biológicos**	244	71,5	187	64,3	431	68,2
Exposición a ambientes químicos**	81	23,7	46	15,8	127	20,0
Exposición a radiaciones ionizantes**	54	15,8	33	11,3	87	13,8
Agresiones físicas o verbales**	200	58,7	158	54,3	358	56,6%
Desequilibrio vida laboral y familiar*	130	38,1	85	29,2	215	34,0%
Falta de adaptabilidad, flexibilidad, autonomía**	111	32,6	83	28,5	194	30,7%
Escaso apoyo social/reconocimiento profesional*	166	48,7	115	39,5	281	44,5%
Malas perspectiva profesionales**	146	42,8	111	38,1	257	40,7%
Inseguridad laboral*	122	35,8	74	25,4	196	31,0%
Trabajo mental pesado o muy pesado*	197	57,8	124	42,6	321	50,8%
Capacidad mental exigente**	276	80,9	234	80,4	510	80,7%
Insatisfacción contenido del trabajo*	68	19,9	37	12,7	105	16,6%
Insatisfacción condiciones contractuales**	189	55,4	142	48,8	331	52,4%

Asimismo, en cuanto a la ejecución del trabajo, un 65,0% de los trabajadores indica que ha de mantener un nivel alto o muy alto de atención durante más del 75% de su jornada laboral y un 51,1% un ritmo de trabajo elevado. Además, el 23,6% refiere que no puede elegir o modificar nunca/casi nunca el orden de las tareas, un 34,5% el método de trabajo, un 32,8% el ritmo de trabajo, un 28,0% en qué momento tomar pausas o descansos y el 33,1% la duración de las mismas.

El **50,8%** de los trabajadores considera que su trabajo es pesado o muy pesado desde el punto de vista **mental**. No hay diferencias significativas según el sexo.

El **25,3%** de los trabajadores considera su trabajo es pesado o muy pesado desde el punto de vista **físico**. Además, respecto a si considera si las actividades del puesto de trabajo están diseñadas para llevarlas a cabo hasta los 65 años, **uno de cada 4 trabajadores (26,3%) indica que nunca o muy pocas veces**.

Un 29,0% de las trabajadoras considera su trabajo como pesado o muy pesado desde el punto de vista físico, frente al 17,6% en el caso de los varones (p<0,01) (OR=1,92;IC95%:1,27-2,91). También encontramos diferencias significativas por sexo para el riesgo de posturas forzadas. El 56,2% de las trabajadoras refieren estar expuestas a dicho factor frente al 41,5% en el caso de los trabajadores (p<0,01) (OR=1,82;IC95%:1,29-2,54).

3.4 HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA

Según diferentes estudios, unas condiciones de trabajo deficientes, pueden potenciar estilos de vida insalubres, y viceversa, unas condiciones de trabajo saludables, pueden inhibir comportamientos y estilos de vida nocivos.

En este bloque, se analiza el consumo de tabaco, el sobrepeso, el sueño, el consumo de fármacos y finalmente, el ejercicio físico.

El porcentaje de **fumadores activos**, se sitúa en el 22,3%, frente a un 77,7% de trabajadores no fumadores (un 41,6% son exfumadores). La media de cigarrillos/día es de 10,8 (1-40). El 24,6% de las trabajadoras del sector sanitario son fumadoras, frente al 17,6% de los trabajadores, siendo la diferencia significativa ($p<0,04$) (OR=1,53; IC95%:1,01-2,34). No hay diferencias significativas entre mayores o menores de 55 años.

El 51,0% de los trabajadores tienen un peso normal, un 36,2% **sobrepeso** (IMC 25-30) y un 12,8% **obesidad** (IMC>30). Un 13,8% de los trabajadores con obesidad, perciben su estado de salud actual como malo o muy malo, frente al 7,5% de los trabajadores con sobrepeso y el 3,8% con peso normal ($p<0,01$).

Respecto a los **hábitos de sueño**, el 42,1% de los trabajadores duerme de media <6 horas/día. Un 48,8% de los varones frente al 38,9% de las mujeres ($p<0,02$) (OR=1,25; IC95%:1,04-1,51). Un 24,4% refiere trastornos del sueño (calidad o cantidad).

El 44,1% de los trabajadores toma alguna **medicación** de forma habitual. El 54,6% de los trabajadores de ≥ 55 años, toman medicación habitual, frente al 35,2% de los <55 años ($p<0,01$). No hay diferencias significativas entre trabajadores y trabajadoras.

Tabla 3.- Distribución de la muestra según grupo farmacológico que consumen habitualmente		
Grupo farmacológico	n	%
Antihipertensivo	89	14,1%
Estatinas/Fibratos	49	7,8%
Psicofármacos/hipnóticos	45	7,1%
Tiroides	42	6,6%
Protector gástrico	39	6,2%
AINES	38	6,0%
Antidiabeticos	23	3,6%
Beta Bloqueantes	23	3,6%
AAS/antiagregantes	16	2,5%
Calcio, vitaminas	15	2,4%
Antitumorales	6	0,9%
Miscelanea	38	6,0%
Sin especificar	20	3,2%

En cuanto a la práctica de **actividad física** moderada/intensa o deportiva durante el tiempo de ocio, el 66,4% de los trabajadores refiere practicar alguna actividad física, con una media de 3,3 días/semana y 205 minutos semanales. El porcentaje entre las trabajadoras es del 64,6% frente al 70,2% de los trabajadores, no siendo significativa la diferencia ($p>0,0\%$)

El 46,8% de los trabajadores practican ejercicio físico al menos 3 días a la semana y un 48,3% 150 minutos/semana o más. Un 42,6% de las trabajadoras practican ejercicio 3 o más días a la semana y un 37%, 150 minutos a la semana o más ($p<0,05$).

3.5 PERCEPCIÓN DE LA SALUD

En este bloque, se analizan diferentes variables relacionadas con el estado de salud percibido por los trabajadores, incluyendo sintomatología asociada al deterioro de las facultades sensoriales, físicas o cognitivas, la percepción de la aptitud física actual (fuerza, movilidad y flexibilidad), y percepción del estado de salud actual. Asimismo, en dicho bloque se analizan los datos de siniestralidad laboral, incluyendo los accidentes, las enfermedades profesionales y las enfermedades relacionadas con el trabajo.

El 64,7% de los trabajadores perciben su **estado de salud actual** como muy bueno o bueno, el 29,9% como normal, y un 6,4% malo o muy malo. El 77,2% de los trabajadores del sector privado, refieren percibir su salud actual como buena o muy buena, frente al 63,1% de los trabajadores del sector público ($p<0,01$).

El **78,5%** de los trabajadores refiere haber tenido **algún trastorno musculoesquelético** (TME) desde que trabaja en el sector sanitario, un 83,8% de las mujeres frente al 67,3% de los varones del sector ($p<0,01$)(OR=2,52;IC95%:1,71-3,72).

En el ámbito hospitalario, el porcentaje alcanza al 81,5% de la población laboral, frente al 73,3% de los trabajadores del ámbito extra-hospitalario ($p<0,01$). El porcentaje alcanza al 94,9% de los trabajadores que ocupan el puesto de celador, al 92,9% de oficios varios, al 89,7% de los auxiliares de enfermería ($p<0,01$). Asimismo, un 83,3% de los trabajadores que realizan turnos, refieren padecer algún TME, frente al 75,7% de los que no realizan turnos ($p<0,03$) y un 92,9% de los expuestos a posturas forzadas, frente al 63,2% de los no expuestos ($p<0,01$). No encontramos diferencias significativas entre titularidad es pública o privada del centro.

Según la localización anatómica, destaca la elevada prevalencia de TME entre las mujeres para las distintas localizaciones, sin diferencias significativas por grupo de edad:

Tabla 4- Prevalencia de lesiones músculo esqueléticas según localización anatómica, sexo y grupo de edad. *(p<0,05); **(p>0,05)					
Tipo de lesión	Varones	Mujeres	45-54	≥55	Total
Dolor cervical	46,8%	67,7%*	62,2%	59,4%**	60,9%
Dolor dorsal	31,2%	45,2%*	42,2%	38,8%**	40,7%
Dolor lumbar	49,3%	62,9%*	60,4%	57,7%**	59,2%
Tendinitis hombros	20,0%	31,6%*	28,7%	26,8%**	27,8%
Tendinitis codos	11,7%	14,3%**	14,9%	11,7%**	13,4%
Tendinitis muñecas	12,2%	22,5%*	17,9%	20,6%**	19,1%
Algún TME	67,3%	83,8%*	81,5%	74,9%**	78,5%

El **21,2%** de los trabajadores de la muestra **refieren padecer algún tipo de psicopatología** (incluido estrés, algún trastorno mental leve o moderado). Un 22,1% de los trabajadores del sector público, y un 19,8% en el privado, el 21,7% del ámbito hospitalario y el 20,2% de extrahospitalario, sin diferencias significativas.

Por puestos de trabajo, un 42,8% del personal de oficios varios (lavandería, cocina, limpieza, etc.), un 33,8% de administración y el 32,2% del personal técnico, refieren padecer alguna alteración de su salud mental, frente al 22,7% de los auxiliares de enfermería, 18,3% del personal facultativo o 18,0% del personal de enfermería, siendo la diferencia significativa (p<0,05).

Un 24,7% del personal que refiere estar expuesto al **riesgo de agresiones físicas o verbales** en su trabajo, refieren padecer alguna alteración mental, frente al 14,9% de los que no están expuestos a dicho riesgo (p<0,01)(OR=1,78; IC95% 1,28-2,03). Las trabajadoras y los trabajadores de edad 45-54 años, tienen una prevalencia ligeramente mayor que los trabajadores o los de edad ≥55 años, si bien la diferencia no es significativa.

Un **39,5%** de los trabajadores que realizan **trabajo a turnos**, padecen alguna psicopatología, frente al 10,5% de los que no realizan turno (p<0,01)(OR = 2,78; IC05% 1,98-5,67).

La evidencia científica pone de manifiesto que el proceso natural del ciclo vital, va a suponer para muchos trabajadores a partir de cierta edad una merma o dificultad en su capacidad de trabajo, especialmente en aquellas tareas que requieren una importante movilización de facultades físicas (fuerza muscular, sobreesfuerzos, riesgo postural, capacidad cardiorespiratoria, etc..) o que suponen una alta carga sensorial, que exige un alto nivel de destreza manual o rapidez en la emisión de respuestas, derivado de un deterioro de sus funciones motrices, sensoriales y cognitivas, con un desajuste entre los requisitos psicofísicos de determinados puestos de trabajo, categorías, escalas o grupos ocupacionales, y las aptitudes o capacidades psicofísicas de los trabajadores a partir de cierta edad.

En la tabla siguiente, podemos observar las siguientes dimensiones relacionadas con el **deterioro sensorial**, destacado la **pérdida de agudeza visual cercana**, que alcanza a más de 3 trabajadores de cada cuatro.

Tabla 5.- Distribución de la muestra con alteración capacidad sensorial por sexo y grupo de edad (*p<0,05)										
	varón		mujer		<55 años		≥55 años		total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Alteración sensorial										
Capacidad auditiva	50	24,4%	123	28,8%	82	24,0%	91	31,3%*	173	27,4%
Agudeza visual cercana	149	72,7%	336	78,7%	276	80,9%	209	71,8%*	485	76,7%
Agudeza visual lejana	64	31,2%	174	40,7%*	127	37,2%	111	38,1%	238	37,7%
Disminución visión nocturna	71	34,6%	195	45,7%*	150	44,0%	116	39,9%	266	42,1%
Deslumbramiento	70	34,1%	188	44,0%*	140	41,1%	118	40,5%	258	40,8%
Dificultad cambios bruscos iluminación	53	25,9%	150	35,1%*	110	32,3%	93	32,0%	203	32,1%
Reducción campo visual	26	12,7%	92	21,5%*	60	17,6%	58	19,9%	118	18,7%
Menor resistencia frío-calor	40	19,5%	129	30,2%*	85	24,9%	84	28,9%	169	26,7%
Menor sensibilidad al dolor	15	7,3%	34	8,0%	20	5,9%	29	10,0%*	49	7,8%

Como vemos respecto al **deterioro motriz**, es significativamente mayor entre los trabajadores de 55 años o más, y específicamente se vería más afectadas las capacidades para la **manipulación manual de cargas y el mantenimiento de la misma postura** durante mucho tiempo.

Tabla 6.- Distribución de la muestra con alteración capacidad motriz por sexo y grupo de edad (*<0,05)										
	varón		mujer		<55 años		≥55 años		total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Alteración motriz										
Menor fuerza muscular	65	31,7%	167	39,1%	108	31,7%	124	42,6%*	232	36,7%
Menor masa muscular	41	20,0%	113	26,5%	70	20,5%	84	28,9%*	154	24,4%
Mayor dificultad para manejo de cargas	70	34,1%	211	49,4%*	124	36,4%	157	54,0%*	281	44,5%
Dificultad mantener la postura mucho tiempo	91	44,4%	240	56,2%*	171	50,1%	160	55,0%	331	52,4%
Menor destreza en las manos	36	17,6%	109	25,5%*	59	17,3%	86	29,6%*	145	22,9%
Menor sensibilidad para pulsar mandos/botones	17	8,3%	46	10,8%	21	6,2%	42	14,4%*	63	10,0%
Disminución de los reflejos	31	15,1%	75	17,6%	39	11,4%	67	23,0%*	106	16,8%
Disminución del equilibrio	30	14,6%	95	22,2%*	59	17,3%	66	22,7%	125	19,8%
Menor capacidad de reacción o respuesta	30	14,6%	92	21,5%*	52	15,2%	70	24,1%*	122	19,3%
Ejecución de las tareas más lentamente	46	22,4%	148	34,7%*	82	24,0%	112	38,5%*	194	30,7%

En tercer lugar, analizamos el **deterioro cognitivo** y su relación con la edad, destacando en deterioro de la **capacidad de memoria a corto plazo**, la dificultad para el **aprendizaje de las nuevas tecnologías** y la velocidad para procesar la información.

Tabla 7.- Distribución de la muestra alteración capacidad cognitiva por sexo y grupo de edad (*p<0,05)										
Alteración cognitiva	varón		mujer		<55 años		≥55 años		total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Dificultad toma decisiones	20	9,8%	61	14,3%	42	12,3%	39	13,4%	81	12,8%
Disminución memoria a corto plazo	59	28,8%	153	35,8%	96	28,2%	116	39,9%*	212	33,5%
Disminución capacidad de atención	39	19,0%	98	23,0%	68	19,9%	69	23,7%	137	21,7%
Dificultad para el aprendizaje	35	17,1%	100	23,4%	62	18,2%	73	25,1%*	135	21,4%
Dificultad aprendizaje nuevas tecnologías	56	27,3%	147	34,4%*	89	26,1%	113	38,8%*	202	32,0%
Dificultades procesar la información	19	9,3%	69	16,2%*	37	10,9%	51	17,5%*	88	13,9%
Velocidad para procesar la información	54	26,3%	139	32,6%	87	25,5%	106	36,4%*	193	30,5%
Dificultar realizar tareas al mismo tiempo	64	31,2%	130	30,4%	95	27,9%	99	34,0%	194	30,7%

Junto al estado motriz, se ha valorado el **estado de aptitud física** (que incluye la fuerza muscular, flexibilidad, agilidad, movilidad articular y capacidad aeróbica). El 24,7% del total de trabajadores del estudio, refieren un mal estado de aptitud física, con diferencias significativas según sexo. El 29,5% de las trabajadoras refieren una mala aptitud física, frente al 14,6% de los trabajadores ($p<0,01$) (OR=2,44; IC95%:1,57-3,79).

El 34,4% de los trabajadores sedentarios, tienen una aptitud física deficiente, mientras que entre los que practican ejercicio físico, este porcentaje baja al 19,8% ($p<0,01$).

Encontramos una correlación significativa entre el **IMC** y el estado de aptitud física. Así, el 19,8% de los trabajadores con peso normal, tienen una aptitud física deficiente, mientras que este porcentaje alcanza al 29,2% y al 32,5% de los que tienen sobrepeso u obesidad respectivamente ($p<0,01$).

El 38,1% de los trabajadores que se muestran **insatisfechos** con el contenido de su trabajo, refieren una mala capacidad física, frente al 22,0% en el caso de los trabajadores satisfechos ($p<0,01$). También hay diferencias respecto a la reducción de la carga de trabajo.

El 34,4% de los trabajadores que consideran que su **trabajo es pesado** desde el punto de vista físico, tendrían una aptitud física deficiente, frente al 21,4% de los que no lo consideran pesado ($p<0,01$). Además, el 39,4% de los trabajadores que indican que su trabajo es

pesado físicamente, han tenido que reducir su carga de trabajo, mientras que entre los que su trabajo no es considerado pesado desde el punto de vista físico, el 14,5% han tenido que reducir la carga de trabajo ($p<0,01$).

Destaca que el 34,4% de los trabajadores que están tomando habitualmente algún **medicamento**, refieren un mal estado de aptitud física, frente al 17,0% de los que no están tomando medicación ($p<0,01$).

Según la edad, el 27,1% de los trabajadores mayores de 55 años, tendrían un mal estado aptitud física frente al 22,6% de los menores de 55 años, si bien la diferencia no es significativa ($p>0,2$). Tampoco encontramos diferencias significativas entre el ámbito hospitalario y extra-hospitalario.

El 20,9% del total de trabajadores del estudio, refiere que ha tenido que **disminuir su carga de trabajo**, debido a un deterioro crónico en sus condiciones físicas. Un 24,1% de las trabajadoras frente al 14,1% de los trabajadores ($p<0,01$) (OR=1,93;IC 95%:1,23-3,03). Dicho porcentaje alcanza al 25,5% de los trabajadores del **sector público**, frente al 13,8% de los trabajadores del sector privado ($P<0,01$).

El porcentaje entre los trabajadores del ámbito hospitalario que han tenido que reducir su carga de trabajo, alcanza al 26,5% frente al 11,2% de los del ámbito laboral extra-hospitalario ($p<0,01$).

Por puesto de trabajo/categoría profesional, encontramos diferencias muy significativas. Un 10,6% del personal facultativo, refiere haber tenido que disminuir su carga de trabajo por dicho motivo, un 19,8% del personal DUE, un **35,1% de los auxiliares de enfermería/clínica**, un 32,3% del personal técnico, un 33,3% de los celadores, un 21,1% del personal de administración, y un 28,6% del oficios varios ($p<0,01$).

El 30,2% de los trabajadores expuestos a posturas forzadas, han tenido que disminuir su carga de trabajo, frente al 11,1% de los no expuestos a dicho factor ($p<0,01$). El **25,3%** de los trabajadores que realizan **trabajo a turnos** han tenido que disminuir su carga de trabajo, frente al 18,3% de los que no realizan turnos ($p<0,05$).

Por otro lado, el **25,5%** de los trabajadores que perciben su trabajo como pesado o muy pesado desde el punto de vista **mental**, han tenido que disminuir su carga de trabajo, mientras que este porcentaje es del 16,1% para los que no consideran pesado su trabajo mentalmente ($p<0,01$).

El 30,8% de los trabajadores que está tomando **medicación habitualmente**, han tenido que disminuir su carga física de trabajo, mientras que dicho porcentaje se sitúa en el 13,0% para los que no toman medicación ($p<0,01$).

El **12,8%** de los trabajadores de sector ($n=81$), refiere haber sufrido algún **accidente de trabajo (AT) en los últimos 12 meses**. El 14,1% de las trabajadoras han sufrido algún accidente de trabajo, frente al 10,2% de los trabajadores, no siendo significativa dicha diferencia ($p>0,5$). En el sector público, el porcentaje se eleva al 15,8% frente al 8,1% en el sector privado ($p<0,05$). También encontramos diferencias significativas según el ámbito laboral. Así, el 16,3% de los trabajadores de ámbito hospitalario han sufrido algún accidente en dicho periodo, frente al 6,9% del ámbito extra-hospitalario ($p<0,01$).

Un 25,0% de los trabajadores que consideran su trabajo pesado desde el punto de vista físico, han sufrido algún accidente de trabajo en el último año, frente al 8,7% de los que no lo consideran pesado ($p<0,01$), y el 18,8% de los trabajadores expuestos a posturas forzadas, habrían sufrido algún AT en dicho periodo, frente al 6,5% de los no expuestos ($p<0,01$). El **21,7%** de los trabajadores expuestos a unas **elevadas exigencias físicas osteomusculares**, han sufrido un AT, frente al 8,3% de los no expuestos a dicha circunstancia ($p<0,01$).

Encontramos diferencias significativas en la siniestralidad en el último año entre trabajadores **insatisfechos** y trabajadores satisfechos. En el primer caso, el 19,9% han sufrido algún AT, frente al 11,6% en el segundo caso ($p<0,05\%$). No hay diferencias significativas en los índices de siniestralidad según la percepción de la exigencia mental del trabajo.

El 16,3% de los trabajadores que realizan **turnos** han sufrido algún accidente de trabajo en el último año, frente al 10,8% de los que no realizan turnos, siendo la diferencia estadísticamente significativa ($p<0,05$).

Destacar que el 51,8% de los accidentes se deben a sobreesfuerzos. El puesto de celador es el más afectado por esta causa de accidente ($p<0,05$).

El **28,5%** de los trabajadores del sector, refiere que en el último año han tenido que **consultar a un médico por algún problema, molestia o enfermedad considerada que está relacionada con su trabajo**, con diferencias significativas según el sexo. Así, el 32,6% de las mujeres refieren una enfermedad relacionada con el trabajo, frente al 20,0% de los varones ($p<0,01$)(OR=1,93;IC95%:1,29-2,87).

Un 30,1% para los trabajadores del sector público frente al 25,9% del privado, sin diferencias significativas. En el ámbito hospitalario, el porcentaje es del 32,8% frente al 21,1% en el ámbito extra-hospitalario ($p<0,01$). El 47,5% de los trabajadores que consideran su trabajo como pesado desde el punto de vista físico, han consultado a su médico por alguna dolencia relacionada con su trabajo, mientras que el porcentaje es del 22,0% para los que no consideran pesado su trabajo ($p<0,01$). El 43,7% de los trabajadores expuestos a posturas forzadas, han tenido que consultar a su médico, frente al 12,4% de los no expuestos a dicho factor ($p<0,01$).

El 44,8% de los trabajadores que refieren estar insatisfechos, han consultado al médico por alguna alteración relacionada con el trabajo, mientras que el porcentaje entre los satisfechos, es del 25,2% ($p < 0,01$).

Por puesto de trabajo, un 64,3% de oficios varios han tenido que consultar en el último año, frente al 46,1% de los celadores, un 41,2% de los auxiliares de enfermería, un 35,5% del personal técnico, un 32,4% del personal de administración, el 26,2% de los DUEs y el 16,3% del personal facultativo ($p < 0,01$).

Un 6,0% de los trabajadores tiene la consideración de trabajador especialmente sensible, y un 6,3% tiene alguna discapacidad o limitación reconocida (7,8% en el sector público, frente al 4,0% en el privado ($p < 0,05$)). Un 9,2% de los trabajadores con sobrepeso/obesidad, tienen algún tipo de discapacidad o limitación en su aptitud laboral, frente al 3,8% de los que tienen normopeso ($p < 0,01$).

El 4,9% de los trabajadores han requerido una adaptación de su puesto de trabajo, el 6,2% en el sector público frente al 2,8% en el privado ($p < 0,05$).

3.6 VALORACIÓN DE LA CAPACIDAD PARA TRABAJAR

Tal como se ha indicado en el apartado de metodología, la valoración de las demandas de los puestos de trabajo, y las capacidades de los trabajadores resulta esencial para la gestión del envejecimiento activo en las organizaciones, junto al diseño ergonómico de las condiciones de trabajo y los puestos de trabajo, y las medidas encaminadas a promover la salud en los lugares de trabajo.

Para el análisis de la capacidad para trabajar, hemos utilizado el cuestionario Índice de **Capacidad para Trabajar** (Work Ability Index), cuyos principales resultados presentamos a continuación.

Tabla 8.- Resultado final del índice de capacidad para trabajar (WAI) por grupo de edad y sexo ($p < 0,01$)				
Grupo edad	Pobre (7-25 puntos)	Moderada (28-36 puntos)	Buena (37-43 puntos)	Excelente (44-49 puntos)
45-54 años	3,8%	26,7%	51,6%	17,9%
≥ 55 años	6,9%	33,6%	47,4%	12,0%
Varón	2,0%	28,3%	48,3%	21,5%
Mujer	6,8%	30,7%	50,4%	12,12%
Total muestra	5,2%	29,9%	49,7%	15,2%

Por puestos de trabajo, la valoración del índice de Capacidad para Trabajar se aprecian diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,01$)

Tabla 9.- Resultado final del índice de capacidad para trabajar (WAI) por diferentes variables ($p < 0,01$)				
Variable analizada	Pobre (7-25 puntos)	Moderada (28-36 puntos)	Buena (37-43 puntos)	Excelente (44-49 puntos)
Titularidad pública	6,2%	33,2%	48,1%	12,5%
Titularidad privada	3,6%	24,7%	52,2%	19,4%
Ámbito Hospitalario	6,0%	33,8%	47,5%	12,8%
Ámbito extra-hospitalario	3,9%	23,3%	53,4%	19,4%
Facultativo	1,4%	21,7%	51,0%	26,0%
DUE	4,7%	29,7%	54,7%	11,0%
Auxiliar enfermería	12,4%	34,0%	48,5%	5,2%
Técnico	3,1%	32,3%	58,1%	6,5%
Celador	12,8%	46,2%	35,9%	5,1%
Oficios varios	14,3%	50,0%	28,6%	7,1%
Administración	2,8%	35,2%	43,7%	18,3%
Total muestra	5,2%	29,9%	49,7%	15,2%

Si agrupamos el resultado de la capacidad para trabajar pobre y moderada como una mala capacidad para trabajar, y el resultado de buena o excelente como una buena capacidad para trabajar, el 35,1% de los trabajadores del estudio tendrían una capacidad para trabajar alterada, con diferencias significativas según titularidad del centro. Así, el porcentaje en el sector público alcanza al 39,5% de los trabajadores, frente al 28,3% en el sector privado ($p < 0,01$).

El 30,5% de los trabajadores con edad inferior a los 55 años tendrían una valoración del Índice de Capacidad para Trabajar (ICT-WAI) alterado, frente al 40,5% de los trabajadores con edad igual o superior a los 55 años, siendo la diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,01$) (OR=1,55; IC95%:1,312-2,16). Según el sexo, el 30,2% de los trabajadores tendrían alterado el ICT, frente al 37,5% de las mujeres, no siendo significativa dicha diferencia ($p > 0,5$).

El 51,3% de los trabajadores que están tomando habitualmente alguna medicación, tiene un ICT alterado, frente al 22,4% de los que no toman medicación ($p < 0,01$). En la tabla

siguiente podemos ver las diferencias encontradas en la valoración de la Capacidad para trabajar, según diferentes variables:

Tabla 10.- Resultado final del índice de capacidad para trabajar (WAI) por diferentes variables *(p<0,01);**(p<0,05)		
Puesto de Trabajo	Alterada (7-36 puntos)	Normal (37-49 puntos)
Titularidad pública	39,5%	60,5%
Titularidad privada	28,3%	71,7%
Ámbito hospitalario	39,8%	60,3%
Ámbito extra-hospitalario	27,2%	72,8%
Antigüedad ≤ 15 años	32,0%	68,0%
Antigüedad 16-30 años	31,5%	68,5%
Antigüedad ≥30 años	42,8%	57,2%
Con pluriempleo	18,5%	81,5%
Sin pluriempleo	37,0%	63,0%
Con turnicidad	39,5%	60,5%**
Sin turnicidad	32,6%	67,4%**
Elevada exigencia osteomuscular	50,5%	49,5%*
Baja exigencia osteomuscular	27,4%	72,6%*
Trabajo físico pesado	57,5%	42,5%*
Trabajo físico no pesado	27,5%	72,5%*
Trabajo mental pesado	40,5%	59,5%*
Trabajo mental no pesado	29,6%	70,4%*
Insatisfechos contenido trabajo	53,3%	46,7%*
Satisfechos contenido trabajo	31,5%	68,5%*
Expuestos a posturas forzadas	48,0%	52,0%*
No expuestos a P. forzadas	21,5%	78,5%*
Facultativos	23,1%	76,9%
DUEs	34,3%	65,7%
Auxiliar enfermería	46,4%	53,6%
Técnicos	35,5%	64,5%
Celador	59,0%	41,0%
Varios oficios	64,3%	35,7%
Administración	38,0%	62,0%
Total muestra	72,9%	27,1%

El 61,4% de los trabajadores que refieren que su puesto de trabajo no está adaptado para poder desarrollar sus tareas hasta los 65 años, tendría alterada la valoración del ICT, mientras que en los puestos que si existe esa adaptación, el porcentaje de alteraciones del cuestionario es del 25,8% (p<0,01)(OR=4,59;IC95%:3,16-6,69).

Por último, señalar que el 17,5% de aquellos trabajadores que indican que su puesto no está adaptado para poder desempeñar su trabajo hasta los 65 años, refieren un mal estado de salud actual, mientras que este porcentaje es del 2,4% entre los que si tienen adaptado el puesto (p<0,01)(OR=8,75;IC95%:4,26-17,98)

3.7 ADOPCIÓN DE MEDIDAS PREVENTIVAS Y ADAPTACIÓN DE LAS CONDICIONES DE TRABAJO

La adaptación de las exigencias y demandas de las condiciones de trabajo (que incluyen el contenido, las tareas y el entorno), en función de las capacidades de los trabajadores (incluido su estado biológico derivado de la edad), constituye una de las principales medidas para facilitar un envejecimiento activo saludable en el sector sanitario.

En este sentido, un 26,3% del total de trabajadores refiere que su puesto de trabajo no estaría adaptado (pocas veces o nunca) para poder desempeñar su trabajo hasta los 65 años. El 19,0% de los trabajadores manifiesta que las condiciones de trabajo en su puesto pocas veces están adaptadas para llevarlas a cabo hasta los 65 años, y un 7,3% indica que nunca estarían adaptadas para dicha situación. El 29,5% de las trabajadoras, refieren que su puesto de trabajo no estaría adaptado (pocas veces o nunca) para dicha edad, frente al 19,5% en el caso de los varones ($p < 0,01$) (OR=1,73; IC95%:1,54-2,58).

Señalar que un 33,3% de los trabajadores que realizan horario de guardias de 10-17h, el 19,1% de los que realizan turno rotatorio de mañana, tarde y noche, y el 15,4% de los que su horario laboral es de guardias de 24 horas, manifiesta que nunca estaría diseñado para desempeñarlo hasta los 65 años, frente al 2,8% de los que realizan jornada intensiva, el 4,5% de turno de mañanas, o el 5,8% de los que realizan turno rotatorio de mañana/tarde ($p < 0,01$).

A continuación analizamos este factor en función de diferentes variables:

Tabla 11.- Distribución porcentual de trabajadores que indican si su trabajo actual está diseñado para llevarlo a cabo hasta los 65 años, según sector sanitario					
Ámbito	Siempre	Muchas veces	Algunas veces	Pocas veces	Nunca
Público	26,0%	15,6%	31,2%	19,2%	8,1%
Privado	38,9%	15,0%	21,5%	18,6%	6,1%
Total	31,0%	15,3%	27,4%	19,0%	7,3%

($p < 0,05$)

También encontramos diferencias muy significativas entre el ámbito hospitalario y el extra hospitalario.

Tabla 12.- Distribución porcentual de trabajadores que indican si su trabajo actual está diseñado para llevarlo a cabo hasta los 65 años, según el ámbito sanitario					
Ámbito	Siempre	Muchas veces	Algunas veces	Pocas veces	Nunca
Hospitalario	25,8%	12,5%	27,5%	24,3%	10,0%
Extra-hospitalario	40,1%	20,3%	27,2%	9,9%	2,6%
Total	31,0%	15,3%	27,4%	19,0%	7,3%

($p < 0,01$)

Por puesto/categoría profesional, los resultados son los siguientes:

Tabla 13.- Distribución porcentual de trabajadores que indican si su trabajo actual está diseñado para llevarlo a cabo hasta los 65 años, según el puesto/categoría profesional					
Puesto/categoría	Siempre	Muchas veces	Algunas veces	Pocas veces	Nunca
Facultativo	46,6%	22,6%	19,7%	8,7%	2,4%
Enfermería (DUE)	18,6%	15,1%	35,5%	22,1%	8,7%
Auxiliar de enfermería	16,5%	4,1%	33,0%	34,0%	12,4%
Técnico	29,0%	19,4%	19,4%	22,6%	9,7%
Celador	12,8%	5,1%	20,5%	38,5%	23,1%
Varios	35,7%	7,1%	42,9%	7,1%	7,1%
Administración	45,1%	15,5%	26,8%	11,3%	1,4%
Total	31,0%	15,3%	27,4%	19,0%	7,3%

(p<0,01)

El 21,9% de los trabajadores que consideran su trabajo como pesado desde el punto de vista físico, refieren que su trabajo nunca está diseñado para poderlo ejecutar hasta los 65 años, frente al 2,3% de aquellos trabajadores que no consideran su trabajo como pesado desde el punto de vista físico ($p<0,01$). Un 12,0% de los trabajadores expuestos a posturas forzadas, consideran que su puesto no se puede desempeñar hasta los 65 años, frente al 2,3% en el caso de los no expuestos a dicho riesgo ($p<0,01$).

El 53,8% de los trabajadores expuestos a unas elevadas exigencias osteomusculares refiere que su puesto no está adaptado para poderlo ejecutar hasta los 65 años, frente al 12,4% de los trabajadores que no están sometidos a dichas exigencias ($p<0,01$) (OR=8,23;IC95%:5,55-12,24).

También encontramos diferencias muy significativas según la turnicidad, la carga mental y la carga física:

Tabla 14.- Distribución porcentual de trabajadores que indican si su trabajo actual está diseñado para llevarlo a cabo hasta los 65 años, según la turnicidad					
Trabajo a turnos	Siempre	Muchas veces	Algunas veces	Pocas veces	Nunca
No	38,8%	18,5%	25,1%	13,5%	4,0%
Sí	17,6%	9,9%	31,3%	28,3%	12,9%
Total	31,0%	15,3%	27,4%	19,0%	7,3%

(p<0,01)

Tabla 15.- Distribución porcentual de trabajadores que indican si su trabajo actual está diseñado para llevarlo a cabo hasta los 65 años, según la intensidad de la carga mental					
Carga mental	Siempre	Muchas veces	Algunas veces	Pocas veces	Nunca
Normal/baja	37,0%	14,5%	30,9%	13,8%	3,9%
Pesado/muy pesado	25,2%	16,2%	24,0%	24,0%	10,6%
Total	31,0%	15,3%	27,4%	19,0%	7,3%

(p<0,01)

Tabla 16.- Distribución porcentual de trabajadores que indican si su trabajo actual está diseñado para llevarlo a cabo hasta los 65 años, según la intensidad de la carga física osteomuscular					
Carga física	Siempre	Muchas veces	Algunas veces	Pocas veces	Nunca
Normal/baja	43,1%	18,6%	26,0%	10,2%	22,4%
Exigente	7,1%	9,0%	30,2%	36,3%	29,2%
Total	31,0%	15,3%	27,4%	19,0%	7,3%

(p<0,01)

La probabilidad de sufrir un **accidente de trabajo** es significativamente mayor en función de si el puesto de trabajo esté o no adaptado para poder desempeñar el trabajo hasta los 65 años. Así, Un 20,5% de los trabajadores que han sufrido un AT en el último año, refieren que su puesto no está adaptado según la edad, mientras que el porcentaje es del 10,1% en los que sí está adaptado (p<0,01) (OR=2,29; IC95%:1,42-3,72).

Finalmente señalar que el 46,4% de los trabajador que presentan una **aptitud física** deficiente, indican que su puesto de trabajo no estaría adaptado para poder desempeñarlo hasta los 65 años, mientras que aquellos trabajadores que tienen una buena condición física, un 21,6% refiere que no podría desempeñar su trabajo actual hasta dicha edad (p<0,01)(OR=2,45;IC95%:1,67-3,61).

Por otro lado, señalar que el **46,2% de los trabajadores indican que en su centro de trabajo o empresa se ha adoptado algún tipo de medida preventiva para la adaptación del trabajo a partir de cierta edad**, con diferencias significativas en función de la titularidad del centro. El 55,3% de los trabajadores del sector sanitario público, indican que en su empresa sí se han realizado estas actuaciones, frente al 31,0% en el caso del sector privado (p<0,01)(OR=2,63; IC95%:1,88-3,68).

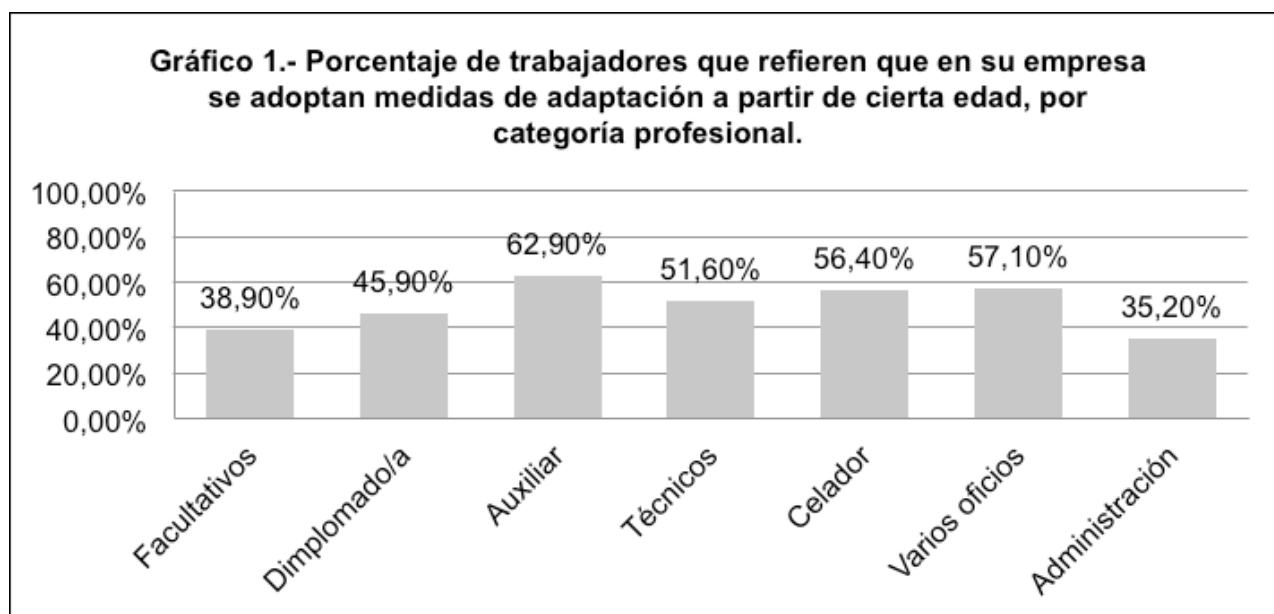
También encontramos diferencias significativas según el ámbito de desempeño del trabajo. Así, el 56,3% de los trabajadores del ámbito hospitalario refieren que en su empresa se han adoptado medidas de adaptación a partir de cierta edad, frente al 28,9% en el caso de los trabajadores del ámbito extrahospitalario (p<0,01) (OR=3,17;IC95%:2,24-4,47).

Entre los trabajadores que realizan turnos, un 56,2% refieren que en su empresa se ha adoptado alguna medida de adaptación a partir de cierta edad, frente al 40,4% de los trabajadores que no realizan turnos ($p < 0,01$) (OR=1,49; IC95%:1,22-1,84).

El 44,1% de los trabajadores que refieren que para realizar su trabajo se requiere una elevada capacidad mental, sólo el 44% de su empresas han adoptado alguna medida adaptativa a partir de cierta edad, mientras que los que indican que no se requiere dicha capacidad, el porcentaje es del 54,9% ($p < 0,01$) (OR=1,54; IC95%:1,04-2,29).

El 54,2% de los trabajadores que señalan que su trabajar requiere una elevadas demandas osteomusculares, indican que en su empresa se llevan a cabo adaptaciones del puesto de trabajo en función de la edad, frente al 42,1% en el caso de los que su trabajo no tiene dichas exigencias ($p < 0,01$), y el 56,3% de los trabajadores que refieren que su trabajo es físicamente pesado la empresa adopta medidas adaptativas, frente al 42,8% en el caso de los trabajadores que no han considerado su trabajo como pesado físicamente ($p < 0,01$) (OR=1,49; IC95%:1,14-1,96).

Por puestos de trabajo, encontramos igualmente diferencias significativas ($p < 0,01$), tal como vemos en el gráfico siguiente:



Para los factores de posturas forzadas, años de turnicidad, insatisfacción laboral o contractual, sexo, y horas de sueño, no hay diferencias estadísticamente significativas.

En la tabla siguiente vemos el tipo de medidas adoptadas, destacando que la medida más adoptada por las empresas es la posibilidad de reducción de jornada a partir de cierta edad (entre 55 y los 63 años).

Tabla 17.- Principales adaptaciones llevadas a cabo por las empresas a partir de cierta edad para promover un envejecimiento activo saludable en el sector sanitario.

Tipo de adaptación o medida	n	%
Flexibilización a la hora de organizar la jornada laboral	44	15,1
Flexibilización del horario de trabajo	38	13,0
Se tienen en cuenta las preferencias individuales en la elección de los turnos	41	14,0
Posibilidad de flexibilizar puestos de trabajo a través del teletrabajo (trabajar desde el domicilio)	7	2,39
Autonomía para distribuir el número o duración de las pausas	62	21,2
Fomentar el apoyo entre compañeros	88	30,1
Ofrecer a los trabajadores la posibilidad de participar en el proceso de mejora del entorno de trabajo	64	21,9
Diseño ergonómico y adaptaciones del puesto de trabajo en función de la edad (volumen de trabajo, carga física, fuerza, postura, iluminación, Pantalla ordenador, aclimatación, etc.)	57	19,5
Posibilidad de rotación en varios puestos de trabajo	58	19,8
Dar oportunidades para el aprendizaje permanente mediante la rotación y la diversificación de los puestos de trabajo	49	16,8
Facilitar el acceso a programas de formación continuada y reciclaje a partir de cierta edad	70	23,9
Prohibición de realizar Guardias a partir de cierta edad	55	18,8
Prohibición de doblar turnos	54	18,4
Prohibición de hacer turnos rotatorio o turno nocturno a partir de cierta edad(48	16,4
Posibilidad de cambiar de departamento o servicio a partir de cierta edad	31	10,6
Posibilidad de jubilación anticipada a partir de cierta edad	37	12,6
Posibilidad de reducción de jornada (trabajo a tiempo parcial) a partir de cierta edad	134	45,9
Prioridad para elegir periodos vacacionales a partir de cierta edad	52	17,8

3.8 ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y BUENAS PRÁCTICAS SOBRE ENVEJECIMIENTO ACTIVO SALUDABLE EN EL SECTOR SANITARIO

A continuación se analizan buenas prácticas o medias orientadas a mantener y/o mejorar la tasa de empleo de los trabajadores mayores, el envejecimiento activo saludable mejorando la salud y sus capacidades funcionales, las competencias y la educación, los valores, actitudes y motivación y finalmente, la vida laboral (entorno de trabajo, demandas físicas/mentales, comunidad del trabajo y su organización), desarrollo o carrera profesional, la formación continua, la gestión del conocimiento y la adaptación del puesto asociada a la salud y la seguridad laboral.

Entre las principales medidas de adaptación de las condiciones de trabajo para las personas de edad, buenas prácticas o medidas de promoción del envejecimiento activo saludable en el sector sanitario, destacamos las siguientes:

Tabla 18.- acciones de promoción de la salud y buenas prácticas sobre envejecimiento activo saludable en el sector sanitario	
1.- Mejora del método de organización del trabajo	
<ul style="list-style-type: none"> -Considerar la gestión del envejecimiento como tarea y obligación fundamental de los directivos y los supervisores -Flexibilizar la jornada laboral -Flexibilizar los puestos de trabajo a través del teletrabajo -Promocionar la reubicación de puestos de trabajo adaptados a las capacidades y de menor carga física y/o mental. -Aumentar el personal en función de la carga asistencial y en turno nocturno. -Fomentar la participación activa de los trabajadores en la organización del trabajo y en la toma de decisiones -Ajustar el ritmo de trabajo o la presión asistencias, en función de la edad -Reducir la carga de trabajo por las noches 	<ul style="list-style-type: none"> -Rotación y diversificación de puestos de trabajo -Pausas y descansos. Mayor autonomía. -Microsiestas o NAP de corto tiempo -Adaptar la carga de trabajo a las capacidades -No prolongar la jornada más de 12 horas -Asegurar la libranza de guardia -Prohibición de doblar turnos -Suprimir el trabajo nocturno a partir de los 50 años -Limitar el número de años con turno nocturno a 15-20 años o aplicar coeficientes reductores según años de turnicidad. -Establecer una segunda actividad a partir de los 55 años -Limitar el trabajo en fines de semanas y festivos a partir de cierta edad -Reducir el cómputo de horas anuales a partir de cierta edad, manteniendo condiciones económicas
2.- Mejora del entorno de trabajo	
<ul style="list-style-type: none"> -Fomentar el apoyo entre compañeros -Mejorar el clima laboral y la supervisión -Posibilidad de participar en el proceso de mejora del entorno -Diseño ergonómico de los puestos, mobiliario, condiciones ambientales y lugares de trabajo -Mejorar la luz artificial -Dotar de ayudas técnicas para movilización de pacientes 	<ul style="list-style-type: none"> -Gestión participativa en la que se tengan en cuenta los puntos de vista y opiniones de los trabajadores -Tiempo suficiente para el horario de comidas -Disponer de salas de descanso -Rediseño de las tareas de acuerdo con las fortalezas, necesidades y capacidades de los trabajadores de edad avanzada -Ayudas a los trabajadores para crear un entorno favorable para dormir.
3.- Fomentar la participación de los trabajadores en actividades saludables	
<ul style="list-style-type: none"> -Ofrecer clases de deporte -Colaborar en los costes de matrícula en gimnasios -Establecer horarios adecuados de alimentación -Formación en escuela de espalda y hábitos posturales 	<ul style="list-style-type: none"> -Organizar actividades deportivas y de ocio -Facilitar transporte colectivo para ir o volver al trabajo. -Compartir la conducción -Musicoterapia, yoga, pilates, Mindfulness, etc.. -Círculos de salud u otras medidas de participación de trabajadores en áreas de mejora
4.- Fomentar el desarrollo personal	
<ul style="list-style-type: none"> -Ofrecer cursos sobre competencias sociales -Formación para combatir el estrés, cursos de relajación y asesoramiento psicológico -Formación en las nuevas tecnologías -Aprovechar la experiencia para funciones de docencia -Facilitar la promoción interna y el desarrollo del desempeño -Preparar para la jubilación. Transición segura y digna a la jubilación. -Promover la interacción entre sanitarios de diferentes centros -Mayor sensibilización frente al envejecimiento -Ajustar los objetivos teniendo en cuenta el facto edad -Medidas para revalorizar el trabajo en edades avanzadas 	<ul style="list-style-type: none"> -Programas de prevención, gestión y formación para combatir el estrés -Promocionar y facilitar las relaciones interpersonales -Programas de reincorporación para trabajadores con discapacidades o limitaciones (cambio de un modelo orientado al déficit a una orientación sobre nuevas competencias) -Brindar oportunidades para el aprendizaje permanente -Facilitar la movilidad interna -Promoción de actividades culturales, de ocio y redes sociales -Aprendizaje permanente -Mantenimiento de las competencias a través de una actualización continua de las destrezas y competencias necesarias en cada momento.

5.- Facilitar el equilibrio entre la vida laboral y familiar	
-Apoyo social para familiares dependientes	-Prioridad elección vacaciones
-Programas de apoyo social (servicio de guarderías, etc..)	-Incrementar días de libranza o periodos vacacionales a partir de cierta edad
-Facilitar la cercanía del puesto de trabajo al domicilio	-Jubilación parcial
	-Programación turnos con anticipación suficiente
6.- Cuidados de la salud	
-Ofrecer reconocimientos médicos periódicos	-Ofrecer alimentación sana en el comedor de la empresa
-Ofrecer apoyo personal en relación con conductas adictivas	-Máquinas expendedores de bebidas y comidas saludables (wellness vending)
-Ofrecer programas de terapia psicoemocional, psicoeducación y técnicas para mejorar la gestión de las emociones	-Fisioterapia y rehabilitación

4 UTILIDAD PRÁCTICA DE LOS RESULTADOS EN RELACIÓN CON LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

El presente estudio aporta información pormenorizada tanto sobre las condiciones de trabajo, exposición a factores de riesgo específicos del sector sanitario y su impacto sobre la salud de las personas que trabajan en el sector.

Asimismo, abarca a un ámbito sectorial amplio, incluyendo al sector público y privado, hospitalario y extrahospitalario, así como a la mayoría de las ocupaciones que integran el sector.

Por otro lado, se aportan un número significativo de propuestas de adaptaciones o buenas prácticas para facilitar un envejecimiento activo saludable entre los trabajadores del sector sanitario.

Muchos de los datos o conclusiones serían extrapolables a otros colectivos con condiciones de trabajo de elevadas exigencias psicofísicas.

5 CONCLUSIONES FINALES Y RECOMENDACIONES

Los principales problemas de salud en el sector sanitario provienen de los trastornos musculoesqueléticos y mentales.

Los trastornos musculoesqueléticos son las enfermedades relacionadas con el trabajo más prevalentes entre los trabajadores del sector, para todas las categorías profesionales, género y grupo de edad, tal como ocurre en la población laboral general. En los estudios sobre el estado de salud de los trabajadores sanitarios publicados en la literatura

científica aparece un amplio rango de valores de incidencia y prevalencia de trastornos musculoesqueléticos³⁷. Por ello, la utilización de cuestionarios validados para detección de síntomas, como el cuestionario nórdico estandarizado³⁸, resulta de máxima utilidad para su valoración médica, lo que conlleva un mejor conocimiento del problema y de su prevención.

Respecto a la prevalencia de alteraciones de la salud mental o psicopatologías, destaca su elevada correlación con la realización de turnos de trabajo, y la exposición al riesgo de agresiones verbales o físicas en el lugar de trabajo. La violencia ocupacional debe ser considerada como un importante factor de riesgo psicosocial en el sector sanitario y una cuestión fundamental de derechos humanos y salud laboral, tal como señalan diferentes organismos internacionales³⁹.

Las largas jornadas de trabajo, servicios de guardia durante la noche y la rotación de turnos, son características implícitas de la práctica médica hospitalaria y extrahospitalaria que no se pueden hacer desaparecer de la práctica diaria, por lo que la puesta en marcha de diferentes medidas adaptativas que adecuen las exigencias psicofísicas de los puestos de trabajo con las capacidades de los trabajadores resulta necesario, y de forma más evidente, entre los trabajadores de edad.

La adopción medidas preventivas para contrarrestar efectos negativos del trabajo a turnos²⁹, tales como limitar turnos rotatorios de MTN, guardias de 10-17 horas o guardias de 24h, a partir de un número de años, o a partir de los 50 años resulta imprescindible para garantizar un envejecimiento activo saludable entre los trabajadores del sector. Se debe insistir en que la programación de los turnos o las guardias sean realizadas y dadas a conocer con antelación y con tiempos adecuados para que pueda producirse la recuperación, minimizando el estrés y permitiendo otorgar mayor autonomía del tiempo.

Uno de cada 3 trabajadores del sector sanitario se declara sedentario (33,6%) y únicamente un 13,6% realizaría ejercicio físico moderado o intenso 5 o más días a la semana. Promover el ejercicio físico mejora la aptitud física, la percepción de un buen estado de salud físico y mental, previene las lesiones musculoesqueléticas derivadas del trabajo, contribuye a un mejor control del peso, mejora la condición física, la calidad del sueño y disminuye el riesgo de cardiopatía, diabetes e hipertensión y mejora la calidad de vida.

Los programas de salud en la empresa pueden ayudar a compensar o contrarrestar los procesos degenerativos físicos propios de la edad y a fortalecer los recursos propios para mantener una buena salud. La promoción de unos estilos de vida y hábitos saludables, refuerzan la salud y las capacidades funcionales. Entre dichos programas deben incluirse la promoción del ejercicio, alimentación saludable, gestión del sueño, prevención del tabaquismo, de la obesidad y del estrés.

El papel de los servicios de medicina del trabajo resulta esencial para velar por la salud de estos trabajadores mediante una vigilancia de la salud específica y la adopción de medidas preventivas o adaptativas inherentes a estos riesgos en relación con los posibles efectos adversos y las repercusiones que estas condiciones de trabajo puedan suponer.

La seguridad y la salud en el trabajo son decisivas para garantizar un envejecimiento activo a través de una vida laboral mejor y más prolongada. Sin embargo, según los datos del estudio adapt@geing2.0, el 22,6% de los trabajadores manifiesta que su puesto no estaría adaptado para poder desempeñar su trabajo hasta los 65 años, por lo que precisan de ajustes urgentes para prevenir los riesgos de jubilación anticipada e incapacidad laboral, cifra ligeramente inferior a la indicada por otros autores para la población laboral, que la establecen en un 30% aproximadamente³⁶.

Los estudios realizados demuestran que, en la medición del rendimiento en el trabajo, la experiencia personal compensa el declive de algunos de los procesos cognitivos básicos, tales como las funciones de la memoria o las capacidades psicomotrices. Aunque es evidente que la salud y la capacidad física se deterioran a medida que envejecemos, con la edad mejoran otras funciones que permiten que la mayoría de los trabajadores disfruten de una capacidad física adecuada.

Las condiciones de trabajo, los requisitos psicofísicos de los puestos de trabajo y las características de los trabajadores son sustancialmente diferentes en función de las categorías profesionales, por lo que sería conveniente realizar nuevos estudios para ampliar la muestra de aquellas categorías que están insuficientemente representadas en este estudio. Muchos de los estudios analizados en la revisión bibliográfica han sido realizados en ocupaciones concretas (médicos, personal de enfermería o auxiliares de enfermería).

Asimismo, para valorar el impacto de las adaptaciones llevadas a cabo por las empresas en los puestos de trabajo o condiciones de trabajo entre los trabajadores de edad, se deberían de llevar a cabo estudios epidemiológicos de tipo longitudinal, ya que los problemas de salud y la discapacidad por enfermedad en los trabajadores de edad, obedecen en su mayoría al resultado de exposiciones a situaciones laborales a largo plazo.

Por último, señalar tal como indica el informe publicado por la Agencia europea EU-OSHA sobre los problemas actuales y emergentes en materia de seguridad y salud², uno de los principales obstáculos para avanzar en este terreno es la tendencia a priorizar la atención de los pacientes, en detrimento de la salud y seguridad de los trabajadores, pese a que para mantener una asistencia de alta calidad al paciente, deberíamos hacer de la seguridad y la salud en el trabajo una prioridad.

6 DIFUSIÓN Y EXPLOTACIÓN DE RESULTADOS

En el momento de elaborar esta memoria ejecutiva del proyecto, no se han publicado resultados parciales o finales del estudio.

Durante la ejecución del mismo, se han realizado diferentes actividades de difusión, y específicamente, en las jornadas realizadas el 30 de octubre de 2014 sobre el proyecto E.capacita. Capacitar profesionales para promover la salud de los trabajadores mayores (Madrid), durante la celebración del VIII Congreso Nacional de los Servicios de PRL en el ámbito sanitario organizado por el Hospital 12 de Octubre de Madrid el día 13 de noviembre de 2014, en la Sesión Clínica organizada por el SPP de la Conselleria de Sanidad el 5 de marzo de 2015 en Valencia y en el desayuno de trabajo organizado por PRL Innovación sobre gestión de trabajadores especialmente sensibles y envejecimiento, celebrado en Madrid el 25 de marzo de 2015.

7 AGRADECIMIENTOS

Al foro de expertos, y en especial a *Juan Francisco Álvarez Zarallo (Jefe de la Unidad de PRL HU Virgen Macarena. Sevilla)*, *Piedad Del Amo Merino (Responsable del SPRL SACYL Valladolid Oeste)*, *M^a Teresa Del Campo Balsa (Jefe del Servicio de Salud Laboral y Prevención HU Fundación Jiménez Díaz. Madrid)*, *Isabel María Galán Meléndez (Médico Adjunto Medicina del Trabajo. HU Fundación Alcorcón. Madrid)*, *Carmen Huerta Camareo (Coordinadora del SPRL HU de Móstoles. Madrid)*, *Joan Inglés Torruela (Coordinador de la Unidad de Vigilancia de la Salud HU Sant Joan. Tarragona)*, *Esther Ligeró López (Jefe de sector vigilancia de la salud. SPRL Conselleria de Sanitat. Valencia)*, *Juan Mayor Cruells (Director Médico Sociedad de Prevención Mutualia. Vizcaya)*, *Josep M^a Molina Aragonés (Coordinador Medicina del Trabajo. Institut Català de la Salut. Barcelona)*, *Carmen Muñoz Ruiperez (Jefe de Sección-Responsable SP HU 12 de Octubre. Madrid)*, *Ignacio Sanchez-Arcilla Conejo (Jefe de Estudios UD Medicina del Trabajo Comunidad de Madrid. Hospital Ramón y Cajal. Madrid)*, *Pedro Soto Ferrando (Jefe del Servicio de Prevención de Hospitales NISA. Valencia)*, *Marisa Valle Robles (Médico del Trabajo. SPRL Área de Salud de Segovia)*

A la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo (AEEMT), la Sociedad Española de Seguridad y Medicina del Trabajo (SEMST), la Asociación Nacional de Medicina del Trabajo en el Ámbito Sanitario (ANMTAS) y a la Sociedad Española de Salud Laboral de la Administración Pública (SESLAP), por su participación en la difusión del proyecto entre sus asociados.

A la Dra Silvia Nogareda Cuixart(†), por su total implicación al proyecto mientras estuvo con nosotros.

8 BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Boletín de Sanidad. Disponible en : http://isanidad.com/34631/el-personal-del-sns-pierde-casi-29-000-trabajadores-en-dos-anos/?utm_source=BOLETINisanidad&utm_campaign=12c6d81272-Bolet%C3%ADn_iSanidad&utm_m%C3%A9dium=email&utm_term=0_aa5efff1bb-12c6d81272-311984689
- 2.- European Agency for Safety and Health at Work. Current and emerging issues in health sector, including and community care. European Risk Observatory Report. 2014. Disponible en: <https://osha.europa.eu/en/publications/reports/current-and-emerging-occupational-safety-and-health-osh-issues-in-the-healthcare-sector-including-home-and-community-care>
- 3.- Díaz JJ, De la Fuente JM, Rescalvo F, Zancajo JL. Condiciones de trabajo y salud en el sector sanitario. Revista Gestión Práctica de Riesgos Laborales. 2006 , 14(1)38-43
- 4.- Autoría múltiple. Guía de criterios de aptitud para trabajadores del ámbito sanitario. Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Economía y Competitividad. Madrid 2014. Coordinadora: Collazos AI.
- 5.- Deschamps A, Olivares SB, De la Rosa KL, Asunsolo A. Influencia de los turnos de trabajo y las guardias nocturnas en la aparición del síndrome de burnout en médicos y enfermeras. Med Segur Trab 2011; 57(224):224-41
- 6.- Cervantes G, Blanch JM, Hermoso D. Violencia ocupacional contra profesionales sanitarios en Cataluña notificada por Internet (2007-2009). Arch Prev Riesgos Labor 2011; 13(3):135-40
- 7.- Cantera LM, Cervantes G, Blanch JM. Violencia ocupacional: el caso de los profesionales sanitarios. Papeles del Psicólogo 2008, 29(1):49-58
- 8.- Agencia Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo. Psychosocial risks in Europe. Prevalence and strategies for prevention. 2014. Disponible en: <https://osha.europa.eu/en/publications/reports/psychosocial-risks-eu-prevalence-strategies-prevention>
- 9.- INSHT. Prevención de trastornos musculoesqueléticos en el sector sanitario. Buenas prácticas. 2013. Disponible en:
<http://www.insht.es/musculoesqueleticos/contenidos/buenas%20practicass/nacional/libro3hospit-120613.pdf>
- 10.- Agencia Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo. Calculating the cost of work-related stress and psychosocial risks. European risk Observatory. Literature Review. [doi:10.2802/20493].
- 11.- Cores L, Muñiz JR, González MC. Accidentes biológicos en trabajadores de un área sanitaria del Servicio Gallego de Salud. Arch Prev riesgos Labor 2013; 16(4):164-70
- 12.- Chan G, Tan V, Koh D. Ageing and fitness to work. Occup Med(Lond) 2000. 50(7):483-91

- 13.- Morschhäuser M, Sochert R. Healthy work in an ageing Europe. Strategies and instruments for prolonging working life. European Network for workplace Health Promotion. 2006. [Internet]. [Acceso 8 de enero de 2014]. Disponible en : <http://www.enwhp.org>
- 14.- Prieto JA et al. The influence of age on aerobic capacity and health indicators of three rescue groups. *Int J Occup Safety Ergonomics*, 19(1):19-27
- 15.- Beers H, Butler C. Age related changes and safety critical work: identification of tools and a review of literature. London HSE 2012. Disponible en <http://www.hse.gov.uk/research/rrpdf/rr946.pdf>
- 16.- Carpenter J, Cazamian R. El trabajo nocturno. Ginebra, OIT 1977
- 17.- Descatha A, Cyr F, Mediouni Z, et al. Work-related premature ageing: old concept but emerging stakes. *Occup Environ Med* 2013; 70(9):675
- 18.- Costa G. Shift work and occupational medicine: an overview. *Occupational Medicine* 2003; 53:83-7
- 19.- Knutsson A. Health disorders in shift workers. *Occupational Medicine* 2003; 53:103-8
- 20.- Marqué JC, Tucker P, Folkard S, Gentil C, Ansiau D. Chronic effects of shift work on cognition: findings from the VISAT longitudinal study. *Occup Environ Med* 2013: [doi 10.1136/oemed-2013-101993]
- 21.- Niu SF, Chang MH, Chen CH, Hegney D, O'Brien A, Chou KR. The effect of shift rotation on employee cortisol profile, sleep quality, fatigue and attention level: a systematic review. *Journal of Nursing Research* 2011; 19(1):68-81
- 22.- Mo Yeol K, Hun CS, Min-Sang Y, Kim T, Chul HY. Long working hours may increase risk of coronary heart disease. *Am J Industr Med* 2014 [doi.10.1002/ajim.22367]
- 23.- INSHT. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo (VII ENCT). [Internet]. [Acceso 8 de enero de 2014]. Disponible en: <http://www.mtas.es/insht/statistics/viiencuesta.pdf>
- 24.- Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo. Promoción de la salud en el lugar de trabajo para los trabajadores. 2010. Facts 94. Disponible en <http://osaha.europa.eu>
- 25.- Fernández-Ballesteros R, Zamarrón MD, López MD, Díez J, Montero P, Schettini R. Envejecimiento con éxito: criterios y predictores. *Psicothema* 2010, 22(4):641-7.
- 26.- Mayorga R et al. Gestión de la edad en la empresa. Reto y oportunidad. Mutua Navarra. 2013.
- 27.- Health Work Improvement in Health Services. Disponible en : <http://www.healthwise.org/>
- 28.- Fernández JJ, Crego A, Alcover CM. La transición hacia el retiro: adaptación en una muestra de prejubilados españoles de la escala Retirement Satisfaction Inventory. *Rev Esp Geriatric Gerontol* 2011; 46(3):139-46

- 29.- Pallesen S, Bjorvatn B, Mageroy N, Sakasvik IB, Waage S, Moen BE. Measures to counteract the negative effects of night work. *Scand J Work environ Health* 2010; 36(2):109-21 [doi: 10.5271/sjweh.2886]
- 30.- Pagán P, Oltra A, Poveda R, Ruiz R, Bollaín C et al. Buenas prácticas para adaptar los puestos de trabajo para mayores. *Biomecánica* 57. 2012:55-57
- 31.-Rohlfis I, Arrizabalaga P, Artacoiz L, Borrell C, Fuentes M, Valls C. Salud, estilos de vida y condiciones de trabajo de los médicos y médicas de Cataluña. 2007. Fundación Galatea
- 32.- Chae-Hee P, Wojtek MG, Ory JG, Terry LB, Mockenhaupt R. The Impact of a National Strategy to Increase Physical Activity Among Older Adults on National Organizations. Princeton NJ, Wood R. 2001. *Journal of Aging and Physical Activity*, 2010, 18:425-38
- 33.- Blanch A, Torrelles B, Aluja A, Salinas JA. Age and lost working days as a result of an occupational accident: a study in a shiftwork rotation system. *Safety Science* 2009; 47:1359-63
- 34.- Real Decreto 475/2007, de 13 de abril, por el que se aprueba la Clasificación Nacional de Actividades Económicas 2009 (CNAE-2009)
- 35.- Tuomi K, Ilmarinen J, Jahkola A, Katajarinne L, Tulkki A. Work ability index. 2nd rev. ed. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health; 1998.
- 36.- Ilmarinen, J. Promoción del envejecimiento activo en el trabajo. 2012. [Internet]. [Acceso 9 de enero de 2014]. Disponible en:
<https://osha.europa.eu/es/publications/articles/promoting-active-ageing-in-the-workplace>
- 37.- Romo P, Del Campo T. Trastornos musculoesqueléticos en trabajadores sanitarios y su valoración mediante cuestionarios de discapacidad y dolor. *Medicina del Trabajo* 2011. 20(1):27-33
- 38.- Descatha A, Roquelaure Y, Chastang JF, Evanoff B, Melchior M, Mariot C et al. Validity of Hordic-style questionnaires in the surveillance of upper-limb work-related musculoskeletal disorder. *Scand J Work Environ Health* 2007; 33:58-65
- 39.- OIT/CIE/OMS/ISP. Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo/Consejo internacional de Enfermeras/Organización Mundial de la Salud/Internacional de Servicios Públicos. Programa conjunto sobre violencia laboral en el sector de la salud;2002.



Proyecto financiado por



Proyecto de investigación financiado por OSALAN conforme a la RESOLUCIÓN de 9 de junio de 2014, de la Directora General de Osalan-Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales, por la que se resuelve la concesión de subvenciones para Proyectos de investigación en materia de prevención de riesgos laborales. (BOPV núm. 122, de 30 de junio de 2014)