

**PROGRAMA DE DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD
FACULTAD DE ENFERMERÍA, FISIOTERAPIA Y PODOLOGÍA
UNIVERSIDAD DE SEVILLA**



***CONDICIONES DE TRABAJO Y SALUD EN POBLACION
MAYOR TRABAJADORA Y MEDIDAS PARA LA
PROMOCION DEL ENVEJECIMIENTO SALUDABLE EN EL
TRABAJO***

Inmaculada Mateo Rodríguez

TESIS DOCTORAL

Directores

Prof. Dra. Dña. Maria José Sánchez Pérez

Dr. D. Antonio Daponte Codina

Tutor

Prof. Dr. D. Joaquín Salvador Lima Rodríguez

Sevilla, 6 de mayo de 2016

Condiciones de trabajo y salud en población mayor trabajadora y medidas para la promoción del envejecimiento saludable en el trabajo



Diseño de la ilustración: Rafael Partera Mateo

Poema ¡Que cuantos años tengo!

¿Qué cuántos años tengo?
– ¡Qué importa eso!
¡Tengo la edad que quiero y siento!
La edad en que puedo gritar sin miedo lo que pienso.
Hacer lo que deseo,
sin miedo al fracaso o lo desconocido...
Pues tengo la experiencia de los años vividos
y la fuerza de la convicción de mis deseos.
¡Qué importa cuántos años tengo!
¡No quiero pensar en ello!
Pues unos dicen que ya soy viejo
otros “que estoy en el apogeo”.
Pero no es la edad que tengo,
ni lo que la gente dice,
sino lo que mi corazón siente
y mi cerebro dicte.
Tengo los años necesarios
para gritar lo que pienso,
para hacer lo que quiero,
para reconocer yerros viejos,
rectificar caminos y atesorar éxitos.
(...)
¡Qué importa si cumplo cincuenta,
sesenta o más! Pues lo que importa:
¡es la edad que siento! Tengo los años
que necesito para vivir libre y sin miedos.

José Saramago.

PROGRAMA DE DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD
FACULTAD DE ENFERMERÍA, FISIOTERAPIA Y PODOLOGÍA
UNIVERSIDAD DE SEVILLA



***CONDICIONES DE TRABAJO Y SALUD EN POBLACION MAYOR
TRABAJADORA Y MEDIDAS PARA LA PROMOCION DEL
ENVEJECIMIENTO SALUDABLE EN EL TRABAJO***

Tesis presentada para aspirar al grado de doctor por D^a. Inmaculada Mateo Rodríguez, dirigida por la Doctora Profesora Dña. María José Sánchez Pérez y el Doctor D. Antonio Daponte Codina y tutorizada por el Doctor Profesor D. Joaquín Salvador Lima Rodríguez.

Sevilla, 6 de mayo de 2016

La directora,

Fdo: María José Sánchez Pérez

El co-director,

Fdo: Antonio Daponte Codina

El tutor,

Fdo: Prof. Dr. D. Joaquín Lima Rodríguez

La doctoranda,

Fdo: Inmaculada Mateo Rodríguez

Prof. Dra. Dña. María José Sánchez, profesora de la Escuela Andaluza de Salud Pública y del Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad de Sevilla,

HAGO CONSTAR:

Que **D^a. Inmaculada Mateo Rodríguez** ha realizado, bajo mi dirección y coordinación, este Trabajo Original de Investigación titulado: “**CONDICIONES DE TRABAJO Y SALUD EN POBLACION MAYOR TRABAJADORA Y MEDIDAS PARA LA PROMOCION DEL ENVEJECIMIENTO SALUDABLE EN EL TRABAJO**”, para optar al grado de Doctor por la Universidad de Sevilla, y que dicho trabajo reúne las condiciones necesarias para ser sometido a lectura y discusión ante el tribunal.

Sevilla, Mayo 2016

La Directora,

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'M. J. Sánchez', written over a horizontal line.

Fdo:Prof. Dña. Maria José Sánchez Pérez

Prof Dr. D. Antonio Daponte Codina, profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública y del Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad de Sevilla,

HAGO CONSTAR:

Que **D^a. Inmaculada Mateo Rodríguez** ha realizado, bajo mi dirección y coordinación, este Trabajo Original de Investigación titulado: “**CONDICIONES DE TRABAJO Y SALUD EN POBLACION MAYOR TRABAJADORA Y MEDIDAS PARA LA PROMOCION DEL ENVEJECIMIENTO SALUDABLE EN EL TRABAJO**”, para optar al grado de Doctor por la Universidad de Sevilla, y que dicho trabajo reúne las condiciones necesarias para ser sometido a lectura y discusión ante el tribunal.

Sevilla, Mayo 2016

El director,



Fdo: Prof. D. Antonio Daponte Codina

Dr. D. Joaquín Salvador Lima Rodríguez, profesor del Departamento de Enfermería y del Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad de Sevilla,

HAGO CONSTAR:

Que **D^a. Inmaculada Mateo Rodríguez** ha realizado, bajo mi tutorización, este Trabajo Original de Investigación titulado: **“CONDICIONES DE TRABAJO Y SALUD EN POBLACION MAYOR TRABAJADORA Y MEDIDAS PARA LA PROMOCION DEL ENVEJECIMIENTO SALUDABLE EN EL TRABAJO”**, para optar al grado de Doctora por la Universidad de Sevilla.

Sevilla, 6 de mayo de 2016

El tutor,



Fdo: Prof. Dr. D. Joaquín Lima Rodríguez

Condiciones de trabajo y salud en población mayor trabajadora y medidas para la promoción del envejecimiento saludable en el trabajo

A mi padre...

Agradecimientos

Quiero agradecer esta tesis en primera lugar a mi directora y mi director. A Antonio Daponte por toda su ayuda, por los momentos de discusión y las charlas que son parte del trabajo que presento. A María José Sánchez por su apoyo, por cada palabra de aliento, por su confianza en mí. Sin ella a mi lado no habría podido pensar llegar hasta aquí. A ambos por su apoyo científico, sus indicaciones académicas y por todo el apoyo técnico que siempre me han brindado.

También quiero agradecer a la Escuela Andaluza de Salud Pública la oportunidad que me ha dado de poder dedicarme a lo que más me gusta, la investigación. Por los años de formación y por su apoyo académico. Y al Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud y a la Universidad de Sevilla por ofrecerme la posibilidad de presentar esta tesis y por sus aportaciones en estos casi tres años.

Quiero agradecer también a mi primer director de tesina, Jaime, porque con él descubrí el apasionante mundo de la investigación, y también a todas las compañeras y compañeros con las que he participado en proyectos de investigación. Y a las personas que me han ayudado en este tiempo mientras escribía esta tesis.

Quiero agradecer a mi familia, la extensa, la que ya está empezando a hacerse mayores, pero que conservan la inocencia de la niñez, su ternura. Por crecer con ellas y con ellos, por las risas, las aventuras, los absurdos. Por enseñarme que había cosas mucho más importantes que las reglas y los límites, por asombrarse cada día de las pequeñas cosas. Porque al fin y al cabo, esa es la semilla de la investigación, la capacidad de ver como nuevas cosas que nos rodean diariamente.

Quiero agradecer a mis amigas porque siguen estando ahí siempre, y tantas veces, que las he necesitado.

A mis niños, Rafa y Victor porque son la alegría de mi vida. Porque con ellos no dejo de descubrir cosas, por su cariño, por su apoyo incondicional. Y a Antonio, por compartir su vida conmigo, y hacernos felices. Y a los tres por su paciencia.

A mis padres por darme la vida y dejar que la viva “a mi manera”.

ÍNDICE

Índice	10
RESUMEN	19
1. INTRODUCCIÓN	26
1.1. Cambios demográficos en la población europea y española.....	28
1.2. Marcos conceptuales de partida: el Modelo de envejecimiento activo y saludable y el Marco de los determinantes sociales de la salud	33
1.2.1. El marco del Envejecimiento Activo y Saludable.....	33
1.2.2. El marco de los determinantes sociales de la Salud	37
1.2.3. Desigualdades de género y de Clase social como ejes de desigualdades de salud relacionadas con el trabajo.....	40
1.3. Marcos conceptuales de partida: el Modelo de envejecimiento activo y saludable y el Marco de los determinantes sociales de la salud	46
1.3.1. El concepto de población mayor trabajadora.....	46
1.3.2. Características del trabajo de las personas más mayores.....	48
1.3.3. La salud de la población mayor trabajadora	50
1.3.4. Capacidad Laboral percibida de las personas más mayores	53
1.3.5. Las intervenciones para la promoción del Envejecimiento activo y saludable en los entornos de trabajo	57
1.4. Retos principales a afrontar ante el envejecimiento progresivo de la población trabajadora	59
2. HIPÓTESIS	63
3. OBJETIVOS	65
3.1. Objetivo general	66
3.2. Objetivos específicos	66
4. METODOLOGÍA	68
4.1. Metodología del objetivo 1.....	70
4.1.1. Diseño del estudio	70
4.1.2. Participantes y sujetos del estudio	71
4.1.3. Recogida de información	72
4.1.4. Análisis estadísticos	73

4.2. Metodología del Objetivo 2 y Objetivo 3	75
4.2.1. Diseño del estudio	75
4.2.2. Participantes y sujetos de estudio	75
4.2.3. Recogida de información	77
4.2.4. Metodología del análisis de información de los objetivos 2 y 3.....	78
4.2.4.1. Metodología del análisis de la información del Objetivo 2	78
4.2.4.1. Metodología del análisis de la información del Objetivo 2	85
4.3. 4.3. Metodología para el objetivo 4.....	90
4.3.1. Diseño del estudio	90
4.3.2. Participantes y sujetos del estudio	90
4.3.3. Recogida de información	91
4.3.4. Metodología de análisis	92
4.3.5. Producto del estudio a partir del objetivo 4	93
5. RESULTADOS.....	94
5.1. Características del contexto socio-demográfico en España.....	96
5.1.1. Características de la situación laboral y de empleo de la población mayor de 45 años en España	98
5.1.2. Edad media de Jubilación en España y Europa	103
5.1.3. Características de las condiciones del empleo de la población mayor de 45 años en España	105
5.2. Desigualdades de género en las condiciones de empleo y de trabajo y en la salud de trabajadores y trabajadoras mayores de 45 años en España.....	114
5.2.1. Desigualdades de género en las condiciones de salud y hábitos relacionados con la salud en trabajadores y trabajadoras mayores de 45 años a partir de la ENS	114
5.2.2. Desigualdades de género en las condiciones de empleo y de trabajo y en los daños a la salud relacionada con el trabajo en trabajadores y trabajadoras mayores de 45 años en España a partir de la ENCT	129
5.3. Factores asociados a la Salud Percibida y a la Capacidad laboral percibida de la población trabajadora mayor de 45 años.....	150
5. 3.1. Factores asociados a la salud percibida en población trabajadora mayor de 45 años de la ENS 2011	150
5.3.2. Factores laborales asociados a la salud percibida en población trabajadora mayor de 45 años de la ENCT	161
5.3.3. Factores de la percepción de la Capacidad laboral a los 60 años en población trabajadora mayor de 45 años	174
5.4. Criterios para diseñar programas para la promoción del envejecimiento saludable en los centros de trabajo	193

6.	DISCUSIÓN	203
6.1.	Los cambios sociodemográficos y su impacto en el mercado laboral	205
6.2.	Cambios en la edad media de abandono del mercado laboral.....	207
6.3.	Desigualdades de género en las condiciones de trabajo y empleo y la salud en población trabajadora mayor de 45 años.....	211
6.3.1.	Desigualdades de género en las condiciones laborales y de trabajo.	211
6.3.2.	Desigualdades de género en las condiciones de contratación laboral	213
6.3.3.	Desigualdades de género en los tiempos y jornadas de trabajo.....	216
6.3.4.	Desigualdades de género en la exposición a riesgos laborales.....	219
6.3.5.	Desigualdades de género en las responsabilidades del trabajado doméstico no remunerado y en la conciliación de la vida laboral y familiar	228
6.3.6.	Desigualdades de género en los hábitos relacionados con la salud	230
6.3.7.	Desigualdades de género en salud y daños a la salud relacionados con el trabajo	231
6.4.	Factores asociados a la salud y la capacidad laboral a los 60 años	236
6.4.1.	Factores asociados a Salud percibida	236
6.4.2.	Factores asociados a percepción de una baja capacidad laboral a los 60 (CL60)	246
6.5.	Las propuestas de actuaciones en los centros de trabajo para la promoción del envejecimiento saludable	253
6.6.	Limitaciones del estudio	255
7.	CONCLUSIONES.....	259
8.	BIBLIOGRAFIA	263
9.	ANEXOS.....	¡Error! Marcador no definido.

Índice de figuras

Figura 1. Determinantes del envejecimiento activo

Figura 2. Evolución de la capacidad funcional a lo largo de la vida

Figura 3. Modelo de determinantes sociales de la salud

Figura 4. Modelo de Trabajo como determinante de salud y del envejecimiento activo y saludable

Figura 5. Elementos claves del Modelo de Capacidad laboral

Figura 6. Proceso de recogida de información mediante técnica Delphi

Índice de gráficos

Gráfico 1. Proyecciones de población mayor de 45 años en España por sexo (2015-2025)

Gráfico 2. Proyecciones de la Tasa de Actividad en población mayor de 45 años en España por sexo y grupos de edad (2000-2020)

Gráfico 3. Evolución de la brecha de género en la Tasa de actividad según grupos de edad. España. Proyecciones de 2006 a 2020

Gráfico 4. Evolución de la edad media de Jubilación por sexo en España y UE-27

Índice de tablas

Tabla 1. Resumen de la metodología utilizada en la Tesis

Tabla 2. Información y Fuentes de datos utilizadas en el Objetivo 1

Tabla3. Variables y Fuentes de datos utilizadas en el Objetivo 2

Tabla 4. Variables y Fuentes de datos utilizadas en el Objetivo 3

Tabla 5. Proyección de la esperanza de vida al nacimiento. Brecha de género en esperanza de vida en España

Tabla 6. Índice de envejecimiento de la población en España. Proyecciones 2015-2015

Tabla 7. Proyecciones de la tasa de actividad en España por sexo. 2006-2020

Tabla 8. Tasa de empleo por sexo y edad en España. 2014

Tabla 9. Tasas de actividad y empleo de la población mayor de 45 años en España por sexo y grupos de edad.2014

Tabla 10. Población mayor de 45 años con una ocupación remunerada en España según sexo y edad. 2014

Tabla 11. Edad media de jubilación en España y Europa desde 2000 a 2014 por sexo

Tabla 12. Ocupación de la población mayor de 45 años en España por sexo. 2015

Tabla 13. Sector de actividad en población mayor de 40 años por sexo en España. 2015

Tabla 14. Situación profesional y sector de actividad de la población española trabajadora mayor de 40 años según sexo. 2015

Tabla 15. Tipo de Jornada por sexo y grupos de edad en España. 2014

Tabla 16. Tipo de contrato por sexo y grupos de edad en España 2015

Tabla 17. Características sociodemográficas en la muestra de la población ocupada mayor de 45 años de la Encuesta Nacional de Salud 2011.

Tabla 18. Condiciones de trabajo y empleo de la población trabajadora mayor de 45 años en España. ENS 2011

Tabla 19. Indicadores de salud de la población trabajadora mayor de 45 años en España. ENS 2011

Tabla 20. Estilos de vida de la población trabajadora mayor de 45 años en España. ENS 2011

Tabla 21. Prevalencias y *odds ratios* crudas y ajustadas por clase social y edad de los indicadores de desigualdad de género en las condiciones de empleo en la muestra de la población ocupada mayor de 45 años. ENS 2011

Tabla 22. Prevalencias y *odds ratios* crudas y ajustadas por clase social y edad de los indicadores de desigualdad de género en las condiciones de trabajo de la población ocupada mayor de 45 años. ENS 2011

Tabla 23. Prevalencias y *odds ratios* crudas y ajustadas por clase social y edad de los indicadores de desigualdad de género en la salud y hábitos relacionados con la salud en la muestra de la población ocupada mayor de 45 años. ENS 2011

Tabla 24. Características sociodemográficas en la muestra de la población ocupada en España. VII ENCT

Tabla 25. Características sociodemográficas en la muestra de la población ocupada mayor de 45 años en España. VII ENCT

Tabla 26. Distribución por edad de la población mayor de 45 años. VII ENCT

Tabla 27. Condiciones de empleo de la población trabajadora mayor de 45 años en España. VII ENCT

Tabla 28. Condiciones de trabajo de la población trabajadora de más de 45 años en España. VII ENCT

Tabla 29. Indicadores de salud y de salud relacionada con el trabajo de la población mayor de 45 años en España. VII ENCT

Tabla 30. Prevalencias y *odds ratios* crudas y ajustadas por clase social y edad de los indicadores de desigualdad de género en las condiciones de empleo en población española trabajadora mayor de 45 años. VII ENCT

Tabla 31. Prevalencias y *odds ratios* crudas y ajustadas por clase social y edad de los indicadores de desigualdad de género en las condiciones de trabajo en población española trabajadora mayor de 45 años. VII ENCT

Tabla 32. Prevalencias y *odds ratios* crudas y ajustadas por clase social y edad de los indicadores de desigualdad de género en la salud y daños a la salud relacionados con el trabajo en población española trabajadora mayor de 45 años. VII ENCT

Tabla 33. Prevalencia de mala salud percibida según características sociodemográficas en hombres y mujeres trabajadoras mayores de 45 años. ENS 2011

Tabla 34. Prevalencia de mala salud percibida según condiciones de empleo en hombres y mujeres trabajadoras mayores de 45 años. ENS 2011

Tabla 35. Prevalencia de mala salud percibida según condiciones de trabajo en hombres y mujeres trabajadoras mayores de 45 años. ENS 2011

Tabla 36. Prevalencia de mala salud percibida según condiciones del trabajo no remunerado en hombres y mujeres trabajadoras mayores de 45 años. ENS 2011

Tabla 37. Prevalencia de deficiente salud percibida según hábitos relacionados con la salud en hombres y mujeres trabajadoras mayores de 45 años. ENS 2011

Tabla 38. Odds ratio ajustada por edad y clase social de deficiente salud percibida según determinantes de la salud en hombres y mujeres mayores de 45 años. ENS 2011

Tabla 39. Prevalencia de deficiente salud percibida según características sociodemográficas en hombres y mujeres trabajadoras mayores de 45 años. VII ENCT

Tabla 40. Prevalencia de deficiente salud percibida según condiciones de empleo en hombres y mujeres trabajadoras mayores de 45 años. VII ENCT

Tabla 41. Prevalencia de deficiente salud percibida según condiciones de trabajo e exposición a riesgos laborales en hombres y mujeres mayores de 45 años. VII ENCT

Tabla 42. Odds ratio ajustadas por edad y clase social de deficiente salud percibida según condiciones de empleo y de trabajo en la Población mayor trabajadora y en mujeres y hombres. VII ENCT

Tabla 43. Personas mayores de 45 años que piensan que no van a trabajar a los 60 años y razones por las que piensa que no va a seguir trabajando a los 60 años. VII ENCT

Tabla 44. Percepción de capacidad laboral a los 60 años en población mayor de 45 años según sexo y clase social. VII ENCT

Tabla 45. Odds ratio de presentar deficiente percepción de Capacidad laboral a los 60 años en población mayor de 45 años según sexo y clase social. VII ENCT

Tabla 46. Prevalencia de deficiente capacidad laboral a los 60 años (CL60) en población mayor de 45 años en función de las condiciones de empleo y según sexo. VII ENCT

Tabla 47. Prevalencia de deficiente capacidad laboral a los 60 años (CL60) en población mayor de 45 años en función de las condiciones de trabajo y según sexo. VII ENCT

Tabla 48. Prevalencia de deficiente capacidad laboral a los 60 años (CL60) en población mayor de 45 años deficiente en función de los horarios de trabajo y según sexo. VII ENCT

Tabla 49. Prevalencia de deficiente capacidad laboral a los 60 años (CL60) en población mayor de 45 años en función de los indicadores de salud y según sexo. VII ENCT

Tabla 50. Odds ratio ajustada por edad y clase social de deficiente capacidad laboral a los 60 años (CL60) en población mayor de 45 años en función de las condiciones de trabajo, de empleo y de salud según sexo. VII ENCT

Tabla 51. Resultados principales de la ronda 1 y 2 de la técnica Delphi

Tabla 52. Resultados principales de la ronda 3. Análisis de terciles y porcentaje de participantes que selecciona ese criterio al menos con 1 punto

Tabla 53. Puntuaciones obtenidas por cada indicador de los 4 criterios priorizados

Siglas y abreviaturas:

CL: Capacidad laboral.

CL60: Percepción de Capacidad laboral a los 60 años.

ENCT: Encuesta Nacional de Condiciones de trabajo

ENS: Encuesta Nacional de Salud.

IE: Índice de envejecimiento.

INE: Instituto Nacional de Estadística.

INSHT: Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el trabajo.

MMC: Manipulación Manual de Cargas

PSLT: Promoción de Salud en el Trabajo.

OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos

OMS: Organización Mundial de la Salud

OR: Odds Ratio

SP: Salud percibida.

UE: Unión Europea.

RESUMEN

“...Frente a la crisis no queremos empleo, no queremos salario, no queremos Estado del bienestar. Queremos cuestionar la relación salarial misma, la estructura capitalista en su conjunto. No hay marcha atrás sino futuros posibles a construir. Se trata de preguntarnos no sólo cómo lograr trabajo para todxs, sino para qué trabajamos. La respuesta pasa por un vuelco sistémico que permita poner las condiciones de posibilidad del buen vivir (diverso) para todxs. El reto es definir democráticamente a qué vamos a llamar buen vivir y cómo vamos a convertirlo en responsabilidad colectiva.”

Amaia Pérez Orosco.

Subversión feminista de la economía

El aumento de la esperanza de vida de la población representa uno de los mayores triunfos de la humanidad, al tiempo que es uno de los principales desafíos estratégicos para los próximos años, tanto para nuestro país como para el resto de países de nuestro entorno. Los cambios demográficos globales están influyendo en la esfera laboral de manera que se espera que en la próxima década los países de la Unión Europea, incluida España, tengan la fuerza de trabajo de mayor edad de su historia, con una edad media entre 45 y 59 años.

En respuesta al reto que supone el envejecimiento de la población para la sostenibilidad de los sistemas de bienestar se están desarrollando iniciativas sociales y políticas orientadas a prolongar la vida laboral. Estas propuestas se enfrentan sin embargo con un desafío importante, ya que el incremento en la esperanza de vida en los países europeos no ha implicado un aumento similar en la esperanza de vida libre de discapacidad (EVLD), y en especial en los grupos sociales y laborales más desfavorecidos. De hecho, algunos estudios previos parecen indicar que, si no se adoptan medidas estas propuestas pueden dar lugar a un aumento de las desigualdades en salud.

Ante la situación anterior la promoción del envejecimiento activo y saludable se ha convertido en uno de los objetivos políticos de primer orden en el conjunto de la Unión Europea. Según el modelo de Envejecimiento saludable, que se utiliza como marco conceptual, junto a la edad otros ejes como la clase social y el sexo pueden interactuar definiendo necesidades y también oportunidades distintas en el ámbito laboral, y operar produciendo desigualdades en salud. En este sentido en nuestro país no existe evidencia científica suficiente sobre qué condiciones laborales y/o de trabajo, así como otros determinantes, se asocia más negativamente con la salud en general y con la percepción de capacidad laboral en población trabajadora en edades avanzadas. Y menos aún estudios que incorporen en este análisis el marco de las desigualdades sociales en salud (fundamentalmente de género y clase social)¹²⁰. Comprender la asociación entre características laborales y de empleo y salud en población trabajadora mayor de 45 años, y las diferencias en dicha asociación en función de la clase social y el sexo tiene implicaciones potencialmente importantes para la prevención primaria de problemas de

salud en población mayor trabajadora. Por otra parte, aunque la evidencia de la eficacia de la promoción de salud en el medio laboral está bien establecida, se necesitan estudios orientados a definir las posibles estrategias que hagan factible la implantación de las medidas de promoción del envejecimiento saludable en contextos laborales específicos.

Esta tesis tiene por objetivo estudiar las desigualdades de género en las condiciones de trabajo en población mayor de 45 años y los factores asociados a la salud y capacidad laboral, así como identificar una lista de elementos claves para la puesta en marcha de programas de promoción del envejecimiento saludable en el trabajo.

Se han utilizado diseños metodológicos distintos con uso de técnicas tanto cuantitativas como cualitativas. Se ha realizado una explotación de datos secundarios disponibles en el INE (Encuesta de Población Activa (EPA) del 2014 y cuarto trimestre del 2015, datos de mortalidad y datos de proyecciones) y en la OCDE (datos de Statistics on average effective age of retirement). Asimismo se ha usado la Encuesta Nacional de Salud (ENS) de 2011, y la VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo (ENCT) de 2011. Por último, se utilizó un abordaje metodológico cualitativo a través de la Técnica Delphi para recoger la opinión de personas expertas.

Los resultados principales constatan el aumento en la Esperanza de vida media, especialmente en los hombres. Esta situación está influyendo en la edad media de las y de los trabajadores, que está aumentando. Se han identificado desigualdades de género en todos los determinantes de la salud (siguiendo el modelo de la OMS) que se han analizado. Las desigualdades observadas son similares a las que se observan en población trabajadora de otras edades. Hombres y mujeres trabajan en sectores de actividad diferentes (segregación horizontal), y una menor proporción de mujeres ocupan puestos de dirección (segregación vertical). Además las mujeres tienen una mayor prevalencia de trabajos sin contrato y trabajos a tiempo parcial, y un mayor predominio de riesgos de tipo psicosocial y ergonómico, a excepción de la manipulación de cargas, mayor dedicación al trabajo no remunerado del hogar y mayor exposición a violencia psicológica, acoso sexual, y acoso por razón de sexo . Por el contrario los hombres están

más expuestos a situaciones laborales que suponen jornadas de trabajo remunerado más prolongadas y horarios especiales como trabajo nocturno, así como a riesgos laborales de tipo ambiental, manipulación de cargas, y violencia física en el trabajo. Las mujeres además tienen peores indicadores de salud, en prácticamente todos los indicadores analizados a excepción de los factores de riesgo cardiovascular, y peor percepción de capacidad laboral a los 60 años que los hombres. Las desigualdades de género encontradas son similares a las que se informan en otros estudios que analizan condiciones en población trabajadora de cualquier edad y explican al menos en parte las desigualdades de género en la salud.

No se han identificado diferencias importantes, en especial entre las mujeres en cuanto al tipo ni al nivel de exposición de riesgos laborales entre los y las trabajadoras mayores de 45 años y las informadas por estudios con población trabajadora de todas las edades. Sin embargo, la prevalencia de problemas de salud que hemos encontrado es mayor a la de otros estudios con personas de todas las edades, y además aumenta con la edad. En base a estos resultados se considera de especial importancia desarrollar estrategias para la vigilancia de la salud laboral en estos grupos. Se ha constatado además que un porcentaje alto de trabajadores y trabajadoras mayores de 45 años tienen problemas de salud, fundamentalmente de tipo musculoesquelético. Y que son las mujeres, de clase social manual el grupo que muestra peor salud. Las desigualdades de género en las condiciones laborales y de trabajo, así como las encontradas en el ámbito del trabajo no remunerado pueden explicar en parte las desigualdades en salud percibida entre hombres y mujeres. Sin embargo, más allá de que hombres y mujeres tengan exposiciones diferentes, las mismas condiciones laborales parecen tener una asociación diferente con salud en el caso de las mujeres y de los hombres. Para las mujeres trabajar sin contrato, en situación de mayor precariedad y en puestos base se asocia con peor salud de manera más clara que en el caso de los hombres (lo hace sólo en los hombres que contesta a la ENS). El trabajo nocturno y a turnos se asocia con peor salud en los hombres mientras que en el caso de las mujeres la relación no está tan clara. La asociación entre salud percibida y riesgos laborales es más parecida en los análisis

desagregados por sexo. Tanto en hombres como en mujeres la salud percibida se asocia con la exposición a riesgos laborales de todo tipo, pero en especial con la exposición a estrés laboral y a otros riesgos psicosociales como son la violencia psicológica o física.

También se ha observado una peor percepción de capacidad laboral a los 60 en las mujeres que en los hombres, y en personas que tienen ocupaciones manuales. El factor que se asocia con mayor fuerza a la capacidad laboral es la salud percibida, tanto en hombres como en mujeres, sin embargo, nuevamente aparecen diferencias en cuanto a los factores que muestran mayor asociación con CL60 en el caso de los hombres y de las mujeres. En las mujeres la CL60 se asocia con ocupar un puesto base y contar con un trabajo a tiempo parcial aumenta la probabilidad de tener mejor CL60 en el caso de las mujeres pero no en los hombres. En el caso de los hombres la peor CL60 se asocia con tener un contrato temporal y con precariedad laboral.

Los riesgos laborales que se asocian con mayor fuerza a la CL60 son la exposición a manipulación de cargas, tanto en hombres como en mujeres, y el estrés laboral, en especial entre las mujeres. La discriminación por edad se asocia con la CL60 en los hombres pero no lo hace en las mujeres.

Los resultados anteriores, que identifican factores modificables asociados a salud y a capacidad laboral, animan a plantear actuaciones dirigidas a intervenir sobre esas condiciones, con el fin de prevenir y/o proteger la salud de las y los trabajadores de edades avanzadas. La última parte de esta tesis desarrolla propuestas de actuaciones en este sentido. En opinión de personas expertas en salud laboral y salud pública se han identificado una serie de criterios y elementos a considerar a la hora de implantar actuaciones para la promoción de salud en el trabajo. Además se ha presentado una guía que puede ser utilizada en la planificación de programas de promoción de salud en el trabajo.

Se puede concluir por tanto que las desigualdades de género operan en tanto que determinan exposiciones laborales diferentes, pero también que ante la misma

exposición, existen desigualdades de género en los indicadores de salud y de percepción de capacidad laboral.

Condiciones de trabajo y salud en población mayor trabajadora y medidas para la promoción del envejecimiento saludable en el trabajo

INTRODUCCIÓN

“En un tiempo como el de ahora, en el que tan fácilmente se desprecia a los mayores, creo que soy un ejemplo muy bueno. Entre los 60 y los 84 he hecho una obra”.

José Saramago

Condiciones de trabajo y salud en población mayor trabajadora y medidas para la promoción del envejecimiento saludable en el trabajo

6.5. Cambios demográficos en la población europea y española.

El aumento de la esperanza de vida de la población representa uno de los mayores triunfos de la humanidad, al tiempo que es uno de los principales desafíos estratégicos para los próximos años, tanto para nuestro país como para el resto de países de nuestro entorno¹ .

Las tendencias demográficas de la Unión Europea muestran un incremento del porcentaje de personas con edades avanzadas^{2 3}. Según los últimos datos publicados por Eurostat (2015) el grupo de población más numeroso en la Unión Europea (UE) en el año 2015 era el de 40 a 59 años, y un tercio de la población tenía más de 60 años⁴. Y los estudios de proyecciones de población indican que las personas de más de 65 años pasarán a ser del 18,2% en 2013 al 28,7% en 2080 en el conjunto de la Unión Europea (EU-28)⁴.

España es uno de los países más afectados por este envejecimiento de la población. En el año 2005 la edad media de la población Española era de 40 años (38.9 para los hombres y 41,6 para las mujeres) y una década después aumentó en algo más de dos años (42,46 años de media de edad). El envejecimiento de la población es especialmente visible a través de un indicador, el Índice de Envejecimiento de la población, que del 35,87 en el año 1975 ha pasado al 114,73 en el 2015⁵.

Estos cambios demográficos están influyendo en la esfera laboral de manera que, aunque la tasa de actividad por edad es menor a medida que esta aumenta, en especial a partir de los 59 años⁶, se espera que en la próxima década los países de la UE tengan la fuerza de trabajo de mayor edad de su historia, con una edad media de entre 45 y 59 años². En España, en el año 2011 un 25% de la población trabajadora tenía más de 50 años, y se espera que en el año 2040 aumente hasta el 45%, casi el doble en tan sólo tres décadas^{7,8}. Otros estudios que utilizan como límite de edad los 55 años, muestran que mientras que en el año 1990 el 40% de población española mayor de 55 años tenía un trabajo

remunerado, en el año 2013 este porcentaje era del 54%. Este incremento es especialmente importante en mujeres de cualquier edad. En el año 1990 el 19% de mujeres mayores de 55 años participaba en el mercado laboral en España y en el año 2013 este porcentaje ha pasado a ser del 45% ^{8,9}. Por otra parte, la generación de 1965-1976 es especialmente reducida en número, por lo que el aumento de población mayor trabajadora no viene acompañado de un incremento similar de grupos de trabajadores y trabajadoras más jóvenes que equilibre la composición por edad de la fuerza de trabajo ⁸.

Las iniciativas sociales y políticas orientadas a prolongar la vida laboral como medida para afrontar el reto que supone el envejecimiento de la población para la sostenibilidad de los sistemas de bienestar también están influyendo en este proceso de mayor envejecimiento de la población trabajadora ^{10, 11, 12, 13, 14, 15}.

Por todo lo anterior se espera que en unos años las personas a partir de los 45 o 50 años tengan un protagonismo en la esfera laboral sin precedentes en etapas anteriores, ya que la mayor parte de trabajadores y trabajadoras serán mayores de esa edad ^{8,12, 16}.

Retos ante los cambios demográficos y de las políticas europeas que plantean la prolongación de la vida laboral.

Ante el envejecimiento de la población trabajadora, las políticas de prolongación de la vida laboral y de Seguridad y Salud en el trabajo se enfrentan con los siguientes desafíos:

En primer lugar, el incremento de la Esperanza de Vida en los países europeos no ha implicado un aumento similar de la Esperanza de Vida Libre de Discapacidad (EVLD) o Esperanza de vida en Buena Salud (EVBS), que es el número medio de años de vida que esperaría vivir una persona disfrutando de buena salud sin presentar limitaciones o discapacidad ^{17, 18}.

Las enfermedades crónicas, los problemas mentales y la discapacidad física aumentan su prevalencia con la edad y afectan a la calidad de vida de las personas que las sufren. Un

porcentaje relativamente alto de personas entre 50 a 65 años en Europa sufre algún tipo de discapacidad que puede limitar su capacidad de desempeñar un trabajo¹⁹.

Según datos de Eurostat en el año 2013 la EV era de 82,4 años para el conjunto de la población europea, 79,4 años para los hombres y 85,3 años para las mujeres. Sin embargo las mujeres tenían una esperanza de vida en buena salud de 63,9 años y los hombres de 64,7 años²⁰. Estos y otros datos indican que existe una discrepancia entre los valores de EV y EVLD^{21,22}, y que por tanto las propuestas legislativas no se pueden basar simplemente en prolongar los años de vida laboral a medida que se incrementa la EV media.

En segundo lugar existen desigualdades sociales en los diferentes indicadores de salud. Aunque la esperanza de vida ha aumentado de manera constante durante las últimas décadas en Europa, siguen existiendo importantes desigualdades en la salud entre hombres y las mujeres¹⁸, y en función de la clase social y ocupacional^{23 24}. Algunos estudios señalan que el declive en el funcionamiento físico con la edad se da en ocupaciones manuales 12 años antes, en promedio, que en las no manuales¹⁷.

Además, existe una interacción entre los diferentes ejes de desigualdad social, de manera que la salud empeora con la edad, pero lo hace especialmente entre las mujeres con ocupaciones manuales. De hecho, algunos estudios muestran que el impacto de las desigualdades de género y clase en la salud aumenta con la edad, esto es, que la brecha de género en las desigualdades en salud es mayor entre personas de edades avanzadas que en las más jóvenes^{25,26}. Es importante profundizar en el análisis de las desigualdades sociales en las condiciones laborales y en otros determinantes a lo largo de la vida que influyen en la salud y autonomía futuras²⁵. La mayoría de los estudios sobre desigualdades sociales han analizado el impacto del género y de la clase social, pero se han podido identificar pocos que tengan en cuenta la edad, o bien que centren su análisis en los grupos más mayores.

En tercer lugar, el 40% de trabajadores y trabajadoras de la UE manifiesta que no será capaz de seguir desempeñando su trabajo actual cuando alcancen los 60 años de edad²⁷. La razón más importante que se declara es la repercusión negativa del trabajo sobre la salud²⁸. El 17% de personas de 55-64 años cree que la «enfermedad o discapacidad» será

la principal razón para dejar de trabajar y no un proceso de jubilación normal u otros motivos²⁹. Se trata por tanto de personas que aun cuando continúan trabajando prevén que necesitarán cuidados de larga duración tras su jubilación. El porcentaje de personas que manifiesta que no va a poder continuar trabajando a esas edades es superior entre las personas en ocupaciones manuales que entre las no manuales²⁷. Conocer cuáles son las condiciones laborales que tienen un mayor impacto en la capacidad laboral percibida a edades avanzadas, y actuar sobre las mismas es parte de la estrategia para promover el Envejecimiento saludable desde los centros de trabajo.

En cuarto lugar diversos indicadores de salud y condición psicofísica muestran un declive con la edad³⁰. Algunos estudios muestran que existe una asociación entre edad y prevalencia de enfermedad crónica³¹. En concreto se ha encontrado un incremento a partir de los 50 años de problemas como hipertensión, colesterol, obesidad^{32,33}. También se ha encontrado asociación entre edad y discapacidad; de manera que la incidencia de la discapacidad era del 9,5% entre trabajadores y trabajadoras de 18 a 24 años de edad, del 20% entre quienes tenía 45 a 54 años, y aproximadamente del 42% en mayores de 65 años³⁰.

Sin embargo la evidencia científica que existe sobre los datos de morbilidad y discapacidad en personas mayores varía de unos estudios a otros. Esta variabilidad se explica en parte en base a diferencias en el indicador de salud que se esté utilizando en cada estudio^{3, 34, 35}. Pero también puede ser reflejo del impacto de las desigualdades sociales en salud a lo largo de la vida de manera que estas podrían explicar también en parte que la variabilidad en los patrones de salud a edades avanzadas sea superior a la encontrada entre personas más jóvenes^{36,37}. Según un informe de la OMS, usando datos poblacionales para el Reino Unido, la mitad de la población presentará una discapacidad a los 62 años y la EVLD será aún menor para los grupos sociales y labores más desfavorecidos. Las condiciones de trabajo y la clase social parecen determinantes en este sentido, dado que algunos estudios señalan que el incremento en la prevalencia de enfermedades crónicas comienza a edades más jóvenes entre trabajadores y trabajadoras manuales respecto a los y las no manuales¹⁷.

Los estudios orientados a identificar factores protectores y/o de riesgo (tanto laborales como extra laborales y/o personales) que explican la alta variabilidad en los indicadores de salud y de capacidad laboral a edades avanzadas; así como las posibles estrategias para su implantación en contextos laborales específicos resultan claves para plantear medidas para la promoción del envejecimiento activo y saludable ³⁷.

Por último, si no se adoptan medidas para prevenirlo, prolongar la vida laboral puede suponer un mayor riesgo para la salud de los y las trabajadoras de mayor edad, debido al efecto acumulativo de la exposición a riesgos laborales³⁸; pero también porque la prevalencia de enfermedades crónicas aumenta con la edad ^{36,39,30,40,41}. En este sentido se calcula que en torno al 30% de trabajadores y trabajadoras de edades entre 50-64 años necesitarían ajustes en el trabajo para evitar situaciones de incapacidad laboral (IL) por enfermedad crónica o agravamiento de las mismas^{42,28}.

En definitiva, el envejecimiento de la población es uno de los grandes éxitos de la historia, sin embargo se suele relaciona con consecuencias negativas para la sostenibilidad del sistema de bienestar, al entender que puede estar asociado con mayores niveles de dependencia y problemas de salud⁴³. Europa es el continente con una de las tasas más altas de dependencia ¹ y esto continuará siendo así hasta el año 2060 ⁸. Esta tendencia se acentuará a partir de 2015-2035, cuando las personas nacidas en la década del *baby boom* comiencen a jubilarse⁴⁴. En 2040, las personas de más de 65 años representarán más del 45% de la población de edades de 15 a 64 años en Europa⁴⁵. Sin embargo, las proyecciones sobre la tasa de dependencia debido a la edad (“Adult dependency disability ratio”²) muestran una alta variabilidad entre países. El objetivo político y social,

¹ La tasa de dependencia es un índice demográfico que expresa, en forma de tasa y en porcentaje, la relación existente entre la población dependiente y la población productiva. En las estadísticas internacionales se suele simplificar la definición de ambas poblaciones en términos de edad, obviando el hecho de que una parte importante de la población en edad laboral no es población activa, y que una parte importante de la población mayor de 65 años no es dependiente. Suelen utilizarse los segmentos de edad limitados por los 15 y los 65 años.

² Calculado como cociente entre personas mayores de 65 años que tienen alguna limitación en las AVD y aquellas sin limitaciones en las AVD.

en este sentido consiste en identificar factores que influyan en el envejecimiento activo y saludable (EAS), y actuar sobre aquellos que se puedan modificar de manera que el máximo número de personas posible alcancen edades avanzadas en buena salud y libres de dependencia. Esto es, desarrollar medidas para la promoción de un envejecimiento activo y saludable (EAS) actuando sobre los determinantes de la salud a lo largo de la vida que influyen en la salud y la calidad de vida en edades avanzadas ^{15,46,29}. Las acciones para la promoción de entornos laborales saludables contribuirán a que los trabajadores/as se mantengan en buena salud a lo largo de toda su vida laboral y por tanto al envejecimiento saludable y activo tras la jubilación ^{29,47,35}

6.6. Marcos conceptuales de partida: el Modelo de envejecimiento activo y saludable y el Marco de los determinantes sociales de la salud

El marco del Envejecimiento Activo y Saludable

La investigación de los factores que influyen en el envejecimiento saludable se ha convertido en una prioridad de los gobiernos, de manera que se están promoviendo estudios orientados a conocer estrategias para reducir el coste individual y social que puede suponer el envejecimiento no saludable de la población³⁵.

La OMS define el envejecimiento activo como “el proceso de optimización de las oportunidades en materia de salud, participación y seguridad a fin de poder lograr una vida de calidad, a medida que las personas envejecen”¹. Esta manera de conceptualizar el envejecimiento, como un proceso que ocurre a lo largo de la vida, implica poner el eje de las políticas no sólo en las acciones dirigidas a poblaciones de más de 65 años, sino también en las dirigidas a modificar factores que actúan a lo largo de toda la vida y que determinan la salud y autonomía en edades avanzadas. Estos factores tienen que ver en gran parte con las condiciones en las que se ha vivido y trabajado a lo largo de todo el

ciclo vital. El efecto de estas condiciones es acumulativo y pueden ser generadoras de salud y bienestar o de enfermedad y limitación ^{29,47}.

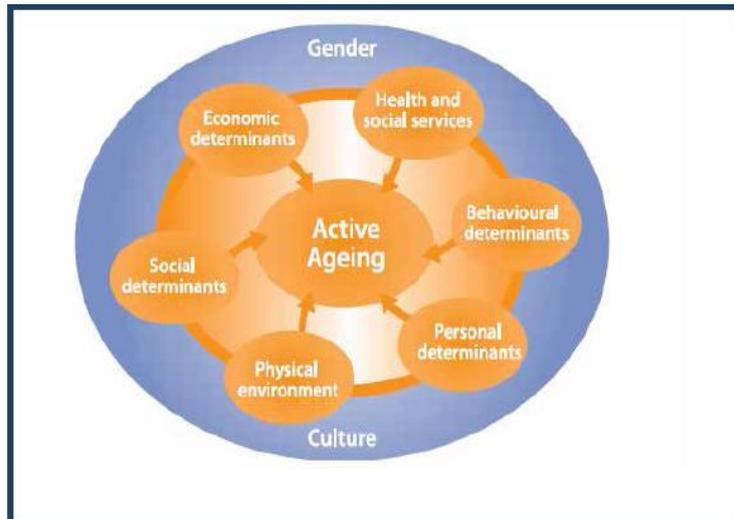
Utilizando como marco de partida la propia definición de salud, la Organización Mundial de la Salud (OMS) introduce el Modelo de Envejecimiento Activo y Saludable⁴⁸ y de calidad de vida en la vejez. Según este modelo, se puede describir la calidad de vida como una sensación de bienestar, sentido y valor en la que influyen *factores internos*, como la salud percibida, la capacidad funcional y los mecanismos de supervivencia; y *factores externos* como el entorno sociocultural y físico. La relación entre los factores se puede dar en las dos direcciones. De manera que los factores internos y externos influyen en la calidad de vida y al contrario. El hecho de que una persona tenga un fuerte sentimiento de bienestar afecta a su percepción de salud y capacidad funcional (factores internos) y también a su capacidad para organizar su medio ambiente (factores externos)⁴⁹. La salud se concibe como un recurso para la vida diaria e implica un estado positivo y no sólo la ausencia de problemas de salud⁵⁰. Una buena salud se asocia con autonomía para la gestión de la vida cotidiana, con auto concepto e identidad propia identidad y con la posibilidad de tener proyectos de futuro. Tanto las capacidades mentales individuales como las relaciones y apoyo social se conciben como factores promotores de salud, mientras que los cambios vitales se suelen percibir como una amenaza para la salud⁵¹.

El Marco de Envejecimiento activo de la OMS ofrece un modelo para entender cómo los determinantes sociales, personales y conductuales interactúan con el ambiente físico y el acceso a servicios sanitarios para bien promover, o bien dificultar el envejecimiento activo. Según la OMS el envejecimiento saludable depende de factores genéticos, ambientales y conductuales así como de determinantes socio-económicos. Algunos de esos factores son más fácilmente controlables por las personas, ejemplo los estilos de vida saludables, mientras que otros son más difíciles de influir (por ejemplo los factores genéticos). Los determinantes sociales de la salud, tales como el nivel de ingresos o nivel educativo, influyen en las elecciones que las personas pueden hacer, y en las oportunidades de adoptar estilos de vida saludables generando desigualdades en salud. En el modelo propuesto la salud se concibe como un determinante global que afecta al proceso de envejecimiento. El género y el contexto social y cultural son determinantes

transversales que modulan la forma en que se envejece, al igual que al resto de determinantes del envejecimiento activo. Otros determinantes que se identifican en el modelo son¹:

- Determinantes relacionados con el uso de servicios sociales y sanitarios (por ejemplo el acceso a servicios de promoción de salud, prevención de enfermedad, atención a la enfermedad, cuidados de larga duración, servicios de salud mental y otros).
- Estilos de vida (por ejemplo, el consumo de tabaco, la actividad física, la nutrición, el alcohol, la salud oral, medicamentos y otros).
- Condiciones del entorno físico (como son la vivienda, entorno laboral, el barrio de residencia, el medio ambiente, la seguridad del entorno familiar, la calidad del agua y del aire, la seguridad alimentaria y otros)
- Determinantes del entorno social (por ejemplo, el apoyo social, la violencia y el abuso, la educación, el ambiente cultural y otros).
- Determinantes personales (por ejemplo, la biología, la genética, los factores psicológicos y otros factores personales).
- Determinantes económicos (por ejemplo, los ingresos, la protección social, el empleo y otros).

Figura 1. Determinantes del envejecimiento activo



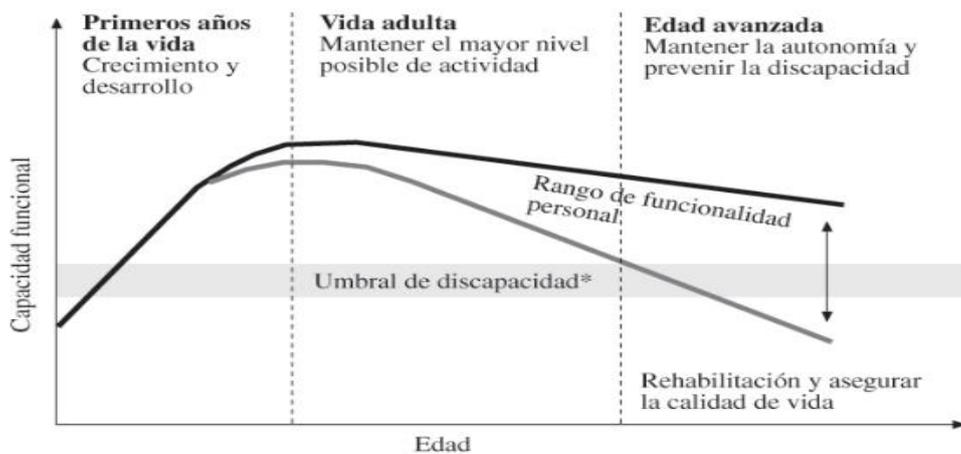
Fuente: Renehan E et al. *Healthy ageing literature review 2012*. National Ageing Research Institute (NARI) and Council on the Ageing (COTA) for the Victorian Department of Health⁵².

Según este modelo influir en los determinantes anteriores por ejemplo adoptando niveles adecuados de actividad física, pautas de alimentación saludable, evitando el consumo de tabaco o alcohol, puede ayudar a prevenir enfermedades y deterioro funcional, y alargar la y mejorar la calidad de vida en edades avanzadas. Existe evidencia científica que sugiere que los determinantes de la salud son buenos predictores del envejecimiento saludable y activo⁵².

El modelo de “curso vital” completa el marco conceptual anterior investigando los mecanismos biológicos y conductuales que relacionan la exposición social y física a lo largo de la vida con el riesgo de enfermar y con la salud. Un concepto clave de este modelo es el de “Capital de la Salud o “reserva”, que va creciendo paulatinamente a lo largo de la etapa de desarrollo o crianza y alcanza un pico o meseta en la madurez. La capacidad funcional (respiratoria, fuerza muscular y rendimiento cardiovascular) aumenta desde la infancia y llega al máximo en los primeros años de la edad adulta, disminuyendo a partir de entonces. Sin embargo, hay mucha variación entre las personas en los patrones y ritmo de caída, que puede ser gradual o acelerada; así como en la edad de inicio del declive. Tanto el ritmo como la edad de inicio del declive vienen determinados, en gran medida, por factores relacionados con el estilo de vida y con factores externos y

medioambientales. Además se ha demostrado que se puede influir sobre la aceleración de este declive y hacerlo reversible a cualquier edad mediante actuaciones tanto individuales como de salud pública³⁵. Las experiencias tempranas y el efecto acumulativo de determinadas exposiciones en el curso de la vida y a medida que se envejece son claves en este sentido^{53,54,35}.

Figura 2. Evolución de la capacidad funcional a lo largo de la vida



Fuente: Kalache, A. Envejecimiento activo: Un nuevo marco político ⁴⁸

El marco de los determinantes sociales de la Salud

Cada vez existe una mayor conciencia de la necesidad de poner en evidencia la existencia de desigualdades sociales de la salud así como de la necesidad de entender y actuar sobre sus causas y mecanismos⁵⁵. La posición social, el sexo, la edad y la etnia en gran medida determinan las condiciones de vida y de trabajo que influyen en la salud, produciendo desigualdades de salud. Por tanto, en el marco de los determinantes sociales de la salud la edad se incorpora como un "eje desigualdad, que junto a otros como el género, la clase social o la etnia producen desigualdades en salud. Estos ejes de desigualdad además se atraviesan unos a otros pudiendo dar lugar a efectos interactivos y/o aditivos sobre la

salud. Como ejemplo en el caso concreto de las desigualdades de género, la situación de mayor desventaja para la salud de las mujeres se da en aquellos grupos de clase social más baja, y de edades más avanzadas^{56 57 58}. Por lo tanto es de relevancia estudiar de manera integrada la influencia de esos tres factores (clase social, género y edad) cuando se trata de profundizar en el análisis de las desigualdades en salud, ya que ya que los aspectos que resultan más pueden variar de un grupo social a otro.

En la Figura 3 se presenta el Marco conceptual completo de los determinantes sociales de la salud⁵⁹. Según el mismo entre la posición que socialmente ocupan las personas (determinantes estructurales) en base a su edad, sexo, clase social o raza, y la salud, existen unos determinantes intermedios que influyen en los resultados en salud, y que están desigualmente distribuidos. Por determinantes intermedios se entiende los recursos materiales, las condiciones de vivienda, la inseguridad, las dificultades económicas, las características del vecindario, la situación laboral, y las condiciones organizacionales y ambientales del trabajo. Estas condiciones explican gran parte de las desigualdades en el estado de salud y en la mortalidad⁶⁰. La literatura científica se ha centrado en analizar principalmente los determinantes intermedios de las desigualdades sociales de la salud relacionados con la posición socio-económica o la clase social⁶¹.

Figura 3. Modelo de determinantes sociales de la salud

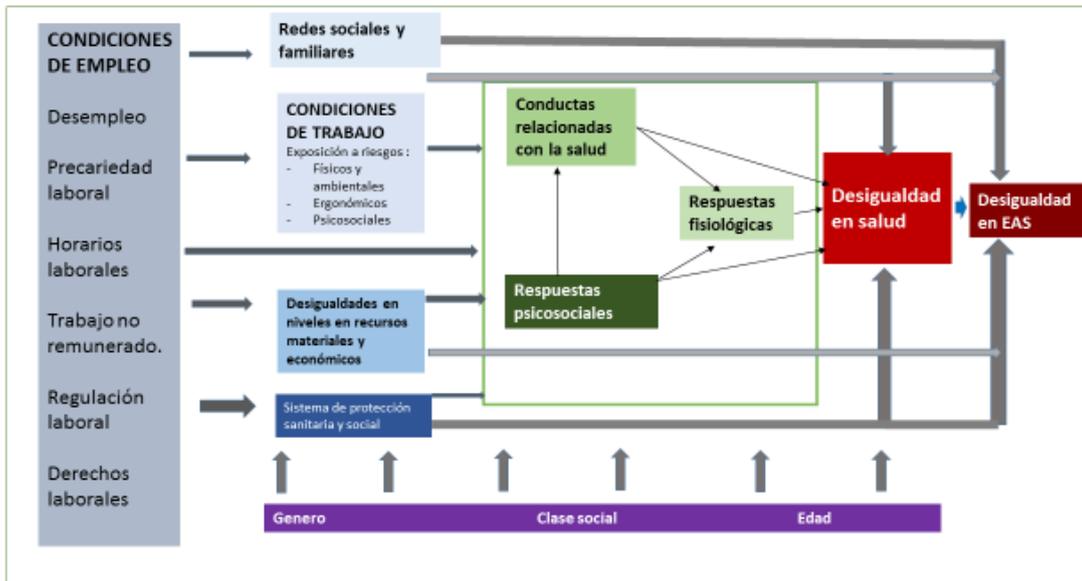


Fuente: Solar, O and Irwin, A. A conceptual framework for action on the social determinants of health: Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health, Draft, April 2007 (Geneva: WHO Secretariat Commission on Social Determinants of Health, 2007)⁵⁹.

Las condiciones de trabajo son uno de los principales determinantes de la salud y del envejecimiento saludable^{60,60}. En la figura que sigue se presenta un marco conceptual de la relación entre las condiciones de trabajo y empleo y la salud, que se integra en el anterior Modelo global de determinantes en la salud⁶².

Según este marco teórico el trabajo que se desempeña influye en la salud no sólo porque lleva asociado la exposición a riesgos laborales concretos que varían de una ocupación a otra, sino porque además constituye un eje fundamental en la vida de las personas. El trabajo puede proporcionar estatus, reconocimiento, oportunidad de un mayor acceso a recursos, posibilidades de contactos y apoyo social. Por tanto es un determinante social de la salud y uno de los principales mecanismos a través de los que operan las desigualdades en la salud^{63,62}. Las condiciones de trabajo incluyen tanto riesgos asociados a las condiciones organizacionales como los riesgos específicos vinculados a la realización de las tareas (riesgos físicos, ergonómicos, turnos de trabajo y prolongación de jornada, estresores laborales incluidos la exposición a situaciones de discriminación y la inseguridad laboral). En el modelo también se incorporan los mecanismos primarios a través de los cuales las condiciones psicosociales del trabajo influyen en la salud. Por una parte las respuestas fisiológicas a situaciones de estrés (por la activación del eje hipofisiosuprarrenal y del sistema nervioso vegetativo), las respuestas psicosociales (como son la reacción emocional de miedo, agotamiento mental, sentimiento de impotencia, etc.) y por último las respuestas conductuales (por ejemplo el cumplimiento o no de protocolos de seguridad o los estilos de vida saludables). Género, clase social y edad pueden determinar transversalmente la exposición a cualquiera de los elementos incorporados en el modelo. Las condiciones de trabajo y empleo a lo largo de la vida pueden tener un impacto sobre las posibilidades de tener un envejecimiento activo y saludable bien de manera directa o bien indirectamente al influir en las desigualdades en salud.

Figura 4. Modelo de Trabajo como determinante de salud y del envejecimiento activo y saludable



Fuente: Elaboración propia. Adaptado de Campos Serna (2012)⁶⁴

Desigualdades de género y de clase social como ejes de desigualdades de salud relacionadas con el trabajo

Cada vez hay mayor evidencia científica de la influencia de la clase social ocupacional sobre las desigualdades en salud¹⁷. La manera de conceptualizar la clase social ha evolucionado en los últimos años, partiendo de una definición basada exclusivamente en los niveles ocupacionales a partir de la CNO-2011⁶⁵; cada vez se está incorporando nuevas dimensiones a la medida de clase social, como por ejemplo la *posición de clase* que implica que los trabajadores y trabajadoras no tienen control sobre los medios de producción^{66 67}.

Estudios previos han mostrado un gradiente social en la prevalencia de discapacidad y mala salud percibida en edades adultas y mayores, de manera que hombres y mujeres de clases sociales inferiores tienen mayor riesgo de presentar problemas de salud, discapacidad, accidentabilidad laboral y enfermedades relacionadas con el trabajo⁶⁸. La

clase social se considera un mecanismo relacional clave para explicar por qué algunos trabajadores y trabajadoras están expuestas a riesgos laborales concretos^{62, 69}. El trabajo manual se asocia con una mayor exposición a riesgos laborales no sólo físicos sino también psicosociales^{70, 71}. Los datos de la VI Encuesta Europea de condiciones de trabajo muestra que trabajadores manuales siguen expuestos a niveles elevados de demandas psicológicas laborales, declaran menor nivel de autonomía, y cuenta con menos prestigio, seguridad en el trabajo y estabilidad laboral que los que tienen un trabajo no manual⁷².

Las posibilidades de contar con apoyo social en el trabajo siguen un gradiente social, de manera que trabajadores en ocupaciones de niveles sociales más bajos cuentan con menos apoyo tanto de compañeros y compañeras como de superiores⁷³. Además existe una asociación entre clase social, exposición a riesgos psicosociales y salud⁷⁴. La inestabilidad laboral y contar con poco apoyo social en el trabajo se asocia con una peor salud percibida, con depresión y con ansiedad en mayor medida entre personas de clases sociales más bajas que en las de clase alta⁷⁵.

También se ha demostrado que las desigualdades en salud por clase social y género interactúan, de manera que la asociación entre clase social y salud es diferente en los hombres que en las mujeres^{76 77}. Por ejemplo, son las mujeres de clases sociales baja y media con menor autonomía laboral las que presentan mayor riesgo de depresión y ansiedad que el resto de grupos ocupacionales⁷⁶.

Resulta de interés avanzar en estudios que ayuden a una mejor comprensión de cómo los factores de exposición a riesgos laborales, y en concreto a los de tipo psicosocial se distribuyen en personas que se encuentran en diferentes clases ocupacionales y afectan de manera diferenciada a la salud de trabajadores y trabajadoras de más de 45 años.

Las diferencias entre la salud entre hombres y mujeres han sido descritas como “paradójicas” ya que aunque la Esperanza de Vida (EV) de las mujeres es mayor que la de los hombres, las mujeres suelen tener peores indicadores de salud general, peor salud mental, mayor prevalencia de enfermedades crónicas y discapacidad y peor salud percibida^{78,79}.

El análisis de la salud percibida se ha utilizado para poner en evidencia desigualdades en salud en diferentes perfiles ya que muestra variaciones según la edad, el sexo, el nivel socioeconómico y los roles sociales^{2 5,6}. Tanto en países en desarrollo como desarrollados las mujeres tienen más probabilidad de presentar peor salud percibida que los hombres^{80, 81,82} y esto ocurre incluso ajustando por edad y por otros determinantes sociales⁸³. Además con la edad la brecha de género en salud tiende a ampliarse^{84,85,39}. El empeoramiento de la salud así como el aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas se acelera en especial a partir de los 45 años^{86,87,34}. En muchos países las tasas de prevalencia de discapacidad ajustadas por edad son superiores en las mujeres que en los hombres. En un estudio donde se analizó las desigualdades de género en salud entre personas de más de 50 años se comprobó que después de ajustar por edad, las mujeres eran más propensas que los hombres a tener discapacidades y problemas de salud no mortales, así como síntomas depresivos. La prevalencia de situaciones de discapacidad es mayor entre las mujeres que entre los hombres en todos los grupos de edad, así como la probabilidad de presentar situaciones de discapacidad de mayor duración⁸⁸.

Las diferencias entre hombres y mujeres se han atribuido tanto a factores biológicos como sociales^{89, 90, 91, 92}. Estudios que analizan los determinantes sociales de la salud en hombres y mujeres han llegado a la conclusión de que las desigualdades de género en las condiciones de empleo, educación, estado civil e ingresos familiares explican en gran parte las desigualdades en salud entre hombres y mujeres a lo largo de distintos países del mundo^{93,82}. El nivel educativo, de ingresos o la ocupación son aspectos claves que determinan la posición en la escala social así como el acceso y control a recursos y a situaciones de poder, y prestigio social⁸⁸. Pero determinadas condiciones tienen un impacto diferente en la salud de los hombres y de las mujeres^{57, 88, 94}.

Cuando se analizan las relaciones entre el trabajo remunerado y la salud, sexo y género desempeñan un papel importante^{95, 77, 96}. El sexo se refiere a las diferencias biológicas entre hombres y mujeres y el género a la construcción social que, mediante la adscripción a hombres y mujeres de diferentes roles, expectativas, oportunidades y recursos da lugar a desigualdades de género. Por ejemplo el género es un factor que regula la *segregación*

en el mercado de trabajo³ y por lo tanto afecta a los riesgos específicos a los que se exponen hombres y mujeres en función de su trabajo. También es importante en la creación de expectativas (*estereotipos de género*) que hace recaer sobre las mujeres las funciones principales del cuidado familiar y del trabajo de la casa, y en los hombres el papel en tanto proveedor de ingresos principales en los hogares. El género además es importante en la generación de discriminación laboral que implica, por ejemplo entre otras cuestiones, que el riesgo de acoso e intimidación afecte en mayor medida a las mujeres que a los hombres^{97,88}.

Sin embargo, el análisis de las desigualdades de género en las condiciones de trabajo y su impacto en la salud de las trabajadoras de más edad ha sido escaso hasta la fecha. Además el análisis anterior se topa con tres dificultades. *En primer lugar* con la falta de datos sobre los efectos directos del trabajo remunerado en la salud de las mujeres en general y de las mujeres de más edad de manera específica. *En segundo lugar* con la falta de comprensión de la compleja interacción que existe entre las condiciones de empleo actuales y las que se han dado a lo largo de toda la historia laboral. Trayectorias laborales que pueden diferir de hombres a mujeres, en parte debido a la discontinuidad laboral que se prevé mayor en el caso de las mujeres. Y, *en tercer lugar* se topa con la dificultad que existe para valorar el impacto que, no sólo del trabajo remunerado, sino también del no remunerado tiene sobre la salud de las mujeres.

Sin entender todo este marco de factores y relaciones las actuaciones meramente sobre las condiciones de empleo en un momento dado tendrán un impacto limitado para mejorar la salud de las mujeres mayores trabajadoras o para protegerlas frente a los riesgos laborales que les afecta. A continuación se van a analizar con mayor detalle las dificultades mencionadas.

³ La Segregación laboral es el fenómeno mediante el cual hombres y mujeres se distribuyen en sectores de actividad y ocupaciones diferentes.

En relación al primer aspecto la investigación sobre la salud de la mujer en el lugar de trabajo en todas las edades es escasa. Esto en parte es debido a que el trabajo remunerado se ha considerado durante mucho tiempo como una actividad predominantemente "masculina". Además gran parte de la investigación sobre la salud en el trabajo se lleva a cabo en grandes empresas de trabajo donde todavía predominan los hombres⁹⁰. Pero también, este vacío en la investigación se debe a la suposición de que el empleo de las mujeres es menos peligroso. Fruto de una concepción de la práctica de Seguridad y Salud en el trabajo, muy centrada en los riesgos físicos y la accidentabilidad laboral, se ha considerado que los hombres hacen el trabajo "peligroso", mientras que las mujeres tienen condiciones de trabajo menos dañinas⁹⁸.

En cuanto al segundo y tercer punto sería necesario plantear estudios longitudinales, o al menos que incorporen el análisis de trayectorias laborales a lo largo de la vida ²⁵. Además sería necesario romper con la visión del trabajo centrada en el mercado laboral y avanzar hacia una visión global del tiempo total del trabajo (sea en el ámbito doméstico o extra doméstico) a fin de comprender mejor no sólo las diferencias en la salud de hombres y mujeres sino también las causas por las que esas diferencias aumenta con la edad ^{39, 99}.

Entender las desigualdades de género relacionadas con el trabajo requiere integrar tres conceptos principales: la división "sexual" del trabajo, los roles y normas de género, y las desigualdades de género en el acceso al poder y al control de recursos, también en el contexto de las organizaciones laborales. En casi todas las sociedades en el mundo hombres y mujeres realizan actividades diferentes. Las mujeres suelen asumir el trabajo doméstico y de cuidado de familiares mientras que se espera de los hombres que sean el principal proveedor de recursos y de ingresos del hogar. Como resultado de esta división "sexual" del trabajo las mujeres suelen tener una menor participación en el mercado laboral que los hombres, suelen concentrarse en sectores de actividad relacionados con el cuidado de personas, tener trabajos peor pagados, y progresar profesionalmente en menor medida. La segregación, tanto vertical como horizontal en el trabajo determina muchas de las diferencias entre mujeres y hombres en la exposición a determinados riesgos laborales. Las trabajadoras se concentran en sectores específicos del mercado de

trabajo y en ocupaciones específicas dentro de los distintos sectores. Esta segregación horizontal se identifica para todos los grupos de edad, aunque en algunos estudios han señalado que es aún mayor entre las mujeres de más edad¹⁰⁰. La Sexta Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo muestra que los riesgos laborales que afectan especialmente a la mujeres reflejan la segregación horizontal en el mercado de trabajo, así aunque la exposición a riesgos físicos es algo más elevada en hombres que en mujeres las mujeres están más expuestas a materiales infecciosos y riesgos asociados a la movilización de personas, debido a que un número superior de mujeres que de hombres trabajan en atención sanitaria y de servicios sociales⁷².

Además, dentro de los mismos sectores de actividad, la división del trabajo por género significa que las mujeres están más a menudo en trabajos que están peor pagados y en los estatus más bajos¹⁰¹. Las mujeres también trabajan más a menudo en la economía sumergida, que carece de protección en términos de salud y seguridad o la seguridad en el empleo⁷⁷. Además las mujeres cobran de media menos que los hombres a igual trabajo, y la brecha salarial es aún mayor entre trabajadores y trabajadoras de más edad^{102,101} especialmente entre quienes tienen un trabajo a tiempo parcial^{100, 103}.

Además, también hay riesgos laborales que afectan de manera más específica a las mujeres independientemente de su ocupación y que tienen como causa central la discriminación sexual o por razón de sexo. Por ejemplo, el riesgo de acoso e intimidación afecta en mayor medida a las mujeres que a los hombres^{61,72}.

Por último, debemos tener en cuenta las implicaciones para la salud de las mujeres mayores de la "doble carga" de trabajo, que se da debido a que el trabajo no remunerado dentro de los hogares (trabajo de cuidado y trabajo doméstico) recae fundamentalmente en las mujeres, que al tiempo de trabajo remunerado suman las horas dedicadas a cuidar de otras personas y del propio hogar¹⁰⁴. Distintos estudios han analizado el impacto del riesgo de doble presencia en la salud de las mujeres^{105, 106,107}. En toda la Unión Europea, por ejemplo, las mujeres mayores de 55 años realizan en promedio 18 horas semanales de trabajo no remunerado en comparación con 5 horas de los hombres¹⁰⁸.

En definitiva, el análisis de los mecanismos a través de los cuales las relaciones de poder que se construyen en base al género o la clase social influyen en la salud, está emergiendo en los últimos años como una prioridad para la investigación sobre desigualdades en salud^{109 110}. Se están desarrollando estudios sobre determinantes intermedios de las desigualdades en salud según la clase social y por sexo^{111 112}. Se ha explorado en algunos estudios la contribución de los determinantes intermedios relacionados con el empleo y trabajo a las desigualdades de género en salud según clase social⁷⁷. Sin embargo, no se ha realizado un análisis similar para explorar esas relaciones diferenciando entre grupos distintos de edad y en particular, en los grupos de trabajadores y trabajadoras de edades avanzadas. Y por tanto no se conoce si las mismas conclusiones se aplican a los, cada vez más numerosos, grupos de trabajadores y trabajadoras de más edad. ondiciones de trabajo y de salud de la población mayor trabajadora

6.7. Las condiciones de trabajo y salud de la población mayor trabajadora

El concepto de población mayor trabajadora

El término “trabajador o trabajadora mayor” se ha aplicado para hacer referencia a un rango muy amplio de edad que va desde los 40 a los 75 años¹¹³. Esto es así porque no existe una definición consensuada sobre el límite de edad a la que se considera “un o una trabajadora mayor”. En Estados Unidos los estudios sobre “envejecimiento de la población trabajadora” usan como límite de edad los 55 años y suelen centrarse en conocer los factores laborales que predicen la jubilación anticipada. En Europa se suele reconocer como grupo de interés a los y las trabajadoras de más de 45 años^{114, 115, 116}, los mayores de 50 años¹¹⁷, o incluso los de 40 años en adelante¹¹⁸. El Departamento de Empleo de Estados Unidos usa la edad de más de 40 años en algunas de sus estadísticas, y varias Oficinas de Estadísticas Laborales (BLS) utilizan la edad de 45 años para presentar sus partes de enfermedad y accidentabilidad. Las Naciones Unidas reconocen el grupo de

trabajadores de más edad como el de mayores de 60 años¹¹⁹. La Encuesta de Población Activa informa de los riesgos de accidentabilidad laboral para trabajadores y trabajadoras de más de 55 y 59 años, mientras que el informe de accidentabilidad del Laboratorio de Salud y Seguridad centra su análisis sobre población mayor trabajadora en los mayores de 50 años¹²⁰. Por último la OMS define la población mayor trabajadora como aquella de más de 45 años de edad¹²¹. Recientemente también diversos autores y autoras especialistas en este tema están usando una definición de “población mayor trabajadora” que utiliza como punto de corte la edad de 45 años^{122,123, 99,41,116}.

Los primeros estudios sobre condiciones de trabajo en población mayor, fundamentalmente fueron realizados en países del norte de Europa, como Alemania, y se centraron en estudiar los factores que influyen en la decisión de jubilación anticipada, o bien de retrasar la edad de jubilación más allá de la edad legalmente establecida. En una revisión realizada en pubmed utilizando como descriptores: “*Older worker*” y “*ageing workplace...*” “*healthy ageing workplace*” “*older worker and health*”, de los 180 artículos seleccionados, se identificaron 44 sobre factores que influyen en la jubilación anticipada y/o en la prolongación de la vida laboral, y otros 20 sobre Capacidad laboral en trabajadores y trabajadoras mayores. Parece que en los últimos años existe en estos países una tendencia a intentar prolongar la vida laboral, en parte como resultado de las políticas europeas que se han puesto en marcha con el objetivo de estimular esta continuidad en el empleo entre personas de más edad. Sin embargo pocos estudios han analizado las desigualdades socioeconómicas asociadas a esta elección y tampoco si esta situación está incluso generando un incremento en las desigualdades sociales en salud¹⁵.

Otros estudios se han centrado en conocer cambios en la capacidad funcional (tanto física como mental) a medida que las personas envejecen, con el fin de plantear recomendaciones sobre ajustes en los puestos^{114 124 125 126 127 128}. Los estudios que han analizado los cambios en las capacidades psicofísicas a medida que avanza la edad muestran que, aunque aspectos como la capacidad cardiorrespiratoria y muscular suelen disminuir, algunas habilidades se incrementan con edad, e incluso hay capacidades nuevas que emergen con el paso de los años. Además hay una variabilidad muy alta entre

las personas debido a la influencia, entre otros, de factores genéticos, estilo de vida y condiciones de trabajo y de vida en general^{94,129,130}. De hecho cada vez más estudios están cuestionando el uso de la “edad cronológica” como un factor relevante en el análisis de los factores que determinan la capacidad laboral y el bienestar en el trabajo¹³¹. Autoras como Nilsson (2016) plantea el uso de conceptos alternativos como la “experiencia subjetiva” de la edad¹³². Se sugiere que dado que el envejecimiento cronológico es sólo un sub-proceso de este proceso global de envejecimiento, personas con la misma edad cronológica pueden diferir en cuanto a niveles de salud, situación familiar y el significado subjetivo que la edad tiene para ellas y capacidad laboral y deseo de continuar trabajando¹³¹.

Otra parte importante de la literatura se ha centrado en analizar las situaciones de discriminación por edad en los contextos laborales. Se ha identificado la existencia de estereotipos asociados a los grupos más mayores. Por ejemplo, la expectativa de que estén menos motivados y sean menos productivos, o de que acepten en menor medida los cambios, y los nuevos aprendizajes¹³³. Esta visión, puede afectar a las relaciones en el trabajo y las oportunidades para contar con una carrera profesional y acceso a ofertas de formación, tal y como se ha confirmado a través de algunos estudios⁷².

Pero sin duda uno de los ámbitos que ha recibido más atención en los estudios de trabajadores y trabajadoras de edades avanzadas ha sido el interesado en conocer los cambios en la Capacidad Laboral percibida a medida que se envejece y los factores que pueden influir en la misma^{134, 135, 136, 137, 138, 99, 139, 140, 141, 142, 143}. A pesar del interés internacional por el tema, en España pocos estudios se han centrado en esta cuestión.

Características del trabajo de las personas más mayores

Informes procedentes de encuestas europeas indican que los tipos de riesgos laborales más prevalentes en el conjunto de la Unión Europea son similares independientemente de los grupos de edad de trabajadores y trabajadoras que se analicen^{72,94}. Aun cuando así fuera, exposiciones similares pueden suponer un mayor riesgo para la salud y

capacidad laboral de los y las trabajadoras de mayor edad que para los más jóvenes. Bien debido a la mayor prevalencia de factores de vulnerabilidad de este grupo (como son una mayor probabilidad de presentar una enfermedad crónica), o bien debido a que el impacto de determinadas condiciones de riesgo es proporcional al tiempo de exposición al mismo. Las personas de más edad podrían llevar varias décadas expuestas a la misma situación de riesgo (efecto acumulativo de la exposición)^{41, 144, 145}.

Los riesgos laborales más frecuentemente reportados por los y las trabajadoras son los movimientos repetitivos, las posturas dolorosas o que producen fatiga, la manipulación de cargas y la exposición a ruido. También la presión de trabajo y la falta de autonomía para decidir los métodos de trabajo parecen riesgos relevantes en el conjunto de la Unión Europea⁷².

No existen estudios en España que analicen si la exposición a riesgos laborales es diferente para perfiles concretos de trabajadores y trabajadoras mayores de 45 años, o si varía ajustando por variables como los niveles educativos, la clase social y/o el sexo. Un número importante de trabajadores de más edad con una cualificación baja, realiza trabajos manuales, y esto influye en el patrón de riesgos laborales a los que se está expuesto. Algunas investigaciones en Europa muestran que cada vez es más frecuente ver a trabajadores y trabajadoras de edades avanzadas desarrollando trabajos que requieren una alta exigencia física (trabajos manuales), y esto puede deberse a que están menos preparados a nivel académico que los más jóvenes, y por tanto cuentan con menor posibilidad de movilización hacia trabajos de menor exigencia. La carga física de trabajo, con sus consiguientes alteraciones a nivel músculo-esquelético, sigue siendo una de las principales causas de incapacidad laboral entre los y las trabajadoras de edad avanzada. Los trabajadores y trabajadoras de mayor edad que están expuestos y expuestas a exigencias no acordes con capacidad funcional, pueden presentar dificultades para afrontar su trabajo diario que puede afectar a su salud^{146,147,41}.

Resultados más contradictorios existen acerca de las diferencias en la exposición a riesgos psicosociales entre trabajadores y trabajadoras según la edad, así como la percepción de estrés laboral y sus consecuencias sobre la salud. Algunos estudios han mostrado que el estrés laboral es mayor entre trabajadores y trabajadoras más mayores,

mientras que otros sostienen lo contrario^{38,148}. En cuanto a los factores organizacionales que afectan en mayor medida a los grupos de más edad también existen diferentes conclusiones según estudios⁹⁴. Identificar factores que ayuden a entender estos resultados contradictorios puede ser clave para plantear actuaciones.

Por último, se ha podido acceder a pocos estudios que analicen la asociación de determinadas condiciones de trabajo sobre las desigualdades en salud por sexo y según clase social en la población trabajadora mayor de 45 años, y no se conoce ningún estudio con este objetivo en España.

La salud de la población mayor trabajadora

Pocos estudios, se han centrado en conocer el estado de salud de trabajadores y trabajadoras mayores, ni en explorar si, a medida que se van produciendo cambios en la capacidad funcional con la edad (disminución de agudeza visual, fuerza muscular, y otros), se van realizando ajustes en las exigencias laborales¹⁴⁹. Aunque en los últimos años asistimos a cambios importantes en las condiciones laborales y de trabajo¹⁵⁰, se desconoce el impacto de estos cambios en la salud de trabajadores y trabajadoras más mayores¹⁵¹. La mayor parte de publicaciones científicas sobre el trabajo y la salud, no tiene en cuenta la edad más que como un posible factor de confusión para ajustar los análisis¹⁵². Pocas investigaciones socio-epidemiológicas han analizado si existen peculiaridades en asociación entre "trabajo" y "salud" en el caso de trabajadores y trabajadoras mayores.

Y esto es así a pesar de que la edad media de la población trabajadora cada vez es más alta y que se considera de vital importancia para el desarrollo socioeconómico futuro y para la sostenibilidad de los sistemas de bienestar garantizar su salud en el trabajo¹⁵³.

Algunos estudios han señalado que los y las trabajadoras de edad son diferentes de los y las más jóvenes, asumiendo en ocasiones que son físicamente más vulnerables; y que la exposición a largo plazo de determinadas condiciones laborales puede tener consecuencias tanto para la salud como para las posibilidades de continuar trabajando. En otros casos se resalta la variabilidad individual que existe en cuanto a la salud y capacidad laboral entre las personas de más edad. Desde esta perspectiva se insiste en

la importancia de no asociar el “proceso de envejecer” con la “pérdida de capacidad funcional”, para evitar consolidar posicionamientos y estereotipos que resten oportunidades a las personas de más edad en el trabajo y den lugar a situaciones de discriminación por razón de edad. Se sostiene que la relación entre envejecimiento, salud y trabajo depende de la trayectoria vital individual, de los hábitos de vida, de la naturaleza y duración de las actividades laborales, de las exigencias laborales sufridas, de la motivación y de la formación¹⁵⁴. Señalando la importancia que tiene identificar esos factores que determinan dicha variabilidad. En cualquiera de los dos casos el análisis del grado de ajuste entre recursos personales a medida que se envejece (incluidos recursos de salud) y exigencias laborales resulta de interés desde una perspectiva de Vigilancia de la salud laboral. Cuando los recursos personales son superados por los requerimientos del trabajo se produce un desajuste que conlleva un impacto sobre la salud y el rendimiento del trabajador.

Estudios realizados en España muestran que la mayor parte de la población trabajadora mayor de 55 años, considera que su estado de salud es muy bueno o bueno, aunque la salud percibida es peor para las mujeres, y a medida que aumenta la edad^{155, 156}. El empeoramiento de la salud, así como la prevalencia de enfermedades crónicas se agudiza a partir de los 45 años¹³⁸.

Gran parte de los estudios que analizan los daños a la salud relacionados con el trabajo en población mayor se han centrado en el estudio de la accidentabilidad laboral. Los accidentes laborales por lo general son más frecuentes entre los y las trabajadoras más jóvenes, desciende paulatinamente con la edad y vuelve a ser más frecuente a partir de los 55. Además el patrón de accidentabilidad muestra que los accidentes de trabajadores y trabajadoras mayores son más graves y suponen un periodo más largo de incapacidad laboral que los de los más jóvenes¹⁵⁶. A pesar de la baja prevalencia de accidentes laborales mortales, una cuarta parte de los mismos lo han sufrido, trabajadores de entre 55 y 65 años. Además más del 50% de accidentes mortales en este grupo de edad se relaciona con infartos, derrames cerebrales y otras patologías no traumáticas¹⁵⁵. Estos resultados se replican en estudios en España y en otros países del entorno^{157, 158, 159, 29}.

En cuanto a las patologías relacionadas con el trabajo, la literatura ha mostrado que las y los trabajadores más mayores presentan mayor prevalencia de problemas de salud relacionados con el trabajo. Los datos sobre el número de casos nuevos de enfermedades muestran que la incidencia de Enfermedades profesionales aumenta significativamente con la edad¹²⁰, si bien algunos estudios han señalado resultados contradictorios en este sentido¹⁵⁵. También se ha puesto en evidencia una tasa más alta de incapacidad laboral de larga duración¹⁶⁰, aunque menores episodios de absentismo¹⁶¹. Los daños a la salud más frecuentes reportadas por trabajadores de más edad en España son los Trastornos musculoesqueléticos (TME), seguido de agotamiento y de estrés laboral con porcentajes muy similares^{155, 156}. Los TME constituyen una de las principales causas de baja laboral^{162, 163} y por ello un número importante de estudios se han centrado en identificar tanto las causas^{164, 165, 166} como las posibles actuaciones para disminuir su incidencia^{167, 168}.

A pesar de que el porcentaje de personas con salud deficiente aumenta a medida que lo hace la edad, se han descrito diferencias importantes en la salud percibida entre las personas trabajadoras que se encuentran en sectores de actividades diferentes¹⁵⁵, ocupaciones distintas, de distinto nivel educativo¹⁶⁹ o/y que se diferencian en los estilos de vida y/o exposición a situaciones laborales concretas⁹⁴. De hecho una conclusión global de los estudios que analizan la salud de trabajadores y trabajadoras mayores es que a pesar de que la mala salud percibida aumenta con la edad existe una mayor variabilidad entre edades en este indicador entre personas más mayores que entre las de menor edad^{154, 25}. Por ello resulta de interés analizar si existen factores que ayuden a explicar esas diferencias en población trabajadora. Además justo entre los grupos de más edad existe una mayor brecha en las desigualdades de género en la salud, que podrían ser resultado, al menos en parte, de desigualdades en las condiciones de trabajo y en los hábitos relacionados con la salud de hombres y mujeres a lo largo de la vida.

Capacidad Laboral percibida de las personas más mayores

El concepto de Capacidad Laboral (CL) ha dominado una parte importante de la producción científica centrada en identificar factores para promover el Envejecimiento saludable en los centros de trabajo en diferentes países de nuestro entorno ^{29,99}. Se entiende por CL "la percepción que tienen las y los trabajadores de que pueden realizar su trabajo, considerando su salud actual, las exigencias del trabajo y sus capacidades psicofisiológicas" ^{29,138}. El Instituto Finlandés de Salud Ocupacional (FIOH) introdujo en 1981 por primera vez, el concepto en sus estudios sobre envejecimiento de los y las trabajadoras finlandesas. Además, ha propuesto un Modelo de Capacidad Laboral y un instrumento de valoración de CL, el Índice de Capacidad Laboral-ICL, y un programa de intervención para asesorar a los centros de trabajo en como influir en la misma ^{29,170}. Numerosos países europeos vienen aplicando el modelo en sus investigaciones y programas de envejecimiento saludable en los centros de trabajo^{140,94,146}. Según el modelo, la CL se puede ver influida por muchos factores distintos, como las demandas físicas y psicosociales del trabajo, y las capacidades físicas y mentales del trabajador o trabajadora y los estilos de vida (Figura 5).

Figura 5. Elementos claves del Modelo de Capacidad laboral

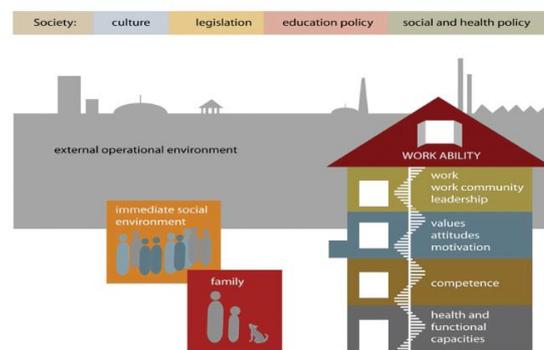


Figure 1: Work Ability Model

Fuente: Ilmarinen, J. Finnish Institute of Occupational health 2010 ¹⁷¹

El concepto de Capacidad laboral aúna los conceptos de salud y de participación/actividad en el ámbito laboral, contribuyendo a construir un marco conceptual que permite valorar la capacidad de las personas de mantenerse sanas y activas laboralmente en los diferentes momentos del ciclo vital. El concepto utiliza una aproximación positiva en contraposición al concepto de Incapacidad Laboral, y se centra en elementos que constituyen recursos para promover el mejor funcionamiento posible^{29,138}.

La baja capacidad laboral percibida se ha asociado con pérdida de productividad en el trabajo, absentismo laboral, Incapacidad temporal y jubilación temprana.^{172, 173, 138, 116}. Mientras que contar con una capacidad laboral alta a lo largo de la vida laboral se ha asociado con indicadores positivos de salud en el período de jubilación, con una mayor prolongación de la vida laboral, y con menor prevalencia de Incapacidad laboral Permanente⁹⁹.

Algunos estudios muestran que la CL decrece con la edad y, especialmente lo hace a partir de los 45 años, cuando en torno al 30% de personas comienzan a presentar valores más bajos en el Índice de Capacidad Laboral (IC)³⁷. Sin embargo, existe un alto nivel de variabilidad individual entre personas. Por ello, algunos estudios se han centrado en identificar los factores que se asocian a capacidad laboral en grupos específicos de trabajadores y trabajadoras¹⁷⁰.

La Capacidad Laboral se ha medido de diversas maneras, a veces utilizando el cuestionario completo diseñado por el Instituto Finlandés⁴⁰, otras usando una versión del mismo de sola pregunta¹⁷⁴, e incluso en otras ocasiones se han utilizado como indicadores indirectos de capacidad laboral el análisis de las bajas por enfermedad laboral¹⁷⁵.

El ICL (en inglés: Workability Índice) es un cuestionario auto administrado que cubre 7 dimensiones de salud relacionada con el trabajo más una lista de enfermedades. La puntuación total a este cuestionario ha sido muy utilizada como medida de capacidad laboral tanto individual como grupal. Sin embargo, el instrumento original es muy largo, ya que incluye una lista de 51 problemas de salud, y plantea dificultades para su administración. De ahí que se hayan propuesto y validado versiones reducidas del mismo,

como la que utiliza una sola pregunta a través de la cual se valora la capacidad laboral actual en comparación con la más alta que se haya tenido nunca. Diversos estudios han demostrado la validez y fiabilidad de esta medida^{176, 177, 178} por lo que se ha propuesto su uso en encuestas poblacionales en algunos países europeos¹⁷⁸.

Parte de la investigación sobre CL se ha centrado en analizar factores que ayudan a predecirla. Los factores críticos que se han analizado en relación a la Capacidad Laboral han sido: el estado de salud general, presencia de enfermedades crónicas, los estilos de vida saludables, las demandas físicas y mentales del trabajo y el ambiente psicosocial laboral^{179, 174, 172}. Varios estudios han establecido una asociación muy fuerte entre baja capacidad laboral y factores individuales como la salud percibida deficiente^{176, 138}, bajos niveles de actividad física¹⁷⁷, obesidad, capacidad músculo-esquelética, y el nivel educativo^{180, 179, 15}. En cuanto a los factores laborales, se ha encontrado asociación entre deficiente CL y las altas exigencias físicas y mentales del trabajo, trabajo de pie durante la mayor parte de la jornada laboral, exposición a ruido, mal ambiente psicosocial laboral¹⁷⁷, falta de autonomía laboral¹⁸⁰, pocas oportunidades de desarrollo profesional, poca satisfacción con el tiempo de descanso, exposición a ruido, falta de reconocimiento y autovaloración en el trabajo realizado, falta de apoyo de superiores y estrés laboral^{177, 68}. Los factores laborales que se han encontrado asociados con mejor CL son: trabajar sin realizar movimientos repetitivos, la satisfacción con el apoyo de las y los supervisores, y la práctica de ejercicio en el tiempo libre¹⁷². También se está analizando la influencia de factores extra laborales como el conflicto de doble presencia sobre la CL¹³⁵.

Sin embargo la evidencia científica sobre la asociación entre condiciones laborales y/o personales y capacidad laboral varía según el contexto, el tipo de ocupación o la medida que se utilice. McGonagle (2014) utilizando un modelo conceptual que integra tanto los factores individuales como laborales estudió la asociación entre los mismos y percepción de CL. Entre los factores predictores de CL en su modelo estaban las dimensiones del modelo demanda/control de Karasek¹⁸¹, así como características personales como la percepción de salud o los recursos de afrontamiento. Los análisis estadísticos realizados para identificar la importancia relativa de cada factor mostraron que, cuando se utilizan medidas de percepción de la capacidad laboral actual o en las próximas dos semanas en

una muestra de trabajadores y trabajadoras de ocupaciones diferentes, los factores individuales (como la salud o la percepción de autocontrol) se asociaban con CL con más fuerza que las demandas o el control laboral. Sin embargo, las demandas laborales, y las exigencias físicas del trabajo mostraba mayor asociación con CL cuando se analizaba la capacidad laboral de trabajadores y trabajadoras del sector industrial en un estudio de seguimiento realizado un año y medio después¹⁴¹. Algunos autores también han propuesto que los factores que determinan la Capacidad laboral pueden ser diferentes entre trabajadores y trabajadoras manuales y no manuales. Alavinia (2008)¹⁷² encontró que la CL de las y los trabajadores de clase no manual del sector servicios se asociaba fundamentalmente con factores psicosociales del trabajo, tales como las posibilidades de trabajar en equipo, el estrés laboral, y las posibilidad de desarrollo profesional. También influían en este grupo laboral factores de tipo individual como la exposición a eventos estresantes vitales, la falta de la actividad física y la obesidad. Los factores que determinan los niveles de CL pueden variar no solo en función de la clase ocupacional sino también del tipo concreto de trabajo que se realice. Existen estudios que muestran la asociación entre bienestar o trastorno musculo esquelético y la CL en grupos de enfermería^{182, 183}, y en empleados y empleadas de cadenas industriales¹⁸⁴.

También se han identificado diferencias según edad en los factores que determinan la Capacidad Laboral, por ejemplo la influencia de un estilo de vida poco saludable sobre la CL parece más importante para los y las trabajadoras de más edad, que para las más jóvenes, al menos entre las personas con ocupaciones no manuales^{183,184}. Sin embargo no se han identificado estudios que analicen desigualdades de género en la capacidad laboral y factores asociados a las mismas.

Por último, a partir del modelo de CL del Instituto Finlandés se han propuesto y pilotado estrategias de intervención multifactorial en diversos países europeos con el objetivo de influir positivamente en las características laborales y personales que promuevan la salud y la CL en distintos contextos laborales^{37,185,140}. Sin embargo, existen algunos aspectos a mejorar en la investigación en este ámbito. Una parte importante de estos estudios se ha centrado en sectores de actividad caracterizados por altas exigencias físicas, y en menor medida en el sector servicios, que es el mayoritario, y en especial entre las mujeres¹⁷².

Por otra parte se plantea la necesidad de obtener más evidencia de la efectividad de intervenciones en grupos de trabajo de más edad así como desarrollar propuestas para quienes comienzan a tener ya una menor CL. También existe necesidad de estudios que analicen las desigualdades de género y de clase social en CL¹⁸⁶. Tampoco existe una validación del instrumento para España, y los estudios sobre los factores que determinan el bienestar y la capacidad laboral percibida de los y las trabajadoras más mayores son muy escasos en nuestro país, en contraste con la cantidad de evidencia existente en otros de nuestro entorno.

En definitiva, se ha identificado un declive en la capacidad funcional asociada a la edad, pero también se observa una alta variabilidad en este aspecto que aumenta en especial entre los grupos de edad más mayores¹⁸⁷. No está tan claro cuáles son los factores que explican la variabilidad en la edad a la que comienza el declive y el ritmo del mismo. Es un reto intentar dilucidar si existen variaciones en cuanto a las condiciones laborales que puedan explicar variaciones en la CL con la edad. Esto es importante de cara a plantear intervenciones efectivas en los lugares de trabajo, o incluso para definir si existen algunas ocupaciones para las que deberían plantearse un tiempo límite de trabajo. Los estudios orientados a identificar factores similares a estos y las posibles estrategias para su implantación en contextos laborales específicos resultan claves para plantear medidas para la promoción del envejecimiento activo y saludable ^{37,151}.

Las intervenciones para la promoción del Envejecimiento activo y saludable en los entornos de trabajo

Las políticas dirigidas a la prolongación de la vida laboral necesitan acompañarse de estrategias que generen condiciones de trabajo seguras y saludables ante una diversidad de personas con diferentes edades y condiciones de salud²⁵. Sin embargo el desarrollo de iniciativas para la promoción de la salud de las y los trabajadores de mayor edad y de investigación que ofrezca evidencia de su efectividad es muy desigual en los países de la

UE, y en España en concreto es muy escaso, siendo necesario desarrollar un mejor conocimiento en este sentido.

Desde una perspectiva de la salud pública y salud ocupacional, se trata de definir y aplicar estrategias de prevención y protección de la salud y seguridad de los y las trabajadoras, al tiempo que se fomenta el envejecimiento saludable mediante actuaciones que promuevan estilos de vida saludables.

Los programas de promoción de salud en los lugares de trabajo (PSLT) constituyen una herramienta clave para avanzar en esa dirección al ofrecer un marco de acción e instrumentos concretos para promover entornos laborales que generen oportunidades de elecciones positivas para la salud, facilitando así que se “acumulen activos para la salud” a lo largo de la vida^{29,25}.

Se ha demostrado la importante contribución a la carga de morbilidad crónica y a la salud en general de adoptar conductas no saludables como la mala alimentación, la inactividad física, el consumo de alcohol y el tabaquismo¹⁸⁸. Los lugares de trabajo permiten que se puedan dirigir estrategias para la promoción de hábitos saludables a grupos que, de otra manera, tendrían poco acceso a este tipo de programas¹⁸⁹. Los programas de PSLT complementan las prácticas de gestión de persona y de Salud ocupacional dirigiendo los esfuerzos fundamentalmente hacia mejorar la salud a través de iniciativas para favorecer una alimentación saludable, la práctica de actividad física regular, salud mental, prevención de tabaco, alcohol y otras drogas, valoraciones de salud, y control de enfermedades crónicas, y otras medidas¹⁹⁰.

El Modelo de Capacidad Laboral y el Marco de la Promoción de Salud en el Trabajo son importantes para promover el EAS porque vienen produciendo conocimiento científico e instrumentos concretos para identificar precozmente situaciones de vulnerabilidad en trabajadora/es mayores, planificar intervenciones que prevengan la discapacidad o problemas crónicos de salud, favorecer entornos más inclusivos en esas circunstancias y mejorar la empleabilidad de los y las trabajadoras con enfermedad crónica.

A pesar de la evidencia que apoya el impacto positivo de las intervenciones de promoción de salud en los lugares de trabajo¹⁹¹, la aplicación de este tipo de intervenciones aún es

escasa, sobre todo en España y otros países del sur europeo. Además, suelen presentar dos tipos de limitaciones: por lo general consisten en actuaciones puntuales más que en programas sistemáticamente planificados y basados en un modelo teórico apoyado en la evidencia científica, y en pocas ocasiones se realiza evaluación, en especial del proceso, con lo que resulta difícil identificar los aspectos que deberían ser replicados en futuras intervenciones para maximizar su eficacia^{192,193}.

En este contexto se hace necesario un instrumento que ayude a orientar el diseño y la evaluación de actuaciones de PSLT de manera sistemática y planificada y que incorpore objetivos específicos para la promoción del EAS. Esto supone elaborar herramientas conceptuales y recursos prácticos dirigidos a la implementación de intervenciones de calidad de PSLT dirigidas al EAS, en personas trabajadoras de 45 a 68 años en centros de trabajo de diferente sector.

Por ello el 4 objetivo de este estudio fue construir una lista de verificación para definir los distintos componentes a considerar en la puesta en marcha de programas de PSLT dirigidos al EAS que sean aplicables a una variedad de países y centros de trabajo.

6.8. Retos principales a afrontar ante el envejecimiento progresivo de la población trabajadora

Ante los anteriores desafíos sociodemográficos y del mercado laboral, se plantea la necesidad de actuar en los lugares de trabajo para avanzar en la Estrategia de Envejecimiento Activo y Saludable.

Aunque diversos indicadores de salud y condición psicofísica muestran un declive con la edad, existe una gran variabilidad individual en estos parámetros, variabilidad que además aumenta en las edades más avanzadas^{36,37}. Por ejemplo, existe evidencia de la asociación entre la capacidad aeróbica en personas de más edad y práctica regular de actividad física, por ello implantar intervenciones en los lugares de trabajo que fomentan la práctica de actividad física es una de las principales recomendaciones para prevenir o

retrasar el declive en la capacidad física asociada al proceso de envejecer^{36,37}. Los estudios orientados a identificar factores similares a estos que influyen en los niveles de salud y Capacidad Laboral percibida en estos grupos y las posibles estrategias para su implantación en contextos laborales específicos resultan claves para plantear medidas para la promoción de un EAS^{37,30}.

Conocer cuáles son las condiciones de trabajo que predominan en los grupos de trabajadores y trabajadoras de más edad, en qué condiciones de salud están desempeñando su trabajo estos grupo y cuáles son los factores que se asocian a sus condiciones de salud y de capacidad laboral desde el marco de los determinantes y las desigualdades sociales en salud son los elementos claves de esta tesis. Así como sintetizar la opinión de personas expertas sobre un conjunto de criterios a incorporar para desarrollar actuaciones para promover entornos que favorezcan el envejecimiento saludable y activo^{29,148,35}

La revisión de la literatura que ha servido de base a nuestro estudio ha puesto de manifiesto una carencia de publicaciones científicas en España que profundicen en el tema. A pesar de que desde el año 2012, designado como el “Año Europeo del Envejecimiento saludable”, se incrementaron los estudios sobre condiciones de trabajo en población mayor. En España se han publicado en los tres últimos años 2 informes sobre características del trabajo y la salud de personas mayores trabajadoras y dos tesis sobre factores que favorecen la intención a jubilarse o a mantenerse laboralmente activos o activas así como el bienestar de trabajadores y trabajadoras mayores. Sin embargo estas publicaciones presentan limitaciones a la hora de dar respuesta a los objetivos que se plantean en esta tesis.

Por una parte, en relación a los informes que utilizan datos de encuestas nacionales en uno de ellos no se presenta información desagregada por sexo ni información sobre clase social para la mayoría de los indicadores utilizados¹⁵⁵, en el otro se presenta información desagregada por sexo pero no se realizar una análisis de género que ayude a la comprensión de algunos de los resultados, ni se incorpora el eje de la clase social¹⁵⁶.

Por otra parte los grupos de edad que se presentan son muy amplios y se establece el límite de 55 años para hablar de “población mayor” pero no se especifican los criterios en los que se basa esa elección.

Por último ninguno de los informes anteriores analiza los factores asociados a salud percibida y a la percepción de la capacidad/deseo de continuar trabajando a partir de los 60 años.

Respecto a las tesis sobre población mayor trabajadora de Jordi Fernández Castro(2010)¹⁹⁴ y de Gonzalez (2013)¹⁹⁵ no utiliza datos de encuestas nacionales. Estos estudios usan datos propios de una muestra de población trabajadora mayor de 50 años y combina metodología cualitativa (grupos focales) así como cuestionarios a trabajadores en tres sectores de actividad: industria, docencia y hospital para identificar factores del bienestar y de la intención a jubilarse de manera temprana. En el estudio no se presenta análisis de género de los resultados obtenidos, y tampoco se usa datos nacionales.

En definitiva, se considera que no existe evidencia científica suficiente, y menos en nuestro país, sobre qué condiciones laborales y/o de trabajo se asocia más negativa con salud en general y daños a la salud relacionados con el trabajo en población trabajadora en edades avanzadas. Y menos aún estudios que incorporen en este análisis el marco de las desigualdades sociales en salud (fundamentalmente de género y clase)¹²⁰.

Comprender la asociación entre características laborales y de empleo y salud en población trabajadora mayor de 45 años, y las diferencias en dicha asociación en función de la clase social y el sexo tiene implicaciones potencialmente importantes para la prevención primaria en población mayor trabajadora.

En base a la revisión realizada se considera necesario que en nuestro estudio sobre los factores que influyen en la salud y la capacidad laboral de población mayor trabajadora en España se incorporen los siguientes aspectos que constituyen ejes centrales de nuestro estudio:

- 1- Establecer un punto de corte más “joven”. Los escasos estudios sobre el tema en España han utilizados como corte de edad los 50 o 55 años. Se propone

utilizar los 45 años como el límite mínimo para delimitar el concepto de “trabajador o trabajadora de edades avanzadas”, que es la edad límite definida por la OMS y otros estudios de referencia en Europa **Error! Marcador no definido.**, 116, 122. Además es el grupo de edad trabajadoras donde tiene mayor sentido incorporar medidas preventivas.

- 2- Profundizar en el análisis de las desigualdades de género en las condiciones laborales y otros determinantes de la salud en población trabajadora mayor de 45 años que puedan ayudar a explicar las desigualdades en salud que se observan entre hombres y mujeres.
- 3- Analizar, desde el marco de determinantes de la salud, la asociación entre los factores relacionados con el trabajo (en tanto determinante estructural y en tanto determinante intermedio) y salud y capacidad laboral percibida en los grupos de trabajadores y trabajadoras de 45 y más años.
- 4- Consensuar con personas expertas criterios claves para la puesta en marcha de programas para favorecer el EAS en los centros de trabajo.

HIPÓTESIS

“Cuando comienzas un retrato y buscas una forma pura, un volumen limpio, a través de eliminaciones sucesivas, llegas inevitablemente al huevo. Del mismo modo, comenzando con el huevo y siguiendo el mismo proceso a la inversa, terminas con el retrato”

Pablo Picasso

- 1- Existen desigualdades de género y de clase social en las condiciones de trabajo y empleo en población mayor de 45 años trabajadora en España.
- 2- Las mujeres trabajadoras mayores están expuestas a mayores Riesgos ergonómicos y psicosociales y peores condiciones de empleo, y tienen una peor salud y capacidad laboral percibida que los hombres. Las desigualdades de género en las condiciones laborales y de trabajo son mayores en las clases sociales más desfavorecidas .
- 3-Existen desigualdades de género en los hábitos relacionados con la salud en población mayor de 45 años trabajadora.
- 4-Las mujeres trabajadoras mayores de 45 años tienen peor salud percibida y la salud percibida es peor entre hombres y mujeres mayores de 45 años de clase social más baja.
- 5- Existen factores de las condiciones de trabajo y de estilos de vida que influyen en la salud percibida y en capacidad laboral, ajustando por edad y por clase social.
- 6- Se puede identificar una serie de actuaciones a considerar en la puesta en marcha de programas para la promoción del envejecimiento saludable en el trabajo que sean aplicables a una variedad de países y centros de trabajo.

OBJETIVOS

“Queda prohibido no sonreír a los problemas, no luchar por lo que quieres, abandonarlo todo por miedo, no convertir en realidad tus sueños”.

Pablo Neruda

6.9. 3.1. Objetivo general

Estudiar las desigualdades de género en las condiciones de trabajo en población mayor de 45 años y los factores asociados a la salud y capacidad laboral, así como identificar una lista de elementos claves para la puesta en marcha de programas de promoción del envejecimiento saludable en el trabajo.

6.10. 3.2. Objetivos específicos

1. Describir las características sociodemográficas de la población trabajadora mayor de 45 años en España.
2. Analizar las desigualdades de género en las condiciones de empleo y de trabajo y en la salud de trabajadores y trabajadoras mayores de 45 años en España.
 - 2.1. Analizar las desigualdades de género en las condiciones de empleo y de trabajo y en los daños a la salud relacionada con el trabajo en trabajadores y trabajadoras mayores de 45 años en España ajustando por edad y clase social.
 - 2.2. Analizar las desigualdades de género en las condiciones de salud y hábitos relacionados con la salud en trabajadores y trabajadoras mayores de 45 años en España ajustando por edad y clase social.
3. Conocer los factores que se asocian con la salud y la percepción de capacidad laboral de los y las trabajadoras de más de 45 años y analizar las diferencias según sexo.
 - 3.1. Conocer factores asociados a la percepción de salud de trabajadores y trabajadoras mayores de 45 años y según sexo.
 - 3.2. Conocer factores asociados a la percepción de la capacidad laboral a los 60 años entre trabajadores y trabajadoras mayores de 45 años y según sexo.

4. Identificar elementos claves para la puesta en marcha de programas de EAS en el trabajo desde la perspectiva de personas claves.

METODOLOGÍA

“Si sólo existiera una verdad única, no se podría pintar cien cuadros sobre el mismo tema.”

Pablo Picasso

Esta tesis utiliza diseños metodológicos distintos con uso de técnicas tanto cuantitativas como cualitativas. Igualmente explota una variedad de fuentes de información a través de encuestas de ámbito nacional y europeo.

Para los tres primeros objetivos se ha realizado una explotación de datos secundarios disponible en el INE (Encuesta de Población Activa (EPA) del 2014 y cuarto trimestre del 2015, datos de mortalidad y datos de proyecciones) y en la OCDE (datos de Statistics on average effective age of retirement). Asimismo se ha usado datos secundarios de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) de 2011, y la VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo (ENCT) de 2011. Para el objetivo 4 se utiliza un abordaje metodológico cualitativo a través de la Técnica Delphi.

En la tabla 1 se sintetizan los principales aspectos de la metodología utilizada para los 4 objetivos de estudio.

Tabla 1. Resumen de la metodología utilizada en la Tesis

Objetivos	Tipo de estudio y ambito	Poblacion	Técnicas de recogida y análisis de información
Objetivo 1	Estudio cuantitativo Ambito Nacional	Población activa en España mayor de 45 años	<p><i>Recogida</i> : Fuentes secundarias de encuestas:</p> <p>Encuesta de Población activa (EPA datos anuales para 2014 y cuarto trimestre de 2015)</p> <p>Estadísticas de proyección de población de INEBase (2015-2050)</p> <p>Estadísticas de mortalidad consultadas a partir de INEBase que utiliza el Certificado Médico de Defunción/Boletín Estadístico de Defunción 2013-2015</p> <p>Statistics on average effective age of retirement de la OCDE.</p> <p><i>Análisis estadísticos:</i> Análisis descriptivos</p>

Objetivos	Tipo de estudio y ambito	Poblacion	Técnicas de recogida y análisis de información
Objetivo 2	Estudio cuantitativo. Ambito Nacional	Población española activa mayor de 45 años	<i>Recogida</i> : Fuentes secundarias de encuestas nacionales: VII ENCT y ENS 2011 <i>Análisis estadísticos:</i> Análisis descriptivos y bivariantes
Objetivo 3	Estudio cuantitativo. Ambito Nacional	Población española activa mayor de 45 años	<i>Recogida</i> : Fuentes secundarias de encuestas nacionales: VII ENCT y ENS 2011 <i>Análisis estadísticos:</i> Análisis multivariantes .
Objetivo 4	Estudio cualitativo Ambito europeo	Profesionales expertos en estrategias de salud, políticas	<i>Recogida:</i> Técnica Delphi <i>Análisis:</i> análisis cuantitativo (priorización) y análisis de contenido.

A continuación se presentan detalles de la metodología seguida de manera independiente para cada objetivo del estudio.

4.1. Metodología del objetivo 1

4.1.1. Diseño del estudio

Se realizó una explotación de datos secundarios disponibles en el INE y en la OCDE, Statistics on average effective age of retirement.

INE: a través de INEBase, se ha utilizado:

- la Encuesta de Población Activa (EPA) del año 2014 y último trimestre de 2015;
- los datos de la mortalidad para España del año 2014
- datos de proyección de población general y población activa;

De la OCDE se ha utilizado datos de Statistics on average effective age of retirement de la OCDE.

El ámbito de estudio es España y el conjunto de la Unión Europea.

4.1.2. Participantes y sujetos del estudio

La población de la *EPA* la constituye todas las personas mayores de 16 años que residen en viviendas familiares en España. La encuesta utiliza un muestreo bietápico con estratificación en las unidades de la primera etapa (que son las secciones censales) y las de la segunda etapa que son las viviendas familiares habitadas. La muestra está formada por 3.599 secciones censales, 65000 viviendas y 180000 personas al trimestre. El criterio de inclusión para formar parte del estudio fue haber sido encuestadas en el año 2014 o bien en el último trimestre de 2015, así como personas que contestan al módulo especial de transiciones a la Jubilación del año 2012.

Los *datos de mortalidad* recogen las defunciones ocurridas en España a lo largo del año. Proviene del certificado médico de defunción/boletín estadístico de defunción, que cumplimenta el médico que certifica la defunción, y el registro civil correspondiente.

Las *proyecciones de población* tanto de población general (datos demográficos) como de población se estiman en base a la población de personas residentes en el territorio español a 1 de enero del año para el que se presenta la información.

La *población de Statistics on average effective age of retirement* de la Unión Europea la constituyen todas las personas que se han jubilado en la Unión europea durante el período de estudio (1970-2014)

4.1.3. Recogida de información

El método de recogida de información de la EPA es mediante encuesta personal y telefónica. El cuestionario que se utiliza se puede consultar en el enlace:

http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176918&menu=metodologia&idp=1254735976595. Para el estudio se ha utilizado los datos procedentes del conjunto del año 2014 y del último trimestre de 2015, así como los del módulo especial de transiciones a la Jubilación del año 2012.

La *mortalidad* se recoge a partir del Certificado Médico de Defunción/Boletín Estadístico de Defunción, a través de los Registros Civiles, y del Juzgado en el caso de defunciones en circunstancias especiales.

Las *proyecciones* relativas a datos demográficos utilizan como información de partida los datos del Censo y calcula la proyección de la población de cada sexo y edad residente en España, a 1 de enero de cada año del periodo proyectivo utilizando un modelo de proyección multirregional. La población de partida para el año 2015 la constituyen 46.436.797 personas, de las cuales 22.815.120 son hombres y 23.621.677 son mujeres.

Las *proyecciones* de la tasa de actividad se estiman en base a los datos de la EPA y de las proyecciones de población. La población de partida que se usa es la disponible para la EPA 1976 a 2010. La población activa en el año 2010 la constituían 23.023,8 personas, de las cuales 12.850,7 son hombres y 10.173,1 son mujeres. **Error! Marcador no definido..**

La recogida de información de la *estadísticas de jubilación* en la Unión Europea se han obtenido de OECD Pensions at a Glance 2015 (OECD (2015), *Pensions at a Glance 2015: OECD and G20 indicators*, OECD Publishing, Paris¹⁹⁶). La información recogida proviene,

según consta en el informe metodológico⁴, de las Encuestas nacionales de condiciones de trabajo de los distintos países de la Unión Europea, así como de la Encuesta Europea de Condiciones de trabajo y los censos nacionales. La European Union Labour Force Survey (EU LFS) se realizan en los 28 estados miembros de la Unión Europea, 2 países candidatos y 3 países de la European Free Trade Association (EFTA) según el Council Regulation (EEC) No. 577/98 of 9 March 1998. Es una encuesta de hogares trimestral de personas de 15 y más años (16 y más en España y otros países), de dentro y fuera del Mercado laboral. Comenzó en 1983, la ejecutan las instituciones nacionales en cada país, y las procesa conjuntamente Eurostat. En 2014 el tamaño de la muestra total fue de 1,6 millones de personas por trimestre.

4.1.4. Análisis estadísticos

Las variables concretas analizadas en el objetivo primero de este estudio se pueden consultar en la siguiente Tabla 2.

Tabla 2. Información y Fuentes de datos utilizadas en el Objetivo 1

Bloque de información	Información analizada	Fuente
Datos demográficos de la Población española	EV hombres /EV mujer (Proyecciones 2013-2063)	INEbase. Cifras de población. Proyecciones de población ⁵
	Hombres y mujeres en España (Proyecciones 2015-2025)	
	Índice de envejecimiento de la población en España (Proyecciones 2015-2025)	
	Total de hombres mayores de 45 años en España (2015-2025)	
	Total de mujeres mayores de 45 años en España (2015-2025)	
	% de hombres mayores de 45 años en España (2015-2025)	
	% de mujeres mayores de 45 años en España (2015-2025)	
	Total de hombres mayores de 65 años en España (2015-2025)	

⁴<http://www.oecd.org/els/public-pensions/ageingandemploymentpolicies-statisticsonaverageeffectiveageofretirement.htm>

⁵ INEBase. Proyecciones de población. http://www.ine.es/inebaseDYN/propob30278/propob_inicio.htm

Bloque de información	Información analizada	Fuente
	Total de mujeres mayores de 65 años en España (2015-2025)	
	% de hombres mayores de 65 años en España (2015-2025)	
	% de mujeres mayores de 65 años en España (2015-2025)	
Datos de Situación laboral	Actividad laboral de hombres y mujeres todas las edades (Tasas 2006-2010)	INEBase. Proyecciones de tasa de actividad ⁶
	Actividad de hombres y mujeres de 45 a 55 años (Tasas 2000-2026)	
	Actividad de hombres y mujeres mayores de 55 años (Tasas 2000-2026)	
	Personas con un empleo por sexo y edad 2014 en España (tasa)	EPA. Datos anuales 2014 ⁷
	Personas activas y con un empleo por edad en hombres en España 2014 (tasas)	
	Personas acivas y con un empleo por edad en mujeres en España 2014 (tasas)	
Datos sobre Jubilación	Edad media de jubilación por sexo en la UE-27 desde 1970 a 2014	OCDE. Estadísticas de la edad promedio de jubilación ⁸
	Edad media de jubilación en España por sexo desde 970 a 2014	
Características del empleo de las personas de más de 45 años	Tipo de ocupación en España por sexo en personas de más de 45 años.	EPA. Cuarto trimestre 2015 ⁹
	Hombres y mujeres mayores de 45 años por sector de actividad en España (número y Porcentaje)	
	Número y porcentaje de hombres y de mujeres de más de 40 años según situación profesional y sector de actividad en España.	
	Número y porcentaje de hombres y de mujeres de más de 40 años según situación profesional y sector de actividad en España.	
	Número y porcentaje de hombres y mujeres de más de 45 años con un trabajo a tiempo completo en España.	
	Número y porcentaje de hombres y mujeres de más de 45 años con un trabajo a tiempo parcial en España.	
	Situación profesional de hombres y mujeres mayores de 40 años en España.	
	Situación profesional de hombres y mujeres mayores de 50 años en España	

⁶ INE. Proyecciones actividad.

http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176908&menu=ultiDatos&idp=1254735976595

⁷ EPA. Datos 2014.

http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736055502&menu=ultiDatos&idp=1254735976595

⁸<http://www.oecd.org/els/public-pensions/ageingandemploymentpolicies-statisticsonaverageeffectiveageofretirement.htm>

⁹ INE. Datos cuarto trimestre 2015.

http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176918&menu=ultiDatos&idp=125473597659

Se ha realizado un análisis descriptivo calculando el número y porcentaje para las variables cualitativas y la media para las variables cuantitativas, para conocer la distribución por sexo y edad de las variables definidas en el estudio. Para esta tesis no se utilizan los micros datos de las fuentes consultadas sino el análisis de los datos disponibles en INEBase.

4.2. Metodología del Objetivo 2 y Objetivo 3

4.2.1. Diseño del estudio

Se utilizó un estudio epidemiológico transversal con metodología cuantitativa mediante explotación de datos secundarios procedentes de dos encuestas: La VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo (ENS) y la Encuesta Nacional de Salud (ENS) del año 2011. El ámbito de estudio es todo el territorio nacional, con excepción de Ceuta y Melilla.

4.2.2. Participantes y sujetos de estudio

Participantes y sujetos de estudio de la VII ENCT

La población de estudio de la ENCT son todos y todas las trabajadoras de 16 y más años, de todas las actividades económicas, que residen en viviendas familiares principales en todas las CCAA de España entre octubre de 2011 y febrero de 2012.

La ENCT utiliza un muestreo trietápico estratificado. Como estratos se han considerado el cruce de comunidad autónoma y el tamaño de municipio. La selección de la muestra se ha realizado por estratos en 3 etapas, en la primera etapa la unidad es la sección censal (el total de secciones censales ha sido de 257 (con un total de 201 municipios diferentes). La unidad de segunda etapa es la vivienda que fueron seleccionadas mediante muestreo

aleatorio simple, en total se seleccionaron 26.915 viviendas. La unidad de la tercera y última etapa es la persona ocupada. Dentro de cada vivienda seleccionada en segunda etapa, se realizó una elección aleatoria de un trabajador o trabajadora ocupada residente en la misma. El tamaño de muestra teórico a nivel nacional fue de 9000 trabajadores o trabajadoras ocupadas y se estableció realizar 35 entrevistas en cada sección censal.

Además de la comunidad autónoma y el tamaño de municipio, la muestra se distribuyó teniendo en cuenta la importancia relativa, en función del número de ocupados según la Encuesta de Población Activa (EPA) en media de 2009, de cada comunidad en cada actividad económica y en cada tamaño del centro de trabajo. Se estableció conseguir un mínimo de 400 entrevistas en cada actividad y 300 en cada tamaño del centro de trabajo, proporcionalmente a la importancia que en cada comunidad tuviesen dichas actividades y dichos tamaños. El resto se distribuyó proporcionalmente en cada comunidad según su importancia relativa en cada actividad económica. Posteriormente se ha repartido esa muestra entre los diferentes tramos de tamaños de municipio proporcionalmente al número de ocupados en cada tramo. En el procedimiento también se estableció un mínimo de 25 entrevistas en cada cruce de tamaño y actividad.

Se han realizado un total de 8.892 entrevistas a trabajadores y trabajadoras, 4.723 hombres y 4.169 mujeres. El criterio de inclusión para formar parte del estudio fue haber respondido al cuestionario de la VII ENCT y tener más de 45 años. Se utilizó para este estudio la muestra de 3.767 personas, 2.061 hombres y 1.706 mujeres que cumplía esta condición. Más detalles sobre la metodología de la VII ENCT se puede consultar en: <http://encuestasnacionales.oect.es/>

Participantes y sujetos de estudio de la ENS del año 2011

La población de estudio de la ENS es la población no institucionalizada residente en viviendas familiares principales en España entre julio de 2011 y junio de 2012.

La ENS utiliza un muestreo trietápico estratificado. Las unidades de primera etapa son las secciones censales. Las unidades de segunda etapa son las viviendas familiares

principales. Dentro de cada hogar se selecciona a un adulto (15 o más años) para cumplimentar el Cuestionario de Adultos y en caso de que hubiera menores (de 0 a 14 años) se selecciona asimismo un menor para cumplimentar el Cuestionario de Menores. El tamaño muestral de la encuesta es de 21.007 a personas adultas (15 y más años), 9.649 hombres y 11.358 mujeres. La muestra se eleva a valores poblacionales mediante estimadores de ponderación que considera las características de la población.

Los criterios de inclusión para formar parte de nuestro estudio son haber contestado al Cuestionario de adultos de la ENS, tener más de 45 años y estar en activo o activa (tener un trabajo remunerado con cualquier tipo de vinculación o estar en desempleo en el momento de la encuesta). La muestra del estudio la constituyen 4.725 personas, 2.596 hombres y 2.129 mujeres que cumplen esa condición. En nuestro estudio se han aplicado los factores de elevación en cada unidad de análisis especificados en la metodología de la ENS. Para obtener más detalles de la metodología seguida en la ENS 2011 se puede consultar:

http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/MetodologiaE NSE2011_12.pdf

4.2.3. Recogida de información

Recogida de información de la ENCT

El método de recogida de información de la ENCT es mediante entrevista personal en domicilio. El cuestionario aplicado consta de 62 preguntas y se estructura en 14 bloques temáticos que son: Situación laboral y tipo de contrato, Datos del centro de trabajo, Tipo de trabajo, Agentes físicos, Contaminantes químicos y biológicos, Condiciones de seguridad, Diseño del puesto, carga de trabajo y factores psicosociales, Organización de la prevención, Horario de trabajo, Actividades preventivas, Información / Formación, Conductas violentas en el trabajo, Daños a la salud, Datos personales. El cuestionario se puede consultar en el enlace del Ministerio de Sanidad servicios sociales e Igualdad:

<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2011.htm>

Recogida de información de la ENS

La recogida de información se realiza por encuesta personal realizada en los hogares familiares. El cuestionario utilizado se estructura en 3 módulos o bloques de información: a) Módulo de Estado de Salud: estado de salud y enfermedades crónicas, accidentalidad, calidad de vida relacionada con la salud. b) Módulo de Asistencia Sanitaria: acceso y utilización de los servicios sanitarios c) Módulo de Determinantes de la Salud: características físicas (índice de masa corporal), hábitos relacionados con la salud, situación laboral y trabajo reproductivo y apoyo afectivo y personal.

4.2.4. Metodología del análisis de información de los objetivos 2 y 3

4.2.4.1. Metodología del análisis de la información del objetivo 2

A continuación se detallan las variables utilizadas para dar respuesta a este objetivo

A) Variables Dependientes

Para la identificación de las Variables dependientes se siguió la definición de indicador de desigualdad de género aportada por la guía canadiense para la elaboración de indicadores sensibles al género¹⁵ y que ha sido utilizado en España, en un análisis similar pero para población trabajadora en general y usando la VI ENCT, por Campos Serna⁷⁷. Esta guía define dichos indicadores como aquellos capaces de mostrar una evidencia directa del estatus de la mujer en relación al hombre y de captar los cambios relacionados con el género en una sociedad a lo largo del tiempo. Además se ha utilizado el marco

conceptual del trabajo como determinante de la salud presentado en la Figura 4 de la introducción.

Partiendo de los marcos anteriores se han identificado a partir de la ENCT VII y de la ENS del 2011 para adultos y adultas variables que pueden encajar en el esquema propuesto para analizar desigualdades de género.

Las variables se han agrupado en 5 dimensiones de análisis: a) condiciones de empleo (incluye condiciones laborales, horarios); b) condiciones de trabajo; c) Conciliación y trabajo no remunerado; d) Hábitos relacionados con la salud; e) Salud.

B) Variable Independiente

La variable independiente para el objetivo 2 es el sexo.

C) Covariables:

Las variables de ajuste son la edad (a partir de 45 como variable continua) y la clase social ocupacional (manual y no manual). Para la construcción de la clase social como variable independiente se ha utilizado la clasificación a partir de la CNO^{65, 10}.

En la Tabla 3 se presentan las variables concretas y fuentes de información utilizada.

¹⁰ El concepto de clase social ocupacional (manual y no manual) se construye a partir del tipo de trabajo que se realiza, ocupación. Esta manera de definir la clase social ocupacional es un concepto más tecnológico-cultural que el concepto de clase social que es más amplio. Sin embargo, esta medida de clase social es la más usada como un proxy of clase social (Tesis Campos serna). Para la construcción de la clase social en Antònia Domingo-Salvany, et al Propuestas de clase social neweberiana y neomarxista a partir de la Clasificación Nacional de Ocupaciones 2011. Gac Sanit. 2013;27(3):263–272)

Tabla 3. Variables y Fuentes de datos utilizadas en el Objetivo 2

Variables	Niveles	Fuente
VARIABLES DEPENDIENTES		
BLOQUE I. CONDICIONES DE EMPLEO		
Tipo de contrato y de ocupación		
Sector actividad	Agrario/industria/construccion/servicios	ENS ENCT
Tipo de contrato	Contrato indefinido/ contrato temporal	ENS ENCT
Vinculacion laboral	Asalariado/a con contrato Asalariado/a sin contrato	ENS Enct
Tipo de trabajo	Trabajo por cuenta ajena/empresario con asalariado/empresario/a sin asalariado/a,/ sin contrato	ENS ENCT
Tipo de puesto	Directivo o directiva / cargo intermedio/ Puesto base	ENCT
Precariedad laboral	Si/no	ENS ENCT
Horarios y Jornadas		
Trabajo a turnos	Si/no	ENS ENCT
Tipo de Jornada laboral	Partida/continua de mañana/continua de tarde/noche/Jornada reducida/turnos/Jornada irregular	ENS
	Jornada partida/Jornada completa	ENCT
	Jornada reducida de menos de 34 horas a la semana/Jornada de más de 34 horas	ENCT
Trabajo nocturno	Si/no	ENS ENCT
Jornadas penosas de trabajo	Si/no	ENCT
Trabajo fines de semana	Si/No	ENCT
Horas de trabajo semanales	Media a la semana	ENCT
Trabajo más de 45 horas a la semana	Si/no	ENCT
Trabajo más de 60 horas a la semana	Si/no	ENCT
Trabajo menos de 20 horas a la semana	Si/No	ENCT

Variables	Niveles	Fuente
BLOQUE II. CONDICIONES DE TRABAJO: EXPOSICIÓN A RIESGOS LABORALES		
Riesgos ambientales	Si/no	ENCT
Ruido	Si/no	ENCT
Estrés laboral percibido	Alto/bajo	ENS
	Si/no	ENCT
Demandas físicas del trabajo	Trabajo sentado/trabajo de pie /MMC/sin esfuerzo	ENS
	Si/no	ENS
Movimientos repetitivos	Si/No	ENCT
Posturas forzadas	Si/No	ENCT
MMC	Si/No	ENCT
Riesgos ergonómicos	Alto/bajo	ENCT
Riesgos psicosociales globales	Media	ENCT
Autonomía laboral	Alta/baja	ENCT
Autoridad laboral	Alta/baja	ENCT
Demandas psicológicas/presión laboral	Alta/baja	ENCT
Demandas mentales	Alta/baja	ENCT
Inseguridad laboral (miedo a perder el empleo)	Si/no	ENCT
Discriminación por edad	Si/no	ENCT
Discriminación por sexo	Si/no	ENCT
Acoso sexual	Si/no	ENCT
Violencia psicológica (acoso laboral)	Si/no	ENCT
Violencia física	Si/no	ENCT
Injusticia laboral	Si/no	ENCT

Variables	Niveles	Fuente
BLOQUE III. TRABAJO NO REMUNERADO Y CONCILIACION		
Conflicto conciliación vida laboral y familiar	Si/no	ENCT
Presencia de personas dependientes en el hogar	Si/no	ENS
Trabajo no remunerado del hogar	Si/no	ENS
BLOQUE IV. HABITOS RELACIONADOS CON LA SALUD		
Consumo fruta y verdura diario recomendado	Si/no	ENS
Consumo de tabaco	Si/no	ENS
Actividad física	Mucha actividad/moderada activo/inactividad	ENS
BLOQUE V. SALUD		
Salud percibida	Buena/mala	ENS ENCT
Presencia de enfermedad crónica	Si/no	ENS ENCT
Presencia de síntomas físicos	Si/no	ENCT
Presencia de síntomas físicos relacionados con el trabajo	Si/no	ENCT
Presencia de riesgos de enfermedad CV	Si/no	ENS ENCT
Presencia de riesgo de enfermedad CV relacionado con el trabajo	Si/no	ENCT
Presencia de problema de salud mental	Si/no	ENS ENCT
Presencia de problemas mentales relacionados con el trabajo	Si/no	ENCT
Problemas físicos osteomusculares	Si/no	ENS ENCT
Problemas osteomusculares relacionados con el trabajo	Si/no	ENCT
Problemas sensoriales	Si/no	ENCT
Problemas sensoriales relacionados con el trabajo	Si/no	ENCT
Hipertension	Si/no	ENCT
Hipertension relacionada con el trabajo	Si/no	ENCT

Variables	Niveles	Fuente
Fatiga	Si/no	ENCT
Cansancio relacionado con el trabajo	Si/no	ENCT
Insomnio	Si/no	ENCT
Insomnio relacionado con el trabajo	Si/no	ENCT
Depresión	Si/no	ENCT
Depresión asociada al trabajo	Si/no	ENCT
Ansiedad	Si/no	ENCT
Estrés laboral	Si/no	ENS ENCT
Accidente laboral	Si/no	ENS ENCT
Limitación de la actividad cotidiana	Si/no	ENS
Presencia de dolor	Si/no	ENS
IMC	Normopeso/sobrepeso/obesidad	ENS
VARIABLE INDEPENDIENTE		
Sexo	Hombre/mujer	ENS ENCT
COVARIABLES		
Clase social	Manual/no manual	ENS ENCT
Edad	Variable continua de 45 años en adelante	ENS ENCT

Las siguientes variables se han construido mediante la combinación de varias preguntas:

De la Encuesta Nacional de condiciones de trabajo (VII ENCT):

- o Precariedad laboral: mediante la pregunta P2 y P3.
- o Exposición a riesgos higiénicos (indicador sintético que usa el bloque de preguntas P15 a P22)

- o Exposición a riesgos ergonómicos (P28): posturas forzadas, MMC, Movimientos repetitivos y un indicador sintético elaborado.
- o Exposición a riesgos psicosociales: a través de una escala de riesgos psicosociales construida para esta tesis. (P30-P32) Se mide la exposición a mayor riesgo psicosocial con el sumatorio de 11 preguntas con 5 categorías de respuesta según la frecuencia de exposición la escala construida muestra una estructura factorial coincidente con el modelo de demanda/control de Karasek y que explica el 70% de la variabilidad y muestra un alfa de cronbach de (0.796). Se obtiene una medida continua mediante el sumatorio de los ítems, y otra dicotómica de exposición a altos niveles de riesgo psicosocial cuando la puntuación en la escala supera la mediana. En el anexo III se presentan los resultados completos de la validación psicométrica de la escala.
- o Exposición a situaciones de injusticia laboral: se ha construido mediante las pregunta P50.1 a P50.13
- o Problemas de salud y problemas de salud relacionados con el trabajo. Se identifica a partir de una lista de 15 problemas de salud relacionados con el trabajo. Los problemas de salud relacionados con el trabajo se recogían con una batería de 15 problemas de salud. (P54). Se preguntaba si presentaba ese problema y si consideraba que ese problema se relacionaba con el trabajo (P54b). Las 15 categorías de respuesta se agruparon siguiendo una clasificación por regiones, aparatos y sistemas. Se incluyeron 14) Dolores osteomusculares a nivel del miembro superior o inferior (P54_1 a P54_4), Síntomas respiratorios (P54_5), Hipoacusia y pérdidas visuales (P54_8 y P54_9), Hipertensión arterial (P54_10), Problemas de la piel (P54_7), problemas de voz (P54_6), dolor de cabeza (P54_11) como indicadores de salud física; y Estrés (P54_13), Depresión (P54-14), Insomnio (P54_12) y Cansancio crónico (P54_15) como indicadores de salud mental. Idéntico proceso se sigue para construir las variables de Enfermedades profesionales pero en este caso usando la P54_B1 a P54_B15.

De la Encuesta Nacional de salud (ENS-2011)

- Enfermedades crónicas. Una lista de 30 problemas de salud relacionados con el trabajo. Para el análisis se ha tomado el problema más importante mencionado (el que se menciona en primer lugar). Se agrupan las respuestas por bloques ej.: salud mental, problemas musculo-esqueléticos, problemas cardiovasculares, respiratorios, pérdida auditiva, pérdida visual, problemas de piel, tensión arterial; problemas de sueño, dolores (incluida migrañas) y fatiga crónica-
- Actividad física: Se ha calculado los niveles de actividad mediante el sistema de puntuación del IPAQ.

Análisis estadísticos

En primer lugar se ha realizado un análisis descriptivo calculando el número y porcentaje para las variables cualitativas y la media para las variables cuantitativas, para conocer la distribución por sexo y clase social de las variables definidas en el estudio. La asociación entre las Variables Dependientes y la Variable Independiente se analizó utilizando el test Chi-Cuadrado. Se estimó una significación estadística para $p < 0,05$.

A continuación se estimó la magnitud de la asociación mediante odds ration (OR). Para cada asociación se calcula la odds ratio cruda (cOR) y odds ratio ajustada (aOR) por edad y clase social, con un intervalo de confianza del 95% (95% CI) siendo el hombre la categoría de referencia. Para el cálculo de las OR y sus niveles de confianza al 95% se utilizan modelos de regresión logística. El análisis se realizó con la ayuda del paquete estadístico R.

4.2.4.1. Metodología del análisis de la información del objetivo 3

A continuación se detallan las variables utilizadas para dar respuesta a este objetivo

A) Variables Dependientes

Las principales variables dependientes para este objetivo son:

- a) Salud percibida (P. 51 de la ENCT) y Salud percibida (ENS 2011).
- b) Capacidad laboral percibida a los 60 años (P56 de la ENCT).

La medida de la salud percibida consiste en ambas encuestas en una pregunta con una escala de respuesta de 5 puntos. A partir de esta pregunta se ha construido una variable dicotómica a partir de la puntuación mediana, que es la que se utiliza para los análisis correspondientes a este objetivo.

B) Variables Independientes

Las principales variables independientes para este objetivo son los indicadores de: a) condiciones de empleo, b) condiciones de trabajo; c) conciliación de la vida familiar y d) hábitos relacionados con la salud, tal y como se han descrito anteriormente.

C) Covariables

Las variables de ajuste son la edad y la clase social ocupacional (manual y no manual).

En la Tabla 4 se presenta un esquema de las variables utilizadas en este tercer objetivo.

Tabla 4. Variables y Fuentes de datos utilizadas en el Objetivo 3

Variables	Niveles	Fuente
VARIABLE DEPENDIENTE		
Salud percibida	Buena/regular,mala	ENS ENCT
Capacidad laboral a los 60 años	Si/no	ENCT
VARIABLES INDEPENDIENTES		
BLOQUE I. CONDICIONES DE EMPLEO		
Tipo de contrato y de trabajo		

Variables	Niveles	Fuente
Sector actividad	Agrario/industria/construccion/servicios	ENS ENCT
Tipo de contrato:	Contrato indefinido/ contrato temporal	ENS ENCT
Vinculación laboral	Asalariado/a con contrato Asalariado/a sin contrato	ENS Enct
Tipo de trabajo	Trabajo por cuenta ajena/empresario con asalariado/empresario/a sin asalariado/a,/ sin contrato	ENS ENCT
Tipo de puesto	Directivo o directiva / cargo intermedio/ Puesto base	ENCT
Precariedad laboral	Si/no	ENS ENCT
Horarios laborales		
Trabajo a turnos	Si/no	ENS ENCT
Tipo de Jornada laboral	Partida/continua de mañana/continua de tarde/noche/Jornada reducida/turnos/Jornada irregular	ENS
	Jornada partida/Jornada completa	ENCT
	Jornada reducida de menos de 34 horas a la semana/Jornada de más de 34 horas	ENCT
Trabajo nocturno	Si/no	ENS ENCT
Jornadas penosas de trabajo	Si/no	ENCT
Trabajo fines de semana	Si/No	ENCT
Horas de trabajo semanales	Media a la semana	ENCT
Trabajo más de 45 horas a la semana	Si/no	ENCT
Trabajo más de 60 horas s la semana	Si/no	ENCT
Trabajo menos de 20 horas a la semana	Si/No	ENCT
BLOQUE II. CONDICIONES DE TRABAJO		
Riesgos ambientales	Si/no	ENCT
Ruido	Si/no	ENCT

Variables	Niveles	Fuente
Estrés laboral percibido	Alto/bajo	ENS
	Si/no	ENCT
Demandas físicas del trabajo	Trabajo sentado/trabajo de pie /MMC/sin esfuerzo	ENS
	Si/no	ENS
Movimientos repetitivos	Si/No	ENCT
Posturas forzadas	Si/No	ENCT
MMC	Si/No	ENCT
Riesgos ergonómicos	Altos/bajos	ENCT
Riesgos psicosociales en el trabajo	Alto/bajo	ENCT
Autonomía laboral	Alta/baja	ENCT
Autoridad laboral	Alta/baja	ENCT
Demandas psicológicas/presión laboral	Alta/baja	ENCT
Demandas mentales	Alta/baja	ENCT
Inseguridad laboral (miedo a perder el empleo)	Si/no	ENCT
Conflicto conciliación vida laboral y familiar	Si/no	ENCT
Discriminación por edad	Si/no	ENCT
Discriminación por sexo	Si/no	ENCT
Acoso sexual	Si/no	ENCT
Violencia psicológica (acoso laboral)	Si/no	ENCT
Violencia física	Si/no	ENCT
Injusticia laboral	Si/no	ENCT
BLOQUE III. TRABAJO NO REMUNERADO Y CONCILIACION		
Conflicto conciliación vida laboral y familiar	Si/no	ENCT

Variab les	Niveles	Fuente
Presencia de personas dependientes en el hogar	Si/no	ENS
Rol de cuidador/a principal	Si/no	ENS
BLOQUE V. SALUD (Sólo para Capacidad Laboral percibida)		
Salud percibida	Buena/mala	ENCT
Presencia de enfermedad crónica	Si/no	ENCT
Presencia de problemas físicos	Si/no	ENCT
Presencia de problemas físicos relacionados con el trabajo	Si/no	ENCT
Presencia de problemas mentales	Si/no	ENCT
Presencia de problemas mentales relacionados con el trabajo	Si/no	ENCT
Problemas osteomusculares	Si/no	ENCT
Problemas osteomusculares relacionados con el trabajo	Si/no	ENS
BLOQUE IV. HABITOS RELACIONADOS CON LA SALUD		
Consumo fruta y verdura diario recomendado	Si/no	ENS
Consumo de tabaco	Si/no	ENS
Actividad física	Mucha actividad/moderada activo/inactividad	ENS
IMC	Normopeso/sobrepeso u obesidad	ENS
COVARIABLES		
Sexo	Hombre/mujer	ENS ENCT
Clase social	Manual/no manual	ENS ENCT

Análisis estadísticos

En primer lugar se ha realizado un análisis descriptivo calculando el número y porcentaje para conocer la distribución por sexo y clase social de las Variables Dependientes (Salud percibida y Capacidad Laboral a os 60 años percibida) definidas en el estudio.

La asociación entre las Variables Dependientes y las Variables Independientes se analizó utilizando el test Chi-Cuadrado. Se estimó una significación estadística para $p < 0,05$. Se realizan análisis separados para hombres y mujeres y análisis conjunto.

A continuación se estimó la magnitud de la asociación mediante odds ration (OR) realizando modelos independientes para hombres y mujeres. Para cada asociación se calcula la odds ratio ajustada (aOR) por edad y clase social, con un intervalo de confianza del 95% (95% CIs) siendo la buena salud percibida y/o la buena capacidad laboral percibida a los 60 años la categoría de referencia. Para el cálculo de las OR y sus niveles de confianza al 95% se utilizan modelos de regresión logística. El análisis se realizó con la ayuda del paquete estadístico R.

Por último, en el Anexo I se presenta una tabla que resume las características principales de las Encuestas utilizadas para los tres objetivos primeros (EPA, ENS, ENCT).

6.11. 4.3. Metodología para el objetivo 4.

4.3.1. Diseño del estudio

Se utilizó un estudio cualitativo mediante técnica Delphi en el ámbito de 5 países europeos.

4.3.2. Participantes y sujetos del estudio

La población de estudio son profesionales expertos y expertas en salud laboral y salud pública de residencia en cualquiera de los 5 países europeos (Alemania, Dinamarca,

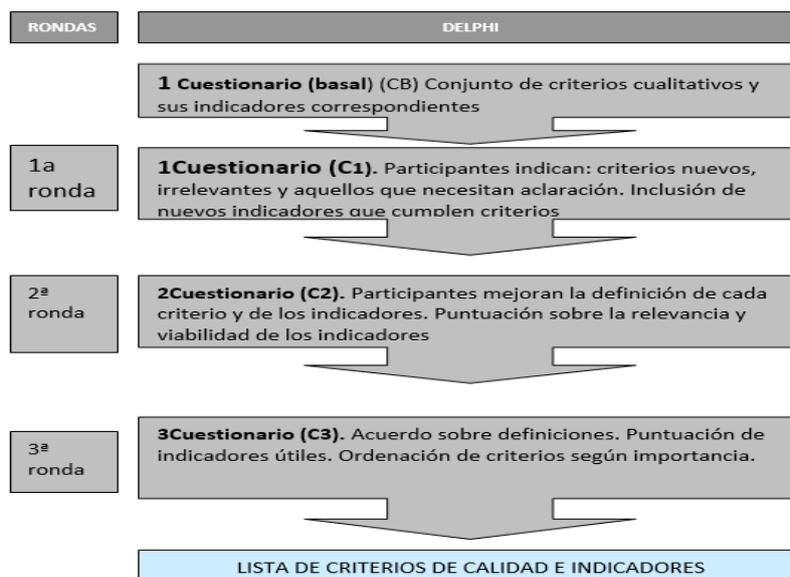
España, Italia, Reino Unido) que participan en el proyecto PROGRESS Healthy Ageing in Europe.

Se realiza un muestreo de conveniencia utilizando la técnica de bola de nieve a partir de la información de las personas que forman parte del equipo de trabajo del proyecto. Se generó una lista de once participantes potenciales de los cuales ocho participaron en la primera ronda y nueve en la segunda y tercera ronda. Los perfiles profesionales de los componentes fueron: un gestor/a de estrategias en salud, dos expertos/as en políticas de salud pública, dos gestores/as de proyectos, un consultor/a en proyectos internacionales, y tres científico/as y académico/as del ámbito de la salud pública y la salud laboral.

4.3.3. Recogida de información

Se aplicó una técnica Delphi en tres rondas durante el periodo comprendido entre abril y junio de 2013. La técnica fue aplicada a través de correo electrónico siguiendo un proceso en varias etapas que se detallan en la Figura 6.

Figura 6. Proceso de recogida de información mediante técnica Delphi



Tres fueron los cuestionarios elaborados, uno por cada ronda de recogida de información. El cuestionario basal (C1) incluía una lista de criterios generales con sus correspondientes definiciones y criterios operativos (indicadores) que se ya habían sido aplicados en estudios anteriores para evaluar intervenciones diferentes en salud pública^{197, 198, 199}. Este primer cuestionario (C1) se utilizó en la primera ronda de consulta, en la que se solicitó la exclusión y/o inclusión en la matriz los criterios e indicadores útiles (o no) para la evaluación específica de intervenciones de PSLT para la promoción del EAS en el lugar de trabajo. Esta información se incluyó en el segundo cuestionario (C2), que se volvió a enviar en línea para la siguiente consulta. En esta segunda ronda se solicitó que se valoraran los criterios e indicadores resultantes de la primera ronda mediante una escala numérica de 1 a 5 en función de su importancia y aplicabilidad. Considerando esta información se construyó un tercer cuestionario (C3).

4.3.4. Metodología de análisis

Se realiza un análisis de contenido de las opiniones realizadas por las personas consultadas en cada uno de los cuestionarios. Además se realiza un análisis cuantitativo de las puntuaciones aportadas a cada criterio mediante cálculo de puntuaciones medias y terciles, así como de porcentaje de personas que priorizan cada criterio.

En base a los resultados de la técnica Delphi aplicada, se seleccionaron los criterios y sus correspondientes indicadores que obtuvieron un mayor consenso, definido este como haber obtenido una valoración media por encima del tercer tercil. Se construyó una lista de verificación a partir de la información resultante.

4.3.5. Producto del estudio a partir del objetivo 4

Este estudio Delphi ha dado como resultado un artículo científico publicado en la Revista Española de salud pública que se referencia a continuación:

Inmaculada Mateo Rodríguez, Antonio Daponte Codina, Mariola Bernal Solano y M^a José Sánchez Pérez. Elaboración de criterios e indicadores para desarrollar y evaluar programas de envejecimiento saludable en los lugares de trabajo Rev. Esp. Salud Publica vol.89 no.5 Madrid set.-oct. 2015

RESULTADOS

“El viaje no termina jamás Solo los viajeros terminan. Y también ellos pueden subsistir en la memoria, en recuerdo, en narración... el objetivo de un viaje es solo el inicio de otro viaje.

Jose Saramago

6.12. 5.1. Características del contexto socio-demográfico en España

La Esperanza de Vida (EV) en España aumentará aproximadamente 10 años en los próximos 50 años. Se espera que en el año 2063 la Esperanza de vida en los hombres sea de 91 años y en las mujeres 3,3 años más.

Tabla 5. Proyección de la esperanza de vida al nacimiento. Brecha de género. España

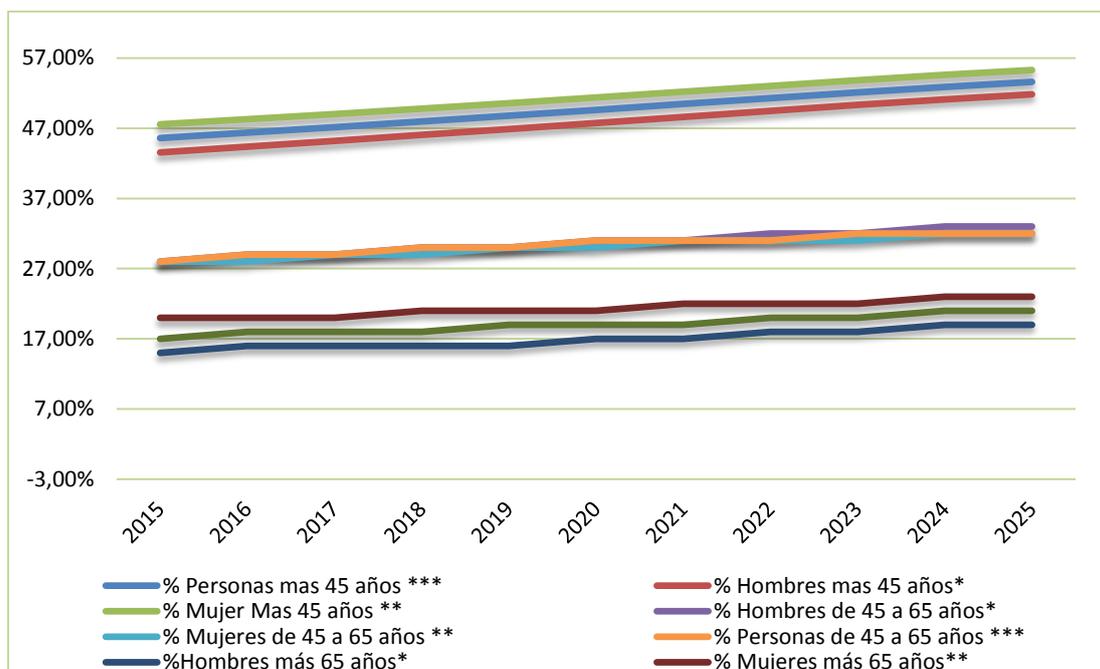
Año	Hombres	Mujeres	Brecha de género
2013	80,0	85,6	5,6
2014	80,0	85,7	5,6
2019	81,4	86,7	5,3
2024	82,8	87,7	5,0
2029	84,0	88,7	4,7
2034	85,2	89,6	4,5
2039	86,3	90,5	4,2
2044	87,4	91,4	4,0
2049	88,4	92,2	3,8
2054	89,3	93,0	3,7
2059	90,3	93,8	3,5
2063	91,0	94,3	3,4

Elaboración propia. Fuente: Cifras de población. Proyecciones de población. INE. Datos descargados de: http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926380048&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout

Además la proporción de población adulta mayor (población a partir de los 45 años) también aumentará. En el año 2015 un 45,6% de la población española tenía más de 45 años (43,5% de hombres y 47,5% de mujeres), y en el 2025 se espera que este porcentaje aumente hasta el 53,6%. Dentro del grupo de mayores de 45 años aumentan en la misma medida tanto las personas que tienen 45 a 65 años como aquellas de más de 65 años. De manera que, en el año 2015 un 28% de la población tenía entre 45 y 65 años y un 17% era mayor de 65 años, mientras que en el año 2025 se espera que este porcentaje aumente en un 4% en ambos grupos de edad, pasando

a ser un 32% el grupo de 45 a 65 años y un 21% el porcentaje de personas de más de 65 años. (Gráfico 1)

Gráfico 1. Proyecciones de población mayor de 45 años en España por sexo (2015-2025)



*Respecto al total de hombres**respecto al total de mujeres *** respecto al total de población en España en ese año
Elaboración propia. Fuente: Proyecciones de población 2014-2064. Resultados nacionales. INE. Datos descargables en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>. Los datos concretos se pueden consultar en el Anexo de tablas. (Tabla ANEXO.1. Proyección de población mayor de 45 años en España 2015-2025)

El resultado de las tendencias anteriores es un aumento del Índice de Envejecimiento (IE) entendido como el porcentaje de población de 65 y más años sobre la población de 0 a 14 años. En el año 2009 el Índice de Envejecimiento en España era de 106, en el año 2015 era de 115 y, según proyecciones del INE, en el año 2025 será 165 (Tabla 6).

Tabla 6. Índice de envejecimiento de la población en España. Proyecciones 2015-2025

2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
115%	117%	120%	123%	127%	131%	136%	142%	148%	156%	165%

Nota: IE= Índice de Envejecimiento. Se calcula como: (Población de 65 y más años/población de 0 a 14 años)*100
Fuente: Elaboración propia. INE. Proyecciones de Población 2014-2064. Resultados nacionales. INE. Datos descargables de: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>

5.1.1. Características de la situación laboral y de empleo de la población mayor de 45 años en España

Las proyecciones de la Encuesta de Población Activa (EPA) muestran un aumento de la tasa de actividad en los próximos años, tanto en hombres como en mujeres, considerando todas las edades.

Tabla 7. Proyecciones de la tasa de actividad en España por sexo. 2006-2020

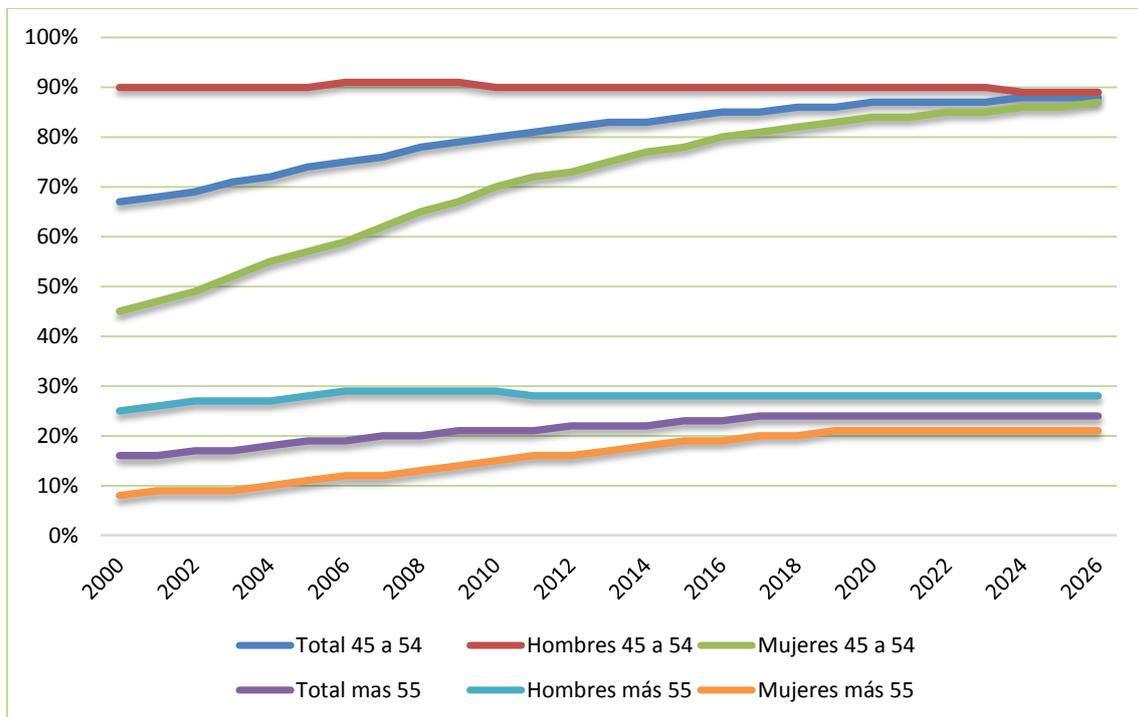
Año	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
2006	71,9	82,5	60,6
2007	72,7	82,9	61,6
2008	73,4	83,3	62,4
2009	73,9	83,7	63,0
2010	74,3	84,0	63,5
2011	74,7	84,3	63,9
2012	74,9	84,5	64,2
2013	75,1	84,8	64,4
2014	75,2	85,0	64,6
2015	75,3	85,2	64,7
2016	75,4	85,4	64,8
2017	75,5	85,5	64,9
2018	75,5	85,7	65,0
2019	75,5	85,8	65,0
2020	75,5	86,0	65,0

Nota: Tasa de actividad se calcula como: (Número de personas activas/total de población de 16 a 65 años)*100 (INE. Glosario de conceptos. Tasa de Actividad. Disponible en: <http://www.ine.es/DEFIne/concepto.htm?txt=tasa%20de%20actividad&c=4459&p=1&n=20> (visita abril 2016))
Elaboración propia. Fuente: INE. Proyecciones de población a corto plazo. 2010-2020. INE

La tasa de actividad de las mujeres es inferior a la de los hombres en algo más de 20 puntos y esa diferencia no se ha modificado a lo largo de los años analizados, ni se espera que lo haga de aquí al año 2020.

El incremento en la tasa de actividad de las mujeres desde el año 2006 hasta el 2015 sólo ha sido de 4,7 puntos, y las proyecciones realizadas hacia el 2020 muestran un porcentaje similar. Sin embargo si se analiza la participación laboral femenina en los grupos de edad de 45 a más años la tasa de actividad de las mujeres prácticamente se ha duplicado, desde un 45% de mujeres de 45 a 55 años que en el año 2000 formaban parte de la población activa hasta un 78% en el año 2015 y un aumento esperado en el año 2026 hasta el 87%. En el caso de mujeres de más de 55 años se ha pasado de un 8% de participación en el mercado laboral hasta un 19% (el doble) en 2015 y se espera que aumente hasta el 21% en el 2026.

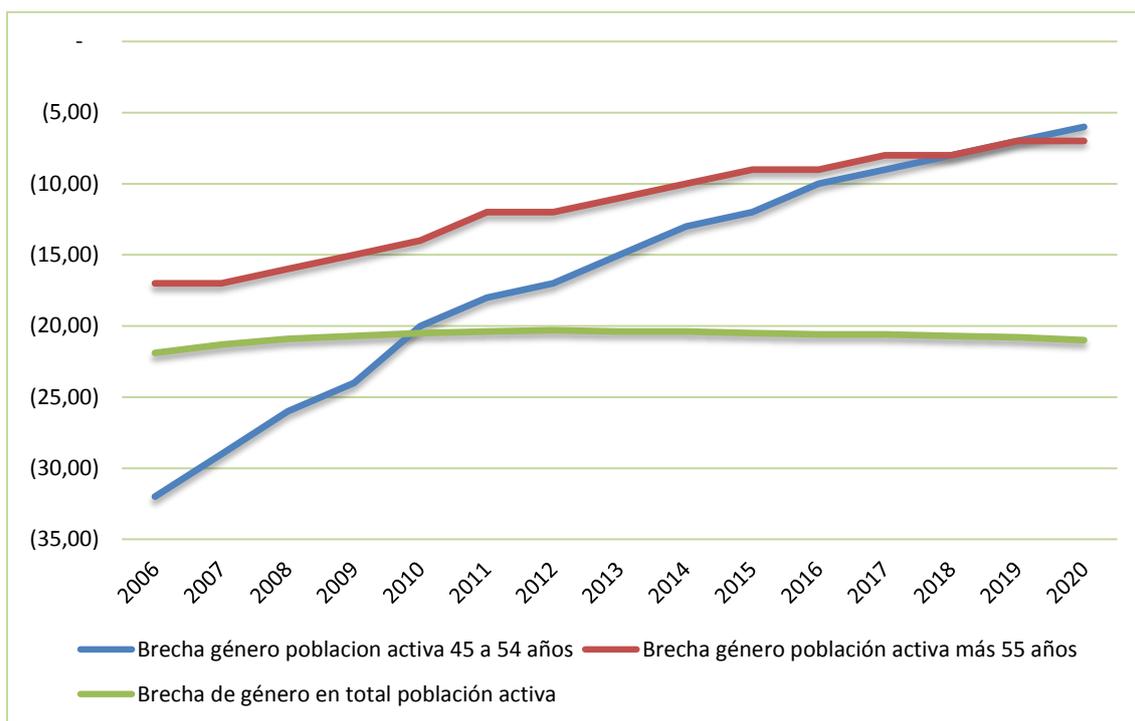
Gráfico 2. Proyecciones de la Tasa de Actividad en población mayor de 45 años en España por sexo y grupos de edad (2000-2026)



Elaboración propia. Fuente: INE. Proyecciones de población residente en viviendas familiares 2011-2026. Datos descargados de http://www.ine.es/daco/daco42/daco4211/proyecciones/epa_proy_tageges11-26.htm Los datos concretos se pueden consultar en el Anexo de tablas. (Tabla ANEXO.2. Proyección de población general y población activa mayor de 45 años por grupos de edad y sexo)

Como se observa en el gráfico 3 la brecha de género en la tasa de actividad está disminuyendo fundamentalmente entre los grupos de población activa de más de 45 años.

Gráfico 3. Evolución de la brecha de género en la Tasa de actividad según grupos de edad. España Proyecciones de 2006 a 2020



Nota: Brecha de género en la tasa de actividad se calcula mediante la diferencia entre la tasa de actividad de mujeres y hombres (Tasa actividad mujeres-Tasa actividad hombres).

Elaboración propia. Fuente: INE. Proyecciones de población a corto plazo. 2010-2020. Y INE Proyecciones de población residente en viviendas familiares 2011-2026. Descargables en http://www.ine.es/daco/daco42/daco4211/proyecciones/epa_proy_tageges11-26.htm

Los datos concretos se pueden consultar en el Anexo de tablas. (Tabla ANEXO.II. Brecha de género en la tasa de actividad en España global y en población activa de mayor de 45 años. Proyección 2006-2020)

En la Tabla 8 se puede consultar la distribución por edad y sexo de personas con un empleo en el año 2104 en España (nota: Las estadísticas anuales de 2015 aún no están disponibles, solo segmentadas por trimestres). En el año 2014 el 41,2% de personas con una ocupación en España tenía más de 45 años, el 42% de los hombres con un trabajo tenían más de 45 años y el 40% de las mujeres trabajadoras tenían más de 45 años.

Tabla 8. Tasa de empleo por sexo y edad en España. 2014

	Ambos sexos		Hombres		Mujeres	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Total	17.344,2	100%	9.442,7	100%	7.901,5	100%
De 16 a 19 años	79,4	0,5%	48,7	0,5%	30,7	0,4%
De 20 a 24 años	669,2	3,9%	349,4	3,7%	319,8	4,0%
De 25 a 29 años	1.616,8	9,3%	826,0	8,7%	790,8	10,0%
De 30 a 34 años	2.309,6	13,3%	1.216,1	12,9%	1.093,6	13,8%
De 35 a 39 años	2.838,0	16,4%	1.541,6	16,3%	1.296,4	16,4%
De 40 a 44 años	2.692,0	15,5%	1.490,1	15,8%	1.201,9	15,2%
16 a 44 años	10.205,0	58,9%	5.471,9	57,9%	4.733,2	59,8%
De 45 a 49 años	2.460,1	14,2%	1.353,9	14,3%	1.106,2	14,0%
De 50 a 54 años	2.150,3	12,4%	1.186,8	12,6%	963,5	12,2%
45 a 54	4.610,4	26,6%	2.540,7	26,9%	2.069,7	26,2%
De 55 a 59 años	1.574,2	9,1%	885,5	9,4%	688,8	8,7%
De 60 a 64 años	820,9	4,7%	465,8	4,9%	355,1	4,5%
55 a 64	2.395,1	13,8%	1.351,3	13,3%	1.043,9	13,2%
De 65 a 69 años	101,8	0,6%	59,5	0,6%	42,3	0,5%
De 70 y más años	31,9	0,2%	19,5	0,2%	12,4	0,2%
Más 65	133,7	0,8%	79,0	0,8%	54,7	0,7%
Total más 45	7.139,2	41,2%	3.971,0	42%	3.168,3	40,1%

Elaboración propia: Fuente: EPA datos anuales 2014. Datos descargables en: <http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=4745>

El análisis de actividad y empleo en las personas de más de 45 años (Tabla 9) muestra que en el año 2014 el 44% del total de personas mayores de 45 años estaba en situación de activo (esto es bien desempeñando un trabajo remunerado o bien disponible para desempeñarlo). Y un 35% de las personas de más de 45 años tenían alguna ocupación remunerada. Existen diferencias por sexo tanto en la tasa de actividad como en la de empleo, un 51% de hombres y 37% de mujeres de más de 45 se declara como población activa. Y un 41% de hombres de esas edades estaban empleados frente a un 29% de

mujeres. El porcentaje de personas en activo va disminuyendo a medida que aumenta la edad, desde un 83% entre las personas de 45 a 55 años, baja hasta un 55% entre las personas de 55 a 64 años y sólo un 2% de las mayores de 65 años se declaran activas. En todos los grupos de edad existen diferencias en las tasas de actividad de hombres y mujeres. El porcentaje de población activa entre los hombres es de 15 puntos mayor que el de las mujeres en las edades de 45 a 55 años y de 17 puntos mayor entre los grupos de 55 a 65 años. Sin embargo esa diferencia disminuye a partir de los 65 años, de manera que en ese grupo la diferencia es de 12 puntos.

Tabla 9. Tasas de actividad y empleo de la población mayor de 45 años en España por sexo y grupos de edad.2014

Total población en España 2014						
	Total población		Hombres		Mujeres	
	N	Tasa*	N	Tasa*	N	Tasa*
Total Población	45.994,90	100%	22.628,10	100%	23.366,80	100%
45 a 54 años	7.030,20	15%	3.518,30	16%	3.512,00	15%
55 a 64 años	5.403,10	12%	2.641,30	12%	2.761,70	12%
Más de 65	8.203,20	18%	3.566,50	16%	4.636,70	20%
Total población más 45	20.636,50	45%	9.726,10	43%	10.910,40	47%

Total población activa en España 2014						
	N	Tasa*	N	Tasa*	N	Tasa*
Total Población	22.954,60	50%	12.359,10	55%	10.595,40	45%
45 a 54 años	5.851,50	83%	3.185,50	91%	2.666,00	76%
55 a 64 años	2.992,80	55%	1.697,70	64%	1.295,20	47%
Más de 65	141	2%	82,6	2%	58,4	1%
Total pob más 45	8.985,30	44%	4.965,80	51 %	4.019,60	37%

Población ocupada en España 2014						
	N	Tasa*	N	Tasa*	N	Tasa*
Total Población	17.344,20	45%**	9.442,70	50%	7.901,50	40%
45 a 54 años	4.610,40	66%	2.540,70	72%	2.069,70	59%
55 a 64 años	2.395,10	44%	1.351,30	51%	1.043,90	38%
Más de 65	133,7	2%	79	2%	54,7	1%
Total pob más 45	7.139,20	35%	3.971,00	41%	3.168,30	29%

*Nota: Los porcentajes de la Población activa y con empleo se calculan respecto al total de población de esos grupos de edad. La Población ocupada es la formada por todas aquellas personas de 16 o más años que durante la semana de referencia han tenido un trabajo por cuenta ajena o han ejercido una actividad por cuenta propia. **Error! Marcador no definido.***

**Para el cálculo de la tasa de ocupación o empleo se ha utilizado: (Población ocupada/ número de personas mayores de 16 años). En el año 2014 38514 personas tenía más de 16 años, de ellas 18774 eran hombres y 19740 mujeres. Elaboración propia: Fuente: INE. EPA 2014*

Cuando se calcula la tasa de empleo de hombres y mujeres en función de la población activa declarada, las diferencias en los datos de ocupación por sexo prácticamente desaparecen como se puede ver en la tabla de abajo. Un 79% de mujeres y 80% de hombres activos mayores de 45 años estaban trabajando en el año 2014. Las tasas de ocupación de estos grupos es mayor entre aquellas personas de más edad (Tabla 10).

Tabla 10. Población mayor de 45 años con una ocupación remunerada en España según sexo y edad. 2014

	Total hombres y mujeres		Hombres		Mujeres	
Total Población ocupada	17.344,2	76%*	9.442,7	76%*	7.901,5	75%*
Población ocupada de 45 a 54	4.610,4	79%*	2.540,7	80%*	2.069,7	78%*
Población ocupada de 55 a 64	2.395,1	80%*	1.351,3	80%*	1.043,9	81%*
Población ocupada de más de 65 años	133,7	95%*	79,0	96%*	54,7	94%*
Población ocupada de más de 45 años	7.139,2	79%*	3.971,0	80%*	3.168,3	79%*

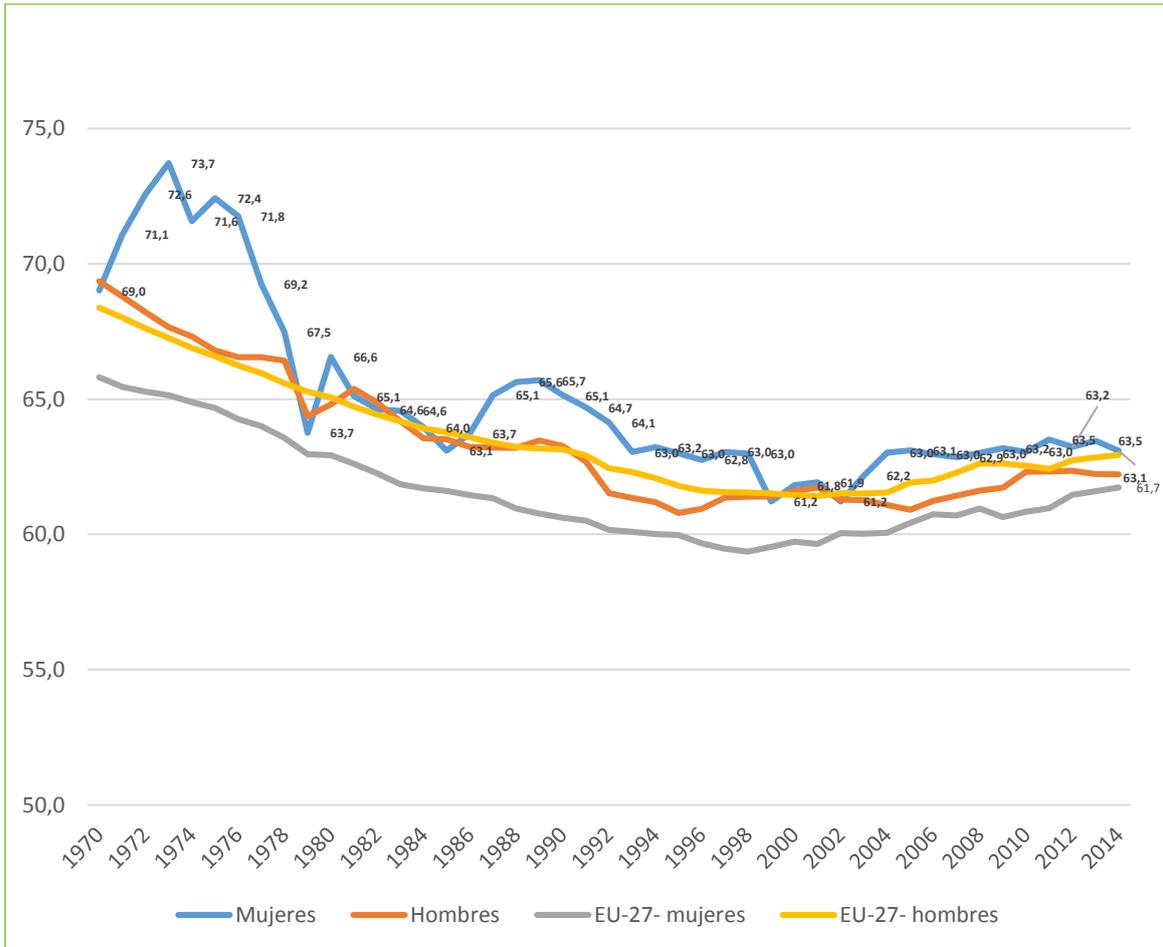
* Porcentajes calculados sobre el total de población que se declara activa en cada grupo de edad

5.1.2. Edad media de Jubilación en España y Europa

No sólo hay un incremento en la proporción de personas de edades avanzadas que desempeñan una actividad laboral, sino que además en los últimos años hay un aumento en la edad de jubilación. La edad media de salida del mercado de trabajo de Hombres y mujeres en España y en la UE-27 fue disminuyendo progresivamente desde el año 1970 hasta que, a partir del año 2000 comienza un ligero cambio de tendencia (Gráfico 4). Además la edad media de jubilación de las mujeres en España es algo superior a la de los

hombres a lo largo de todo el período analizado. No ocurre de la misma manera en el conjunto de la UE-27 en donde los hombres, de media, se jubilan unos años más tarde que las mujeres.

Gráfico 4. Evolución de la edad media de Jubilación por sexo en España y UE-27



Elaboración propia. Fuente: OECD estimates based on the results of national labour force surveys, the European Union Labour Force Survey and, for earlier years in some countries, national censuses. Datos descargables en: <http://www.oecd.org/els/public-pensions/ageingandemploymentpolicies-statisticsonaverageeffectiveageofretirement.htm>

Además en el año 2014 la edad de jubilación de los hombres en España (62,2 años) es muy similar al conjunto de la UE-27 (62,9 años), pero la de las mujeres está unos años por encima. La edad media de jubilación de las mujeres españolas en 2014 era de 63,2 años y de las mujeres en UE-27 era de 61,7 años.

Tabla 11. Edad media de jubilación en España y Europa desde 2000 a 2014 por sexo

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Mujeres España	61,8	61,9	61,2	62,2	63,0	63,1	63,0	62,9	63,0	63,2	63,0	63,5	63,2	63,5	63,1
Hombres España	61,6	61,7	61,3	61,3	61,1	60,9	61,2	61,4	61,6	61,7	62,3	62,3	62,3	62,2	62,2
Mujeres EU-27	59,7	59,6	60,0	60,0	60,1	60,4	60,7	60,7	61,0	60,6	60,8	61,0	61,5	61,6	61,7
Hombres EU-27	61,5	61,4	61,5	61,5	61,5	61,9	62,0	62,3	62,6	62,6	62,5	62,4	62,7	62,8	62,9

Elaboración propia. Fuente: OECD estimates based on the results of national labour force surveys, the European Union Labour Force Survey and, for earlier years in some countries, national censuses. Datos descargables en: <http://www.oecd.org/els/public-pensions/ageingandemploymentpolicies-statisticsonaverageeffectiveageofretirement.htm>

5.1.3. Características de las condiciones del empleo de la población mayor de 45 años en España

En la tabla que sigue se presenta la distribución por ocupaciones de las personas de más de 45 años. Un 21% de la población está en ocupaciones de servicios de restauración, servicios personales y/o de ventas, un 16,6% son técnicos y profesionales científicos y casi un 14% tienen ocupaciones elementales. Les siguen trabajos cualificados de industria (10,9%), profesiones administrativas (10,5%) y trabajos profesionales de apoyo (10,1%). Existen diferencias en las ocupaciones de hombres y mujeres, los primeros ocupan fundamentalmente puestos cualificados de agricultura, ganadería forestal y pesca (17%), seguido de ocupaciones contables y administrativas (16%), de direcciones y gerencias (14%), mientras que las mujeres están en ocupaciones de servicios de restauración, servicios personales y ventas (27%), ocupaciones elementales (22%) y profesionales científicas e intelectuales (20%). Sólo un 4% de mujeres están en puestos de dirección y gerencia frente al 14% de hombres.

Tabla 12. Ocupación de la población mayor de 45 años en España por sexo. 2015

	Total más de 45		Hombres más de 45		Mujeres más de 45	
	N	%	N	%	N	%
Total	7.737,3	100%	4.288,6	100%	3.448,8	100%
Directores y gerentes	435,4	5,6%	314,4	14,0%	121,0	4%
Técnicos y profesionales científicos e intelectuales	1.282,4	16,6%	598,8	11,8%	683,5	20%
Técnicos; profesionales de apoyo	779,5	10,1%	505,2	7,0%	274,2	8%
Empleados contables, administrativos y otros empleados de oficina	809,7	10,5%	300,7	16,5%	509,0	15%
Trabajadores de los servicios de restauración, personales, protección y vendedores	1.626,7	21,0%	707,2	5,0%	919,5	27%
Trabajadores cualificados en el sector agrícola, ganadero, forestal y pesquero	269,1	3,5%	213,5	17,8%	55,8	2%
Artesanos y trabajadores cualificados de las industrias manufactureras y la construcción (excepto operadores de instalaciones y maquinaria)	840,8	10,9%	765,4	12,3%	75,4	2%
Operadores de instalaciones y maquinaria, y montadores	593,6	7,7%	525,8	7,8%	67,7	2%
Ocupaciones elementales	1.077,6	13,9%	334,9	0,5%	742,7	22%
Ocupaciones militares	22,3	0,3%	22,3	0%	0	0%

Elaboración propia. Fuente: INE: EPA, 4 Trimestre 2015. Datos descargables en:

http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176918&menu=ultiDatos&idp=1254735976595

En el análisis de la distribución de hombres y mujeres trabajadoras por sectores de actividad, la información por grupos de edad que aporta la página del INE (EPA) cambia en cuanto a los intervalos de edad que se proponen de manera que se presentan los resultados a partir de los 40 años y según los grupos que aparecen en la tabla de más abajo. Las personas ocupadas de 40 y más años se distribuyen de la siguiente forma según el tipo de sector de actividad: El porcentaje más alto trabaja en comercio (15%), seguido de industria (12%) y administración pública (9%) y sector sanitario (9%). Hay algunas diferencias por sexo en los sectores de actividad que predominan. Las mujeres además de en actividades comerciales (15%) se encuentran en el sector de servicios sanitarios y sociales (15%), en educación (10%), en el sector doméstico (9%) y en la administración pública (9%); y los hombres se concentran en el sector de industria manufacturera (17%), comercio (14%), construcción (10%), administración pública (9%) y transporte (8%).

Tabla 13. Sector de actividad en población mayor de 40 años por sexo en España. 2015

	Hombres y mujeres mayores de 40		Hombres mayores 40		Mujeres mayores 40	
	N	%	N	%	N	%
Total	9.831,3	100%	5.461,2	100%	4.370,1	100%
Agricultura, ganadería, silvicultura y pesca	466,3	5%	351,1	6%	115,1	3%
Industrias extractivas	19,6	0%	18,2	0%	1,5	0%
Industria manufacturera	1.206,9	12%	922,2	17%	284,5	7%
Suministro de energía eléctrica, gas, vapor y aire acondicionado	48,9	0%	40,1	1%	8,8	0%
Suministro de agua, actividades de saneamiento, gestión de residuos y descontaminación	70,3	1%	61,7	1%	8,7	0%
Construcción	555,9	6%	519,2	10%	36,6	1%
Comercio al por mayor y al por menor; reparación de vehículos de motor y motocicletas	1.455,4	15%	784,8	14%	670,7	15%
Transporte y almacenamiento	531,8	5%	442,9	8%	88,1	2%
Hostelería	676,3	7%	324,3	6%	351,9	8%
Información y comunicaciones	216,6	2%	146,4	3%	70,1	2%
Actividades financieras y de seguros	255,3	3%	151,4	3%	104,0	2%
Actividades inmobiliarias	68,1	1%	30,5	1%	37,6	1%
Actividades profesionales, científicas y técnicas	436,3	4%	245,3	4%	190,9	4%
Actividades administrativas y servicios auxiliares	559,1	6%	233,1	4%	326,1	7%
Administración Pública y defensa; Seguridad Social obligatoria	906,3	9%	510,4	9%	396,0	9%
Educación	715,0	7%	261,6	5%	453,2	10%
Actividades sanitarias y de servicios sociales	854,4	9%	203,4	4%	651,1	15%
Actividades artísticas, recreativas y de entretenimiento	163,9	2%	92,6	2%	71,2	2%
Otros servicios	205,1	2%	76,1	1%	129,0	3%
Actividades de los hogares como empleadores de personal doméstico; actividades de los hogares como	418,5	4%	42,7	0%	373,8	9%

	Hombres y mujeres mayores de 40		Hombres mayores 40		Mujeres mayores 40	
	N	%	N	%	N	%
productores de bienes y servicios para uso propio						
Actividades de organizaciones y organismos extraterritoriales	1,5	0%		0%	0,7	0%

Elaboración propia. Datos INE . EPA Ultimo trimestre 2015 . Datos descargables en: http://www.ine.es/dynngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176918&menu=resultados&idp=1254735976595

En el anexo II (Tabla 5A) se presenta información más desagregada por sexo y grupos de edad (de 40 a 49; 50 a 59; 60 a 65 y más de 65 años). Aunque hay algunas diferencias, por ejemplo el sector agrícola emplea al 8% de mayores de 65 años y un 4% de las personas entre 40 y 50 años, los sectores de actividad prioritarios en los diferentes grupos de edad son similares.

En cuanto a la situación profesional y sector de ocupación al análisis diferenciando dos puntos de corte de edad: más de 40 años y más de 50 años, se presenta en la tabla que sigue. El trabajo por cuenta ajena es mayoritario, si bien el porcentaje de autónomos es superior en el caso de los hombres que entre las mujeres. Analizando el grupo de más de 40 años un 75% de hombres y un 85% de mujeres trabajan por cuenta ajena. En el caso de personas de más de 50 años este porcentaje disminuye hasta el 70% en el caso de los hombres y el 83% en las mujeres. Esto es, aunque continúa siendo mayoritario el trabajo por cuenta ajena en cualquiera de las edades, casi un tercio de los hombres mayores de 50 años que trabajan son autónomos. El trabajo asalariado, además, se concentra en el sector privado tanto en hombres como en mujeres.

Tabla 14. Situación profesional y sector de actividad de la población española trabajadora mayor de 40 años según sexo. 2015

	Total hombres y mujeres				Hombres				Mujeres			
	Más de 40		Más de 50		Más de 40		Más de 50		Más de 40		Más de 50	
Total	10.605,8	100%	5.111,1	100%	5.876,2	100%	2.857,2	100%	4.729,8	100%	2.276,9	100%
Trabajador por cuenta propia	2.216,6	21%	1.216,3	24%	1.487,3	25%	828,6	29%	729,3	15%	387,6	17%
Empleador/a	691,0	7%	378,0	7%	486,9	8%	265,8	9%	204,1	4%	112,2	5%
Empresario sin asalariados o trabajador independiente	1.462,5	14%	803,2	16%	976,9	17%	550,1	19%	485,5	10%	253,0	11%
Miembro de una cooperativa	17,2	1%	9,1	0%	11,1	0%	6,5	0%	6,1	0%	2,6	0%
Ayuda en la empresa o negocio familiar	46,0	0%	26,1	1%	12,5	0%	6,3	0%	33,6	1%	19,9	1%
Asalariados : Total	8.387,3	79%	3.893,5	76%	4.387,1	75%	2.004,3	70%	4.000,2	85%	1.889,2	83%
Asalariado sector público	2.159,8	20%	1.271,4	25%	987,5	17%	587,5	21%	1.172,3	25%	683,9	30%
Asalariado sector privado	6.227,6	59%	2.622,2	51%	3.399,7	58%	1.416,9	50%	2.827,9	60%	1.205,3	53%
Otra situación	2,0	0%	1,4	0%	1,8	0%	1,4	0%	0	0%	0	0%

Elaboración propia. Datos INE . EPA Ultimo trimestre 2015 Datos descargables en:

http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176918&menu=resultados&idp=1254735976595

El tipo de jornada mayoritaria en los y las trabajadoras de más de 45 años en España es la Jornada a tiempo completo, si bien hay diferencias en los porcentajes por sexo y por edad. En las mujeres es más frecuente las jornadas a tiempo parcial que entre los hombres. Un 23% de mujeres frente al 5% de hombres tienen un trabajo a tiempo parcial. Las diferencias entre sexo se dan en todos los grupos de edad, sin embargo, las y los trabajadores de mayor edad trabajan en mayor medida a tiempo parcial y esto ocurre tanto en hombres como en mujeres. Un 4% de hombres de 45 a 55 años tiene un trabajo a tiempo parcial, y un 24% de hombres de más de 65 años. En el caso de las mujeres el 30% de las que tienen entre 45 y 55 años tiene un trabajo a tiempo parcial y el 42% de las mayores de 65 años.

Tabla 15. Tipo de Jornada por sexo y grupos de edad en España. 2014

	Total		Jornada a tiempo completo		Jornada a tiempo parcial	
	N	%	N	%	N	%
	Ambos sexos					
45 a 54	4.610,40	100%	4.022,40	87%	587,9	13%
55 a 64	2.395,10	100%	2.100,00	88%	295,1	12%
Más de 65	133,7	100%	91,6	69%	42,1	31%
Total más 45	7.139,20	100%	6.214,00	87%	925,1	13%
	Hombres					
45 a 54	2.540,70	100%	2.427,00	96%	113,8	4%
55 a 64	1.351,30	100%	1.288,50	95%	62,8	0%
Más de 65	79	100%	60,1	76%	18,9	24%
Total más 45	3.971,00	100%	3.775,60	95%	195,5	5%
	Mujeres					
45 a 54	2.069,70	100%	1.595,50	77%	474,2	30%
55 a 64	1.043,90	100%	811,5	78%	232,3	29%
Más de 65	54,7	100%	31,5	58%	23,2	42%
Total más 45	3.168,30	100%	2.438,50	77%	729,7	23%

Elaboración propia. Fuente: INE. EPA. Datos anuales 2014. Datos descargables de: <http://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre=811&capsel=814>

En cuanto al tipo de contrato, la mayor parte de las personas de más de 40 años cuentan con un contrato indefinido, en especial quienes trabajan a edades muy avanzadas (más de 60 años). Los porcentajes de hombres y mujeres con contrato indefinido o temporal

son muy similares. Sin embargo, un porcentaje ligeramente superior de mujeres que de hombres tienen contratos indefinidos discontinuos. Los contratos temporales más frecuentes son los de obras y servicios (fundamentalmente en hombres) así como los destinados a cubrir ausencias temporales de un trabajador o trabajadora (ligeramente superiores entre las mujeres). Un 18% de los contratos temporales de las mujeres mayores de 60 años son verbales, frente al 4% de los contratos temporales de los hombres en esas edades. En el Anexo II, el Gráfico. 1A ayuda a visibilizar las diferencias en las modalidades de contratos entre hombres y mujeres y por edad.

Tabla 16. Tipo de contrato por sexo y grupos de edad en España.2014

	De 40 a 49 años		De 50 a 59 años		Más de 60		De 40 a 49 años		De 50 a 59 años		Más de 60 años		De 40 a 49 años		De 50 a 59 años		Más de 60 años	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	Ambos sexos						Hombres				Mujeres							
Total contratos de duración indefinida	3.515,0	80%	2.703,7	87%	621,3	91%	1.879,6	81%	1.404,1	87%	326,7	92%	1.635,4	80%	1.299,6	87%	294,6	90%
Total contratos temporales	871,6	20%	415,1	13%	60,8	9%	455,0	19%	214,9	13%	29,8	8%	416,7	20%	200,1	13%	31,0	10%
Total	4.386,6	100%	3.118,8	100%	682,1	100%	2.334,6	100%	1.619,0	100	356,5	100%	2.052,1	100%	1.499,7	100%	325,6	100%
TIPOS DE CONTRATOS INDEFINIDOS																		
De duración indefinida: Permanente a lo largo del tiempo	3.422,3	97%	2.631,7	97%	605,4	97%	1.843,8	98%	1.383,3	99%	321,0	98%	1.578,5	97%	1.248,4	96%	284,4	97%
De duración indefinida: Discontinuo	92,7	3%	72,0	3%	15,9	3%	35,8	2%	20,7	1%	5,7	2%	56,9	3%	51,2	4%	10,1	3%
TIPOS DE CONTRATOS TEMPORALES																		
Temporal: Eventual por circunstancias de la producción	163,8	19%	71,9	17%	8,8	14%	85,4	19%	37,4	17%	5,4	18%	78,4	19%	34,5	17%	3,4	11%
Temporal: De aprendizaje, formación o práctica	6,7	1%	2,6	1%	0,1	0%	3,2	1%	1,2	1%	0,1	0%	3,4	1%	1,4	1%	0,0	0%
Temporal: Estacional o de temporada	68,4	8%	37,4	9%	6,6	11%	39,5	9%	22,3	10%	3,8	13%	28,9	7%	15,2	8%	2,8	9%
Temporal: En periodo de prueba	5,2	1%	2,8	1%	0,4	1%	2,7	1%	1,9	1%	0,1	0%	2,5	1%	1,0	0%	0,3	1%

Condiciones de trabajo y salud en población mayor trabajadora y medidas para la promoción del envejecimiento saludable en el trabajo

	De 40 a 49 años		De 50 a 59 años		Más de 60		De 40 a 49 años		De 50 a 59 años		Más de 60 años		De 40 a 49 años		De 50 a 59 años		Más de 60 años	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	Ambos sexos						Hombres				Mujeres							
Temporal: Cubre la ausencia total o parcial de otro trabajador	120,4	14%	64,8	16%	7,3	12%	35,0	8%	15,7	7%	0,8	3%	85,4	21%	49,1	25%	6,5	21%
Temporal: Para obra o servicio determinado	383,6	44%	171,4	41%	22,8	38%	233,1	51%	109,6	51%	13,9	47%	150,5	36%	61,9	31%	8,8	28%
Temporal: Verbal, no incluido en las opciones anteriores	37,6	4%	24,2	6%	6,6	11%	11,2	2%	7,0	3%	1,1	4%	26,5	6%	17,2	9%	5,5	18%
Temporal: Otro tipo	24,2	3%	15,9	4%	3,0	5%	9,6	2%	6,4	3%	1,5	5%	14,6	4%	9,5	5%	1,5	5%
Temporal: No sabe	61,7	7%	23,9	6%	5,2	9%	35,3	8%	13,5	6%	3	10%	26,4	6%	10,4	5%	2,2	7%

Elaboración propia: Fuente: INE. EPA.2014. Datos descargables de: <http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=4864>

6.13. 5.2. Desigualdades de género en las condiciones de empleo y de trabajo y en la salud de trabajadores y trabajadoras mayores de 45 años en España

5.2.1. Desigualdades de género en las condiciones de salud y hábitos relacionados con la salud en trabajadores y trabajadoras mayores de 45 años a partir de la ENS

Para responder a este objetivo de la tesis se han explotado los datos de la Encuesta Nacional de Salud del año 2011. Contestan esta encuesta 12.643 personas mayores de 45 años, 5.441 (43%) hombres y 7.202 (57%) mujeres. De ellas 4.725 personas cuentan con un trabajo remunerado, con cualquier vinculación laboral, o bien están en situación de desempleo. De ellas 2.596 son hombres y 2.129 mujeres.

En la tabla 17 se presentan las características sociodemográficas generales de mujeres y hombres mayores de 45 años trabajadoras según clase social. Las diferencias entre el grupo de hombres y mujeres en edad y clase social, aunque muy pequeñas, son estadísticamente significativas. En cuanto al sector de actividad existen diferencias importantes en cuanto a la distribución por sexo. Las mujeres se encuentran de manera muy mayoritaria en el sector servicios, seguida de la industria, mientras que en el caso de los hombres hay un mayor reparto entre los distintos sectores. La diferencia más importante se da en el sector de la construcción.

Tabla 17. Características sociodemográficas en la muestra de la población ocupada mayor de 45 años de la Encuesta Nacional de Salud 2011

	Hombre	Mujer	Total	P
Total	2596 (57,1%)	2129 (42,9%)	4725 (100%)	0,000
EDAD				
Edad media	52,8	52,3	52,58	0,000

	Hombre	Mujer	Total	P
CLASE SOCIAL				
No manual	1481 (57,4%)	1186 (56,2%)	2667 (57,5%)	0,000
Manual	1099 (42,6%)	921 (43,7%)	2020 (42,5%)	
SECTOR DE ACTIVIDAD				
Agrario	126 (6,10%)	47 (2,70%)	173 (4,70%)	0,000
Industria	410 (19,50%)	125 (6,30%)	535 (13,80%)	
Construcción	207 (11,0%)	15 (0,9%)	222 (6,7%)	
Servicios	1321 (64,1%)	1504 (88,2%)	2825 (75,0%)	

En la Tabla 18 se presenta la distribución de las variables de estudio relativas a las condiciones laborales de hombres y mujeres mayores de 45 años que contestan a la ENS y según clase social. Trabajar sin contrato o con contratos temporales y en jornadas reducidas es más frecuente entre las mujeres con un empleo manual que en el resto de grupos. Un porcentaje ligeramente superior de mujeres (13,6%) que de hombres (12,2%) trabaja con contratos temporales y este porcentaje es mayor aún entre mujeres de clase social manual (18,6%). También es superior el porcentaje de mujeres que trabaja sin un contrato, en especial entre las clases manuales (10%), pero también entre quienes tienen una ocupación no manual (3,8%). El trabajo por cuenta propia es ocupado por un porcentaje mayor de hombres (el 7,2% es empresario con personal contratado y el 17% autónomo sin personas contratadas) que de mujeres (5% y 12,7% respectivamente). Las mujeres en ocupaciones manuales están más expuestas a modalidades laborales de mayor precariedad (27,6%) que las mujeres en trabajos no manuales (14,5%) y también que los hombres tanto en ocupaciones manuales como no manuales. En cuanto a los horarios de trabajo las jornadas irregulares de trabajo y el trabajo nocturno son más frecuentes entre hombres, y especialmente de clases manuales. Aunque la nocturnidad es muy poco frecuente, el grupo más expuesto es el de hombres de clase manual. Similar porcentaje de mujeres y de hombres (10%) manifiestan trabajar a turnos, aunque este porcentaje es del 15% entre las mujeres que cuentan con ocupaciones manuales.

En cuanto a las exigencias del trabajo, un mayor porcentaje de hombres y en clases no manuales declaran tener niveles de estrés más elevados, y este porcentaje es menor en las clases manuales (46% de hombres y 44,6% de mujeres) que entre las no manuales (55,1% de hombres y 56,9% de mujeres). En relación a las exigencias físicas del trabajo, la movilización de cargas es más frecuente entre los hombres de clases manuales, mientras que el trabajo sedentario también predomina entre los hombres, pero principalmente en los que tienen ocupaciones no manuales. Por el contrario el trabajo de pie es más frecuente entre las mujeres, el 62% de mujeres en clase manual trabaja de pie la mayor parte del tiempo, frente al 38,8% de hombres. En concreto cuando se considera la medida global de exigencia física del trabajo las mujeres, y en especial las de clase manual son las que mayor exposición muestran. Por último el trabajo no remunerado del hogar es realizado predominantemente por las mujeres. El 80% de mujeres frente al 19% de hombres manifiestan realizar las tareas domésticas en exclusividad.

Tabla 18. Condiciones de trabajo y empleo de la población trabajadora mayor de 45 años en España. ENS 2011

		Hombres			Mujeres		
		No-manual	Manual	Total Hombres	No-manual	Manual	Total Mujeres
TIPO DE CONTRATO							
Contrato Indefinido	N	819	448	1260	669	415	1081
	%	91,3%	82,0%	87,8%	89,8%	81,4%	86,4%
Contrato Temporal	N	75	80	155	71	102	173
	%	8,7%	18,0%	12,2%	10,2%	18,6%	13,6%
Total	N	894	528	1422	740	517	1257
ASALARIADO CON CONTRATO O SIN CONTRATO							
Asalariado/a con contrato	N	894	528	1415	740	517	1257
	%	99,40%	94,30%	97%	96,20%	89,40%	95%
Asalariado/a sin contrato	N	8	30	38	21	52	73
	%	0,60%	5,70%	3%	3,80%	10,60%	5,3%
Total	N	902	558	1460	761	569	1330
TIPO RELACION LABORAL							
	N	894	528	1422	740	517	1257

Condiciones de trabajo y salud en población mayor trabajadora y medidas para la promoción del envejecimiento saludable en el trabajo

		Hombres			Mujeres		
		No-manual	Manual	Total Hombres	No-manual	Manual	Total Mujeres
Trabajo Cuenta Ajena con Contrato	%	70,30%	72,50%	70,9%	73,10%	80%	75,3%
Empresario con Asalariado	N	165	26	1918	78	7	85
	%	12,9%	3,10%	9,40%	7,2%	1,60%	5,4%
Empresario sin Asalariado	N	209	142	355	160	54	214
	%	16,20%	19,30%	17,40%	16%	7,60%	12,8%
Sin Contrato Ayuda Familiar y Cooperativa	N	12	36	48	28	59	87
	%	0,70%	5,10%	2,30%	3,60%	10,80%	6,4%
Total	N	1280	732	2012	1006	637	1643
PRECARIEDAD LABORAL *							
No Precariedad	N	90,8%	77,0%	85,5%	85,5%	72,4%	80,0%
	%	819	448	1267	669	415	1084
Si Precariedad	N	9,2%	23,0%	14,5%	14,5%	27,6%	20,0%
	%	83	113	196	98	157	255
Total	N	902	561	1463	767	572	1339
JORNADAS LABORALES							
Jornada Partida	N	595	289	884	370	167	537
	%	51,8%	42,3%	45%	38,0%	29,0%	33%
Continua Mañana	N	363	160	523	384	189	573
	%	26,8%	22,8%	26%	38,2%	29,5%	35%
Continua Tarde	N	18	26	44	24	52	76
	%	1,1%	3,5%	2%	2,7%	7,0%	5%
Noche	N	6	22	28	10	8	18
	%	0,6%	2,7%	1%	,9%	1,2%	1%
Jornada Reducida	N	12	16	28	39	47	86
	%	0,9%	2,4%	1%	3,8%	7,5%	5%
Turnos	N	98	94	192	61	97	158
	%	7,8%	12,8%	10%	6,2%	15,4%	10%
Jornada Irregular	N	157	125	282	97	71	168
	%	12,0%	16,4%	14%	10,7%	11,2%	10%

Condiciones de trabajo y salud en población mayor trabajadora y medidas para la promoción del envejecimiento saludable en el trabajo

		Hombres			Mujeres		
		No-manual	Manual	Total Hombres	No-manual	Manual	Total Mujeres
Total	N	1249	732	1981	985	631	1616
NOCTURNIDAD							
Sin Nocturnidad	N	1475	1077	2552	1176	913	2089
	%	99,5%	98,2%	99%	99,3%	99,2%	100%
Con Nocturnidad	N	6	22	28	10	8	18
	%	0,5%	1,8%	1%	0,7%	0,8%	1%
Total	N	1481	1099	2580	1176	921	2097
EXPOSICION A EXIGENCIAS DEL TRABAJO: ESTRÉS LABORAL**							
Bajo Estrés	N	589	409	998	438	364	802
	%	44,9%	54,0%	49%	43,1%	55,4%	48%
Alto Estrés	N	687	335	1022	574	289	863
	%	55,1%	46,0%	51%	56,9%	44,6%	52%
Total	N	1276	744	2020	1012	653	1665
EXPOSICIÓN A EXIGENCIAS DEL TRABAJO: DEMANDAS FÍSICAS DEL TRABAJO							
Sentado	N	619	330	949	467	137	604
	%	41,4%	31,7%	37,2%	37,3%	15,6%	27,9%
De Pie	N	613	457	1070	593	581	1174
	%	41,8%	38,8%	40,5%	52,0%	62,2%	56,4%
Movilización sin Esfuerzo	N	201	214	415	102	170	272
	%	14,2%	20,3%	16,8%	9,5%	19,3%	13,7%
MMMC	N	27	88	115	13	24	37
	%	2,6%	9,2%	5,4%	1,2%	2,9%	1,9%
Total	N	1460	1089	2549	1175	912	2087
EXIGENCIA FÍSICA GLOBAL DEL TRABAJO***							
No	N	830,00	547,00	1.377,00	570,00	310,00	880,00
	%	55,70%	52,10%	54,20%	46,40%	34,90%	41,40%
Si	N	644,00	545,00	1189	612	608	1220
	%	44,30%	47,90%	45,80%	53,60%	65,10%	58,60%
Total	N	1474	1092	2566	1182	918	2100
TRABAJO DOMESTICO****							
No	N	1237	870	2107	561	316	877

		Hombres			Mujeres		
		No-manual	Manual	Total Hombres	No-manual	Manual	Total Mujeres
	%	70,5%	73,2%	71,6%	29,5%	26,8%	28,4%
Si	N	244	229	473	625	605	1230
	%	18,3%	20,2%	19,2%	81,7%	79,8%	80,8%
Total	N	1481	1099	2580	1186	921	2107

* Se ha construido esta variable para incorporar a personas que trabajan por cuenta ajena (no autónoma) con un contrato temporal, o bien sin contrato, incluida la ayuda a familiares.

** Se ha construido una variable dicotómica a partir de las puntuaciones medias en la pregunta tipo escala de 7 puntos.

*** Se construye esta variable incluyendo las dos condiciones que se relacionan con mayor densidad en cuanto a esfuerzo físico requerido por el trabajo: la movilización de cargas y estar de pie la mayor parte del tiempo de trabajo.

**** Se construye identificando a las personas que manifiestan asumir toda la carga del trabajo de su hogar versus el resto.

El 29,2% de mujeres trabajadoras mayores de 45 años tienen una salud percibida deficientes. Estos porcentajes son superiores a los de los hombres de cualquier clase social. También un porcentaje más alto de mujeres trabajadoras (48%) que de hombres (45,4%) declaran tener alguna enfermedad crónica. Los problemas de salud asociados con factores de riesgo cardiovascular (que agrupa problemas como: tensión arterial alta, infarto, otras enfermedades del corazón y embolia o infarto cerebral) son más frecuentes en los hombres (24,4% de hombres y 17,2% de mujeres), mientras que las mujeres presentan mayores problemas de salud mental (14% de mujeres y el 6% de hombres), de dolores de espalda crónicos (38% de mujeres y 33% de hombres) y artrosis. La salud es peor en personas con empleos manuales, y esto ocurre para todos los indicadores de salud analizados a excepción de los problemas asociados al riesgo cardiovascular. Un 36% de mujeres en ocupaciones manuales presentan una mala salud percibida, siendo este el grupo que muestra una peor salud percibida de todos los analizados. Y un 51% tiene algún problema crónico de salud.

Tabla 19. Indicadores de salud de la población trabajadora mayor de 45 años en España. ENS 2011

		Hombre			Mujer		
		No-manual	Manual	Total Hombre	No-manual	Manual	Total Mujer
SALUD PERCIBIDA*							
Excelente, muy buena, buena	N	1191	804	1995	899	587	1486
	%	80,8%	72,7%	77,4%	76,1%	63,7%	70,8%
Regular o Mala	N	290	295	585	287	334	621
	%	19,2%	27,3%	22,6%	23,9%	36,3%	29,2%
Total	N	1481	1099	2580	1186	921	2107
ENFERMEDAD CRÓNICA**							
Si	N	622	441	1063	548	471	1019
	%	42,6%	37,9%	41%	45,4%	51,9%	48%
No	N	857	658	1515	637	449	1086
	%	57,4%	62,1%	59%	54,6%	48,1%	52%
Total	N	1479	1099	2578	1185	920	2105
RIESGO CARDIO-CEREBROVASCULAR***							
No	N	1098	834	1932	1006	734	1740
	%	73,7%	78,1%	75,6%	85,3%	79,6%	82,8%
Si	N	383	265	648	180	187	367
	%	26,3%	21,9%	24,4%	14,7%	20,4%	17,2%
Total	N	1481	1099	2580	1186	921	2107
PROBLEMAS DE SALUD MENTAL****							
No	N	80	87	167	138	153	291
	%	5,0%	7,6%	6%	9,7%	15,7%	14%
Si	N	1401	1012	2413	1048	768	1816
	%	95,0%	92,4%	94%	90,3%	84,3%	86%
Total	N	1.481	1.099	2.580	1.186	921	2.107
PROBLEMAS DE ESPALDA*****							
No	N	326	317	643	401	393	794
	%	21,8%	29%	25%	33,0%	43%	38%
Si	N	1155	782	1937	785	528	1313
	%	78,2%	70,7%	75%	67,0%	55,9%	62%

		Hombre			Mujer		
		No-manual	Manual	Total Hombre	No-manual	Manual	Total Mujer
Total	N	1481	1099	2580	1186	921	2107
ARTROSIS							
No	N	1322	926	2248	944	618	1562
	%	89,8%	85,4%	87%	80,4%	67,6%	74%
Si	N	159	173	332	242	303	545
	%	10,2%	14,6%	13%	19,6%	32,4%	26%
Total	N	1481	1099	2580	1186	921	2107
ACCIDENTABILIDAD EN EL LUGAR DE TRABAJO							
No Accidente	N	1438	1061	2499	1158	895	4552
	%	97,8%	96,7%	97,3%	98,3%	97,0%	97,5%
Si Accidente	N	29	35	64	21	20	105
	%	2,2%	3,3%	2,7%	1,7%	3,0%	2,5%
Total	N	1467	1096	2563	1179	915	4657
LIMITACIÓN ACTIVIDAD COTIDIANA*****							
Sin limitación	N	1417	1054	2471	1115	837	1952
	%	96,7%	96,6%	96,7%	94,8%	91,7%	93,5%
Con limitación	N	50	42	92	64	78	142
	%	3,3%	3,4%	3,3%	5,2%	8,3%	6,5%
Total	N	1467	1096	2563	1179	915	2094
DOLOR							
Sin Dolor	N	1254	879	2133	872	609	1481
	%	86,2%	79,7%	83,4%	72,4%	66,3%	69,8%
Con Dolor	N	213	217	430	307	306	613
	%	13,8%	20,3%	16,6%	27,6%	33,7%	30,2%
Total	N	1467	1096	2563	1179	915	2094

*La salud percibida se construye como una variable dicotómica a partir de una pregunta con respuesta en una escala de 5 puntos.

**Personas que declaran tener una enfermedad crónica.

***Se construye con la suma de personas que dicen padecer al menos uno de los siguientes problemas: hipertensión, infarto, colesterol alto y otras enfermedades del corazón.

****Se construye con la suma de personas que dicen padecer a menos uno de los siguientes problemas: depresión, ansiedad crónica y/u otros problemas mentales.

*****Se construye con la suma de personas que dicen padecer un dolor de espalda crónico tanto lumbar como cervical.

*****Personas que tienen desde problemas leves para realizar las actividades cotidianas hasta aquellas que no pueden realizar sus actividades cotidianas.

Un porcentaje muy pequeño de personas ha tenido un accidente laboral los últimos 12 meses. Los accidentes laborales son más frecuentes entre trabajadores y trabajadoras de clase manual. Las mujeres presentan problemas de limitación de la actividad habitual en la semana anterior a la encuesta en mayor proporción que los hombres. Aunque globalmente un número de personas muy pequeño manifiesta tener este tipo de problemas. Un 8,3% de mujeres declaran padecer esta situación. Además un tercio de mujeres mayores de 45 años y en ocupaciones de tipo manual tiene dolor de manera habitual. En el caso de los hombres este porcentaje es del 20%.

En relación a estilos de vida y patrones relacionados con la salud, una mayor proporción de hombres que de mujeres tienen hábitos poco saludables como un menor consumo de fruta y verdura y mayor consumo de tabaco. El 61% de hombres y el 54% de mujeres no toman la cantidad recomendada de fruta y verdura al día y el 31% de hombres fuma de manera habitual. Un 46% de mujeres trabajadoras mayores de 45 años tienen sobrepeso u obesidad, y un 73% de los hombres. Por el contrario, los porcentajes de personas inactivas en su tiempo libre son similares entre hombres y mujeres pero algo superior para las mujeres. El 28,3% de mujeres trabajadoras mayores de 45 años son inactivas y el 26,2% de hombres. En el caso de los hombres, aquellos con una clase social manual tienen aún peores hábitos relacionados con la salud que los de clase no manual y para todos los indicadores analizados. En el caso de las mujeres, esto ocurre también en todos los indicadores a excepción del consumo de fruta (que es muy similar entre las que tienen ocupaciones manuales y no manuales) y en relación a los niveles de actividad física. Las mujeres en ocupaciones no manuales son más inactivas que aquellas que las que tienen un empleo manual (un 32% y 28,2% respectivamente) (Tabla 20).

Tabla 20. Estilos de vida de la población trabajadora mayor de 45 años en España. ENS 2011

		Hombre			Mujer		
		No-manual	Manual	Total Hombre	No-manual	Manual	Total Mujer
IMC*							
Normo Peso	N	409	251	660	673	372	1045
	%	28,2%	26,0%	26,8%	60,7%	44,2%	53,7%
Sobrepeso Y Obesidad	N	1012	787	1799	444	458	902
	%	71,8%	74,0%	73,2%	39,3%	55,8%	46,3%
Total	N	1421	1038	2459	1117	830	1947
CONSUMO FRUTA Y VERDURA							
Diario Recomendado	N	182	96	278	201	134	335
	%	12,27%	9,1%	10,9%	15%	12,6%	14%
Menor Recomendado	N	1299	1003	2302	985	787	1772
	%	87,2%	90,9%	89,1%	85%	87,4%	86%
Total	N	1481	1099	2580	1186	921	2107
CONSUMO DE TABACO*							
Si	N	404	405	809	329	249	578
	%	27,0%	35,7%	31,4%	25,2%	28,6%	27,5%
No	N	1072	692	1764	854	672	1526
	%	73,0%	64,3%	68,6%	74,8%	71,4%	72,5%
Total	N	1476	1097	2573	1183	921	2104
PATRON DE CONSUMO							
Fuma Diariamente	N	404	405	809	329	249	578
	%	27%	35,70%	30,70%	25,20%	28,60%	26,70%

		Hombre			Mujer		
		No-manual	Manual	Total Hombre	No-manual	Manual	Total Mujer
Fuma Pero No Diariamente	N	49	33	82	36	24	60
	%	3,30%	2,80%	3,10%	3,10%	2,60%	2,90%
Exfumador/A	N	518	335	853	818	146	446
	%	37,50%	31,20%	34,80%	32,20%	14,90%	20,70%
Nunca Ha Fumado	N	505	324	829	1.023	502	1020
	%	32,10%	30,40%	31,40%	38,20%	53,90%	49,70%
Total	N	1476	1097	2.573	2.659	921	2104
ACTIVIDAD FISICA IPAQ***							
Muy Activo/A	N	461	387	848	250	246	496
	%	31,9%	35,7%	33,6%	20,4%	28,3%	24,0%
Moderadamente Activo/A	N	640	375	1015	580	405	985
	%	43,6%	34,0%	40,2%	47,6%	43,6%	47,7%
Inactivo/A	N	352	311	663	336	249	585
	%	24,5%	30,4%	26,2%	32,0%	28,2%	28,3%
Total	N	1453	1073	2526	1166	900	2066

*IMC: Índice de Masa Corporal. Es el cociente entre el peso (en kg) y la estatura al cuadrado. El valor resultante se clasifica en bajo peso (menos de 18), normo peso (de 18 a 24,9), sobrepeso (25-30) y obesidad (más de 30).

** Se construye una variable dicotómica que clasifican las personas según fumen habitualmente o no lo hagan (aunque lo hayan hecho en algún momento de su vida)

*** Se calcula el nivel de actividad física utilizando la escala IPAQ, y transformando las puntuaciones obtenidas en la escala de manera que se obtiene una clasificación en: Personas muy activas (Más de 3000 METs), moderadamente activas (entre 600 y 3000 METs) e inactivas (menos de 600 METs a la semana).

En la Tabla 21 se presenta el análisis de regresión para identificar desigualdades de género en las condiciones laborales, de salud y en los hábitos relacionados con la salud en el grupo de trabajadores y trabajadoras de más de 45 años que contesta la ENS. Las mujeres presentaron mayor probabilidad de trabajar en el sector servicios (ORcruda= 2,456 IC95%=2,449-2,463) , sin

contrato (ORcruda= 2,681 ; IC95%= 2,657-2,706), con contrato temporal (ORcruda=1,145; IC95%: 1,138-1,151) y en situaciones de precariedad laboral (OR= 1,66 ; IC95%:1,65-1,67). El estrés laboral también es más frecuente en las mujeres (ORcruda= 1,005; IC95%=1,024-1,02), así como el trabajo de pie la mayor parte del tiempo (ORcruda= 1,87; IC95%=1,87-1,88) y la exposición a exigencias físicas laborales en global (ORcruda=1,6775; IC95%= 1,670-1,680). Sin embargo los hombres suelen realizar en mayor medida trabajos nocturnos (ORcruda= 0,73; IC95%=0,71-0,74), trabajo sedentario (ORcruda= 0,663;IC95%=0,661-0,665), y trabajo con manipulación manual de cargas (ORcruda=0,367;IC95%=0,364-0,370). Las diferencias se mantienen incluso al ajustar por clase ocupacional manual y no manual y por edad.

Por último las mujeres tienen una probabilidad 10 veces superior a asumir el trabajo doméstico en exclusividad que los hombres, y las diferencias se mantienen ajustando tanto por clase social como por edad.

En cuanto a los indicadores de salud las mujeres tienen mayor riesgo de presentar mala salud percibida (ORcruda=1,397; IC95%=1,392-1,401) y algún tipo de enfermedad crónica (ORcruda=1,359; IC95%=1,3544-1,363), así como mayor probabilidad de haber sufrido una limitación para realizar sus actividades cotidianas la última semana (ORcruda=2,029 ;IC95%=2,016-2,042) y de tener dolor de manera habitual (ORcruda= 2,180; IC95%=2,173-2,188) , y esto es así incluso ajustando por edad. La probabilidad de accidentabilidad laboral es más alta entre hombres, aunque esa asociación se invierte al ajustar por edad y clase social.

Tabla 21. Prevalencias y odds ratios crudas y ajustadas por clase social y edad de los indicadores de desigualdad de género en las condiciones de empleo en la muestra de la población ocupada mayor de 45 años. ENS 2011

	Hombres	Mujeres	ORa	ORb	ORc
SECTOR ACTIVIDAD					
Trabajo en sector servicio (N hombres= 2566; N mujeres=2100)	1321 (64%)	1504 (88,2%)	2,456 (2,449-2,463)	2,573 (2,565-2,581)	2,568 (2,560-2,575)
Trabajo en sector agrario (N hombres= 2566; N mujeres=2100)	126 (6,10%)	47 (2,70%)	0,442 (0,438-0,446)	0,429 (0,425-0,432)	0,434 (0,430-0,437)

	Hombres	Mujeres	ORa	ORb	ORc
Trabajo en sector industrial (N hombres= 2566; N mujeres=2100)	410 (19,5%)	125 (6,30%)	0,290 (0,289-0,292)	0,290 (0,288-0,291)	0,288 (0,286-0,289)
Trabajo en la construcción (N hombres= 2566; N mujeres=2100)	2017 (11%)	15 (0,9%)	0,080 (0,078-0,081)	0,080 (0,078-0,081)	0,080 (0,078-0,081)
TIPO DE CONTRATO					
Contrato temporal (N hombres= 1415; N mujeres =1254)	155 (12,2%)	173 (13,6%)	1,145 (1,138-1,151)	1,111 (1,105-1,118)	1,090 (1,084-1,098)
PRECARIEDAD LABORAL (N hombres= 1463; N mujeres: 1339)	196 (14,5%)	255 (20%)	1,66 (1,65-1,67)	1,64 (1,63-1,65)	1,48 (1,48-1,49)
Trabajo sin contrato (N hombres= 1458; N mujeres= 1335) ¹¹	39 (3%)	72 (5,3%)	2,681 (2,657-2,706)	2,576 (2,552-2,600)	2,534 (2,510-2,557)
Trabajo nocturno (N hombres: 2580; N mujeres:2087)	28 (1,1%)	18 (9,9%)	0,73 (0,71-0,74)	0,73 (0,72-0,74)	0,72 (0,71-0,73)

Nota: ORa es la OR cruda; ORb: es OR ajustada por clase social; ORc: OR ajustada por clase social y por edad.

Tabla 22. Prevalencias y *odds ratios* crudas y ajustadas por clase social y edad de los indicadores de desigualdad de género en las condiciones de trabajo en la muestra de la población ocupada mayor de 45 años de la ENS

	Hombres	Mujeres	ORa	ORb	ORc
Alto estrés laboral (N hombres=2020; N mujeres=1665)	1022 (51%)	863 (52%)	1,005 (1,002-1,009)	1,024 (1,021-1,208)	1,02 (1,01-1,02)

¹¹ Los análisis se realizan seleccionando sólo a personas asalariadas se elimina autónomos y otro tipo de vinculaciones

	Hombres	Mujeres	ORa	ORb	ORc
Trabajo con altas exigencias físicas (N hombres= 2145; N mujeres=1833)	1192 (55,3%)	1220 (67,4%)	1,675 (1,670-1,680)	1,719 (1,713-1,724)	1,723 (1,717-1,728)
Trabajo sentado la mayor parte del tiempo (N hombres= 2549; N mujeres= 2087)	957 (37%)	604 (29%)	0,663 (0,661-0,665)	0,649 (0,648-0,654)	0,647 (0,645-0,649)
MMC (N hombres= 2549; N mujeres= 2087)	115 (5,3%)	38 (2%)	0,367 (0,364-0,370)	0,341 (0,338-0,343)	0,342 (0,339-0,344)
De pie la mayor parte del tiempo (N hombres= 2549; N mujeres= 2087)	1077 (40,4%)	1182 (56%)	1,877 (1,872-1,882)	1,897 (1,892-1,903)	1,900 (1,895-1,905)
Trabajo doméstico (N hombres= 2580; N mujeres= 2107)	473 (19,2%)	1230 (80,8%)	10,666 (10,626-10,705)	10,709 (10,669-10,749)	10,739 (10,699-10,779)

Nota: ORa es la OR cruda; ORb: es OR ajustada por clase social; ORc: OR ajustada por clase social y por edad

Tabla 23. Prevalencias y odds ratios crudas y ajustadas por clase social y edad de los indicadores de desigualdad de género en la salud y hábitos relacionados con la salud en la muestra de la población ocupada mayor de 45 años. ENS 2011

	Hombres	Mujeres	ORa	ORb	ORc
Mala salud percibida (N hombres= 2580; N mujeres=2107)	585 (22,6%)	621 (29,2%)	1,397 (1,392-1,401)	1,413 (1,409-1,418)	1,443 (1,437-1,448)
Presentar enfermedad crónica (N hombres= 2578; N mujeres= 2105)	1063 (41%)	1019 (48%)	1,359 (1,353-1,363)	1,358 (1,354-1,362)	1,305 (1,301-1,309)
Presentar problemas de riesgo CV (N hombres=2580; N mujeres=2107)	648 (24,4%)	367 (17,2%)	0,633 (0,548-0,730)	0,635 (0,549-0,734)	0,631 (0,545-0,730)
Presentar problemas de salud mental (N hombres= 2580; N mujeres= 2107)	167 (6%)	291 (14%)	2,328 (1,909- 2,839)	2,352 (1,928-2,869)	2,335 (1,910-2,853)

	Hombres	Mujeres	ORa	ORb	ORc
Presentar dolor espalda (N hombres= 2580; N mujeres= 2107)	643 (25%)	794 (38%)	1,813 (1,600-2,055)	1,821 (1,607-2,064)	1,830 (1,614-2,076)
Presentar accidente laboral (N hombres= 2580; N mujer: 2107)	64 (2,6%)	42 (2,3%)	0,889 (0,881-0,897)	,858((0,850-0,866)	1,25 (1,237-1,263)
Presentar limitación actividad (N hombres=2563; N mujeres=2049)	92 (3,3%)	142 (6,5%)	2,029 (2,016-2,042)	2,012 (1,999-2,025)	2,077 (82,063-2,090)
Presentar dolor (N hombres=2563; N mujeres=2049)	430 (16,6%)	613 (30,2%)	2,180 (2,173-2,188)	2,185 (2,178-2,193)	2,233 (2,226-2,241)
Consumo de tabaco (N hombres= 2573; N mujeres=2105)	809 (31,4%)	578 (27,5%)	0,771 (0,768-0,774)	0,819 (0,817-0,822)	0,818 (0,815-0,820)
Sobrepeso y obesidad (N hombres= 2459; N mujeres= 1947)	1799 (73,2%)	902 (46%)	0,322 (0,321-0,323)	0,319 (0,318-0,320)	0,324 (0,323-0,325)
Inactividad (N hombres=2526; N mujeres= 2066)	663 (27%)	585 (30,4%)	1,182 (1,179-1,186)	1,180 (1,176-1,184)	1,138 (1,134-1,142)
Consumo inadecuado de fruta y verdura (N hombres= 2580; N mujeres=2107)	2302 (89%)	1772 (86%)	0,756 (0,753-0,759)	0,753 (0,750-0,756)	0,757 (0,753-0,760)

Nota: ORa es la OR cruda; ORb: es OR ajustada por clase social; ORc: OR ajustada por clase social y por edad

El análisis de la información relativa a los hábitos relacionados con la salud muestra que las mujeres tienen un consumo más adecuado de fruta y verdura y menor prevalencia de sobrepeso y obesidad y de consumo de tabaco, mientras que presentan una mayor probabilidad de ser inactiva (OR= 1,180 ; IC95% =1,179-1,186).

5.2.2. Desigualdades de género en las condiciones de empleo y de trabajo y en los daños a la salud relacionada con el trabajo en trabajadores y trabajadoras mayores de 45 años en España a partir de la ENCT

Contestan a la VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo (ENCT) 8880 personas, de ellas 4719 son hombres y 4161 mujeres. Los y las trabajadoras que contestan la encuesta son diferentes en clase social, edad y sector de actividad. Hay una mayor proporción de mujeres en ocupaciones no manuales, y una distribución por sector de actividad muy centrada en el sector servicios. La edad media de las mujeres es de 42,2 años y de los hombres 42,7. Las diferencias en edad son estadísticamente significativas ($p=0,016$).

Tabla 24. Características sociodemográficas en la muestra de la población ocupada de la ENCT VII

	Hombre	Mujer	Total	P
Total	4719	4161	8880	
EDAD				0,016
Edad media	42,77	42,23	42,51	
CLASE SOCIAL				
No manual	1853 (39,4%)	2058 (49,7%)	3911 (44,2%)	0,000
Manual	2849 (60,6%)	2085 (50,3%)	4934 (55,8%)	
SECTOR DE ACTIVIDAD				
Agrario	238 (5,0%)	113 (2,7%)	351 (3,9%)	0,000
Industria	899 (19,0%)	323 (7,7%)	1222 (13,7%)	
Construcción	635 (13,4%)	56 (1,3%)	691 (7,8%)	
Servicios	2951 (62,5%)	3676 (88,2%)	6627 (74,5%)	

Se han seleccionado para nuestro estudio las personas de la encuesta que tienen más de 45 años. En total son 3767 de ellas las mujeres son 1706 y los hombres 2061. En la tabla que sigue se

presentan las características de esta población. Hombres y mujeres de este grupo no son diferentes en la edad media, pero sí en clase social y en el sector de actividad. Como en la población trabajadora de otras edades, las mujeres se distribuyen más homogéneamente que los hombres según clase social (47,3% están en ocupaciones no manuales y 52,7% en manuales), mientras que los hombres trabajan en una proporción más alta en ocupaciones manuales (58,8%). En cuanto al sector de actividad las diferencias fundamentales entre los dos sexos se encuentran en cuanto a la participación en el sector de la construcción, una proporción muy superior de hombres (12,1%) que de mujeres (1,2%) trabaja en ese sector. No existen diferencias en la edad media de hombres y mujeres trabajadoras mayores de 45 años que contesta a la encuesta.

Tabla 25. Características sociodemográficas en la muestra de la población ocupada mayor de 45 años. VII ENCT

	Hombre	Mujer	Total	P
Total	4719	4161	8880	
EDAD				
Edad media	52,63	52,73	52,68	0,599
CLASE SOCIAL				
No manual	845 (41,2%)	803 (47,3%)	1648 (44,0%)	0,000
Manual	1206 58,8%	893 52,7%	2099 (56,0%)	
SECTOR DE ACTIVIDAD				
Agrario	106 (5,1%)	54 (3,2%)	160 (4,2%)	
Industria	384 (18,6%)	126 (7,4%)	510 (13,5%)	
Construcción	250 (12,1%)	22 (1,3%)	272 (7,2%)	0,000
Servicios	1321 (64,1%)	1504 (88,2%)	2825 (75,0%)	

El análisis por grupos de edad muestra que más del 60% son menores de 55 años y el resto mayores de esa edad. La distribución por edad es muy similar entre los hombres y las mujeres en estudio.

Tabla 26. Distribución por edad de la población ocupada mayor de 45 años. VII ENCT

Grupos de edad		Hombres	Mujeres	Total
45 a 49	N	719	601	1320
	%	34,9%	35,2%	35,0%
50 a 54	N	644	525	1169
	%	31,2%	30,8%	31,0%
55 a 59	N	422	354	776
	%	20,5%	20,8%	20,6%
Mayor 60	N	276	226	502
	%	13,4%	13,2%	13,3%
Total	N	2061	1706	3767

En la tabla que sigue se presenta la distribución por sexo y clase social en las condiciones de empleo de la población trabajadora mayor de 45 años que contesta a la VII ENCT. Una mayor proporción de mujeres que de hombres trabaja sin contratos (5,1% de mujeres frente al 1,4% de hombres), fundamentalmente las que tienen ocupaciones manuales (9,1%), y también con contratos a tiempo parcial. El 18% de mujeres tienen un contrato a tiempo parcial frente al 4,2% de hombres. Los contratos de jornadas parciales son más frecuentes entre personas en ocupaciones manuales, que en las no manuales, de manera que un 26% de mujeres de clases sociales manuales tienen una jornada reducida frente al 4,5% de hombres en ocupaciones manuales. La contratación temporal es similar entre hombres y mujeres (12,2% de hombres y 13% de mujeres), pero la precariedad laboral en su conjunto afecta en mayor medida a mujeres (10,6%) que a hombres (5,8%). Los hombres trabajan de media más horas a la semana que las mujeres (41 horas los hombres y 36,2 horas las mujeres). Un 25,9% de hombres y un 11,7% de mujeres trabajan más de 45 horas a la semana, y lo hace más de 60 horas semanales el 6,2% de hombres y 2,7% de mujeres. Las jornadas más prolongadas (por encima de 45 y de 60 horas) son más frecuentes entre personas de clase social manual.

Aunque no hay diferencias en cuanto al porcentaje de hombres y mujeres que trabajan los fines de semana si lo hay según clase social. Un 65% de mujeres de clase manual trabaja los fines de semana frente al 29% de las de clase no manual, en el caso de los hombres estos porcentajes son de 55% y 40,5% respectivamente. Una proporción mayor, casi el doble, de hombres que de mujeres trabaja de noche aunque sólo sea ocasionalmente de noche. Los contratos con horarios a turnos y las jornadas irregulares son más frecuentes en las clases manuales que en las manuales

y en los hombres de clases no manuales que en las mujeres de clase no manual, y se igualan en las ocupaciones manuales. Por tipo de puesto los hombres desempeñan con más frecuencia que las mujeres trabajos por cuenta propia, y están más representados en puestos directivos y cargos intermedios que las mujeres (31% en total de hombres y 14,4% de mujeres).

Tabla 27. Condiciones de empleo de la población trabajadora mayor de 45 años en España. VII ENCT.

		Hombres			Mujeres		
		No-manual	Manual	Total	No-manual	Manual	Total
TIPO CONTRATO							
Contrato Indefinido	N	602	704	1306	616	535	1151
	%	94,10%	83,10%	87,80%	91,50%	82,30%	87,00%
Contrato Temporal	N	38	143	181	57	115	172
	%	5,90%	16,90%	12,20%	8,50%	17,70%	13,00%
Total	N	640	847	1487	673	650	1323
SALARIADO CON CONTRATO O SIN CONTRATO							
Asalariado/a con contrato	N	640	847	1487	673	652	1325
	%	99,70%	97,80%	98,60%	99,10%	90,90%	94,90%
Sin contrato y ayuda familiar	N	2	19	21	6	65	71
	%	0,30%	2,20%	1,40%	0,90%	9,10%	5,10%
Total	N	642	866	1508	679	717	1396
TIPO DE RELACION LABORAL							
Trabajo cuenta ajena con contrato	N	640	847	1487	673	652	1325
	%	75,90%	70,30%	72,60%	83,80%	73,20%	78,20%
Empresario con asalariado	N	75	71	146	36	28	64
	%	8,90%	5,90%	7,10%	4,50%	3,10%	3,80%
Empresario sin asalariado	N	122	260	382	87	143	230
	%	14,50%	21,60%	18,70%	10,80%	16,00%	13,60%
Sin contrato ayuda familiar y cooperativa	N	6	27	33	7	68	75
	%	0,70%	2,20%	1,60%	0,90%	7,60%	4,40%

		Hombres			Mujeres		
		No-manual	Manual	Total	No-manual	Manual	Total
Total	N	843	1205	2048	803	891	1694
PUESTO/MANDO							
Directivo pequeña o gran empresa	N	112	66	178	49	27	76
	%	15,60%	6,80%	10,60%	6,80%	3,50%	5,10%
Cargo intermedio o encargado	N	210	145	355	101	37	138
	%	29,20%	15,00%	21,10%	14,00%	4,90%	9,30%
Puesto base	N	397	755	1152	574	698	1272
	%	55,20%	78,20%	68,40%	79,30%	91,60%	85,60%
Total	N	719	966	1685	724	762	1486
PRECARIEDAD*							
No	N	602	704	1306	616	535	1151
	%	96,30%	92,40%	94,20%	95,10%	83,70%	89,40%
Si	N	23	58	81	32	104	136
	%	3,70%	7,60%	5,80%	4,90%	16,30%	10,60%
Total	N	625	762	1387	648	639	1287
TIPO DE JORNADA							
Trabajo tiempo completo	N	616	808	1424	602	479	1081
	%	96,30%	95,50%	95,80%	89,50%	73,90%	81,80%
Trabajo a tiempo parcial	N	24	38	62	71	169	240
	%	3,80%	4,50%	4,20%	10,50%	26,10%	18,20%
Total	N	640	846	1486	673	648	1321
JORNADA REDUCIDA (menos de 34 horas)							
No	N	765	1123	1888	641	617	1258
	%	91,80%	94,10%	93,10%	80,50%	70,40%	75,20%
Si	N	68	71	139	155	260	415
	%	8,20%	5,90%	6,90%	19,50%	29,60%	24,80%
Total	N	833	1194	2027	796	877	1673
TURNOS							
No	N	704	926	1630	690	688	1378
	%	83,30%	76,80%	79,50%	85,90%	77,00%	81,30%
Si	N	141	280	421	113	205	318

		Hombres			Mujeres		
		No-manual	Manual	Total	No-manual	Manual	Total
Total	%	16,70%	23,20%	20,50%	14,10%	23,00%	18,80%
	N	845	1206	2051	803	893	1696
NOCHES							
No	N	640	915	1555	709	746	1455
	%	76,00%	76,30%	76,20%	88,70%	84,30%	86,40%
Si	N	202	285	487	90	139	229
	%	24%	23,8%	23,8%	11,30%	15,70%	14%
	N	842	1200	2042	799	885	1684
JORNADAS DE MAYOR PENOSIDAD (turnos, o jornada completa de noche horarios irregulares)							
No	N	661	874	1535	664	651	1315
	%	86,10%	85,80%	85,90%	91,80%	87,40%	89,60%
Si	N	107	145	252	59	94	153
	%	13,90%	14,20%	14,10%	8,20%	12,60%	10,40%
Total	N	768	1019	1787	723	745	1468
NUMERO DE HORAS DE TRABAJO A LA SEMANA							
Numero medio	N	41,0638	41,97	41,6086	36,7462	35,6975	36,1913
TRABAJO LOS FINES DE SEMANA							
Si	N	342	674	1016	236	581	817
	%	40,50%	55,90%	49,60%	29,40%	65,10%	48,10%
No	N	502	532	1034	568	312	880
	%	59,50%	44,10%	50,40%	70,60%	34,90%	51,90%
Total	N	844	1206	2050	804	893	1697
TRABAJAR MAS DE 60 horas a la semana							
No	N	783	1118	1901	781	848	1629
	%	94,00%	93,60%	93,80%	98,00%	96,70%	97,30%
Si	N	50	76	126	16	29	45
	%	6,00%	6,40%	6,20%	2,00%	3,30%	2,70%
Total	N	833	1194	2027	797	877	1674
TRABAJAR MAS DE 45 HORAS A LA SEMANA							
Menos 45	N	622	881	1503	726	751	1477
	%	74,7%	73,7%	74,1%	91,2%	85,6%	88,3%

		Hombres			Mujeres		
		No-manual	Manual	Total	No-manual	Manual	Total
Más 45	N	211	314	525	70	126	196
	%	25,3%	26,3%	25,9%	8,8%	14,4%	11,7%
Total	N	833	1195	2028	796	877	1673

**Nota: se construye la variable Precariedad incluyendo sólo a personas que trabajan por cuenta ajena. Se excluye por tanto a autónomos. La Precariedad implica trabajar sin contrato y/o bien tener un contrato temporal.*

En la tabla que sigue se presentan las condiciones de exposición a riesgos laborales. Un 11,9% de hombres y un 6,6% de mujeres trabajan expuestas a niveles altos de ruido. Esta exposición es mayor para los grupos de clase manual. La exposición a riesgos de tipo higiénico en conjunto (físicos y químicos) también es superior en aquellas personas en ocupaciones manuales, y en especial en el caso de los hombres. El 53% de los hombres en ocupaciones manuales manifiesta está expuesto a algún tipo de riesgo higiénico. También un 39,2% de mujeres de clase manual está expuesta a estos riesgos en su trabajo.

En cuanto a los riesgos ergonómicos un porcentaje muy alto de personas mayores de 45 años (85% de mujeres y 83,1% de hombres) considera que está expuesta siempre o casi siempre al menos a uno de los riesgos ergonómicos analizados (posturas forzadas, movimientos repetitivos, movilización de cargas, alcances y/o espacios de trabajo inadecuados). Destaca por su especial prevalencia la adopción de posturas forzadas y la realización de movimientos repetitivos. Un 61,8% de mujeres y 56,7% de hombres realizan movimientos repetitivos en su trabajo y algo menos, el 55,9% de mujeres y 48,9% de hombres trabajan adoptando posturas forzadas o incómodas en su trabajo. La manipulación de cargas es una exigencia laboral presente para el 22,4% de hombres y el 18,6% de mujeres mayores de 45 años, y este porcentaje aumenta en ocupaciones de tipo manual, hasta el 33,1% para los hombres y el 27,2% en el caso de las mujeres. Tanto los riesgos laborales de tipo ergonómico como los higiénicos o ambientales son más frecuentes entre personas en ocupaciones manuales.

En referencia a la exposición a riesgos psicosociales las mujeres tienen puntuaciones medias más altas en la escala de tensión/estrés laboral construida que los hombres, y las puntuaciones son más altas entre personas de clase manual. Las puntuaciones más altas indican una mayor exposición a este tipo de riesgo.

En cuanto a los diferentes componentes de riesgo psicosocial, un porcentaje similar de hombres (57,2%) y de mujeres (56,5%) están expuestos a demandas psicológicas (presión laboral), sin embargo las demandas cognitivas o mentales de los puestos son mayores en el caso de los hombres (61,2% frente al 53,2%). Entre las mujeres la falta de autonomía y de autoridad laboral predomina en mayor medida que en los hombres. Estos dos factores psicosociales son especialmente altos en las ocupaciones manuales. Un 63,9% de mujeres en ocupaciones manuales cuentan con trabajos con baja autoridad laboral, esto es, poco significativos y relevantes y trabajos que no le permite poner en juego sus habilidades y capacidades. En el caso de los hombres en clase manuales es el 53,1%. Las personas en ocupaciones no manuales perciben en mayor medida su trabajo como significativo, en especial los hombres. El porcentaje de hombres y mujeres que perciben poco apoyo por parte de compañeros y compañeras y de superiores es más alto en ocupaciones manuales que en las no manuales, y se distribuye de manera similar en hombres y en mujeres. Un 20,1% de mujeres sienten que sus superiores no las apoyan y un 19,8% de hombres.

En relación a las situaciones de discriminación y acoso sexual los porcentajes de personas que se sienten expuestas a las mismas es pequeño, pero algo superior en las mujeres. Un porcentaje muy pequeño de personas se sienten discriminadas en el trabajo por razón de sexo o edad y aún es menor el porcentaje de las que mencionan haber estado expuestas a situaciones de acoso sexual. Aun así el 11% de mujeres en clase no manual y el 9% de hombres, y el 6,3% de mujeres en clase manual y el 4,9% de hombres manifiestan sentir situaciones de violencia psicológica en su trabajo.

Consideradas en su conjunto un 11,5% de mujeres y un 9,3% de hombres está expuesto a condiciones de injusticia laboral.

La percepción del conflicto entre la vida laboral y personal es percibida por el 20,9% de hombres y el 18,8% de mujeres, y se da en mayor medida en las personas de clase ocupacional manual. También el miedo a la pérdida del empleo (inseguridad laboral) es mayor entre las personas de clase social manual. En el momento de realizar la encuesta un 48,3% de hombres manifiestan sentirse preocupados ante la posibilidad de perder su empleo, y un 45,3% de mujeres. Este porcentaje se eleva hasta el 57,3% en el caso de los hombres de clase manual.

Tabla28. Condiciones de trabajo en población trabajadora mayor de 45 años en España. VII ENCT

		Hombres			Mujeres		
		No-manual	Manual	Total	No-manual	Manual	Total
EXPOSICIÓN A RIESGOS HIGIENICOS							
EXPOSICIÓN A RUIDO							
No	N	801	987	1788	755	823	1578
	%	95,8%	82,7%	88,1%	94,6%	92,4%	93,4%
Si	N	35	206	241	43	68	111
	%	4,2%	17,3%	11,9%	5,4%	7,6%	6,6%
Total	N	837	1193	2029	798	891	1689
RIESGOS AMBIENTALES*							
No	N	687	566	1253	676	542	1218
	%	81,3%	46,9%	61,1%	84,2%	60,8%	71,9%
Si	N	158	640	798	127	350	477
	%	18,7%	53,1%	38,9%	15,8%	39,2%	28,1%
Total	N	845	1206	2051	803	892	1695
EXPOSICION A RIESGOS ERGONÓMICOS**							
MOVIMIENTOS REPETITIVOS							
No	N	453	432	885	344	303	647
	%	53,7%	35,9%	43,3%	42,9%	33,9%	38,2%
Si	N	390	770	1160	457	590	1047
	%	46,3%	64,1%	56,7%	57,1%	66,1%	61,8%
Total	N	843	1202	2045	801	893	1694
POSTURAS							
No	N	529	519	1048	402	344	746
	%	62,6%	43,0%	51,1%	50,3%	38,5%	44,1%
Si	N	316	687	1003	398	549	947
	%	37,4%	57,0%	48,9%	49,8%	61,5%	55,9%
Total	N	845	1206	2051	800	893	1693
MMC							
No	N	782	801	1583	727	646	1373

		Hombres			Mujeres		
		No-manual	Manual	Total	No-manual	Manual	Total
	%	92,8%	66,9%	77,6%	90,9%	72,8%	81,4%
Si	N	61	396	457	73	241	314
	%	7,2%	33,1%	22,4%	9,1%	27,2%	18,6%
Total	N	843	1197	2040	800	887	1687
RIESGOS ERGONÓMICOS DE CUALQUIER TIPO							
No	N	170	177	347	133	121	254
	%	20,1%	14,7%	16,9%	16,6%	13,5%	15,0%
Si	N	675	1030	1705	670	772	1442
	%	79,9%	85,3%	83,1%	83,4%	86,5%	85,0%
Total	N	845	1207	2052	803	893	1696
RIESGOS DE TIPO PSICOSOCIAL							
RIESGOS PSICOSOCIALES GLOBALES**							
Puntuación media en la escala (a mayor puntuación mayor riesgo)	N	26,2 (desviación 7,9)	27,31 (desviación 9,01)	26,9 (Desviación 8,6)	27,2 (Desviación 7,9)	28,9 (Desviación 9,7)	28,18 (Desviación 8,9)
Total	%	838	1188	2026	798	869	1667
APOYO COMPAÑERO/AS							
Alto	N	628	759	1387	630	495	1125
	%	86,5%	79,6%	82,6%	87,5%	74,1%	81,1%
Bajo	N	98	195	293	90	173	263
	%	13,5%	20,4%	17,4%	12,5%	25,9%	18,9%
Total	N	726	954	1680	720	668	1388
APOYO JEFE/AS							
Alto	N	569	695	1264	598	518	1116
	%	86,1%	76,0%	80,2%	86,7%	73,3%	79,9%
Bajo	N	92	220	312	92	189	281
	%	13,9%	24,0%	19,8%	13,3%	26,7%	20,1%
Total	N	661	915	1576	690	707	1397
VIOLENCIA FÍSICA							
No	N	785	1171	1956	776	871	1647

		Hombres			Mujeres		
		No-manual	Manual	Total	No-manual	Manual	Total
	%	93,0%	97,1%	95,4%	96,6%	97,6%	97,2%
Si	N	59	35	94	27	21	48
	%	7,0%	2,9%	4,6%	3,4%	2,4%	2,8%
Total	N	844	1206	2050	803	892	1695
VIOLENCIA PSICOLÓGICA							
No	N	769	1147	1916	710	836	1546
	%	91,0%	95,1%	93,4%	88,4%	93,7%	91,2%
Si	N	76	59	135	93	56	149
	%	9,0%	4,9%	6,6%	11,6%	6,3%	8,8%
Total	N	845	1206	2051	803	892	1695
DISCRIMINACIÓN EDAD							
No	N	840	1198	2038	798	885	1683
	%	99,4%	99,3%	99,4%	99,3%	99,1%	99,2%
Si	N	5	8	13	6	8	14
	%	0,6%	0,7%	0,6%	0,7%	0,9%	0,8%
Total	N	845	1206	2051	804	893	1697
DISCRIMINACIÓN POR GENERO							
No	N	844	1204	2048	789	883	1672
	%	99,9%	99,8%	99,9%	98,3%	99,0%	98,6%
Si	N	1	2	3	14	9	23
	%	0,1%	0,2%	0,1%	1,7%	1,0%	1,4%
Total	N	845	1206	2051	803	892	1695
ACOSO SEXUAL							
No	N	845	1204	2049	800	889	1689
	%	100,0%	99,8%	99,9%	99,6%	99,6%	99,6%
Si	N	0	2	2	3	4	7
	%	0,0%	0,2%	0,1%	0,4%	0,4%	0,4%
Total	N	845	1206	2051	803	893	1696
CONFLICTO CONCILIACIÓN							
No	N	499	622	1121	499	378	877

		Hombres			Mujeres		
		No-manual	Manual	Total	No-manual	Manual	Total
Si	%	81,3%	77,4%	79,1%	82,9%	79,1%	81,2%
	N	115	182	297	103	100	203
	%	18,7%	22,6%	20,9%	17,1%	20,9%	18,8%
Total	N	614	804	1418	602	478	1080
DEMANDAS PSICOLOGICAS							
No	%	282	596	878	284	453	737
	N	33,4%	49,4%	42,8%	35,4%	50,7%	43,5%
Si	%	562	610	1172	519	440	959
	N	66,6%	50,6%	57,2%	64,6%	49,3%	56,5%
Total	%	844	1206	2050	803	893	1696
DEMANDAS MENTALES							
No	N	127	669	796	140	653	793
	%	15,0%	55,4%	38,8%	17,4%	73,1%	46,8%
Si	N	718	538	1256	663	240	903
	%	85,0%	44,6%	61,2%	82,6%	26,9%	53,2%
Total	N	845	1207	2052	803	893	1696
AUTONOMÍA							
No	N	442	554	996	355	391	746
	%	56,0%	48,4%	51,5%	47,5%	46,2%	46,8%
Si	N	347	591	938	392	456	848
	%	44,0%	51,6%	48,5%	52,5%	53,8%	53,2%
Total	N	789	1145	1934	747	847	1594
AUTORIDAD							
No	N	472	514	986	430	296	726
	%	60,4%	46,9%	52,5%	58,0%	36,1%	46,5%
Si	N	310	581	891	311	524	835
	%	39,6%	53,1%	47,5%	42,0%	63,9%	53,5%
Total	N	782	1095	1877	741	820	1561
INSEGURIDAD LABORAL							
No	N	544	515	1059	506	419	925

		Hombres			Mujeres		
		No-manual	Manual	Total	No-manual	Manual	Total
Si	%	64,6%	42,7%	51,7%	63,0%	47,1%	54,7%
	N	298	690	988	297	470	767
	%	35,4%	57,3%	48,3%	37,0%	52,9%	45,3%
Total	N	842	1205	2047	803	889	1692
INJUSTICIA LABORAL							
No	N	739	1121	1860	692	809	1501
	%	87,6%	93,0%	90,7%	86,2%	90,6%	88,5%
Si	N	105	85	190	111	84	195
	%	12,4%	7,0%	9,3%	13,8%	9,4%	11,5%
Total	N	844	1206	2050	803	893	1696

**Nota: Riesgos físicos : se construye esta variable de manera que identifique personas expuestas al menos a uno de los riesgos físicos y químicos (emisiones de luz , microondas, radiofrecuencia, laser, rayos x, vibraciones, ruido, contaminantes químicos) y biológico por los que se pregunta en el cuestionario*

*** Nota: Riesgos ergonómicos: se construye esta variable de manera que identifica a personas expuestas al menos a una situación ergonómica de riesgo: posturas forzadas, estar de pie o sentado sin levantarse, uso de fuerzas, movimientos repetitivos, espacios inadecuados, manipulación de cargas.*

**** Se ha construido una escala para cuantificar el nivel de exposición a situaciones de riesgo psicosocial. Los detalles psicométricos de la escala construida se presentan en la metodología y anexo del estudio. La escala se valora de manera que a mayor puntuación mayor nivel de riesgo.*

La exposición a situaciones de violencia física afecta al 4.6% de hombres y 2,8% de mujeres y son mencionadas de manera más frecuente entre personas en ocupaciones no manuales.

En la tabla que sigue se presentan los daños a la salud relacionados con el trabajo así como otros aspectos de las condiciones de salud en la población mayor de 45 años que contesta la ENCT VII. EL 81% de hombres y el 71% de mujeres tienen una buena o muy buena salud percibida. Este porcentaje es más alto en personas que desempeñan ocupaciones no manuales. Un 80% de las mujeres y 69% de hombres presenta algún problema o síntoma físico esté relacionado o no con el trabajo. La mayor parte de los problemas físicos mencionados son osteomusculares (76% de mujeres y 63% de hombres presenta sintomatología en cuello y/o extremidades), el 22% de mujeres y 17% de

hombres presentan pérdidas auditivas o de visión y el 9% y 10% respectivamente hipertensión. En cuanto a los problemas de carácter psicológico un 35,2% de mujeres y el 25% de hombres manifiestan tener al menos alguno de estos problemas. El más común es el cansancio crónico (25% de mujeres y 15% de hombres) seguido del estrés o ansiedad o estrés (22% en mujeres y 16% en hombres).

Las mujeres mencionan con más frecuencia Enfermedades físicas provocadas o agravadas por el trabajo (68% de mujeres y 58% de hombres) , así como problemas psicológicos del tipo ansiedad, depresión, cansancio crónico e insomnio (el 27,7% de mujeres y 21,8% de hombres).

Tabla 29. Indicadores de salud y de salud relacionada con el trabajo de población mayor de 45 años. VII ENCT

	Hombres			Mujeres		
	No manual	Manual	Total	No manual	Manual	Total
SALUD PERCIBIDA						
Regular mala o muy mala	91 14,70%	177 21,90%	268 18,80%	156 26,00%	153 31,90%	309 28,60%
Total	617	809	1426	601	479	1080
PRESENTAR ALGÚN PROBLEMA FÍSICO DE SALUD						
Si	554 65,60%	867 71,90%	1421 69,30%	657 81,80%	706 79,10%	1363 80,40%
Total	845	1206	2051	803	893	1696
PRESENCIA DE ENFERMEDAD FÍSICA RELACIONADA CON EL TRABAJO						
Si	455 53,80%	740 61,30%	1195 58,20%	551 68,60%	607 68,00%	1158 68,30%
Total	845	1207	2052	803	893	1696
DOLORES OSTEOMUSCULARES						
Si	497 58,90%	806 66,80%	1303 63,60%	609 75,80%	680 76,10%	1289 76,00%
Total	844	1206	2050	803	893	1696
DOLORES OSTEOMUSCULARES RELACIONADOS CON EL TRABAJO						
Si	413 49,20%	707 58,80%	1120 54,90%	516 65,20%	591 67,00%	1107 66,10%
Total	839	1202	2041	792	882	1674

	Hombres			Mujeres		
	No manual	Manual	Total	No manual	Manual	Total
PERDIDAS SENSORIALES ESTÉN O NO RELACIONADAS CON EL TRABAJO						
Si	159 18,8%	198 16,4%	357 17,4%	210 26,2%	164 18,4%	374 22,1%
Total	845	1207	2052	803	892	1695
PERDIDAS SENSORIALES RELACIONADAS CON EL TRABAJO						
Si	102 12,20%	100 8,30%	202 9,90%	121 15,30%	58 6,60%	179 10,70%
Total	839	1202	2041	792	882	1674
PROBLEMAS DE PIEL						
Sí	31 3,7%	31 2,6%	62 3,0%	44 5,5%	56 6,3%	100 5,9%
Total	845	1648	2099	803	892	1695
PROBLEMAS DE PIEL RELACIONADOS CON EL TRABAJO						
Sí	10 1,2%	12 1,0%	22 1,1%	10 1,2%	23 2,6%	33 1,9%
Total	844	1206	2050	803	892	1695
HIPERTENSIÓN RELACIONADA O NO CON EL TRABAJO						
Si	90 10,70%	122 10,10%	212 10,30%	74 9,20%	79 8,90%	153 9,00%
Total	845	1206	2051	803	892	1695
HIPERTENSIÓN RELACIONADA CON EL TRABAJO						
Si	35 4,20%	41 3,40%	76 3,70%	29 3,70%	25 2,80%	54 3,20%
Total	839	1202	2041	792	883	1675
PRESENTAR PROBLEMAS SALUD PSICOLÓGICA						
Si	247 29,20%	272 22,60%	519 25,30%	293 36,50%	304 34,10%	597 35,20%
Total	845	1206	2051	803	892	1695
ENFERMEDAD PSICOLÓGICA RELACIONADA CON EL TRABAJO						
Si	214 25,30%	233 19,30%	447 21,80%	239 29,80%	230 25,80%	469 27,70%
Total	845	1206	2051	803	893	1696
ESTRÉS/ ANSIEDAD						
Si	186 22,00%	140 11,60%	326 15,90%	214 26,70%	158 17,70%	372 21,90%
Total	845	1207	2052	803	893	1696
ESTRÉS LABORAL						
Si	160	110	270	172	110	282

	Hombres			Mujeres		
	No manual	Manual	Total	No manual	Manual	Total
	19,10%	9,20%	13,20%	21,70%	12,50%	16,80%
Total	839	1202	2041	792	882	1674
DEPRESIÓN						
Si	45	42	87	59	92	151
	5,30%	3,50%	4,20%	7,30%	10,30%	8,90%
Total	844	1206	2050	803	892	1695
DEPRESIÓN RELACIONADA CON EL TRABAJO						
Si	28	27	55	37	50	87
	3,3%	2,2%	2,7%	4,6%	5,6%	5,1%
Total	844	1206	2050	803	893	1695
CANSANCIO						
Si	142	176	318	205	229	434
	16,80%	14,60%	15,50%	25,50%	25,70%	25,60%
Total	845	1206	2051	803	892	1695
CANSANCIO RELACIONADO CON EL TRABAJO						
sí	122	158	280	177	193	370
	14,4%	13,1%	13,6%	22,0%	21,6%	21,8%
Total	845	1207	2052	803	893	1696
INSOMNIO						
Sí	92	96	188	131	126	257
	10,90%	8,00%	9,20%	16,30%	14,10%	15,20%
Total	845	1207	2052	803	892	1695
INSOMNIO RELACIONADO CON EL TRABAJO						
Sí	66	66	132	83	67	150
	7,8%	5,5%	6,4%	10,3%	7,5%	8,8%
Total	845	1206	2099	803	893	1696
ACCIDENTE LABORAL						
Si	37	131	168	31	77	108
	4,40%	10,90%	8,20%	3,90%	8,60%	6,40%
Total	843	1205	2048	802	891	1693

Una mayor proporción de mujeres que de hombres presenta estrés laboral (16,8% frente al 13,6%). El estrés percibido es más frecuente entre trabajadores y trabajadoras mayores de 45 años de clases ocupacionales no manuales que en las manuales. La accidentabilidad laboral es

informada de manera más frecuente entre los hombres. El 8% de hombres ha tenido un accidente laboral en el último año y el 6,4% de mujeres. La prevalencia de accidentabilidad es mayor en ocupaciones manuales tanto en hombres como en mujeres.

El análisis de regresión para identificar desigualdades de género en las condiciones laborales, de riesgos laborales y de salud en trabajadores y trabajadoras de más de 45 años se muestra en la tabla que sigue.

Las mujeres tienen 2,7 veces más probabilidad de ocupar puestos base (no directivos o cargos intermedios) que los hombres, y esa probabilidad aumenta incluso al ajustar por variables como clase social y edad (ORa= 3,07 IC95%=2,56-3,69). Las mujeres tienen mayor probabilidad de presentar contratos de mayor precariedad (ORa=1,36 IC95%= 1,115-1,673), y tienen 5,02 veces más probabilidad de trabajar sin contrato que los hombres y 5,1 veces de tener un trabajo a tiempo parcial, además la probabilidad de presentar esas condiciones aumenta al ajustar por clase social y por edad. No existen diferencias en cuanto al trabajo temporal ni en fines de semana. Los hombres tienen mayor probabilidad de tener horarios de trabajo nocturnos y de tener horarios laborales más prolongados que las mujeres, hay una mayor proporción de hombres que de mujeres que trabajan más de 60 horas y, fundamentalmente, que trabajan más de 45 horas semanales (OR=0,416; IC95%=0,298-0,592 y OR=0,381;IC95%=0,319-0,455 respectivamente) y las diferencias son estadísticamente significativas.

Tabla.30. Prevalencias y odds ratio crudas y ajustadas por clase social y edad de los indicadores de desigualdad de género en las condiciones de empleo en población española trabajadora mayor de 45 años. VII ENCT

	Hombres	Mujeres	ORa	OR b	ORc
--	---------	---------	-----	------	-----

Contrato temporal (N hombres=1487; N mujeres=1325)	181 (12,2%)	173 (13,1%)	1,082 (0,865-1,352)	1,169 (0,932-1,46)	1,167 (0,930-1,46)
Trabajo sin contrato (N hombres=1508; N mujeres=1396)	21 (1,4%)	71 (5,1%)	5,020 (2,856-8,827)	5,643 (3,199-9,953)	5,628 (3,190-9,927)
Precariedad (N hombres=1387; N mujeres=1287) [2]	81 (5,8%)	136 (10,6%)	1,918 (1,439-2,554)	2,056 (1,538-2,748)	2,056 (1,538-2,749)
Puesto base/no directivo[1] (N hombres= 1685; N mujeres=1485)	1152 (68,4%)	1272 (85,6%)	2,71 (2,237-3,232)	3,08 (2,56-3,70)	3,07 (2,56-3,69)
Trabajo a tiempo parcial (N hombres=1486; N mujeres=1321)	62 (4,2%)	240 (18,2%)	5,117 (3,83-6,83)	5,57 (4,56-7,47)	5,573 (4,156-7,47)
Trabajo a turnos (N hombres=2051; N mujeres=1696)	421 (20,5%)	318 (18,8%)	0,896 (0,762-1,05)	0,919 (0,781-1,082)	0,921 (0,782-1,084)
Trabajo nocturno (N hombres= 2915; N mujeres=1695)	487 (23,8%)	229 (14%)	0,504 (0,421-0,595)	0,506 (0,425-0,601)	0,506 (0,426-0,601)
Trabajo fin de semana (N hombres= 2050; N mujeres =1697)	1016 (49,6%)	817 (48,1%)	0,951 (0,837-1,083))	1,004 (0,879-1,147)	1,005 (0,888-1,143)
Horarios penosos (turnos, irregulares, noches) (N hombres=2051; N mujeres=1696)	516 (25,2%)	381 (22,5%)	0,861 (0,740-1,001)	0,884 (0,759-1,029)	0,885 (0,760-1,031)
Trabajar más de 60 horas (N hombres=2023; N mujeres=1674)	126 (6,2%)	45 (2,7%)	0,416 (0,298-0,592)	0,424 (0,300-0,600)	0,424 (0,300-0,600)
Trabajar más de 45 horas a la semana (N hombres=2050; Mujeres =1695)	525 (25,9%)	196 (11,7%)	0,381 (0,319-0,455)	0,385 (0,321-0,460)	0,385 (0,321-0,460)

Tabla 31. Prevalencia y odds ratio crudas y ajustadas por clase social y edad de los indicadores de desigualdad de género en las condiciones de trabajo de la población española trabajadora mayor de 45 años. VII ENCT

	Hombres	Mujeres	ORa	OR b	ORc
Exposición a ruido (N hombres=2029; N mujeres=1689)	241 (11,9%)	111 (6,6%)	0,523 (0,413-0,660)	0,544 (0,429-0,690)	0,546 (0,431-0,692)

Condiciones de trabajo y salud en población mayor trabajadora y medidas para la promoción del envejecimiento saludable en el trabajo

	Hombres	Mujeres	ORa	OR b	ORc
Exposición riesgos ambientales (N hombres=2015; N mujeres=1695)	798 (38,9%)	477 (28,1%)	0,618 (0,539-0,710)	0,639 (0,553-0,739)	0,641 (0,554-0,741)
Exposición a riesgos ergonómicos (N hombres=2051; N mujeres=1696)	1705 (83,1%)	1442 (85%)	1,163 (0,975-1,386)	1,182 (0,990-1,411)	1,183 (0,991-1,412)
Posturas forzadas (N hombres=2051; N mujeres=1696)	1003 (48,9%)	947 (55,9%)	1,57 (0,921-1,215)	1,039 (0,904-1,194)	1,041 (0,905-1,197)
MMC (N Hombres 2040; N mujeres 1687)	457 (22,4%)	314 (18,6%)	0,796 (0,678-0,935)	0,852 (0,720-1,007)	0,854 (0,722-1,009)
Mov. Repetitivos (N hombres =2015; N mujeres 1694)	1160 (56,7%)	1047 (61,8%)	1,230 (1,079-1,402)	1,284 (1,124-1,467)	1,286 (1,126-1,469)
Riesgo psicosocial alto (N hombres 2016; N mujeres 1667)	900 (44,4%)	868 (52,1%)	1,354 (1,190-1,542)	1,384 (1,215-1,578)	1,390 (1,220-1,587)
Demandas psicológicas (N hombres=2050; Mujeres =1695)	1172 (57,2%)	959 (56,5%)	0,974 (0,856-1,109)	,935 (0,820-1,067)	0,938 (0,822-1,071)
Demandas mentales (N hombres=2050; Mujeres =1695)	1256 (61,2%)	903 (53,2%)	0,722 (0,634-0,822)	0,557 (0,479-0,648)	0,558 (0,497-0,650)
Autonomía (N hombres=2050; Mujeres =1695)	938 (48,5%)	848 (53,2%)	1,201 (1,052-1,371)	1,220 (1,068-1,394)	1,255 (1,072-1,400)
Autoridad (N hombres=2050; Mujeres =1695)	891 (47,5%)	835 (53,5%)	1,267 (1,108-1,449)	1,338 (1,167-1,535)	1,340 (1,168-1,537)
Apoyo compañero/as (N hombres=2050; Mujeres =1695)	293 (17,4%)	263 (18,9%)	1,363 (1,067-1,743)	1,492 (1,163-1,913)	1,491 (1,162-1,9129)
Apoyo superiores (N hombres=2050; Mujeres =1695)	312 (19,8%)	281 (20,1%)	1,024 (0,855-1,226)	1,080 (0,900-1,296)	1,079 (0,899-1,295)
Violencia física (N hombres=2050; Mujeres =1695)	94 (4,6%)	48 (2,8%)	0,599 (0,421-0,854)	0,572 (0,401-0,816)	0,571 (0,400-0,815)
Violencia psicológica (N hombres= 2051; Mujeres= 1695)	135 (6,6%)	149 (8,8%)	1,370 (1,075-1,746)	1,320 (1,034-1,684)	1,318 (1,033-1,683)

	Hombres	Mujeres	ORa	OR b	ORc
Discriminación por género (N hombres= 2051; N mujeres=1695)	1 (0%)	17 (1%)	24,56 (2,837-212,6)	23,212 (2,67-201,12)	23,21 (2,67-201,11)
Discriminación por edad (N hombres=2051; N mujeres=1697)	13 (0,6%)	14 (0,8%)	1,251 (0,581-2,693)	1,267 (0,588-2,732)	1,267 (0,588-2,732)
Acoso sexual (N hombres= 2051; N mujeres=1696)	2 (0,1%)	7 (0,4%)	4,87 (0,959-24,74)	4,98 (0,97-25,36)	5,02 (0,98-25,63)
Miedo a Inseguridad laboral (N hombres=2051; N mujeres=1697)	988 (48,3%)	767 (45,3%)	0,896 (0,788-1,019)	0,930 (0,815-1,061)	0,931 (0,815-1,064)
Injusticia laboral (N hombres=2050; Mujeres =1695)	190 (9,3%)	195 (11,5%)	1,267 (1,026-1,565)	1,229 (0,994-1,520)	1,229 (0,994- 1,522)
Conflicto vida laboral y familiar (N hombres = 1425; N mujeres=1087)	297 (20,9%)	203 (18,8%)	0,877 (0,719-1,069)	0,898 (0,735-1,098)	0,890 (0,728-1,089)

Nota: el grupo de referencia en el cálculo de la OR es hombre

Los hombres tienen mayor probabilidad de exposición a riesgos higiénicos y ambientales (ORc= 0,546 IC95%=0,431-0,692) mientras que las mujeres tienen mayor probabilidad de tener riesgos psicosociales (ORc=1,390; IC95%=1,220-1,587). No hay diferencias en la exposición a riesgos ergonómicos entre hombres y mujeres a excepción de los movimientos repetitivos, las mujeres tienen mayor 1,28 veces más probabilidad de presentar este tipo de riesgos que los hombres (ORc= 1,286; IC95%=1,126-1,469). En cuanto a factores de riesgo psicosocial concretos, no existen diferencias significativas en la exposición a demandas psicológicas entre hombres y mujeres, ni en cuanto al apoyo recibido por superiores en el trabajo. Sin embargo, los hombres tienen mayor probabilidad de contar con altas demandas mentales laborales (ORc= 0,558; IC95%= 0,497-0,650), y las mujeres de tener menor autonomía (ORc= 1,255; IC95%=1,072-1,400), menor autoridad laboral (ORc=1,340; IC95%=1,168-1,537) y menos apoyo de los y las compañeras (ORc= 1,491; IC95%= 1,162-1,912).

Los hombres presentan mayor probabilidad de violencia física (ORc= 0,571; IC95%= 0,400-0,815) , mientras que las mujeres muestran 1,3 veces más probabilidad de presentar violencia psicológica (ORc=1,318; IC95%=1,033-1,683) , y 23 veces más probabilidad de sufrir

discriminación por razón de sexo (ORc= 23,21; IC95%= 2,67-201,11). Si bien la discriminación por sexo sólo es señalada por un hombre, y es también señalada por un número muy pequeño de mujeres. No se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre el sexo y el resto de variables psicosociales analizadas: discriminación por edad, acoso sexual, indicador de injusticia laboral, conflicto de la vida laboral y personal, o el miedo a la pérdida del empleo.

En la tabla de abajo se presentan las prevalencias y OR de distintas condiciones de salud general y problemas de salud tanto los relacionados con el trabajo, como los que no se perciben asociados al trabajo. Las mujeres muestran una probabilidad mayor (ORc=1,789; IC95%=1,531-2,083) de presentar mala salud percibida y también de presentar problemas físicos y psicológicos de salud, a excepción de la Hipertensión, que no se asocia con el sexo. Las enfermedades profesionales son también más frecuentes entre mujeres, a excepción nuevamente de la hipertensión, mientras que los hombres tienen mayor probabilidad de haber sufrido un accidente laboral (ORc= 0,748; IC95%=0,629-0,891).

Tabla 32 Prevalencias y odds ratio crudas y ajustadas por clase social y edad de los indicadores de desigualdad de género en las condiciones de salud y daños a la salud relacionados con el trabajo de la población española trabajadora mayor de 45. VII ENCT

	Hombres	Mujeres	OR cruda	OR ajustado clase	OR ajustada clase y edad
Mala salud percibida (N hombres=1426; N mujeres=1080)	268 (18,8%)	309 (28,6%)	1,738 (1,493-2,023)	1,789 (1,535-2,086)	1,786 (1,531-2,083)
Presentar algún problema o síntoma físico (N hombres=2051; N mujeres= 1696)	1421 (69,3%)	1363 (80,4%)	1,83 (1,57-2,13)	1,83 (1,57-2,13)	1,82 (1,57-2,13)
Enfermedades profesionales físicas (N hombres=2051; N mujeres= 1695)	203 (9,9%)	179 (10,6%)	1,54 (1,35-1,77)	1,55 (1,36-1,78)	1,55 (1,36-1,78)
Problemas Osteomusculares (N hombres=2050; N mujeres= 1696)	1303 (63,6%)	1289 (76%)	1,82 (1,57-2,09)	1,84 (1,59-2,13)	1,84 (1,59-2,13)
Problemas osteomusculares (N hombres =2051; N mujeres=1966)	1130 (54,8%)	1123 (65,8%)	1,585 (1,389-1,810)	1,615 (1,414-1,846)	1,616 (1,415-1,847)
Problemas sensoriales (N hombres= 2052; N mujeres=1696)	357 (17,4%)	374 (22,1%)	1,34 (1,14-1,58)	1,31 (1,122-1,55)	1,31 (1,12-1,55)
Problemas sensoriales relacionados o agravados por el trabajo (N hombres= 2051; N mujeres= 1696)	204 (9,9%)	184 (10,8%)	1,034 (0,835-1,279)	1,034 (0,835-1,279)	1,096 (0,888-1,353)
Problemas de piel (N hombres=2099; N mujeres= 1695)	62 (3%)	100 (5,9%)	1,057 (1,488-2,844)	2,031 (1,467-2,811)	2,032 (1,468-2,812)

	Hombres	Mujeres	OR cruda	OR ajustado clase	OR ajustada clase y edad
Problemas de piel relacionados con el trabajo (N hombres= 2050; N mujeres= 1695)	22 (1,1%)	33 (1,9%)	1,882 (1,094-3,238)	1,884 (1,095-3,241)	1,843 (1,072-3,167)
Hipertensión (N Hombres=2051; N mujeres=1695)	212 (10,3%)	153 (9%)	0,86 (0,69-1,07)	0,86 (0,69-1,07)	0,855 (0,68-1,06)
Hipertensión relacionada con el trabajo (N hombres=2041; N mujeres= 1675)	76 (3,7%)	54 (3,2%)	0,848 (0,595-1,207)	0,835 (0,585-1,193)	0,832 (0,585-1,189)
Problemas o sintomatología psicológica (N hombres=2050; N mujeres= 1696)	519 (25,3%)	597 (35,2%)	1,60 (1,39-1,85)	1,58 (1,37-1,82)	1,58 (1,37-1,82)
Enfermedades profesionales psicológicas (N hombres=2051; N mujeres= 1696)	447 (21,8%)	469 (27,7%)	1,37 (1,18-1,59)	1,35 (1,16-1,57)	1,35 (1,16-1,57)
Depresión (N hombres= 2050; N mujeres= 1695)	87 (4,2%)	151 (8,9%)	2,223 (1,694-2,917)	2,217 (1,681-2,912)	2,213 (1,685-2,907)
Depresión relacionada con el trabajo (N hombres= 2061; N mujeres= 1707)	55 (2,7%)	88 (5,2%)	1,967 (1,396-2,771)	1,937 (1,373-2,733)	1,937 (1,373-2,733)
Estrés/ansiedad (N hombres= 2052; N mujeres= 1696)	326 (15,9%)	372 (21,9%)	1,486 (1,261-1,752)	1,442 (1,220-1,703)	1,442 (1,220-1,703)
Estrés laboral (N hombres= 2051; N mujeres= 1966)	272 (13,2%)	285 (16,7%)	1,317 (1,100-1,577)	1,266 (1,055-1,520)	1,266 (1,055-1,520)
Fatiga crónica (N hombres= 2051; N mujeres= 1695)	318 (15,5%)	434 (25,6%)	1,877 (1,597-2,206)	1,872 (1,598-2,201)	1,875 (1,594-2,205)
Fatiga crónica relacionada con el trabajo (N hombres= 2061; N mujeres=1707)	281 (13,6%)	372 (21,8%)	1,765 (1,488-2,092)	1,759 (1,482-2,088)	1,763 (1,485-2,093)
Insomnio (N hombres= =2052; N mujeres=1695)	188 (9,2%)	257 (15,2%)	1,754 (1,435-2,144)	1,755 (1,436-2,145)	1,793 (1,468-2,190)
Insomnio relacionado con el trabajo (N hombres= 2061; N mujeres=1707)	132 (6,4%)	152 (8,9%)	1,427 (1,120-1,818)	,379((1,080-1,759)	1,379 (1,080-1,760)
Accidentabilidad laboral (N hombres= 2048; N mujeres=1693)	168 (8,2%)	108 (6,4%)	0,700 (0,589-0,831)	0,748 (0,629-0,891)	0,748 (0,629-0,891)

Nota: el grupo de referencia en el cálculo de la OR es hombre

6.14. 5.3. FACTORES ASOCIADOS A LA SALUD PERCIBIDA Y A LA CAPACIDAD LABORAL PERCIBIDA DE POBLACION TRABAJADORA MAYOR DE 45 AÑOS

5. 3.1. Factores asociados a la salud percibida en población trabajadora mayor de 45 años de la ENS 2011

La mayor parte de la población trabajadora mayor de 45 años tiene una buena percepción de salud. El 77,4% de hombres y el 70,8% de mujeres tienen una buena o muy buena salud percibida.

En la tabla 34 se presenta la asociación entre variables de empleo, de trabajo remunerado y no remunerado y la salud percibida deficiente en hombres y mujeres trabajadoras mayores de 45 años. Tanto entre los hombres como entre las mujeres existe una asociación entre mala salud percibida y todos los indicadores de condiciones de empleo y trabajo analizados. Un porcentaje mayor de hombres y de mujeres que trabajan sin contrato tienen deficiente salud percibida (24% de hombres y 30% de mujeres) que quienes tienen un contrato. En el caso de los hombres aquellos los que tienen un contrato indefinido tienen peor salud (21%) que los que tienen uno temporal (19%) y las diferencias son estadísticamente significativas ($p < 0,00$). En las mujeres ocurre lo contrario, un 28,1% de las que tienen un contrato temporal tienen salud percibida deficiente frente al 24,3% de quienes tienen un contrato fijo. Similares resultados se dan en el caso de la medida de precariedad. Los hombres y mujeres que trabajan de noche tienen en mayor proporción peor salud que quienes no tienen un trabajo nocturno. Respecto a la exposición a diversos tipos de exigencias laborales, un porcentaje mayor tanto de hombres como de mujeres que sufren estrés laboral alto tienen peor salud percibida que quienes no experimentan estrés laboral. Analizadas las exigencias físicas del trabajo en su conjunto, existe una asociación en hombres y mujeres en cuanto a la exigencia física laboral y la peor salud percibida. Las personas con un trabajo sedentario tienen en menor porcentaje deficiente salud percibida que aquellas en ocupaciones no sedentarias. Un 23,1% de los hombres que no manipulan cargas (MMC) tienen salud percibida deficiente frente al 15,2% de los que si manipulan cargas. En el caso de las mujeres hay también una asociación entre MMC, pero las que tiene peor salud percibida son las expuestas a ese riesgo. Un 40,9% de mujeres que manipulan cargas tienen deficiente salud percibida frente al 29% de las que no tienen esa exposición en su trabajo.

También el trabajo doméstico se asocia con peor salud percibida tanto en hombres como en mujeres, y la presencia de personas dependientes en el hogar, que es la única variable que se ha podido usar como una medida indirecta de posibles cargas de cuidado familiar.

Tabla 33. Prevalencia de mala salud percibida según características sociodemográficas en hombres y mujeres trabajadoras mayores de 45 años. ENS-2011

Hombres	P	Mujeres	P	Total	P
---------	---	---------	---	-------	---

CLASE SOCIAL OCUPACIONAL							
No manual	Mala Salud	290		287		577	
	Percibida	(19,2%)		(23,9%)		(21,2%)	
	Total	1481		1186		2667	
Manual	Mala Salud	295		334		629	
	Percibida	(27,3%)	0,000	(36,4%)	0,000	(31,1%)	0,000
	Total	1099		921		2020	
Total	Mala Salud	585		621		1206	
	Percibida	(22,6%)		(29,2%)		(25,5%)	
	Total	2580		2107		4687	
EDAD							
5 a 55	Mala Salud	291		323		614	
	Percibida	(19,3%)		(26,5%)		(22,5%)	
	Total	1481		1250		2731	
Mayor 55	Mala Salud	263		272		535	
	Percibida	(27,7%)	0,000	(34,2%)	0,000	(30,3%)	0,000
	Total	981		766		1747	
Total	Mala Salud	554		596		1149	
	Percibida	(22,5%)		(29,1%)		(25,3%)	
	Total	2462		2016		4478	

Tabla. 34. Prevalencia de mala salud percibida según condiciones de empleo en hombres y mujeres trabajadoras mayores de 45 años. ENS 2011

		Hombres	P	Mujeres	P	Total	P
TIPO DE CONTRATO							
Contrato indefinido	Mala Salud	265		271		536	
	Percibida	(21%)		(24,3%)		(22,5%)	
	Total	1264		1089		2353	
Contrato Temporal	Mala Salud	24		53		77	
	Percibida	(19%)	0,000	(28,1%)	0,000	(23,3%)	0,000
	Total	155		174		329	
Total	Mala Salud	289		324		613	
	Percibida	(20,8%)		(24,8%)		(22,6%)	
	Total	1419		1263		2682	
TRABAJAR SIN CONTRATO							
Trabajar con contrato	Mala Salud	413		413		826	
	Percibida	(0,2%)		(26%)		(23%)	
	Total	2006		1605		3611	
Trabajar sin contrato	Mala Salud	10	0,000	25	0,000	35	0,000
	Percibida	(24%)		(30%)		(28%)	
	Total	42		84		126	

Total	Mala Salud	423		438		861	
	Percibida	(21%)		(26%)		(23%)	
	Total	2048		1689		3737	
PUESTO							
Puesto Directivo	Mala Salud	83		104		187	
	Percibida	(13,3%)		(20,3%)		(16,4%)	
	Total	591		533		1124	
Puesto base	Mala Salud	502	0,000	517	0,000	1019	0,000
	Percibida	(25,4%)		(32,1%)		(28,2%)	
	Total	1989		1574		3563	
Total	Mala Salud	585		621		1206	
	Percibida	(22,6%)		(29,2%)		(25,5%)	
	Total	2580		2107		4687	2580
PRECARIEDAD							
No precariedad	Mala Salud	377		345		722	
	Percibida	(20,8%)		(23,8%)		(22%)	
	Total	1814		1392		3206	
Si precariedad	Mala Salud	34	0,000	78	0,000	112	0,000
	Percibida	(20,1%)		(28,4%)		(24,6%)	
	Total	167		258		455	
Total	Mala Salud	411		423		834	
	Percibida	(20,4%)		(24,6%)		(22,4%)	
	Total	2011		1650		3661	
TRABAJO NOCTURNO							
Sin nocturnidad	Mala Salud	582		620		1202	
	Percibida	(22,7%)		(29,1%)		(25,5%)	
	Total	2568		2111		4679	
Con nocturnidad	Mala Salud	9	0,000	6	0,000	15	0,000
	Percibida	(28,1%)		(30,2%)		(28,8%)	
	Total	28		18		46	
Total	Mala Salud	591		626		1217	
	Percibida	(22,7%)		(29,1%)		(25,5%)	
	Total	2596		2129		4725	

Tabla. 35. Prevalencia de mala salud percibida según condiciones de trabajo en hombres y mujeres trabajadoras mayores de 45 años. ENS 2011

	Hombres	P	Mujeres	P	Total	P
EXIGENCIAS FISICAS TRABAJO						

		Hombres	P	Mujeres	P	Total	P
No	Mala Salud	202		168		370	
	Percibida	(21,5%)		(26,4%)		(23,3%)	
	Total	953		613,00		1566,00	
Si	Mala Salud	279		373		653	
	Percibida	(23,8%)	0,000	(31,1%)	0,000	(26,9%)	0,000
	Total	1192		1220,00		2412,00	
Total	Mala Salud	481		541		1022	
	Percibida	(22,4%)		(29,5%)		(25,5%)	
	Total	2145		1833,00		3978,00	
MANEJO DE CARGAS							
No	Mala Salud	565		606		1171	
	Percibida	(23,1%)		(29%)		(25,7%)	
	Total	2464		2077,00		4541,00	
Si	Mala Salud	22		16		38	
	Percibida	(15,2%)	0,000	(40,9%)	0,000	(21,2%)	0,000
	Total	115		38,00		153,00	
Total	Mala Salud	587		622		1209	
	Percibida	(22,7%)		(29,2%)		(25,5%)	
	Total	2579		2115,00		4694,00	
TRABAJO SEDENTARIO							
No	Mala Salud	385		454		839	
	Percibida	(23,4%)		(30,4%)		(26,6%)	
	Total	1626		1502,00		3128,00	
Si	Mala Salud	202		168		370	
	Percibida	(21,5%)	0,000	(26,8%)	0,000	(23,3%)	0,000
	Total	953		613,00		1566,00	
Total	Mala Salud	587		622		1209	
	Percibida	(22,7%)		(29,2%)		(25,5%)	
	Total	2579		2115,00		4694,00	
TRABAJO DE PIE							
No	Mala salud percibida	330		265		595	
		(21,9%)		(27,4%)		(23,8%)	
	Total	1502		933,00		2435,00	
Si	Mala Salud	257		357		614	
	Percibida	(24%)	0,000	(30,7%)	0,000	(27,4%)	0,000
	Total	1077		1182,00		2259,00	
Total	Mala Salud	587		622		1209	
	Percibida	(22,7%)		(29,25)		(25,5%)	
	Total	2579		2115,00		4694,00	
ESTRÉS LABORAL PERCIBIDO							
Estrés bajo	Mala Salud	196		196		392	
	Percibida	(19,9%)		(23,8%)		(21,5%)	
	Total	1000	0,000	807,00	0,000	1807,00	0,000
Estrés alto	Mala Salud	219		235		454	
	Percibida	(21,8%)		(25,8%)		(23,5%)	

		Hombres	P	Mujeres	P	Total	P
	Total	1025		869,00		1894,00	
Total	Mala Salud	415		431		846	
	Percibida	(20,9%)		(24,8%)		(22,6%)	
	Total	2025		1676,00		3701,00	

Tabla. 36 Prevalencia de mala salud percibida según condiciones del trabajo no remunerado en hombres y mujeres trabajadoras mayores de 45 años. ENS 2011

		Hombres	P	Mujeres	P	Total	P
PRESENCIA PERSONA DEPENDIENTE HOGAR							
No	Mala Salud	558		582		1140	
	Percibida	(22,3%)		(28,5%)		(24,9%)	
	Total	2491,00%		2031,00		4522,00	
Si	Mala Salud	33		43		76	
	Percibida	(31,2%)	0,000	(38,1%)	0,000	(34,6%)	0,000
	Total	103		97,00		200,00	
Total	Mala Salud	591		625		1216	
	Percibida	(22,6%)		(29,1%)		(25,5%)	
	Total	2594,00%		2128,00		4722,00	
TRABAJO DOMESTICO							
No	Mala Salud	464		237		700	
	Percibida	(22,3%)		(27%)		(23,7%)	
	Total	2109		882,00		2991,00	
Si	Mala Salud	123		389		509	
	Percibida	(27,4%)	0,000	(31%)	0,000	(30,4%)	0,000
	Total	470		1233,00		1703,00	
Total	Mala Salud	587		622		1209	
	Percibida	(22,7%)		(29,2%)		(25,5%)	
	Total	2579		2115,00		4694)	

En la tabla que sigue se presenta la asociación entre diferentes hábitos relacionados con la salud y presentar una salud percibida deficiente tanto en hombres como en mujeres. Tanto en el caso de los hombres, como en las mujeres hay una asociación estadísticamente significativa ($p=0,000$) entre los patrones de consumo de tabaco y la salud percibida. El 22,9% de hombres que fuman y el 25,9% de exfumadores presentan una salud percibida deficiente, frente al 19,2% de quienes nunca han fumado. En el caso

de las mujeres aquellas que fuman tienen peor salud percibida que quienes no fuman y que las exfumadoras.

La salud percibida también es peor entre las personas con sobrepeso y/u obesidad que entre aquellas de peso normal. Un 36% de mujeres con sobrepeso u obesidad tienen salud percibida deficiente y el 23,2% de los hombres. El 29% de mujeres que no realizan actividad física habitual tienen una mala salud percibida,

Tabla 37. Prevalencia de deficiente salud percibida según hábitos relacionados con la salud y sexo en hombres y mujeres trabajadoras mayores de 45 años en España. ENS 2011

		Hombres	P	Mujeres	P	Total	P
PATRÓN CONSUMO TABACO							
Fuma diariamente	Deficiente Salud	195		181		376	
	Percibida	(22,9%)		(31%)		(26,1%)	
	Total	816		584		1400	
Si fuma pero no diariamente	Deficiente Salud	18		19		37	
	Percibida	(22%)		(35%)		(27,4%)	
	Total	82		60		142	
Exfumador/a	Deficiente Salud	218	0,000	110	,000	328	0,000
	Percibida	(25,9%)		(24,1%)		(25,4%)	
	Total	858		451		1309	
Nunca ha fumado	Deficiente Salud	158		315		473	
	Percibida	(19,2%)		(29,9%)		(25%)	
	Total	833		1031		1864	
Total	Deficiente Salud	589		625		1214	
	Percibida	(22,8%)		(29,2%)		(25,5%)	
	Total	2589		2126		4715	
CONSUMO ACTUAL DE TABACO*							
No Fuma habitualmente	Deficiente Salud	394		444		838	
	Percibida	(22,7%)		(28,5%)		(25%)	
	Total	1773		1542		3315	
Fuma habitualmente	Deficiente Salud	195	0,000	181	0,00	376	0,000
	Percibida	(22,9%)		(31%)		(26,1%)	
	Total	816		584		1400	
Total	Deficiente Salud	589		625		1214	
	Percibida	(22,8%)		(29,2%)		(25,5%)	
	Total	2589		2126		4715	
SOBREPESO Y OBESIDAD							
Normo peso	Deficiente Salud	139	0,255	241	0,00	380	0,000
	Percibida	(21%)		(22,9%)		(22,2%)	
	Total	662		1054		1716	

		Hombres	P	Mujeres	P	Total	P
sobrepeso y obesidad	Deficiente Salud	420		335		755	
	Percibida	(23,2%)		(36,7%)		(27,5%)	
	Total	1812		913		2725	
total	Deficiente Salud	559		576		1135	
	Percibida	(22,6%)		(29,3%)		(25,5%)	
	Total	2474		1967		4441	
ACTIVIDAD FISICA							
activo/a	Deficiente Salud	400		420		820	
	Percibida	(21,2%)		(28,4%)		(24,2%)	
	Total	1874		1497		3371	
inactivo/a	Deficiente Salud	177		195		372	
	Percibida	(27,5%)	0,000	(31,3%)	0,00	(29,3%)	0,000
	Total	667		590		1257	
total	Deficiente Salud	577		615		1192	
	Percibida	(22,9%)		(29,3%)		(25,6%)	
	Total	2541		2087		4628	
CONSUMO FRUTA Y VERDURA**							
Consumo adecuado	Deficiente Salud	54		98		152	
	Percibida	(22,5%)		(29,3%)		(25,9%)	
	Total	279		338		617	
consumo no adecuado	Deficiente Salud	537		528		1065	
	Percibida	(23,2%)	0,000	(30,9%)	0,00	(25,4%)	0,000
	Total	2317		1791		4108	
total	Deficiente Salud	591		626		1217	
	Percibida	(22,9%)		(29,1%)		(25,5%)	
	Total	2596		2129		4725	

*Consumo habitual: clasifica a las personas entre quienes fuman habitualmente y el resto

** Consumo de fruta y verdura: clasifica a las personas entre quienes consumen al menos 5 piezas diarias de fruta y verdura y quiénes no.

En la tabla 38 se presentan las OR de deficiente salud percibida y las variables presentadas en los análisis anteriores, para hombres y mujeres trabajadoras mayores de 45 años ajustadas por sexo, edad y clase social. Además se presentan análisis estratificados de hombres y mujeres ajustados por clase social y edad. Todos los indicadores analizados se asocian con salud percibida tanto en hombres como en mujeres. En el caso de los hombres aquellos con un contrato laboral temporal presentan menos probabilidad de tener deficiente salud percibida que quienes tienen un contrato indefinido (OR= 0,888; IC95%= 0,880-0,970). Igualmente realizar un trabajo que implica manipulación de cargas se asocia con una menor probabilidad de tener deficiente salud percibida en los hombres

(OR= 0,667; IC95%= 0,661-0,673) pero no en las mujeres (OR= 1,210; IC95%= 1,191-1,230).

En relación a las condiciones de empleo, los hombres que ocupan un puesto base tienen dos veces más probabilidad de tener peor salud percibida que aquellos en puestos de dirección (OR= 2,056; IC95%= 2,042-2,070). Una asociación similar se encuentra también en el caso de las mujeres (OR=1,42; IC95%= 1,41-1,43) . La temporalidad laboral se asocia con peor salud en el caso de las mujeres (OR= 1,20; IC95%= 1,19-1,21) pero no así en el de los hombres. Mientras que la precariedad laboral, el trabajo sin contrato y los turnos nocturnos se asocia con salud percibida deficientes tanto en hombres como en mujeres. Los hombres con contratos temporales tienen menor probabilidad de tener salud percibida deficiente (OR= 0,88; IC95%= 0,88-0,97).

En cuanto a las condiciones de exigencias laborales, la exposición a estrés laboral es el factor que se asocia en mayor medida a salud percibida en el caso de las mujeres (OR=1,367; IC95%= 1,359-1,376), y en hombres (OR= 1,230; IC95%= 1,223-1,236). Las exigencias físicas del trabajo también se asocian con una mayor probabilidad de tener peor salud percibida tanto en hombres (OR=1,030; IC95%= 1,025-1,035) como en mujeres (OR=1,062; IC95%= 1,056-1,068). Sin embargo, tanto el trabajo sentado para hombres y mujeres como la manipulación de cargas en el caso de los hombres se asocia a menor probabilidad de tener deficiente salud percibida. Los hombres que trabajan manipulando pesos tienen menor posibilidad de presentar salud percibida deficiente (OR= 0,529; IC95%= 0,523-0,534) mientras que en el caso de las mujeres, estas tienen mayor probabilidad de presentar peor salud (OR= 1,210; IC95%= 1,191-1,230).

La convivencia con una persona dependiente, y también el asumir el trabajo doméstico de manera exclusiva se asocia con peor salud percibida tanto en hombres como en mujeres. La magnitud de la asociación en ambos casos es superior para los hombres que para las mujeres.

Todos los hábitos relacionados con la salud que se han analizado se asocian a deficiente salud percibida en hombres y mujeres. El sobrepeso e inactividad física parece son los factores que se asocian más a una mayor probabilidad de presentar deficiente salud percibida, fundamentalmente el sobrepeso en las mujeres (OR mujeres=1,615; IC95%= 1,610-1,620; OR hombres=1,093; IC95%= 1,090-1,095), y la inactividad física en los hombres. Los hombres inactivos físicamente tienen 1,4 veces mayor probabilidad de tener deficiente salud percibida (ORhombres=1,420; IC95%= 1,413- 1,427; ORmujeres= 1,212; IC95%= 1,206-1,218).

Tabla 38. Odds ratio ajustadas por edad y clase social de deficiente salud percibida según de determinantes de la salud en hombres y mujeres mayores de 45 años. ENS 2011

	Población trabajadora mayor de 45 años				Hombres mayores de 45 años				Mujeres mayores de 45 años			
	OR	C. 95,0%	Sig.		OR	C. 95,0%	Sig.		OR	C. 95,0%	Sig.	
Trabajo temporal	1,036	1,029	1,421	0,000	0,888	0,880	0,97	0,000	1,200	1,190	1,211	0,000
Trabajar sin contrato	1,087	1,077	1,097	0,000	1,122	1,103	1,141	0,000	1,072	1,060	1,084	0,000
Puesto base	1,689	1,681	1,697	0,000	2,056	2,042	2,070	0,000	1,422	1,413	1,432	0,000
Precariedad	1,078	1,072	1,084	0,000	1,114	1,108	1,119	0,000	1,210	1,201	1,219	0,000
Noches	1,128	1,111	1,146	0,000	1,178	1,155	1,202	0,000	1,068	1,040	1,097	0,000
Estrés laboral	1,280	1,275	1,286	0,000	1,230	1,223	1,236	0,000	1,367	1,359	1,376	0,000
Exigencias físicas del trabajo	1,049	1,045	1,052	0,000	1,030	1,025	1,035	0,000	1,062	1,056	1,068	0,000
MMC	0,667	0,661	0,673	0,000	0,529	0,523	0,534	0,000	1,210	1,191	1,230	0,000
Trabajo sedentario	0,962	0,958	0,965	0,000	0,958	0,953	0,962	0,000	0,975	0,970	0,981	0,000
Trabajo de pie	1,125	1,122	1,129	0,000	1,132	1,127	1,137	0,000	1,112	1,107	1,117	0,000
Persona dependiente	1,367	1,358	1,376	0,000	1,479	1,465	1,492	0,000	1,282	1,270	1,293	0,000
Trabajo doméstico	1,192	1,188	1,197	0,000	1,303	1,294	1,312	0,000	1,147	1,141	1,152	0,000
Fumar	1,080	1,070	1,084	0,000	1,231	1,224	1,238	0,000	1,129	1,122	1,135	0,000
Consumo fruta y verdura	1,053	1,047	1,059	0,000	1,012	1,005	1,019	0,001	1,084	1,075	1,092	0,000
Sobrepeso u obesidad	1,664	1,658	1,670	0,000	1,093	1,090	1,097	0,000	1,615	1,610	1,620	0,000
inactividad	1,311	1,307	1,316	0,000	1,420	1,413	1,427	0,000	1,212	1,206	1,218	0,000

5.3.2. Factores laborales asociados a la salud percibida en población trabajadora mayor de 45 años de la ENCT

El 16,7% de hombres menores de 45 años tiene mala salud percibida y el 26,2% de mujeres, mientras que en los grupos de más de 55 años el 23,4% de hombres tiene deficiente salud percibida y el 34,1% de mujeres. También hay una asociación entre salud percibida y clase social, un porcentaje mayor de personas de clases sociales manuales que de clases no manuales tienen salud percibida deficiente.

Se han realizado análisis bivariantes para conocer los factores laborales que se asocian con peor salud percibida tanto en hombres como en mujeres. En relación a las condiciones de la relación laboral tener un contrato temporal no se asocia con la salud percibida ni en los hombres ni en las mujeres. Sin embargo en el caso de las mujeres, aunque no en el de los hombres, si hay una asociación entre tener un empleo sin contrato y/o en situaciones de precariedad y peor salud percibida, el 43% de mujeres que trabajan sin contrato tienen deficiente salud percibida frente al 28,4% de las que tienen contrato, y el 34,4% de mujeres en condiciones laborales precarias tienen una deficiente salud percibida.

Tanto en el caso de los hombres como de las mujeres existe una asociación entre el tipo de puesto que se ocupa (directivo y/ puesto base) y deficiente salud percibida, así como entre trabajar los fines de semana y más de 60 horas a la semana. En los puestos directivos el porcentaje de hombres (15,6%) y de mujeres (22,3%) con deficiente salud percibida es menor que en puestos base (20,2% de hombres y 29,7% mujeres). Prácticamente el 22% de hombres que trabajan el fin de semana y el 30% de mujeres tienen deficiente salud percibida, mientras que en el caso de hombres que no trabajan en fines de semana ese porcentaje es de 16% y en las mujeres del 27,8%). Un 33% de hombres que trabajan más de 60 horas a la semana tienen deficiente salud percibida, frente al 18% de los que trabajan por debajo de esas horas semanales. En el caso de las mujeres las diferencias son aún mayores, el 48% de mujeres con un trabajo de más de 60 horas tienen una deficiente salud percibida, frente al 28% de las que tienen un horario menor de trabajo. El trabajo nocturno se asocia con salud percibida deficiente tanto en hombres como en mujeres.

Tabla. 39. Prevalencia de deficiente salud percibida según características sociodemográficas en hombres y mujeres trabajadoras mayores de 45 años de la ENCT VII

		Hombres	P	Mujeres	P	Total	P
CLASE SOCIAL OCUPACIONAL							
No manual	Mala Salud Percibida	120 (14,2%)		201 (25,1%)		321 (19,5%)	
	Total	844		802		1646	
Manual	Mala Salud Percibida	271 (22,5%)	0,000	290 (32,5%)	0,000	561 (26,7%)	0,000
	Total	1207		893		2100	
Total	Mala Salud Percibida	391 (19,1%)		491 (29%)		882 (23,5%)	
	Total	2051		1695		3746	
EDAD							
45 a 55	Mala Salud Percibida	228 (16,7%)		295 (26,2%)		523 (21%)	
	Total	1365		1125		2488	
Mayor 55	Mala Salud Percibida	163 (23,4%)	0,000	198 (34,1%)	0,000	361 (28,2%)	0,000
	Total	698		580		1278	
Total	Mala Salud Percibida	391 (19%)		493 (28,9%)		884 (23,5%)	
	Total	2061		1705		3766	

Tabla. 40. Prevalencia de deficiente salud percibida según condiciones de empleo en hombres y mujeres trabajadoras mayores de 45 años. VII ENCT

		Hombres	P	Mujeres	P	Total	P
TIPO DE CONTRATO							
Indefinido	Deficiente Salud	251		324		575	
	Percibida	(19,1%)		(28%)		(23,3%)	
	Total indefinido	1312		1158		2470	
Temporal	Deficiente Salud	29		53		82	
	Percibida	(16%)	0,184	(30,8%)	0,247	(23,2%)	0,522
	Total temporal	181		172		353	
Total	Deficiente Salud	280		377		657	
	Percibida	(18,8%)		(28,3%)		(23,3%)	
	Total	1493		1330		2823	
TRABAJAR SIN CONTRATO							
Con contrato	Deficiente Salud	280		379		659	
	Percibida	(18,7%)	,0,281	(28,4%)	0,006	(23,3%)	0,005
	Total	1494		1333		2827	

Condiciones de trabajo y salud en población mayor trabajadora y medidas para la promoción del envejecimiento saludable en el trabajo

		Hombres	P	Mujeres	P	Total	P
Sin contrato	Deficiente Salud	2		31		33	
	Percibida	(9,5%)		(43,7%)		(35,9%)	
	Total	20		71		92	
Total	Deficiente Salud	282		410		692	
	Percibida	(18,6%)		(29,2%)		(23,7%)	
	Total	1515		1404		2919	
PRECARIEDAD							
No	Deficiente Salud	251		324		575	
	Percibida	(19,1%)		(28%)		(23,3%)	
	Total	1312		1158		2.470,00	
Si	Deficiente Salud	30	0,153	84	0,044	114	0,285
	Percibida	(14,9%)		(34,4%)		(25,6%)	
	Total	201		244		445,00	
Total	Deficiente Salud	281		408		689	
	Percibida	(18,6%)		(29,1%)		(23,6%)	
	Total	1513		1402		2.915,00	
TIPO DE PUESTO							
Puesto directivo	Deficiente Salud	84		49		133	
	Percibida	(15,6%)		(22,3%)		(17,5%)	
	Total Puestos directivos	539		220		759	
Puesto base	Deficiente Salud	233	0,013	379	0,013	612	0,000
	Percibida	(20,2%)		(29,7%)		(25,2%)	
	Total Puestos base	1.155		1275		243	
Total	Deficiente Salud	313		428		745	
	Percibida	(18,7%)		(28,6%)		(23,4%)	
	Total	1.694		1495		3.189	
JORNADA A TIEMPO PARCIAL							
Jornada a tiempo completo	Deficiente Salud	267		311		578	
	Percibida	(18,7%)		(28,6%)		(23%)	
	Total	1431		1086		2.517	
Jornada a tiempo parcial	Deficiente Salud	12	0,890	65	0,579	77	0,356
	Percibida	(19,4%)		(26,9%)		(25,3%)	
	Total	62		242		304	
Total	Deficiente Salud	279		376		655	
	Percibida	(18,7%)		(28,3%)		(23,2%)	
	Total	1493		1328		2.821	
TURNOS							
No	Deficiente Salud	305	0,421	403	0,700	708	0,892
	Percibida	(18,6%)		(29,1%)		(23,4%)	
	Total	1639		1384		3023	
Si	Deficiente Salud	86		90		176	
	Percibida	(20,3%)		(28%)		(23,7%)	
	Total	423		321		744	

Condiciones de trabajo y salud en población mayor trabajadora y medidas para la promoción del envejecimiento saludable en el trabajo

		Hombres	P	Mujeres	P	Total	P
Total	Deficiente Salud	391		493		884	
	Percibida	(19%)		(28,9%)		(23,5%)	
	Total	2062		1705		3767	
TRABAJO NOCTURNO							
No	Deficiente Salud	281		410		691	
	Percibida	(18%)		(28%)		(22,8%)	
	Total	1.562		1.463		3.025	
Si	Deficiente Salud	109		81		190	
	Percibida	(22,2%)	0,038	(35,1%)	0,028	(26,3%)	0,051
	Total	491		231		722	
Total	Deficiente Salud	390		491		881	
	Percibida	(19%)		(29%)		(23,5%)	
	Total	2053		1.694		3.747	
TRABAJO FINES DE SEMANA							
No	Deficiente Salud	167		245		412	
	Percibida	(16,1%)		(27,8%)		(21,4%)	
	Total	1040		881		1844	
Si	Deficiente Salud	223		248		471	
	Percibida	(21,9%)	0,001	(30,1%)	0,312	(25,5%)	0,003
	Total	1020		824		1844	
Total	Deficiente Salud	390		493		883	
	Percibida	(18,9%)		(28,9%)		(23,5%)	
	Total	2060		1705		3765	
MÁS DE 60 HORAS A LA SEMANA							
No	Deficiente Salud	345		465		810	
	Percibida	(18%)		(28,4%)		(22,8%)	
	Total	1912,0%		1639,0%		3551	
Si	Deficiente Salud	42		22		64	
	Percibida	(33,3%)	0.000	(48,9%)	0,003	(37,4%)	
	Total	126,0%		45,0%		171	
Total	Deficiente Salud	387		487		874	
	Percibida	(19%)		(28,9%)		(23,5%)	
	Total	2038		1684		3722	
MÁS DE 45 HORAS A LA SEMANA							
No	Deficiente Salud	262		416		678	
	Percibida	(17,4%)		(28%)		(22,7%)	
	Total	1507		1484		2991	
Si	Deficiente Salud	125		70		195	
	Percibida	(23,6%)	0,2%	(35,2%)	0,037	(26,7%)	0,020
	Total	530		199		729	
Total	Deficiente Salud	387		486		873	
	Percibida	(19%)		(28,9%)		(23,5%)	
	Total	2037		1683		3720	

Existe una asociación entre deficiente salud percibida y exposición a prácticamente todos los riesgos laborales analizados higiénicos y ergonómicos, tanto en hombres como en mujeres. En el caso de las mujeres el único riesgo que no se asocia con una peor salud es la exposición a ruido, aunque la proporción de mujeres con deficiente salud es más alta en las expuestas a ruido laboral que entre las que no lo están. En cuanto a los riesgos de tipo psicosocial, el caso de los hombres las altas demandas psicológicas y en el caso de hombres y mujeres las altas exigencias mentales del trabajo tampoco se asocian con salud percibida. La exposición a situaciones de discriminación edad no se asocia con peor salud percibida. A pesar de que el 46% de mujeres que se sienten discriminadas por razón de edad tienen una deficiente salud percibida, frente al 28,8% de las que no se sienten expuestas a situaciones de discriminación, ese 46% corresponde sólo a 6 personas. La experiencia de violencia psicológica y física, acoso, discriminación por sexo, y en general las vivencias de situaciones de injusticia laboral se asocian con peor salud percibida tanto en hombres como en mujeres.

Tabla.41. Prevalencia de deficiente salud percibida según condiciones de trabajo en población trabajadora mayor de 45 años. VII ENCT

		Hombres	P	Mujeres	P	Total	P
RUIDO							
No	Deficiente	321		452		773	
	Salud Percibida	(17,9%)		(28,5%)		(22,8%)	
	Total No	1798		1586		3384,00%	
Si	Deficiente	64		40		104	
	Salud Percibida	(26,4%)	0,001	(36%)	0,091	(29,5%)	0,005
	Total SI	242		111		353,00%	
Total	Deficiente	385		492		877	
	Salud Percibida	(18,9%)		(29%)		(23,5%)	
	Total	1586		1697		3737,00%	
RIESGOS HIGIENICOS							
No	Deficiente	210		296		506	
	Salud Percibida	(16,7%)		(24,2%)		(20,4%)	
	Total	1260		1224		2484	
Si	Deficiente	181	0,001	197	0,000	378	,000
	Salud Percibida	(22,6%)		(40,9%)		(29,4%)	
	Total	802		482		1284	

		Hombres	P	Mujeres	P	Total	P
Total	Deficiente	391		493		884	
	Salud Percibida	(19%)		(28,9%)		(23,5%)	
	Total	2062		1706		3768	
RIESGOS ERGONOMICOS							
No	Deficiente	49		49		98	
	Salud Percibida	(14%)		(19,3%)		(16,2%)	
	Total	350		254		604	
Si	Deficiente	342		444		786	
	Salud Percibida	(20%)	0,009	(30,6%)	0,000	(24,9%)	0,000
	Total	1711		1451		3162	
Total	Deficiente	391		493		884	
	Salud Percibida	(19%)		(28,9%)		(23,5%)	
	Total	2061		1705		3766	
POSTURAS							
No	Deficiente	137		164		301	
	Salud Percibida	(13%)		(21,9%)		(16,7%)	
	Total	1.057,00		750		1807	
Si	Deficiente	254		327		581	
	Salud Percibida	(25,3%)	0,000	(34,4%)	0,000	(29,7%)	0,000
	Total	1005		951		1956	
Total	Deficiente	391		491		882	
	Salud Percibida	(19%)		(28,9%)		(23,4%)	
	Total	2062		1701		3763	
MMC							
No	Deficiente	249		352		601	
	Salud Percibida	(15,6%)		(25,5%)		(20,2%)	
	Total	1593,00%		1382,00%		2875	
Si	Deficiente	141		140		281	
	Salud Percibida	(30,9%)	0,000	(44,3%)	0,000	(36,4%)	0,000
	Total	457,00%		316,00%		773	
Total	Deficiente	390		492		882	
	Salud Percibida	(19%)		(29%)		(23,5%)	
	Total	2050,00%		1698,00%		3748	
MOVIMIENTOS REPETITIVOS							
No	Deficiente	139		151		290	
	Salud Percibida	(15,6%)		(23,2%)		(18,8%)	
	Total	891,00%		652,00%		1543,00%	
Si	Deficiente	250		341		591	
	Salud Percibida	(21,5%)	0,001	(32,5%)	0,000	(26,7%)	0,000
	Total	1165,00%		1050,00%		2215,00%	
Total	Deficiente	389		492		881	
	Salud Percibida	(18,9%)		(28,9%)		(23,4%)	
	Total	2056,00%		1702,00%		3758,00%	
RIESGO PSICOSOCIALES							

Condiciones de trabajo y salud en población mayor trabajadora y medidas para la promoción del envejecimiento saludable en el trabajo

		Hombres	P	Mujeres	P	Total	P
No	Deficiente	181		198		379	
	Salud Percibida	(16%)		(24,7%)		(19,6%)	
	Total	1.131,00		803		1934	
Si	Deficiente	203		287		490	
	Salud Percibida	(22,5%)	0,000	(32,9%)	0,000	(27%)	0,000
	Total	906		873		1779	
Total	Deficiente	384		485		869	
	Salud Percibida	(18,9%)		(28,9%)		(23,4%)	
	Total	2.037,00		1676		3713	
DEMANDAS PSICOLOGICAS							
No	Deficiente	158		179		337	
	Salud Percibida	(17,9%)		(24,2%)		(20,8%)	
	Total	881		740		1621	
Si	Deficiente	233		314		547	
	Salud Percibida	(19,7%)	0,299	(32,5%)	0,000	(25,5%)	,001
	Total	1180		965		2145	
Total	Deficiente	391		493		884	
	Salud Percibida	(19%)		(28,9%)		(23,5%)	
	Total	2061		1705		3766,00%	
DEMANDAS MENTALES							
No	Deficiente	164		247		411	
	Salud Percibida	(20,5%)		(31%)		(25,8%)	
	Total	799		797		1596	
Si	Deficiente	227		246		473	
	Salud Percibida	(18%)	0,15	(27,1%)	0,074	(21,8%)	,004
	Total	1263		909		2172	
Total	Deficiente	391		493		884	
	Salud Percibida	(19%)		(28,9%)		(23,5%)	
	Total	2062		1706		3768	
AUTONOMIA							
No	Deficiente	166		197		363	
	Salud Percibida	(16,6%)		(26,2%)		(20,7%)	
	Total	999		751		1750	
Si	Deficiente	202		263		465	
	Salud Percibida	(21,4%)	0,007	(30,9%)	0,039	(25,9%)	0,000
	Total	945		851		1796	
Total	Deficiente	197		460		828	
	Salud Percibida	(26,2%)		(28,7%)		(23,4%)	
	Total	751		1602		3546	
AUTORIDAD							
No	Deficiente	150		170		320	
	Salud Percibida	(15,2%)		(23,3%)		(18,6%)	
	Total	989	0,000	730	0,000	1719	0,000
Si	Deficiente	2012		286		498	
	Salud Percibida	(23,7%)		(34,1%)		(28,7%)	

		Hombres	P	Mujeres	P	Total	P
	Total	896		838		1734	
	Deficiente	362		456		818	
Total	Salud Percibida	(19,2%)		(29,1%)		(23,7%)	
	Total	1885		1568		3453	
RIESGO POR FALTA DE APOYO COMPAÑERO							
	Deficiente	276		343		619	
No	Salud Percibida	(17,7%)		(27,5%)		(22,1%)	
	Total	1556		1248		2804	
	Deficiente	40		53		93	
Si	Salud Percibida	(29,9%)	0,001	(36,1%)	0,029	(33,1%)	0,000
	Total	134		147		281	
	Deficiente	316		396		712	
Total	Salud Percibida	(18,7%)		(28,4%)		(23,1%)	
	Total	1690		1395		3085	
RIESGO POR FALTA DE APOYO SUPERIORES							
	Deficiente	214		304		518	
No	Salud Percibida	(16,8%)		(27,1%)		(21,6%)	
	Total	1274		1122		2396	
	Deficiente	78		110		188	
Si	Salud Percibida	(25%)	0,001	(39%)	0,000	(31,6%)	0,000
	Total	312		282		594	
	Deficiente	292		414		706	
Total	Salud Percibida	(18,4%)		(29,5%)		(23,6%)	
	Total	1586		1404		2990	
DISCRIMINACION POR EDAD							
	Deficiente	389		487		876	
No	Salud Percibida	(19%)		(28,8%)		(23,4%)	
	Total	2048		1692		3740	
	Deficiente	2		6		8	
Si	Salud Percibida	(15,4%)	0,741	(46,2%)	0,169	(30,8%)	0,378
	Total	13		13		26	
	Deficiente	391		493		884	
Total	Salud Percibida	(19%)		(28,9%)		(23,5%)	
	Total	2061		1705		3766	
DISCRIMINACION POR SEXO							
	Deficiente	389		482		871	
No	Salud Percibida	(18,9%)		(28,7%)		(23,3%)	
	Total	2059		1682		3741	
	Deficiente	2		11		13	
Si	Salud Percibida	(66,7%)	0,035	(45,8%)	0,065	(48,1%)	0,002
	Total	3		24		27	
	Deficiente	391		493		884	
Total	Salud Percibida	(19%)		(28,9%)		(23,5%)	
	Total	2062		1706		3768	

		Hombres	P	Mujeres	P	Total	P
INSEGURIDAD LABORAL							
No	Deficiente	175		249		424	
	Salud Percibida	(16,4%)		(26,8%)		(21,2%)	
	Total	1067		930		1761	
Si	Deficiente	216		244		460	
	Salud Percibida	(21,8%)	0,002	(31,6%)	0,029	(26,1%)	0,000
	Total	989		772		1761	
Total	Deficiente	391		493		884	
	Salud Percibida	(19%)		(29%)		(23,5%)	
	Total	2056		1702		3758	
INJUSTICIA LABORAL							
No	Deficiente	330		401		731	
	Salud Percibida	(17,6%)		(26,5%)		(21,6%)	
	Total	1871		1511		3382	
Si	Deficiente	61		92		153	
	Salud Percibida	(32,1%)	0,000	(47,4%)	0,000	(39,8%)	0,000
	Total	190		194		384	
Total	Deficiente	391		493		884	
	Salud Percibida	(19%)		(28,9%)		(23,5%)	
	Total	2061		1705		3766	
VIOLENCIA FISICA							
No	Deficiente	359		463		822	
	Salud Percibida	(18,3%)		(27,9%)		(22,7%)	
	Total	1966,00%		1658,00%		3624	
Si	Deficiente	31		30		61	
	Salud Percibida	(33%)	0,000	(62,5%)	0,000	(43%)	0,000
	Total	94,00%		48,00%		142	
Total	Deficiente	463		493		883	
	Salud Percibida	(27,9%)		(28,9%)		(23,4%)	
	Total	2060,00%		1706,00%		3766	
VIOLENCIA PSICOLOGICA							
No	Deficiente	344		423		767	
	Salud Percibida	(17,9%)		(27,2%)		(22%)	
	Total	1.926,00		1.557,00		2483	
Si	Deficiente	46		70		116	
	Salud Percibida	(34,3%)	0,000	(47,3%)	0,000	(41,1%)	0,000
	Total	134		148		282	
Total	Deficiente	390		493		883	
	Salud Percibida	(18,9%)		(28,9%)		(23,5%)	
	Total	206		1.705,00		3765	
CONFLICTO DE CONCILIACION DE LA VIDA LABORAL Y PERSONAL							
No	Deficiente	256		356		612	
	Salud Percibida	(16%)	0,000	(19%)	0,000	(20,6%)	0,000
	Total	1597		1379		2976	

		Hombres	P	Mujeres	P	Total	P
Si	Deficiente	134		137		271	
	Salud Percibida	(29,5%)		(42,4%)		(34,8%)	
	Total	455		323		778	
Total	Deficiente	390		493		883	
	Salud Percibida	(19%)		(29%)		(23,5%)	
	Total	2052		1702		3754	

Los análisis de regresión ajustando por clase social y edad muestran que, en relación a las condiciones de empleo, los aspectos que se asocian en mayor medida con una probabilidad más alta de salud percibida deficiente en el caso de las mujeres son el trabajo sin contrato laboral (OR=1,672; IC95%= 1,021-2,740), trabajar más de 60 horas a la semana (OR= 2,233; IC95%= 1,229-4,056), la precariedad laboral (OR= 1,514; IC95%= 1,040-2,204) y tener un puesto base al compararla con mujeres en puestos directivos (OR= 1,022; IC95%= 1,003-1,04). El resto de aspectos de las condiciones laborales, no muestran asociación con la salud percibida de las mujeres. En el caso de los hombres las condiciones de empleo no parecen mostrar asociación con la probabilidad de deficiente salud percibida, a excepción de los aspectos relacionados con la realización de jornadas laborales extensas (por encima de 45 horas), trabajar en fines de semana y trabajar de noche. El riesgo de presentar deficiente salud para un hombre que trabaja más de 60 horas a la semana es 2,29 veces más alto que para quienes tienen jornadas más reducidas (OR=2,296; IC95%= 1,549-3,402) . Además la asociación entre precariedad laboral y salud está muy próxima a la significatividad en el caso de los hombres (p= 0,054), aunque parece que, de darse la asociación, esta iría en el sentido de una menor probabilidad de tener salud percibida deficiente.

En relación a la exposición a situaciones de riesgo laboral las exposición a ruido se asocia a salud percibida en el caso de los hombres pero no en las mujeres. Los hombres que trabajan expuestos a niveles altos de ruido tienen 1,45 veces peor salud que aquellos que no presentan dicha exposición (OR= 1,454; IC95%=1,057-2,000). Sin embargo la exposición global a riesgos higiénicos, evaluada a partir de un indicador sintético que

pregunta por riesgos de tipo ambiental, físico como vibraciones, químicos y biológicos si se asocia con peor salud percibida en las mujeres (OR= 2,08; IC95%= 1,65-2,63) pero no en hombres, aunque está muy próxima ($p>0,058$).

La exposición a riesgos ergonómicos de cualquier tipo (posturas forzadas, Manipulación de cargas, movimientos repetitivos) se asocia con deficiente salud percibida tanto en hombres como en mujeres. En concreto la manipulación de cargas se asocia con peor salud en los hombres (OR= 2,17; IC95%=1,68-2,86) y en mujeres (OR 2,21; IC95%= 1,707-2,881), siendo, junto con las posturas forzadas uno de los aspectos ergonómicos del trabajo que muestra una asociación más fuerte con la salud percibida.

Tabla 42. Odds ratio ajustadas por edad y clase social de deficiente salud percibida según condiciones de empleo y de trabajo en la Población mayor trabajadora

	Población trabajadora mayor de 45 años			Hombres mayores de 45 años			Mujeres mayores de 45 años					
	OR	I.C. 95,0%	Sig.	OR	I.C. 95,0%	Sig.	OR	I.C. 95,0%	Sig.			
CONDICIONES LABORALES												
Puesto base	1,293	1,038	1,610	0,022	1,222	,0,920	1,622	0,166	1,022	1,003	1,040	0,021
Sin contrato	1,287	0,822	2,015	0,270	0,307	,0,062	1,531	0,150	1,672	1,021	2,740	0,041
Contrato Tiempo parcial	0,866	0,649	1,155	0,327	1,045	,0,549	1,987	0,894	0,848	0,615	1,170	0,315
Contrato temporal	0,910	0,694	1,194	0,496	0,713	,0,464	1,096	0,123	1,089	0,764	1,551	0,638
Precariedad laboral 12	1,276	0,937	1,739	0,122	0,507	0,251	1,025	0,059	1,514	1,040	2,204	0,030
Turnos	0,984	0,812	1,194	0,873	1,076	0,821	1,410	0,597	0,902	0,686	1,186	0,460
Noches	1,189	0,985	1,436	0,067	1,327	1,031	1,708	0,000	1,320	0,981	1,777	0,071
Trabajo fines de semana	1,159	0,989	1,358	0,068	1,386	1,105	1,738	0,005	0,996	0,796	1,248	0,973
Trabajar más de 60 horas	2,252	1,626	3,132	0,000	2,296	1,549	3,402	0,000	2,233	1,229	4,056	0,008
Trabajar más de 45 horas	1,877	1,603	1,715	0,000	1,496	1,173	1,909	0,001	1,321	0,963	1,814	0,085
RIESGO LABORAL												
Ruido	1,456	1,135	1,869	0,003	1,454	1,057	2,000	0,021	1,412	0,942	2,116	0,095
Riesgos higiénicos	1,632	1,382	1,928	0,000	1,259	0,993	1,597	0,058	2,083	1,650	2,631	0,000
Riesgos Ergonómicos	1,671	1,321	2,114	0,000	1,467	1,057	2,036	0,022	1,887	1,349	2,641	0,000
Posturas	1,979	1,685	2,324	0,000	2,115	1,674	2,672	0,000	1,847	1,479	2,305	,000

Condiciones de trabajo y salud en población mayor trabajadora y medidas para la promoción del envejecimiento saludable en el trabajo

	Población trabajadora mayor de 45 años				Hombres mayores de 45 años			Mujeres mayores de 45 años				
	OR	I.C. 95,0%		Sig.	OR	I.C. 95,0%		Sig.	OR	I.C. 95,0%		Sig.
MMC	1,856	1,587	2,169	0,000	2,175	1,686	2,806	0,000	2,218	1,707	2,881	0,000
Mov repetitivos	1,483	1,261	1,744	0,000	1,396	1,104	1,764	0,005	1,563	1,247	1,959	0,000
Riesgos psicosociales	1,533	1,311	1,793	0,000	1,585	1,262	1,989	0,000	1,744	1,354	2,247	0,000
Estrés laboral	1,754	1,498	2,053	0,000	3,208	2,394	4,299	0,000	4,150	3,159	5,451	0,000
Autonomía	1,322	1,127	1,550	0,001	1,038	1,018	1,057	0,000	1,283	1,029	1,599	0,027
Autoridad	1,642	1,393	1,936	0,000	1,670	1,319	2,115	0,000	1,643	1,305	2,067	0,000
Demandas psicológicas	1,489	1,268	1,747	0,000	1,291	1,025	1,625	0,030	1,695	1,358	2,117	0,000
Demandas mentales del trabajo	1,081	0,907	1,290	0,384	1,118	0,875	1,430	0,373	1,028	0,797	1,325	0,832
No contar con el apoyo de compañero/as	1,534	1,171	2,010	0,002	1,789	1,203	2,659	0,004	1,364	0,947	1,966	0,096
No contar con el apoyo de superiores	1,573	1,283	1,928	0,000	1,521	1,127	2,052	0,006	1,624	1,230	2,145	0,001
Inseguridad laboral	1,317	1,124	1,542	0,001	1,391	1,103	1,754	0,005	1,254	1,010	1,557	0,040
Violencia física	3,190	2,246	4,530	0,000	2,654	1,685	4,183	0,000	4,671	2,562	8,517	0,000
Violencia psicológica	2,740	2,118	3,545	0,000	2,834	1,930	4,162	0,000	2,665	1,883	3,771	0,000
Conflicto conciliación	2,181	1,827	2,604	0,000	2,193	1,714	2,805	0,000	2,159	1,673	2,788	0,000
Discriminación por edad	1,300	0,553	3,054	0,547	0,604	0,120	3,054	0,542	2,034	0,685	6,041	0,201
Discriminación por sexo	2,821	1,296	6,140	0,009	14,638	0,957	223,815	0,054	2,329	1,027	5,279	0,043
Injusticia laboral percibida	2,614	2,084	3,278	0,000	2,553	1,824	3,573	0,000	2,684	1,971	3,654	0,000

En cuanto a los riesgos psicosociales las mujeres con altos niveles de estrés laboral tienen 4,1 veces mayor probabilidad de tener deficiente salud percibida (OR= 4,150; IC95%= 3,159-5,451) y los hombres 3,2 veces (OR= 3,208; IC95%= 2,394-4,299). También destaca la exposición a situaciones de violencia física y psicológica tanto en mujeres como en hombres. Los hombres que experimentan situaciones de violencia psicológica en el trabajo tienen 2,8 veces más probabilidad de deficiente salud percibida (OR=2,834; IC95%= 1,930-4,162), y los que están expuestos a violencia física, 2,6 veces (OR= 2,654; IC95%= 1,654-4,183) . En las mujeres la asociación aún es mayor (OR 4,67; IC95%= 2,56-8,51 en el caso de la violencia psicológica y OR= 2,66; IC95%= 1,88-3,77 en el caso de violencia física). Igualmente el conflicto en la conciliación de la vida laboral y personal se asocia a una probabilidad casi 2,2 veces mayor de deficiente salud en los hombres, y en una probabilidad muy similar en las mujeres. La exposición a posturas forzadas y a movilización de cargas aumenta también más de 2 veces la probabilidad de deficiente salud en los hombres. Las demandas mentales del trabajo no se asocian con salud percibida en este grupo, aunque si lo hace las demandas psicológicas (presión de trabajo OR= 1,48; IC95%= 1,26-1,79), la falta de autonomía (OR= 1,32; IC95%= 1,12-1,55) , y, en especial la falta de autoridad (OR= 1,64; IC95%= 1,39-,93) tanto en hombres como en mujeres.

5.3.3. Factores asociada la percepción de la Capacidad laboral a los 60 años en población trabajadora mayor de 45 años

La ENCT VII utiliza una medida “aproximada” de la percepción de Capacidad Laboral con una pregunta (P57) sobre el grado en que teniendo en cuenta las circunstancias y salud actual cree que va a continuar trabajando a los 60 años, bien porque va a poder (Capacidad laboral percibida para el desempeño del trabajo actual) o bien porque le gustaría o querría estar haciéndolo (medida más cercana al concepto de “satisfacción laboral”). En la tabla de abajo se resumen las respuestas a esta pregunta para las personas que tienen entre 45 y 59 años.

Tabla 43. Personas mayores de 45 años que piensan que no van a seguir trabajando a los 60 años y razones. VII ENCT

	Hombres			Mujeres		
	No manual	Manual	Total	No manual	Manual	Total
Si va a trabajar a los 60	612 85,6%	671 67,2%	1283 74,9%	538 79,5%	447 61,7%	985 70,3%
No se ve trabajando a los 60	103 14%	328 33%	431 25%	139 21%	278 38%	417 30%
Total	715 100%	999 100%	1714 100%	677 100%	725 100%	1402 100%
RAZONES EN LOS QUE CREEN QUE VA A TRABAJAR A LOS 60 AÑOS ENTRE LOS QUE CREEN QUE NO VAN A TRABAJAR A LOS 60 AÑOS						
Total de personas que no se ven trabajando a los 60	715	999	1714	677	725	1402
No va a poder	66 64,1%	228 69,5%	294 68,2%	81 58,3%	187 67,3%	268 64,3%
No quiere	37 35,9%	100 30,5%	137 31,8%	58 41,7%	91 32,7%	149 35,7%

El 74% de hombres mayores de 45 años, y el 70% de mujeres cree que continuará en el trabajo actual a los 60 años. El porcentaje de personas que cree que no va a ser así es mayor entre mujeres, y en especial en clases ocupacionales. Las diferencias por sexo son estadísticamente significativas tanto en la clase no manual ($p=0,007$) como en la manual ($p=0,05$). Además las diferencias según clase ocupacional son estadísticamente significativas tanto entre los hombres ($P=,00$) como entre las mujeres ($P=0,00$).

Por lo general las personas mayores de 45 años que no creen que vaya a seguir trabajando a los 60 años es porque piensan que no van a poder hacerlo. Un 68% de hombres y un 64% de mujeres creen que no van a poder trabajar a los 60. No hay diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en las razones por las que cree que no trabajará a los 60 años ($P=0,224$). En el caso de mujeres hay diferencias en las razones para no continuar trabajando a los 60 años según clase social ($P= 0,045$). En el caso de las mujeres en ocupaciones no manuales, las razones están muy repartidas, un 58% piensa que no va a poder continuar trabajando y un 41,7% que no le

gustaría, aunque cree que podría hacerlo. En el caso de los hombres no hay diferencias en las razones para no continuar trabajando según clase social ($P= 1,81$). Se ha construido una variable de “Capacidad laboral a los 60” a partir de la pregunta P57 de la ENCT considerando solo las que creen que van a poder seguir trabajando y quienes no a las 60 años.

El resto de análisis se centra en las personas entre 45 y 59 años que bien han contestado que si perciben que van a continuar trabajando a los 60 años y aquellas que creen que no van a poder continuar haciéndolo. En la tabla de abajo se recoge la información global sobre prevalencia de Capacidad laboral a los 60 (CL60) en el grupo de hombres y mujeres de 45 a 59 años y según clase social.

Tabla 44. Percepción de la capacidad laboral a los 60 años (CL60) por sexo y clase social. ENCT

	Hombres				Mujeres			
	No manual	Manual	Total	P	No manual	Manual	Total	P
Si	612 90,3%	671 74,6%	1283 81,4%	0,000	538 86,9%	447 70,5%	985 78,6%	0,000
No	66 9,7%	228 25,4%	294 18,6%		81 13,1%	187 29,5%	268 21,4%	
Total	678	899	1577		619	634	1253	

Ajustando por edad y clase social las mujeres presentan 1,19 veces más probabilidad de mala CL60 que los hombres. La clase social también influye en la capacidad laboral percibida tanto en hombres como en mujeres. La probabilidad de que una persona de clase manual presente mala CL60 es 3 veces superior a la de alguien de clase no manual. Aquellas personas que tienen ocupaciones manuales se sienten menos capaces de continuar trabajando a los 60 años que quienes tienen trabajos no manuales.

Tabla 45. Odds ratio de presentar deficiente percepción de Capacidad laboral a los 60 años según sexo y clase social

	Sig.	OR cruda	IC 95%	Sig.	OR ajustada por edad y clase/sexo	IC 95%	
Sexo	0,009	1,293	1,067	1,568	0,062	1,192	0,991 1,434
Clase social	0,000	3,019	2,450	3,720	0,000	2,900	2,362 3,562

Se han analizado los factores asociados a una mala capacidad laboral ajustando por clase y por edad. Los resultados se presentan en las tablas que siguen. Las condiciones de empleo que se asocian a una mala CL60 son similares en el caso de hombres y mujeres con alguna excepción. Contar con un contrato de trabajo indefinido o temporal se asocia con CL60, el 30% de hombres con contrato temporal tienen baja CL60 frente al 17,5% de los que tienen un contrato indefinido. En el caso de las mujeres esto ocurre para el 28,4% (temporal) y 20,6% (indefinido) respectivamente. Trabajar sin contrato se asocia con CL60 en el caso de los hombres ($p=0,16$), pero no en el de las mujeres. En el caso de las mujeres, aunque un porcentaje más alto de las que no tienen un contrato tienen baja CL60 en relación a las que trabajan con contrato, las diferencias no son estadísticamente significativas ($p=0,240$). La precariedad laboral si se asocia con CL60 tanto en hombres ($p=0,00$) como en mujeres ($p=0,003$).

Contar con un puesto de responsabilidad o no también se asocia con CL60 de manera que sólo el 12,8% de hombres y el 15,6% de mujeres directivas tienen baja CL60, frente al 21,5% y 23,1% de hombres y mujeres respectivamente que tienen un puesto base.

El tipo de Jornada parcial se asocia en los hombres con mala CL60 ($p=0,035$) mientras que en las mujeres no lo hace ($p=0,178$), por el contrario el trabajo nocturno se asocia con CL60 en las mujeres pero no en los hombres. El trabajo a turnos si muestra una asociación con la CL60, de manera que el 22,9% de hombres y 28,1% de mujeres expuestas a esta situación tienen una baja CL60.

Tabla. 46 Prevalencia de deficiente capacidad laboral a los 60 años (CL60) en función de las condiciones de empleo y según sexo

		Hombres	P	Mujeres	P	Total	P
CONDICIONES DE TRABAJO							
Indefinido	Mala CL60	180 (17,5%)		181 (20,6%)		361 (18,9%)	
	Total	1028		880		1908	
Temporal	Mala CL60	42 (30,2%)	00,000	38 (28,4%)	0,041	80 (29,3%)	0,000
	Total	139		134		273	
Total	Mala CL60	222 (19%)		219 (21,6%)		441 (20,2%)	
	Total	1167		1014		2181	
TRABAJAR SIN CONTRATO							
Con contrato	Mala CL60	222 (19%)		219 (21,6%)		441 (20,2%)	
	Total	1167		1015		2.182	
Sin contrato	Mala CL60	5 (55,6%)	0,016	12 (30%)	0,24	17 (34,7%)	0,023
	Total	9		40		49	
Total	Mala CL60	227 (19,2%)		232 (21,9%)		458 (20,5%)	
	Total	1176		1055		2.231	
PRECARIEDAD							
No	Mala CL60	180 (17,5%)		181 (20,6%)		361 (18,9%)	
	Total	1028		880		1908	
Si	Mala CL60	22 (35,5%)	00,000	32 (33,7%)	0,003	54 (34,4%)	0,000
	Total	62		95		157	
Total	Mala CL60	202 (18,5%)		213 (21,8%)		415 (20,1%)	
	Total	1090		975		2065	
TIPO DE PUESTO							
Puesto directivo	Mala CL60	54 (12,8%)		25 (15,6%)		79 (13,6%)	
	Total	423		160		583,00%	
Puesto base	Mala CL60	192 (21,5%)	0,000	221 (23,1%)	0,030	413 (22,3%)	0,000
	Total	892		957		1849,00%	
Total	Mala CL60	246 (18,7%)		246 (22%)		492 (20,2%)	
	Total	1.307,00		1117		2.432	

		Hombres	P	Mujeres	P	Total	P
TIPO DE JORNADA							
TT Completo	Mala CL60	208 (18,5%)		188 (22,3%)		396 (20,2%)	
	Total	1122		843		1965	
TT parcial	Mala CL60	14 (31,1%)	0,035	30 (17,3%)	0,178	44 (20,5%)	0,914
	Total	45		170		215	
Total	Mala CL60	222 (19%)		218 (21,5%)		440 (20,2%)	
	Total	1167		1013		2180	
TURNOS							
Sin turnos	Mala CL60	221 (17,6%)		205 (20%)		426 (18,6%)	
	Total	1259		1026		2285	
Con turnos	Mala CL60	75 (22,9%)	0,026	66 (28,1%)	0,006	141 (25,1%)	0,001
	Total	327		235		562,00	
Total	Mala CL60	296 (18,7%)		271 (21,5%)		567 (19,9%)	
	Total	1586		1261		2847	
NOCHES							
Sin noches	Mala CL60	217 (18,27%)		222 (20,3%)		439 (19,4%)	
	Total	1190		1091		2281	
Con noches	Mala CL60	76 (19,6%)	0,552	47 (29,7%)	0,007	123 (22,5%)	0,084
	Total	293		158		546	
Total	Mala CL60	293 (18,6%)		269 (21,4%)		562 (19,9%)	
	Total	1578		1249		2.827	

Tabla. 47. Prevalencia de mala capacidad laboral a los 60 años (CL60) según condiciones de trabajo y según sexo

		Hombres	P	Mujeres	P	Total	P
RUIDO							
No	Mala CL60	235 (16,9%)		240 (20,4%)		475 (18,5%)	
	Total	1392		1174		2.566	
Si	Mala CL60	58 (32%)	0,000	30 (38%)	0,000	88 (33,8%)	0,000
	Total	181		79		260	
Total	Mala CL60	293 (18,6%)		270 (21,5%)		563 (19,9%)	

Condiciones de trabajo y salud en población mayor trabajadora y medidas para la promoción del envejecimiento saludable en el trabajo

		Hombres	P	Mujeres	P	Total	P
Total		1573		1253		2.826	
RIESGOS HIGIÉNICOS							
No	Mala CL60	142 (14,4%)		148 (16,1%)		290 (15,2%)	
	Total	987		917		1.904	
Si	Mala CL60	153 (25,6%)	0,000	122 (35,6%)	0,000	275 (29,2%)	0,000
	Total	598		343		941	
Total	Mala CL60	295 (18,6%)		270 (21,4%)		565 (19,9%)	
	Total	1.585		1.260		2.845	
RIESGOS ERGONÓMICOS							
No	Mala CL60	30 (18,8%)		27 (14,3%)		57 (12,2%)	
	Total	279		189		468,00	
Si	Mala CL60	265 (20,3%)	0,000	243 (22,7%)	0,009	508 (21,4%)	0,000
	Total	1307		1071		2.378,00	
Total	Mala CL60	295 (18,6%)		270 (21,4%)		565 (19,9%)	
	Total	1586		1260		2.846,00	
POSTURAS							
No	Mala CL60	106 (12,8%)		76 (13,8%)		182 (13,2%)	
	Total	831		550		1.381,00	
Si	Mala CL60	190 (25,2%)	0,000	194 (27,4%)	0,000	384 (26,3%)	0,000
	Total	755		707		1.462,00	
Total	Mala CL60	296 (18,7%)		270 (21,5%)		566 (19,9%)	
	Total	1586		1257		2.843,00	
MMC							
No MMC	Mala CL60	167 (13,4%)		168 (16,4%)		335 (14,8%)	
	Total	1.246,00		1022		2.268	
Si MMC	Mala CL60	125 (37,9%)	0,000	102 (44%)	0,000	227 (40,4%)	0,000
	Total	330		232		562	
Total	Mala CL60	292 (18,5%)		270 (21,5%)		562 (19,9%)	
	Total	1.576		1.254		2.830	
MOVIMIENTOS REPETITIVOS							
Mala CL60		86 (12,3%)	0,000	70 (14,1%)	0,000	156 (13,1%)	0,000

		Hombres	P	Mujeres	P	Total	P
No movimientos repetitivos	Total	697		496		1.193	
Si movimientos repetitivos	Mala CL60	206 (23,3%)		199 (26,1%)		405 (24,6%)	
	Total	885		761		1.646	
	Mala CL60	292 (18,5%)		296 (21,4%)		561 (19,8%)	
Total	Total	1.582		1.257		2.839	
RIESGO PSICOSOCIAL							
Bajo	Mala CL60	117 (13,7%)		107 (18,3%)		224 (15,6%)	
	Total	854		584,00		1438	
Alto riesgo psicosocial	Mala CL60	173 (24,3%)	0,000	158 (23,9%)	0,016	331 (24,1)	0,000
	Total	711		660,00		1371	
Total	Mala CL60	290 (18,5%)		265 (21,3%)		555 (19,8%)	
	Total	1565		1.244,00		2809	
CONFLICTO CONCILIACIÓN							
No conflicto	Mala CL60	202 (16,3%)		192 (18,6%)		394 (17,3%)	
	Total	1241		1031		2272	
Si conflicto	Mala CL60	91 (26,9%)	0,000	78 (34,4%)	0,000	169 (299,9%)	0,000
	Total	338		227		565	
Total	Mala CL60	293 (18,6%)		270 (21,5%)		563 (19,8%)	
	Total	1579		1258		2837	
DEMANDAS PSICOLOGICAS							
No	Mala CL60	115 (17%)		93 (17,8%)		208 (17,4%)	
	Total	672		522		1194	
Si	Mala CL60	180 (19,7%)	0,188	177 (24%)	0,009	357 (21,6%)	0,006
	Total	913		738		1651	
Total	Mala CL60	295 (18,6%)		270 (21,4%)		565 (19,9%)	
	Total	1585		1260		2845	
DEMANDAS MENTALES							
No conflicto	Mala CL60	140 (23,7%)		137 (24,9%)		277 (24,3%)	
	Total	591	0,000	550	0,009	1141	0,000
Si conflicto	Mala CL60	156 (15,7%)		134 (18,8%)		290 (17%)	

Condiciones de trabajo y salud en población mayor trabajadora y medidas para la promoción del envejecimiento saludable en el trabajo

		Hombres	P	Mujeres	P	Total	P
	Total	996		711		1707	
Total	Mala CL60	296 (18,7%)		271 (21,5%)		567 (19,9%)	
	Total	1587		1261		2848	
AUTONOMIA PERCIBIDA							
No conflicto	Mala CL60	109 (14,3%)		105 (19%)		214 (16,2%)	
	Total	763		554		1317	
Si conflicto	Mala CL60	173 (23,8%)	0,000	153 (24,2%)	0,030	326 (24%)	0,000
	Total	728		633		1361	
Total	Mala CL60	282 (18,9%)		258 (21,7%)		540 (20,2%)	
	Total	1491		1187		2678	
AUTORIDAD PERCIBIDA							
No	Mala CL60	110 (14,3%)		103 (18,7%)		213 (16,2%)	
	Total	767		616		1318	
Si	Mala CL60	160 (23,5%)	0,000	153 (24,8%)	0,011	313 (24,1%)	0,000
	Total	681		616		1297	
Total	Mala CL60	270 (18,6%)		256 (21,9%)		526 (20,1%)	
	Total	1448		1167		2615	
FALTA DE APOYO COMPAÑERO/AS							
No	Mala CL60	228 (18,7%)		207 (22%)		435 (20,1%)	
	Total	1222		942		2164	
Si	Mala CL60	22 (22%)	0,412	29 (27,6%)	0,234	51 (24,9%)	0,126
	Total	100		105		205	
Total	Mala CL60	250 (18,9%)		236 (22,5%)		486 (20,5%)	
	Total	1322		1047		2369	
FALTA DE APOYO SUPERIORES							
No	Mala CL60	187 (18,6%)		173 (20,3%)		360 (19,4%)	
	Total	1005		851		1856	
Si	Mala CL60	57 (23,8%)	0,071	62 (30,7%)	0,001	119 (26,9%)	0,000
	Total	240		202		442	
Total	Mala CL60	244 (19,6%)		235 (22,3%)		479 (20,8%)	
	Total	1245		1053		2298	

		Hombres	P	Mujeres	P	Total	P
DISCRIMINACION POR EDAD							
No	Mala CL60	290 (18,4%)		27 (21,3%)		557 (19,7%)	
	Total	1576		1253		2829	
Si	Mala CL60	5 (50%)	0,010	3 (42,9%)	0,166	8 (47,1%)	0,005
	Total	10		7		17	
TOTAL	Mala CL60	295 (18,6%)		270 (21,4%)		565 (19,9%)	
	Total	1586		1260		2846	
DISCRIMINACIÓN POR SEXO							
No	Mala CL60	294 (18,6%)		265 (21,3%)		559 (19,8%)	
	Total	1583		1244		2827	
Si	Mala CL60	1 (33,3%)	0,512	5 (21,3%)	0,335	6 (31,6%)	0,199
	Total	2		16		19	
Total	Mala CL60	295 (18,6%)		270 (21,4%)		565 (19,9%)	
	Total	1586		1260		2846	
ACOSO SEXUAL							
No	Mala CL60	294 (18,6%)		267 (21,3%)		561 (19,8%)	
	Total	1584		1256		2840	
Si	Mala CL60	1 (50%)	0,010	3 (75%)	0,166	4 (66,7%)	0,005
	Total	2		4		6	
Total	Mala CL60	295 (18,6%)		270 (21,4%)		565 (19,9%)	
	Total	1586		1260		2846	
VIOLENCIA PSICOLÓGICA							
No	Mala CL60	276 (18,6%)		241 (20,8%)		517 (19,6%)	
	Total	1485		1157		2642	
Si	Mala CL60	19 (19%)	0,253	29 (28,2%)	0,009	48 (23,6%)	0,004
	Total	100		103		203	
Total	Mala CL60	295 (18,6%)		270 (21,4%)		565 (19,9%)	
	Total	1585		1260		2845	
ESTRÉS LABORAL							
No	Mala CL60	239 (17,45)	0,001	190 (18,1%)	0,000	429 (17,7%)	0,000
	Total	1377		1047		2424	

		Hombres	P	Mujeres	P	Total	P
Si	Mala CL60	56 (26,8%)		80 (37,6%)		136 (32,2%)	
	Total	209		213		422	
Total	Mala CL60	295 (18,6%)		270 (21,4%)		565 (19,9%)	
	Total	1586		1260		2846	
VIOLENCIA FÍSICA							
No	Mala CL60	280 (18,5%)		254 (20,7%)		534 (19,5%)	
	Total	1514		1226		2740	
Si	Mala CL60	16 (21,9%)	0,463	16 (47,1)	0,000	32 (29,9%)	0,008
	Total	73		34		107	
Total	Mala CL60	296 (18,7%)		270 (21,4%)		566 (19,9%)	
	Total	1587		1260		2847	
INSEGURIDAD LABORAL							
No	Mala CL60	103 (12,7%)		109 (16,7%)		212 (14,5%)	
	Total	812		654		1466	
Si	Mala CL60	192 (24,9%)	0,000	160 (26,5%)	0,000	352 (25,6%)	0,000
	Total	770		604		1374	
Total	Mala CL60	295 (18,6%)		269 (21,4%)		564 (19,9%)	
	Total	1582		1258		2840	
INJUSTICIA LABORAL							
No	Mala CL60	262 (18,2%)		227 (20,2%)		489 (19%)	
	Total	1442		1125		2567	
Si	Mala CL60	33 (22,9%)	0,163	43 (31,6%)	0,002	76 (27,1%)	0,001
	Total	144		136		280	
Total	Mala CL60	295 (18,6%)		270 (21,4%)		565 (19,8%)	
	Total	1586		1261		2847	

Tabla 48. Prevalencia de percepción de capacidad laboral a los 60 años deficiente en función de los horarios de trabajo y según sexo

		Hombres	P	Mujeres	P	Total	P
TRABAJO DE FIN DE SEMANA							
No	Mala CL60	135 (16,8%)		110 (16,4%)		245 (16,6%)	
	Total	805,00		669		1474	
Si	Mala CL60	160 (20,5%)	0,057	160 (27,1%)	00,000	320 (23,3%)	00,000
	Total	781,00		591		1372	
Total	Mala CL60	295 (18,6%)		270 (21,4%)		565 (19,9%)	
	Total	1586		1260		2846	
TRABAJAR MÁS DE 60 HORAS							
No	Mala CL60	270 (18,2%)		258 (21,3%)		528 (19,6%)	
	Total	1483		1214,		2697	
Si	Mala CL60	24 (26,7%)	0,050	8 (26,7%)	0,475	32 (26,7%)	0,060
	Total	90		30		120	
Total	Mala CL60	294 (18,7%)		266 (21,4%)		560 (19,9%)	
	Total	1573,0%		1244,		2817	
TRABAJAR MÁS DE 45 HORAS							
No	Mala CL60	210 (18,1%)		227 (20,5%)		437 (22,4%)	
	Total	1161		1106		2267	
Si	Mala CL60	84 (20,4%)	0,297	39 (28,3%)	0,037	123 (22,4%)	0,099
	Total	411		138		549	
Total	Mala CL60	294 (18,7%)		266 (21,4%)		560 (19,9%)	
	Total	1572		1244		2816	

La exposición a riesgos laborales higiénicos y ergonómicos se asocia con CL60 tanto en hombres como en mujeres. Un 38% de mujeres expuestas a riesgos higiénicos frente al 16,1% de las que no tienen esa exposición manifiestan una baja CL60, en los hombres la diferencia es algo menor, el 25,6% y 14,4% de los expuestos y no expuestos respectivamente tienen baja CL60.

Los riesgos ergonómicos también se asocian con la percepción de CL60, de manera que las personas expuestas a cualquiera de los riesgos planteados muestran en mayor porcentaje baja CL60. Destaca el hecho de que un 44% de mujeres que manipulan cargas tienen baja CL60, frente al 16,4% de las que no lo hacen. Los porcentajes son similares en el caso de los hombres. El 37,9% de los que manipulan cargas tienen baja CL60 frente al 13,4% que no manejan cargas en su trabajo. Para el resto de riesgos ergonómicos como son las posturas forzadas, o los movimientos repetitivos, las personas que se enfrentan a ellos en sus trabajos manifiestan una percepción de tener menor capacidad laboral para continuar trabajando a los 60 años.

En cuanto a los riesgos psicosociales la mayor exposición a tensión laboral, en base a la escala construida, se asocia también con una baja CL60. El 24,3% de las personas que sienten que trabajan en ambientes laborales de alta tensión creen que no va a poder continuar trabajando a los 60 años frente al 16,3% de las que trabajan en ambientes de menor tensión. Existen diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a las dimensiones psicosociales concretas que se asocian con la CL60. En el caso de las mujeres estas son las demandas psicológicas del trabajo y la falta de apoyo de superiores, así como la exposición a situaciones de violencia tanto psicológica como física y la percepción de injusticia laboral que agrupa la exposición a factores como discriminación de cualquier tipo, situaciones de acoso y violencia. Por su parte factores que se asocian a CL60 en el caso de los hombres pero no en las mujeres son la percepción de situaciones de discriminación por edad y las experiencias de acoso sexual. No se ha encontrado asociación entre la discriminación por sexo y CL60. La percepción de inseguridad laboral medida en base a la sensación de miedo ante la posibilidad de perder el empleo se asocia a CL60 tanto en hombres como en mujeres.

Además tanto en hombres como en mujeres hay una asociación entre baja percepción de CL60 y falta de autonomía y falta de autoridad laboral y percepción de estrés laboral. El conflicto en la conciliación de la vida personal y social también es un factor asociado a la percepción de capacidad laboral en ambos.

Trabajar los fines de semana se asocia con baja CL60 en el caso de la mujeres y prácticamente lo hace en los hombres ($p=0,057$). Trabajar más de 45 horas también se asocia a mala CL60 en las mujeres, pero en el caso de los hombres sólo las jornadas más prolongadas (por encima de 60 horas semanales) se asocia con la CL60. Un 26,7% de hombres mayores de 45 años, con jornadas prolongadas de más de 60 horas tienen baja CL60 frente al 18,1% que presentan horarios semanales más reducidos. El 28,3% de mujeres que trabajan más de 45 horas semanales tienen baja CL60 frente al 20,5%.

También se ha analizado la asociación entre las diversas condiciones de salud y CL60, tal y como se muestra en la tabla que sigue. Tanto en hombres como en mujeres la percepción de CL60 se asocia con todos los indicadores de salud utilizados, tanto de salud física como psicológica. Esto ocurre tanto si los problemas de salud están relacionados o agravados por el trabajo como en el caso de problemas de salud que no se perciben relacionados con el trabajo.

Tabla 49. Prevalencia de deficiente capacidad laboral a los 60 años (CL60) en función de las condiciones laborales y de trabajo y según sexo

		Hombres	P	Mujeres	P	Total	P
SALUD PERCIBIDA							
Muy buena o buena	Mala CL60	194 (14,8%)		137 (14,8%)		331 (14,8%)	
	Total	1312		926		2238	
Regula, mala o muy mala	Mala CL60	101 (36,9%)	0,000	133 (39,7%)	0,000	234 (38,4%)	0,000
	Total	274		335		609	
Total	Mala CL60	295 (18,6%)		270 (21,4%)		565 (19,8%)	
	Total	1586		1261		2847	
PRESENTAR PROBLEMAS FÍSICOS DE SALUD RELACIONADOS CON EL TRABAJO							
No problema	Mala CL60	83 (12,3%)		51 (13,3%)		134 (12,7%)	
	Total	673		383		1056	
Si problema salud	Mala CL60	213 (23,3%)	0,000	219 (25%)	0,000	432 (24,1%)	0,000
	Total	914		877		1791	
Total	Mala CL60	296 (18,7%)		270 (21,4%)		566 (19,9%)	
	Total	1587		1260		2847	
PROBLEMAS PSICOLOGICOS DE SALUD RELACIONADOS CON EL TRABAJO							

		Hombres	P	Mujeres	P	Total	P
No	Mala CL60	210 (16,7%)		143 (15,7%)		353 (16,3%)	
	Total	1258		912		2170	
Si	Mala CL60	86 (26,1%)	0,000	127 (36,5%)	0,000	213 (31,5%)	0,000
	Total	329		348		677	
Total	Mala CL60	296 (18,7%)		270 (21,4%)		566 (19,9%)	
	Total	1587		1260		2847	
PRESENTAR PROBLEMAS FÍSICOS DE SALUD ESTEN O NO RELACIONADOS CON EL TRABAJO							
No problema	Mala CL60	59 (11,7%)		31 (12,4%)		90 (11,9%)	
	Total	505,0%		249		754	
Si problema salud	Mala CL60	236 (21,9%)	0,000	239 (23,6%)	0,000	475 (22,7%)	0,000
	Total	1080,0%		1011		2091	
Total	Mala CL60	295 (12,4%)		270 (21,4%)		565 (19,9%)	
	Total	1585,0%		1260		2845	
PROBLEMAS PSICOLOGICOS ESTEN O NO RELACIONADOS CON EL TRABAJO							
No problema	Mala CL60	198 (16,4%)		129 (15,6%)		327 (16,1%)	
	Total	1.204,00		829		2033	
Si problema salud	Mala CL60	98 (25,7%)	0,000	142 (32,9%)	0,000	240 (29,5%)	0,000
	Total	382,00		432		814	
Total	Mala CL60	296 (18,7%)		271 (21,5%)		567 (19,9%)	
	Total	1.586,00		1261		2847	

A continuación se analizarán los factores que se asocian con mayor probabilidad de presentar una deficiente CL60. Para ello se presenta la OR cruda y ajustadas de presentar una CL60 deficiente según condiciones laborales y de trabajo, y también según la situación de salud. Así como resultados estratificados para hombres y mujeres mayores entre 45 y 59 años. En relación a las variables sobre condiciones del empleo, en el caso de los hombres la menor CL60 se asocia con tener un contrato temporal (OR=1,6; IC :1,06-2,42); y en el caso de las mujeres las que tienen un puesto base tienen 2,91 veces más probabilidad de tener baja CL60 (OR= 2,13; IC95%= 2,130-3,977) que las que tienen un puesto directivo, el trabajo de noches está muy próximo a la asociación significativa con CL60 en el caso de las mujeres. Las mujeres con un trabajo fijo de noche tienen 1,81 (OR= 1,817; IC95%= 1,071-3,054) veces mayor probabilidad de considerar que

no van a poder continuar trabajando a los 60 años. Contar con un trabajo parcial se asocia a una menor probabilidad de mala CL60 (ORr=0,56 IC95%=0,361-0,877) en el caso de las mujeres.

Tabla 50. Odds ratio ajustada por edad y clase social de CL60 deficiente según determinantes de las condiciones de trabajo y empleo en hombres y en mujeres. ENCT

	Población entre 45 y 59 años			Hombres			Mujeres					
	OR	I.C. 95,0%	Sig.	OR	I.C. 95,0%	Sig.	OR	I.C. 95,0%	Sig.			
CONDICIONES LABORALES												
Puesto	1,380	1,042	1,828	0,025	1,397	0,991	1,969	0,056	2,911	2,130	3,977	0,000
Tipo de contrato (temporal)	1,383	1,028	1,860	0,032	1,602	1,061	2,421	0,025	1,186	0,775	1,817	0,432
Trabajo sin contrato	1,292	0,712	2,347	0,400	2,220	0,697	7,073	0,177	1,085	0,538	2,189	0,820
Precariedad laboral	1,749	1,208	2,532	0,003	2,370	1,340	4,194	0,003	1,421	0,874	2,310	0,157
TTParcial	0,760	0,525	1,100	0,145	1,786	0,915	3,486	0,089	0,562	0,361	,877	0,011
Turnos	1,257	1,001	1,579	0,049	1,240	0,913	1,685	0,169	1,280	0,910	1,800	0,157
Noches	1,123	0,888	1,421	0,334	1,052	0,778	1,480	0,743	1,456	0,986	2,150	0,056
Trabajo fin de semana	1,143	0,938	1,393	0,185	1,022	0,784	1,331	0,874	1,340	0,991	1,813	0,057
Más de 45 horas	1,249	0,982	1,588	0,070	1,155	0,862	1,548	0,334	1,495	0,983	2,275	0,072
Más 60 horas	1,429	0,923	2,213	0,109	1,538	0,924	2,559	0,098	1,197	0,510	2,810	0,679
CONDICIONES DE TRABAJO: RIESGOS LABORALES												
Ruido	1,830	1,369	2,446	0,000	1,630	1,138	2,335	0,008	2,321	1,410	3,823	0,001
Riesgos higiénicos	1,828	1,492	2,241	0,000	1,463	1,111	1,926	0,007	2,399	1,775	3,244	0,000
Riesgos ergonómicos	1,888	1,395	2,555	0,000	1,918	1,273	2,890	0,002	1,852	1,182	2,901	0,007
Posturas forzadas	2,072	1,693	2,536	0,000	1,965	1,498	2,578	0,000	2,214	1,633	3,001	0,000
MMC	3,122	2,509	3,885	0,000	3,037	2,262	4,077	0,000	3,239	2,335	4,492	0,000
Movimientos repetitivos	1,916	1,555	2,361	0,000	1,783	1,344	2,366	,0000	2,103	1,541	2,871	0,000
Riesgos psicosociales (demanda/control)	1,575	1,294	1,916	0,000	1,869	1,430	2,444	0,000	1,499	1,078	2,083	0,016

	Población entre 45 y 59 años				Hombres				Mujeres			
	OR	I.C. 95,0%	Sig.		OR	I.C. 95,0%	Sig.		OR	I.C. 95,0%	Sig.	
Autonomía labora	1,524	1,248	1,860	0,000	1,740	1,323	2,288	0,000	1,306	0,975	1,749	0,073
Autoridad Laboral percibida	1,379	1,125	1,690	0,002	1,566	1,185	2,068	0,002	1,206	0,894	1,628	0,219
Demanda física laboral percibida	1,514	1,240	1,849	0,000	1,380	1,053	1,810	0,020	1,693	1,259	2,278	0,001
Demanda mental	0,977	0,788	1,210	0,828	0,829	0,625	1,100	0,194	1,219	0,876	1,695	0,240
Falta de apoyo compañeros	1,088	0,768	1,542	0,636	1,046	0,625	1,750	0,864	1,126	0,700	1,812	0,625
Falta de apoyo superiores	1,319	1,025	1,697	0,031	1,179	0,830	1,674	0,358	1,494	1,038	2,149	0,031
Estrés laboral	3,096	2,404	3,986	0,000	2,546	1,764	3,676	0,000	3,737	2,626	5,317	0,000
Conflicto conciliación	1,924	1,544	2,398	0,000	1,726	1,286	2,316	0,000	2,217	1,591	3,090	0,000
Discriminación por edad	3,989	1,492	10,663	0,006	5,710	1,576	20,682	0,008	2,512	0,532	11,865	0,245
Discriminación por sexo	1,308	,319	5,368	0,709	1,000	0,000	00,0000	1	1,426	0,339	5,993	0,628
Acoso laboral	1,507	1,058	2,147	0,023	1,181	0,690	2,019	0,544	1,860	1,154	2,997	0,011
Preocupación por la pérdida de empleo (inseguridad laboral)	1,634	1,341	1,991	0,000	1,848	1,405	2,431	0,000	1,419	1,065	1,891	0,017
CONDICIONES DE SALUD												
Salud percibida	3,768	3,038	4,674	0,000	3,542	2,607	4,811	0,000	4,007	2,956	5,430	0,000
Síntomas físicos	2,295	1,784	2,952	0,000	2,183	1,590	2,997	0,000	2,495	1,646	3,781	0,000
Síntomas psicológicos	2,523	2,053	3,100	0,000	2,157	1,607	2,896	0,000	2,990	2,230	4,010	0,000
EP síntomas físicos	2,273	1,825	2,832	0,000	2,198	1,652	2,925	0,000	2,387	1,691	3,369	0,000
EP psicológica	2,739	2,212	3,390	0,000	2,173	1,599	2,953	0,000	3,457	2,555	4,676	0,000
Problemas osteomusculares	2,039	1,813	2,297	0,000	2,047	1,748	2,397	0,000	2,410	1,710	2,470	0,000

Respecto a los riesgos laborales que se asocian con peor CL60, tanto en hombres como en mujeres estos son los de tipo físico, como ruido, vibraciones y contaminantes de cualquier tipo. Los riesgos ergonómicos, y en especial la manipulación manual de cargas tanto en hombres como en mujeres también aumenta la probabilidad de tener una CL60 deficiente (OR=3,03; IC95%= 2,26-4,07 en hombres y OR=3,239; IC95%= 2,33-4,49 en mujeres).

La exposición a riesgos de tipo psicosocial también se asocia a una mayor probabilidad de tener una mala CL60 tanto en hombres como en mujeres. Las dimensiones psicosociales que influyen en este sentido en el caso de los hombres son tanto las demandas psicológicas como la falta de autonomía y de autoridad, y en especial esta última. Mientras que en las mujeres la asociación se da entre CL60 y presentan altas demandas psicológicas en el trabajo y no contar con el apoyo de superiores.

Tanto en hombres como en mujeres, y en especial en ellas, el estrés laboral muestra una asociación bastante importante con la CL60, de manera que los hombres que experimentan altos niveles de estrés laboral tienen una probabilidad 2,54 veces más alta de tener mala CL60 y en el caso de las mujeres es de 3,73 veces más alta.

Los conflictos en la conciliación de la vida laboral y familiar se asocian con una probabilidad 1,7 veces mayor en el caso de los hombres y 2,21 veces mayor en el caso de las mujeres de tener una deficiente percepción de CL60.

La percepción de discriminación por edad se muestra asociada con deficiente CL60 en el caso de los hombres (OR=5,7; IC95%= 1,57-20,6) pero no en las mujeres.

Por último, la asociación entre salud, y en especial Salud percibida y CL60 es muy fuerte, y aún mayor en el caso de las mujeres (OR=3,540; IC95%= 2,6-4,81 en hombres y OR=4,00; IC95%= 2,95-5,43 en mujeres). Tener un problema de salud mental relacionado o agravado por el trabajo también es uno de los problemas de salud que muestran mayores asociaciones con la CL60 tanto en hombre como en mujeres. La probabilidad de

que personas con un problema de salud mental relacionado con el trabajo tenga mala CL60 es de 2,74 veces mayor que las personas sin problemas de salud mental.

6.15. 5.4. CRITERIOS PARA DISEÑAR PROGRAMAS PARA LA PROMOCIÓN DE ENVEJECIMIENTO SALUDABLE EN LOS CENTROS DE TRABAJO

Se construyó un cuestionario basal (C1) que incluía un total de 9 criterios cualitativos con sus correspondientes indicadores. En la primera ronda y tras la aplicación del cuestionario 1 (C1), de los 9 criterios iniciales propuestos cinco obtuvieron el máximo consenso en su consideración de criterio esencial (votado como esencial por el 100% de participantes). Además se presentaron sugerencias sobre las definiciones de los criterios, se propuso la incorporación de criterios nuevos, y se identificaron dos (efectividad de resultados y efectividad de proceso) que podían integrarse en uno solo que fue llamado “garantía de calidad”. La tabla 51 muestra los resultados de esta primera fase.

Tabla 51. Resultados principales de la ronda 1 y 2 de la técnica Delphi.

CRITERIOS propuestos y sugeridos	RESULTADOS 1ª RONDA (n=8)	RESULTADOS 2ª RONDA (n=9)		DEFINICION DEL CRITERIO
	% que lo puntúan como esencial	IMPORTANCIA (Puntuación media)	APLICABILIDAD (Puntuación media)	
Relevancia	100%	4.8	4.5	Una intervención es considerada “relevante” para promover un envejecimiento activo y saludable (EAS) en el trabajo cuando: se encuentra en el marco de una política o estrategia general (Nacional, regional o local u organizacional/empresa); los objetivos de la intervención corresponden con las necesidades y prioridades identificadas por la población mayor trabajadora de ese centro (Correspondencia entre objetivos y necesidades del grupo objetivo); y está dirigida a los grupos de trabajadores y trabajadoras mayores más vulnerables del centro (ej. aquellos/as más mayores, los y las que presentan enfermedades crónicas y/o discapacidad, inmigrante, otros).
Adecuación al objetivo	100%	4.3	3.8	Una intervención es considerada “adecuada” para promover un EAS en el trabajo cuando: está basada en la evaluación y análisis de los retos principales asociados al envejecimiento de la población trabajadora; existe correspondencia entre medios y fines de la intervención; y las actividades que se proponen están basadas en la evidencia disponible.
Innovación	100%	4.4	3.4	Una intervención es considerada “innovadora” cuando: implica nuevas ideas y/o implementa una nueva manera de llegar a un resultado y/o realizar un trabajo. En el ámbito de la promoción del EAS en el trabajo supone aplicar modelos conceptuales, metodológicos o tecnológicos innovadores (ej. marco de activos en salud, uso de TIC, y otros).
Garantía de Calidad (incluye efectividad de resultados y de proceso)	100%	4.2	4.1	Una intervención incorpora este criterio cuando: incluye tareas de monitorización y evaluación de procesos y resultados; incorpora una predicción de acciones correctivas; y la población objetivo participa en la evaluación. En el ámbito de la promoción de EAS en el trabajo, además las intervenciones de calidad utilizan una perspectiva multidimensional según la evidencia disponible.

RESULTADOS 1ª RONDA (n=8)		RESULTADOS 2ª RONDA (n=9)		
Aplicabilidad	100%	4.2	4	Una intervención es considerada "aplicable" cuando cuenta con el respaldo suficiente para su puesta en marcha, se han identificado potenciales barreras y oportunidades para su desarrollo (ej. las actividades que se proponen son asumibles por las personas a las que se dirigen considerando posibles diferencias en sus capacidades psicofísicas), cuenta con un plan de acción para actuar sobre los mismos, y además existe una planificación temporal y realista de las acciones.
Adecuación recursos	50%	2.8	2.8	Una intervención cumple con el criterio de adecuación de recursos cuando existe una valoración previa a su puesta en marcha de los recursos humanos, materiales y financieros que va a necesitar, y cuenta con recursos suficientes para su puesta en marcha.
<i>Mainstreaming</i>	62.5%	3.5	3.1	Este criterio se cumple cuando las metas que persigue la intervención en cuanto a la promoción del EAS en el trabajo se incorporan en todos los niveles y procesos de gestión de la organización.
Transferibilidad	Nuevo criterio aportado en esta ronda	3.5	3.2	Se considera una intervención transferible cuando se puede desarrollar en contextos diferentes a aquellos para los que se diseñó inicialmente, y se puede aplicar a sectores y perfiles de trabajadores/as mayores diferentes (ej. hombres y mujeres, con y sin enfermedades crónicas, distintas ocupaciones y otros).

Además de los criterios anteriores, como resultado de esta primera ronda del cuestionario se identificó una lista de indicadores que pudieran utilizarse para valorar el grado en que los programas incorporaban cada criterio. El número total de indicadores propuestos en esta fase fueron 51. Fundamentalmente se identificaron indicadores asociados a los criterios de: garantía de calidad (15 indicadores), aplicabilidad (11), relevancia (9), adecuación al objetivo (9), e innovación (6). Para el resto de criterios se identificaron entre 5 y 2 indicadores diferentes para cada uno. En resumen, el resultado de esta ronda fue una matriz de 11 criterios con sus correspondientes definiciones operativas e indicadores correspondientes.

Considerando los resultados anteriores se elaboró un segundo cuestionario (C2) que fue sometido a consulta en la ronda segunda del Delphi. La tabla 51 presenta los análisis de las respuestas a este segundo cuestionario (C2), en concreto se detallan las puntuaciones medias recibidas por los criterios en base a su importancia y aplicabilidad, así como las definiciones operativas definitivas que resultan del análisis de contenido de las respuestas. Por otra parte, también se calcularon las puntuaciones medias que resultaron de valorar los 51 indicadores asociados a los 11 criterios. Esta información se presentó en el tercer cuestionario de consulta (C3) para que los y las participantes tomaran en consideración la opinión del resto de expertos/as sobre cada indicador, a la hora de seleccionar aquellos más relevantes para valorar el cumplimiento de cada criterio.

En la tabla 52 se presentan los resultados del tercer y último cuestionario (C3). A partir del análisis de las puntuaciones medias obtenidas, los criterios y los indicadores fueron ordenados en terciles. Aquellos criterios que habían obtenido puntuaciones en el tercer tercil y que fueron elegidos por al menos el 80% de los/as participantes fueron seleccionados para elaborar la *lista de verificación* definitiva. Cuatro fueron los criterios que cumplieron ambas condiciones:

- Relevancia (puntuación media 62): Mediante estrategias que muestren que el programa es apoyado de manera clara por los más altos niveles de responsabilidad de la organización y que centran sus objetivos en las necesidades prioritarias.

- Adecuación al objetivo (puntuación media 57): Que incorporen intervenciones apropiadas a los objetivos de salud de la población diana, y basadas en la evidencia científica disponible.
- Innovación (puntuación 50): Incluyendo medidas que demuestren un esfuerzo por conocer y aplicar nuevos paradigmas, nuevos métodos y nuevas soluciones para conseguir los objetivos de salud.
- Garantía de calidad (puntuación 41): Incorporando métodos e instrumentos para evaluar su aplicabilidad y eficacia, y su abordaje multidimensional.

Tabla 52. Resultados principales de la ronda 3. Análisis de terciles y porcentaje de participantes que selecciona ese criterio al menos con 1 punto (n=9)

	Porcentaje de participantes que selecciona ese criterio	Puntuación media	Tercil
Relevancia	100%	62	3
Adecuación al objetivo	100%	57	3
Innovación	100%	50	3
Garantía de Calidad (efectividad en el proceso y en el resultado)	100%	41	3
Aplicabilidad	85%	40	2
Transferibilidad	100%	32	2
Adecuación recursos	100%	30	2
Equidad/Igualdad	100%	23	2
Sostenibilidad	85%	18	1
Mainstreaming	71%	17	1
Ética	28%	7	1

Nota: Para calcular los terciles se calcula la puntuación media que obtiene ese criterio. Para ello se ha pedido a cada participante que ordene los criterios dándoles un valor de 1 a 10. Para calcular el porcentaje de participantes se considera el porcentaje de personas que da al menos 1 punto al criterio.

Idéntico proceso se siguió para seleccionar los indicadores más importantes de cada uno de los criterios anteriores. Se calcularon los terciles usando las puntuaciones recibidas por cada indicador dentro de cada criterio, y se seleccionaron aquellos indicadores situados en el tercer tercil. En la tabla 53 se presentan las puntuaciones obtenidas por los indicadores finalmente seleccionados de los cuatro criterios priorizados (relevancia, adecuación al objetivo, innovación y garantía de calidad).

Tabla 53. Puntuaciones obtenidas por cada indicador de los 4 criterios priorizados

Criterio	Orden en el que se exponen	Puntuación media	Tercil	Ítem del checklist para evaluar ese indicador
RELEVANCIA				
Existe una política organizacional en PSLT o cualquier documento en el centro de trabajo (convenio colectivo, política de Seguridad y Salud en el trabajo, u otros) donde se prioriza la promoción de salud y el bienestar de los y las trabajadoras en general y de los grupos de mayor edad en particular y se define el compromiso por establecer recursos para el desarrollo de intervenciones.	1	58	3º	1,2
Existe una evaluación inicial de la salud de los y las empleadas que ayuda a priorizar los aspectos más relevantes sobre los que intervenir, así como a identificar áreas de mejora y necesidades no cubiertas.	2	56	º	3, 5.a y 5.b
Los objetivos del programa se definen con la participación de los/as trabajadoras. Las prioridades que se establecen cuentan con su aceptación.	5	52	3º	5.c y 5.d
La intervención prioriza la población objetivo en función de ciertas características (ej. dentro de los grupos de mayores, en ocupaciones de mayor peligrosidad, o menor estatus como mujeres, población inmigrante, personas con enfermedad crónica u otras)	9	40	3º	4, 5.e
Se desarrollan actuaciones para la conciliación de la vida laboral, familiar y personal entre los y las trabajadoras, dado que se considera esto como un factor importante para la calidad de vida en población mayor trabajadora.	6	33	2º	NP
La Dirección del centro apoya el envejecimiento saludable y lo demuestra organizando actividades y el acceso a recursos para su desarrollo	7	30	2º	NP
Se ha incorporado en los registros habituales del centro información aquello que puede ser importante para identificar necesidades en salud (como datos de absentismo, registros sanitarios, etc.) hacia donde orientar los programas de EAS.	4	25	1º	NP

Criterio	Orden en el que se exponen	Puntuación media	Tercil	Ítem del checklist para evaluar ese indicador
El análisis de situación previo a la implantación del programa incluye la comparación de datos de estadísticas nacionales y/o regionales con los datos a nivel del centro (ej. prevalencia de tabaquismo en el centro comparado en consumo de tabaco a nivel nacional) para definir aspectos a priorizar por constituir un área especialmente deficitaria entre los y las trabajadoras del centro	3	19	1º	NP
Hay interlocutores válidos para discutir los programas en el centro	8	17	1º	NP
ADECUACIÓN				
Los componentes del programa se han definido de manera planificada, conforme a alguna estrategia sistemática que ha orientado las decisiones para definir cada uno de los pasos a dar con el fin de obtener los resultados que se pretenden alcanzar, y que no consisten en meras actuaciones aisladas o puntuales	6	41	3º	6,7
Los componentes del programa y las actividades a desarrollar se han planificado considerando su adaptación a las peculiaridades de las personas a las que se dirigen (ej. personas que pueden presentar problemas crónicos de salud, disminución en la agudeza visual, expuestas a determinadas condiciones de trabajo, estén a cargo de familiares dependientes, entre otras)	5	33	3º	8
La intervención es multi-componente, incluye medidas sobre el ambiente laboral, la organización e intervenciones individuales	4	29	2º	NP
3. El plan de intervención ha sido revisado, pilotado y aprobado por un grupo de experto/as y usuario/as	3	25	2º	NP
7. La intervención se dirige no sólo al bienestar presente sino también a futuros riesgos y necesidades de los grupos de los y las trabajadoras	7	24	1º	NP
1. Hay una revisión sistemática de la evidencia científica sobre la efectividad de la intervención en EAS en el trabajo	1	24	1º	NP
2. La intervención utiliza un modelo conceptual de PSLT que orienta las decisiones sobre qué actuaciones hay que desarrollar (ej. modelo de teoría de autodeterminación)	2	18	1º	NP
INNOVACION				
9. Se adoptan métodos novedosos para la puesta en marcha de las intervenciones en este ámbito (ej. el modelo de intervención "hágalo usted mismo", identificando y capacitando recursos de la propia organización para el desarrollo de las intervenciones)	9	49	º	9
8. Las intervenciones parten de la identificación de "activos" y de "barreras" para el desarrollo del programa y usan estrategias para minimizar estas barreras	8	43	3º	11, 12

Criterio	Orden en el que se exponen	Puntuación media	Tercil	Ítem del checklist para evaluar ese indicador
7. Las intervenciones incluyen acciones para conseguir la participación de los y las destinatarias y se les estimula para que piensen y transmitan nuevas y creativas soluciones para dar respuesta a sus necesidades	7	41	º	13, 14 y 15
2. El programa utiliza las nuevas tecnologías (ej. redes sociales, internet, etc.) como herramientas innovadoras para ofrecer servicios	2	36	3º	9.c
3. El proceso que se aplica para definir el programa y sus elementos es tan importante como el resultado final y/o servicio que se ofrece	3	35	2º	NP
4. Se utiliza un modelo de activos en salud	4	35	2º	NP
12. En los programas de PSLT, las intervenciones incluyen la formación de profesionales sanitarios de los centros sobre prevención de fragilidad, multi-morbilidad, diagnóstico temprano y tratamiento del declive en la capacidad funcional, modelos de gestión de las condiciones crónicas de salud, etc.	12	32	2º	NP
10. Las intervenciones incluyen estrategias novedosas para mejorar la adherencia a los programas	10	28	2º	NP
INNOVACION				
5. Se identifican y evalúan indicadores de coordinación y encuentros de las personas que participan en la planificación del programa como número de reuniones, videoconferencias, fotos de equipo y otros	5	27	1º	NP
11. Se construyen Redes de conocimiento (de profesionales y de centros promotores del envejecimiento saludable) que trabajan en este ámbito, así como herramientas de difusión (web, redes sociales, etc.) de los detalles de las intervenciones que obtienen buenos resultados para prevenir el declive en la capacidad funcional asociado al envejecimiento	11	27	1º	NP
6. Se comunican las medidas en PSLT en el centro como "marca de empresa innovadora"	6	20	1º	NP
1. Existe un cambio en la política del centro (no es esencial pero puede ser un indicador de innovación)	1	3	1º	NP
GARANTIA DE CALIDAD				

Criterio	Orden en el que se exponen	Puntuación media	Tercil	Ítem del checklist para evaluar ese indicador
10. Se mide y evalúa de forma sistemática el impacto que las intervenciones tienen en indicadores claves de salud	10	57	3º	16
1. Existe un sistema de recogida periódica de la información necesaria para evaluar el proceso (sobre la forma en que se desarrollan las acciones para la promoción del envejecimiento saludable en el trabajo)	1	54	º	18
5. Se han definido indicadores de proceso (ej. satisfacción con las actividades concretas, número de personas que participan en el programa, número de medidas del entorno que se han adoptado, etc.)	5	41	º	17
10. Se mide y evalúa el impacto de la intervención en resultados organizacionales: tasa de absentismo, rotación laboral, etc.	10	36	3º	19
4. El programa de promoción del EAS incluye actuaciones en varios niveles: el entorno de trabajo, la cultura corporativa, cambios organizacionales, e intervenciones dirigidas a nivel individual	4	36	º	10
3. Periódicamente el equipo del proyecto se reúne para evaluar la marcha del mismo y detectar si existen elementos de mejora	3	25	2º	NP
6. Se evalúa el nivel de implantación de cada actividad planificada	6	20	2º	NP
7. Se evalúa el nivel de satisfacción de los y las participantes con cada componente de la intervención y su implicación/sensibilización con el programa	7	20	2º	NP
11. El análisis de los resultados de la evaluación del programa se realiza diferenciando por grupos como: sexo, niveles ocupacionales, etc.	11	18	2º	NP
15. La evaluación de resultados incluye indicadores que permiten extraer conclusiones sobre el impacto que el programa va a tener de cara a prolongar la edad laboral, y otros resultados especialmente relevantes para la	15	14	1º	NP

Criterio	Orden en el que se exponen	Puntuación media	Tercil	Ítem del checklist para evaluar ese indicador
población mayor trabajadora (ej. impacto en la prevención y/o gestión de enfermedades crónicas en el ámbito laboral, etc.)				
2. La información se recoge en sistemas de registro adecuados para poder analizar cambios a lo largo del tiempo	2	14	1º	NP
8. Se mide el grado de participación en diferentes fases y actividades del programa	8	12	1º	NP
9. Se desarrolla una planificación temporal de las actividades, que permita identificar desviaciones en las fechas propuestas para realizar cada medida	9	5	1º	NP
14. Se especifica la fecha exacta de cada actividad	14	5	1º	NP
13. Se especifican puntos de corte en las medidas que se van a evaluar, por debajo de los cuales se considera que no se obtienen los resultados esperados con el programa (ej. en qué porcentaje de trabajadores/as tiene que observarse un aumento en los niveles de actividad física para considerar que el programa ha tenido éxito)	13	4	1º	NP

Con el fin de facilitar la aplicación de esta matriz de criterios e indicadores a la hora de planificar, implementar y evaluar programas de PSLT dirigidos a personas de más de 45 años, se construyó la *lista de verificación* con las cuestiones a incluir con objeto de garantizar que se cumplan los cuatro criterios anteriores. La *lista de verificación* puede ser utilizada tanto en la evaluación de programas como en la orientación de la planificación y diseño de los mismos. Se presenta la lista en el anexo.

6. DISCUSIÓN

Ante el reto que supone el envejecimiento progresivo de la población estamos asistiendo a un incremento en la producción científica sobre la salud de las personas mayores, además de propuestas políticas para afrontar el reto que supone esta situación. Los estudios por lo general utilizan el enfoque de la OMS que concibe el envejecimiento como un proceso que ocurre a lo largo de toda la vida. Desde este enfoque los estudios no se pueden centrar exclusivamente en lo que ocurre en las últimas etapas de la vida, sino que es necesario extenderlo hacia los determinantes (laborales, de la vivienda, ambientales, y otros) y las desigualdades en salud que operan a lo largo de la vida, y que resultan ejes claves sobre los que intervenir para influir en la calidad de vida en edades avanzadas.

En el ámbito laboral concretamente las políticas para la promoción del envejecimiento saludable en el trabajo pueden constituir una oportunidad para conseguir entornos laborales generadores de salud y de nuevas oportunidades de mantenerse activos, o bien pueden contribuir a que aumenten las desigualdades en salud. De ahí la importancia de analizar y caracterizar la situación de salud y de trabajo de las personas de más edad.

Sin embargo, a pesar del incremento de estudios sobre el tema, no se ha identificado ninguno que utilicen la perspectiva de género, y el marco de las desigualdades sociales en salud para examinar el efecto de las condiciones de trabajo sobre la salud y la capacidad laboral de los y las trabajadoras de edades avanzadas. Los escasos informes realizados en España hasta la fecha sobre población mayor trabajadora se han centrado en describir las condiciones de trabajo y algunos aspectos de la salud relacionados con la misma de manera muy global. Como si se adoptara un concepto de “población mayor trabajadora” en tanto un grupo homogéneo, y sin contemplar, que junto a la edad otros ejes como la clase social y el sexo pueden interactuar definiendo necesidades y también oportunidades distintas en ámbito laboral, y operar produciendo desigualdades en salud.

Además, los estudios sobre el tema realizados hasta la fecha en España se centran en analizar las condiciones de trabajo a partir de los 55 años. Como ya se ha comentado, un elemento clave del modelo de Envejecimiento saludable en el Trabajo que se usa como base para el presente estudio, es el uso el concepto de “curso vital”, que reconoce la

importancia de las experiencias a lo largo de la vida en términos de género, posición socioeconómica, etnicidad y el efecto acumulativo de las exposiciones asociadas al trabajo sobre la salud de las personas a medida que envejecen⁵³. En este sentido, la edad adulta mayor (la que va desde los 45 años a los 55) es una fase importante del ciclo de vida, en donde los roles relacionados con el trabajo, tanto remunerado como no remunerado (trabajo en el hogar y de cuidados familiares), juegan un papel central, que tiene efectos no sólo sobre las condiciones de salud inmediatas sino también a largo plazo sobre la salud futura²⁰⁰. Condiciones de trabajo desfavorables durante estas edades se ha asociado en distintos estudios con enfermedades crónicas²⁰¹, enfermedad mental²⁰² con deterioro cognitivo²⁰³, así como con tasas de mortalidad más elevadas²⁰⁴ en personas mayores. De ahí la importancia de centrar este estudio en adultos mayores a partir de esas edad y en las condiciones en las que se está desarrollando su trabajo y salud, que pueden influir en edades más avanzadas³⁸.

Esta discusión se estructurará en torno a aquellos temas que la literatura y los objetivos del estudio han hecho emerger como aspectos claves, y se aportará la perspectiva de género a lo largo de toda la discusión de los temas concretos.

6.16. 6.1. Los cambios sociodemográficos y su impacto en el mercado laboral

Nuestro estudio ha constatado no sólo un incremento en el Índice de envejecimiento en España en los últimos, sino que además este continuará aumentado a un ritmo incluso mayor en los próximos 10 años. Estos resultados coinciden con los de otros estudios a nivel europeo, según los cuales la tendencia en el incremento del Índice de Envejecimiento se acelerará en especial a partir de 2015-2035, cuando las personas nacidas en la década del *baby boom* comiencen a alcanzar la actual edad de jubilación^{45,44,205}.

También a partir de nuestros datos se observa un incremento en la Esperanza de vida (EV) de la población española tanto en hombres como en mujeres, que ya ha sido reflejado en estudios previos ^{1,5,4}. Sin embargo, pocos estudios hasta la fecha han puesto de relieve que el aumento en la EV está afectando a los hombres en mayor medida que a las mujeres, de manera que la brecha de género en EV está disminuyendo y se espera que lo haga aún más en los próximos años. Una posible razón de que esto ocurra tiene que ver con el descenso de las principales causas de mortalidad prematura en hombres, como son el cáncer de pulmón, las enfermedades cardiovasculares y los accidentes²⁰⁶. La reducción del consumo de tabaco ²⁰⁷, la mejora de las condiciones de seguridad laboral y de las vías de comunicación, y el incremento en actividad física ²⁰⁸ están afectando en mayor medida a hombres que a mujeres y podrían ayudar a explicar su mayor ganancia de años de vida. En este sentido, algunos estudios planteando la necesidad de que los programas de promoción de salud y salud pública incorporen la perspectiva de género en sus intervenciones. Hasta muy recientemente la sensibilidad en este sentido ha sido escasa y es posible que por ello estas actuaciones estén teniendo un impacto mayor en hombres que en mujeres ²⁰⁹.

Los resultados de nuestro estudio muestran que desde hace más de dos décadas la tasa de participación en el mercado laboral español de las personas mayores de 45 y 55 años no hace más que aumentar, y esto es una tendencia común al resto de países de nuestro entorno ^{53,210}. De hecho en algunos países se prevé que en unos años la mayor parte de trabajadores y trabajadoras van a ser mayores de 50 años ²¹¹. Al igual que en otros estudios, nuestros resultados muestran que el incremento en la tasa de actividad se ha producido principalmente entre las mujeres de cualquier rango de edad ^{9,8}. A pesar de ello, aún no se ha superado la brecha de género en la tasa de actividad. De hecho aunque España es uno de los países de Europa donde más ha aumentado la tasa de actividad femenina desde 2005, también representa uno de los países con mayor brecha en la tasa de actividad femenina y masculina ^{Error! Marcador no definido}. Las desigualdades de género en la participación en el mercado laboral es estructural y ha sido interpretada en base al predominio en el mercado laboral de una cultura patriarcal que determina la división del

trabajo en base al sexo, confinando a las mujeres en el trabajo doméstico y de cuidados familiares (trabaja que no es remunerado y se valora peor socialmente) y a los hombres en el trabajo remunerado¹⁰⁴.

6.17. 6.2. Cambios en la edad media de abandono del mercado laboral

Los análisis que hemos realizado sobre evolución de la edad de Jubilación revelan que desde el año 2000 la edad media de jubilación está aumentando levemente, y que las mujeres en España se jubilan más tarde que los hombres, y lo hacen más tarde que la media de mujeres y hombres de la UE.

Una parte importante de los estudios sobre envejecimiento saludable en el trabajo se han centrado en identificar factores que influyen en la intención de jubilarse precozmente o de prolongar la vida laboral, y se han propuesto diversos modelos conceptuales sobre este tema²¹². Básicamente se han distinguido dos factores claves que determinan la intención a continuar trabajando o no a partir de una edad. Por una parte la percepción de la capacidad laboral individual para el desempeño del trabajo y, por otra, el deseo de continuar trabajando. La Capacidad Laboral, que se analizará más adelante en esta discusión, se relaciona fundamentalmente con factores como la percepción de la propia salud, de que se cuentan con habilidades para desempeñar el trabajo y con nivel de exigencia que éste supone. El deseo de continuar trabajando viene determinado fundamentalmente por aspectos financieros, como son la posibilidad de contar con una pensión por jubilación, los niveles de ingresos y bienes disponibles, la posición económica familiar, y la existencia o no de deudas, así como con las gratificaciones relacionadas con el trabajo ²¹³.

Según estos enfoques, el descenso paulatino en la edad de jubilación desde 1970 hasta el año 2000 pudiera estar relacionado con las mejoras en los sistemas de protección y seguridad social. En Europa en su conjunto antes de la aprobación de la Ley de Seguridad

Social en 1935 la trayectoria laboral de las personas no solía terminar con un modelo de jubilación planificado. La edad de Jubilación media (es decir, la edad media en la que los y las trabajadoras de una cohorte de edad abandonaban su vida laboral) era los 70 años o más para los hombres. Después de la Segunda Guerra Mundial hubo una necesidad de que un número creciente de trabajadores más jóvenes desempleados se incorporaran al mercado laboral. Al mismo tiempo que se comenzó a concebir la posibilidad de Jubilarse como un símbolo de éxito. Se diseñó el sistema de Seguridad Social y de pensiones privadas para estimular las jubilaciones anticipadas. La edad de jubilación media se redujo de 70 años en 1950 a los 65 años en 1970 , siendo los 62 años la norma general en la mayoría de los países en 1985. A partir de 1980 se comienzan a desarrollar en el conjunto de la Unión Europea políticas de jubilación anticipada; sin embargo, a partir del año 2000, y como reacción ante el envejecimiento de la población, comienza un cambio de estrategia política manera que se apuesta por el desarrollo de propuestas dirigidas a aumentar el empleo y participación social de personas mayores como parte de una estrategia de Envejecimiento Activo y saludable^{214 210} . El incremento en la edad media de jubilación tanto en España como en el resto de Europa que se observa en nuestros datos a partir del año 2000 podría estar reflejando el impacto de las medidas dirigidas a estimular la prolongación de la vida laboral ¹⁵.

Sin embargo, recientemente autores como Hofäcker (2015) están aportando evidencias que indican que estas políticas podrían no estar afectando a todos y todas las trabajadoras de la misma manera y que de hecho, es posible que contribuyan a aumentar las desigualdades sociales en la salud entre personas de más edad. Las personas en ocupaciones de mayor estatus y con niveles educativos superiores podrían tener mayores posibilidades de elegir permanecer activa o no que las que cuentan con menor estatus, en el caso de presentar algún problema de salud “menor” o que no sea considerado motivo de incapacidad laboral. En primer lugar porque suelen desempeñar trabajos con menor exigencia física y además sus posibilidades para reaccionar a los cambios en el mercado laboral y rotar hacia ocupaciones de menor exigencia son más altas al contar con mayores niveles de formación y habilidad. Por el contrario, las personas en

ocupaciones manuales, con problemas de salud no reconocidos como enfermedad laboral, que por circunstancias económicas o familiares se vean forzadas a prolongar su vida laboral, contarían con menor posibilidad de rotación hacia trabajos de menor exigencia física. Por lo tanto seguirían desempeñando la misma ocupación, con posibilidad de un agravamiento progresivo de su problema de su salud. Serán personas que, con mayor probabilidad, llegarán a la edad de jubilación con una salud más deficiente. Algunos de los resultados de nuestro estudio parecen apoyar en parte esta hipótesis al mostrar que los y las trabajadoras mayores de 45 años de clase manual tienen peor salud percibida que las de clase no manual, así como una mayor exposición a riesgos laborales.

Cuando las políticas públicas priorizaba la jubilación anticipada (década de los 90 en España y algo antes en el resto de Europa), la situación entre trabajadores y trabajadoras de baja cualificación se veían compensadas por oportunidades el jubilación anticipada y prejubilación.

Sin embargo, esta situación parece que está cambiando y las políticas de prolongación de la vida laboral implican un retraso en la edad de jubilación. Es posible que este aumento en la edad media de jubilación se produzca a costa de trabajadores y trabajadoras con niveles bajos de cualificación, que se vean forzadas a continuar trabajando, por circunstancias económicas, aun cuando desempeñen ocupaciones con niveles altos de exigencia, y con condiciones de trabajo más desfavorables¹⁶. En nuestro estudio no se ha analizado los perfiles de las personas que están aumentando la edad de jubilación, ni los factores que la explican, pero se considera de interés desarrollar futuros estudios dirigidas a analizar posibles desigualdades de género y sociales en la edad de jubilación y su impacto sobre la salud de las personas mayores.

Otra posibilidad es que parte del incremento en la edad media de jubilación a partir del año 2000 esté reflejando el impacto de los cambios en la situación económica a nivel mundial, que implicó un período de auge inicial (hacia los años 2000 a 2007). Y un período de crisis económica que ha afectado principalmente al empleo de las personas más

jóvenes, y que pudiera estar provocando que el salario de las más mayores, que suelen contar con trabajos más estables, sea la única fuente de ingresos en algunos hogares, forzando la continuidad en el trabajo de las personas de más edad ¹⁶

En cuanto a que la edad de jubilación de las mujeres en España es mayor que la de los hombres, se podría explicar en parte por el hecho de que los hombres se concentran en sectores de actividad, como la construcción y el sector industrial, con niveles de riesgos físicos y de seguridad más elevados, de manera que esto pudiera tener consecuencias en términos de bajas por incapacidad laboral más tempranas. Un estudio reciente ha puesto de manifiesto que entre los años 2004 y 2013, más del 60 por ciento de las incapacidades permanentes corresponden a hombres²¹⁵. Pero, por otra parte, hay que considerar también que los sistemas de Seguridad y salud en el trabajo están muy centrados en la accidentabilidad laboral, y en los riesgos físicos y de seguridad en el trabajo ^{248,216}, que suelen ser más prevalentes en sectores ocupados fundamentalmente por hombres, y en menor grado en riesgos laborales más frecuentes en sectores feminizados. En tanto las prácticas de prevención de riesgos laborales no visibilicen en la misma medida el impacto sobre la salud de los riesgos ergonómicos y psicosociales, que afectan en mayor medida a las mujeres, existe la posibilidad de un infra diagnóstico de los problemas de salud ocupacional de las mujeres. Existe algún estudio pionero en este sentido ²⁴⁸, sin embargo sería necesario profundizar en el análisis del posible sesgo de género en la práctica de la prevención de riesgos laborales y de la vigilancia de salud ocupacional.

Por otra parte, la mayor edad de jubilación de las mujeres, y en especial en países como el nuestro, puede también deberse en parte a que tienen trayectorias laborales más discontinuas que los hombres ^{217 218}, con entradas y salidas del mercado laboral relacionadas con períodos de crianza de los hijos y/o con el cuidado de personas del hogar²¹⁹. También con una mayor frecuencia las mujeres desempeñan el trabajo sin contrato o trabajo sumergido, con consecuencias sobre los períodos de cotización necesarios para conseguir una pensión por jubilación. Existe un alto porcentaje de mujeres en el sector doméstico y de cuidados, que hasta el año 2011 no ha contado con una Regulación (Real Decreto 1620/2011 y Real Decreto-ley 29/2012) que obligue al alta

en el caso de trabajar menos de 60 horas semanales²²⁰. Las mujeres afectadas por estas modalidades laborales, especialmente aquellas con bajos recursos, se verían forzadas a prolongar la edad de jubilación para poder acceder a una prestación económica.

Como resumen de este apartado se considera necesario vigilar que las políticas de prolongación de la vida laboral no aumenten las desigualdades sociales en la capacidad de elección y vías de transición a la jubilación. Ya que podría ser que estas medidas favorezcan a las personas de clases sociales más altas, aumentando su capacidad de decidir el momento para jubilarse (fruto de las medidas que facilitan la continuidad en el trabajo); mientras que las de clases sociales se pudieran ver forzadas en mayor medida a permanecer más tiempo en un empleo, incluso en condiciones laborales de altas exigencias y aun cuando tengan un estado de salud deficiente^{16,221, 222, 223}.

Por ello serían necesarios futuros estudios sobre el impacto que las medidas de prolongación están teniendo sobre perfiles más vulnerables de población trabajadora (según clase social, sexo, y otros ejes de desigualdad). También serían necesarios estudios para analizar las prácticas de seguridad y salud en el trabajo y su impacto en las desigualdades de género en salud ocupacional.

6.18. 6.3. Las condiciones de trabajo y empleo de hombres y mujeres mayores de 45 años

6.3.1. Desigualdades de género en las condiciones laborales y de trabajo.

Nuestros resultados ponen en evidencia, al igual que en otros estudios de ámbito nacional e internacional, que existen desigualdades de género en las condiciones de trabajo y de empleo de hombres y mujeres^{224, 225}. Se ha sugerido que esas diferencias en la exposición a situaciones laborales y de empleo, junto a las que existen en el desempeño del trabajo no remunerado podrían explicar parte de las desigualdades de salud encontradas entre hombres y mujeres²²⁶. También se ha identificado en nuestro

estudio desigualdades de género en el trabajo del hogar, aunque no se ha podido examinar en profundidad las diferencias en la responsabilidad del cuidado familiar ²²⁵.

Los datos encontrados muestran que existe una Segregación horizontal del mercado laboral entre hombres y mujeres trabajadoras de edades mayores de 45 años. Las mujeres trabajan fundamentalmente en el sector servicios, mientras que los hombres se distribuyen en mayor medida entre los distintos sectores. La distribución por sectores de actividad de nuestro estudio es similar a la encontrada en otros trabajos¹⁰⁰, aunque una menor proporción de hombres mayores de 45 años trabaja en la construcción cuando se compara con la información de otros estudios previos. Campos (2012) utilizando datos de la ENCT del 2007 para analizar las condiciones de trabajo del conjunto de la población trabajadora española, encontró que el 20% de hombres trabajaban en el sector de la construcción ⁷⁷, mientras que en nuestro estudio este porcentaje prácticamente es la mitad. Es posible que estas diferencias estén reflejando, cambios en el mercado laboral ligados a la crisis económica a partir del año 2007, y no diferencias en el tipo de ocupación a distintas edades. En el caso de España, la pérdida de empleo por la crisis ha afectado en especial al sector de la construcción. Según los datos de la ENCT 2011 no sólo el grupo de trabajadores de más edad sino el conjunto de hombres trabajadores muestra una concentración mucho más pequeña en el sector construcción que a reportada en períodos previos a la crisis (análisis presentados en el anexo II tabla 7A).

Dentro de los diferentes sectores, la división del trabajo por género significa que las mujeres están más a menudo en ocupaciones peor pagadas y en los estatus más bajos y puestos de menor categoría y reconocimiento¹⁰⁰. Los resultados de nuestro estudio usando datos de la EPA 2014 confirman lo anterior. El porcentaje de mujeres en ocupaciones elementales es muy superior al de los hombres.

Además se constata que las mujeres mayores de 45 años ocupan puestos directivos o intermedios en una proporción muy inferior a los hombres (prácticamente la mitad), y la brecha de género es mayor aún entre hombres y mujeres de clase social manual. Otros

estudios han puesto de manifiesto que las asimetrías de poder relacionadas con la clase social en el empleo afectan tanto a hombres como a mujeres, pero en el caso de las mujeres interactúan con la asimetría de poder relacionadas con el género, dificultando aún más sus posibilidades de influir en el ámbito de las organizaciones²²⁷. El fenómeno de segregación vertical del trabajo en base al sexo se ha encontrado en otros estudios^{228,100}. El concepto "Techo de cristal" fue descrito por primera vez por investigadoras anglosajonas a mediados de los años 80 del siglo XX, al preguntarse por qué las mujeres estaban tan sub-representadas en los puestos jerárquicos más elevados de todas las organizaciones laborales. A pesar de la incorporación masiva de las mujeres al ámbito laboral, en lugares de trabajo muy diversos, la situación persiste más de 30 años después e incluso entre mujeres mayores de 45 años, presumiblemente, con una amplia experiencia y trayectoria laboral²²⁹.

6.3.2. Desigualdades de género en las condiciones de contratación laboral

Nuestros resultados muestran que las mujeres trabajadoras de 45 y más años tienen relaciones contractuales más desfavorables: mayor temporalidad, (aunque las diferencias son pequeñas y en), contratos a tiempo parcial y trabajan en mayor medida sin contrato y/o en fórmulas laborales consistente en ayuda familiar y otras relaciones laborales especiales que los hombres. Los resultados en cuanto a las desigualdades de género en las condiciones laborales son bastante coincidentes con los de otros estudios en población general trabajadora^{98,91}, o incluso en algunos de los indicadores analizados presenta una mayor situación de desventaja de las mujeres mayores de 45 respecto a los hombres que las informadas en otros estudios que no tiene en cuenta la edad. En nuestro estudio las mujeres tenían casi cuatro veces más probabilidad de tener un empleo sin contrato frente a las 1,8 de más probabilidad informado por estudios previos^{Error! Marcador no definido.}.

Según otros estudios la asociación observada entre ser mujer y trabajar sin contrato podría explicarse, en parte, por el alto porcentaje de mujeres en ocupaciones del sector

doméstico y de cuidados *Error! Marcador no definido.*, ya que como se ha comentado antes, la legislación vigente en el momento de recoger los datos de la encuesta consideraba legal el trabajo sin contrato de las personas en esta situación⁹⁸. Sin embargo también se ha interpretado en otros trabajos como resultado del menor poder que tienen las mujeres a la hora de negociar sus condiciones de empleo²³⁰.

Otras investigaciones realizadas con población general de todas las edades, han encontrado mayores diferencias en la temporalidad laboral entre hombres y mujeres ⁷⁷. Sin embargo, en nuestro caso el porcentaje de mujeres asalariadas y con un contrato temporal es similar al de hombres, aunque ligeramente superior, y las diferencias según sexo se han mostrado estadísticamente significativas sólo en una de las encuestas analizadas (ENS). Las cifras de contratación temporal que se han obtenido en nuestro estudio, aunque son parecidas a las reportadas en el conjunto de la UE (un 13% de personas en Europa tienen un contrato a tiempo parcial) son muy inferiores a las del conjunto de población trabajadora en estudios nacionales del INE y en otros estudios nacionales *Error! Marcador no definido.* Esto es, los datos de nuestro estudio parecen indicar que la temporalidad laboral es menor en los grupos de trabajo más mayores que cuando se analizan los más jóvenes o los datos de población general trabajadora. El hecho de que la temporalidad afecte menos a la población mayor trabajadora explicaría que las diferencias entre hombres y mujeres también sean menores a las encontradas en otros estudios. Sí que existen diferencias importantes en cuanto a la distribución del tipo de contrato según la clase social, de manera que la contratación temporal es casi el doble de frecuente entre las personas en ocupaciones de clase manual que entre aquellas de clase no manual tanto en hombres como en mujeres. Este resultado iría en la línea de apoyar la hipótesis de que el poder de negociación de las clases manuales es menor que el de clases no manuales ²³⁰.

Las mujeres están más expuestas a situaciones de precariedad laboral que los hombres, y esto se ha asociado con mayor exposición a riesgos laborales, y menor acceso a los beneficios de la protección social del trabajo (vacaciones pagadas, subsidio por enfermedad y por desempleo) ²³¹, *Error! Marcador no definido.*

No sólo en España sino en otros países de nuestro entorno se vienen desarrollando, cada vez más distintas fórmulas de flexibilidad laboral, de manera que las condiciones laborales más tradicionales, basadas en una contratación laboral a tiempo completo, de larga duración o duración indefinida y con alta en la seguridad social, que antes era lo habitual cada vez es menos frecuente. La crisis económica en Europa y que ha afectado en especial a países como el nuestro ha favorecido la emergencia de estos otros modelos de relaciones laborales. Además las sucesivas reformas laborales en respuesta a la mencionada situación de crisis en nuestro país han supuesto una mayor merma en los sistemas de protección de los y las trabajadoras, que según diversos autores está afectando no sólo a las personas con contratos temporales sino también a trabajadores y trabajadoras en empleos fijos^{232,233}. España tiene una de las tasas de empleo temporal más altas de la UE, y una mayor prevalencia de actividad económica precaria incluso en períodos de bonanza económica²³⁴.

Se ha definido el trabajo precario como cualquier variación, que suponga una erosión de una relación laboral estándar, y que implica una situación de inestabilidad, menos ingresos, falta de protección y que limita las posibilidades de control de las y los trabajadores sobre el proceso laboral, o bien una combinación de lo anterior²³⁵. La forma de medir precariedad ha variado de un estudio a otro en cuanto al grado de complejidad y de inclusión de las dimensiones anteriores. En nuestro estudio no se contaba con información sobre salario de las personas encuestadas, de manera que, con la información disponible, se ha construido una variable que combina fórmulas de inestabilidad laboral (contrato temporal y sin contrato)²³⁶

). Por lo general, diversos estudios han puesto de manifiesto que el trabajo precario lo sufren en mayor medida mujeres, habitualmente con menor cualificación, y pertenecientes a una minoría étnica.²³⁷ Los resultados que se han encontrado a partir de nuestro análisis de las dos encuestas nacionales (ENS y ENCT del 2011) muestran que esto es así también para las trabajadoras de más de 45 años. Las mujeres tienen mayor probabilidad de contar con situaciones de precariedad laboral que los hombres y el grupo

en el que se concentra mayores niveles de precariedad es el de las mujeres de clase manual.

Por otra parte, los hombres en nuestro estudio muestran más situaciones de riesgo relacionadas con los horarios laborales, trabajan más horas, trabajan con más frecuencia en horarios nocturnos, y en fines de semana.

6.3.3. Desigualdades de género en los tiempos y jornadas de trabajo

En nuestro estudio las trabajadoras mayores de 45 años tienen en mayor medida trabajos a tiempo parcial y Jornadas de trabajo reducidas (de menos de 35 horas semanales) y los hombres tienen horarios laborales más prolongados. También otros estudios han encontrado resultados similares a los nuestros en cuanto a las desigualdades de género en los tiempos del trabajo remunerado ^{238 239}. Encontramos también que la contratación parcial entra las trabajadoras mayores de 45 años en España afecta especialmente a las mujeres de clases manuales.

Los porcentajes de contratación parcial observados en nuestro estudio son inferiores a los encontrados en otros países de Europa. Así, mientras que en el conjunto de la UE y considerando todos los grupos de edad este porcentaje de contratación de menos de 35 horas a la semana es de 15% para los hombres y 42% para las mujeres, nuestros porcentajes son de prácticamente la mitad tanto en los hombres como en las mujeres. Estas diferencias reflejan probablemente tanto patrones diferentes en el uso de este tipo de Jornada según países, como diferencias metodológicas en cuanto a la edad de la muestra, el instrumento de medida utilizado y otros aspectos.

La contratación a tiempo parcial además supone una merma en términos de percepción de pensión por jubilación. Si se considera que la razón por la que una parte importante de mujeres tienen un contrato a tiempo parcial es para poder desempeñar el trabajo no remunerado de cuidados y del hogar, que recae fundamentalmente sobre ellas²⁴⁰, se

puede decir que para las mujeres asumir esta doble carga de trabajo la coloca en una situación de clara desventaja respecto a los hombres. El trabajo de cuidados familiares es una actividad socialmente necesaria, y que se realiza de forma gratuita fundamentalmente por mujeres^{104,106}. Por ello consideramos que, además de implantar acciones para garantizar la redistribución más equitativa de la responsabilidad de cuidar, debieran plantearse medidas de compensación para evitar que el desempeño de este trabajo dificulte el acceso real a condiciones de trabajo más ventajosas. Evitar, en definitiva situaciones de discriminación indirecta por razón de sexo. Un argumento similar a este es el que llevó al Tribunal superior de Justicia europea en el año 2012 a emitir sentencia contra la normativa española vigente en ese momento de cálculo de pensiones a trabajadores y trabajadoras a tiempo parcial. En la misma se concluyó que a la vista de que el trabajo a tiempo parcial incidía predominantemente sobre el empleo femenino, se lesionaba el derecho a la igualdad de género provocando una discriminación indirecta por razón de sexo. El método empleado para calcular el período de cotización según la normativa vigente en ese momento privaba en la práctica a las personas con trabajos a tiempo parcial de toda posibilidad de obtener la pensión de jubilación. El número de años de cotización necesaria para recibir una pensión de jubilación, usando la fórmula de cálculo de la normativa, superaba en muchos casos los 100 años²⁴¹.

Además en nuestro país, y en otros del entorno europeo, el trabajo a tiempo parcial se suele asociar a situaciones ocupacionales de menor reconocimiento y remuneración. En Europa se suele usar con frecuencia en ocupaciones peor pagada, y de menor estatus como es el trabajo de limpieza, ventas, y catering. Pero incluso ajustando por educación y experiencia laboral el trabajo a tiempo parcial se suele pagar peor que el trabajo a jornada completa. Aun así, mientras que en algunos países el uso de los contratos a tiempo parcial es una estrategia para conseguir mano de obra barata, en otros países el uso de las jornadas parciales representa una estrategia de “integración” que se utiliza para retener a profesionales. Por ejemplo, en países como Suecia las mujeres con trabajos a tiempo parcial ocupa posiciones cualificadas y cuentan con mayor autonomía laboral que las que tienen ocupaciones similares y trabajan a jornada completa²⁴²

En cuanto a los horarios de los hombres, estos suelen realizar Jornadas laborales más extensas. En nuestro estudio los hombres dedican al trabajo remunerado de media 41,6 horas a la semana y las mujeres 36,2 horas. Estos resultados son muy similares a los encontrados para trabajadores y trabajadoras de otras edades²⁴³. Además los hombres realizan en mayor medida que las mujeres Jornadas laborales extensas (por encima de 45, e incluso 60 horas semanales). El porcentaje de personas con jornadas prolongadas en la UE es del 32% considerando el conjunto de la población¹⁵⁰. Algunos estudios ponen en evidencia un incremento en el número de horas de trabajo, que asocian a la situación de crisis económica^{239,244,238}. Muchas personas cuyos ingresos constituyen el único sustento familiar, se pueden estar viendo obligadas aceptar este tipo de empleo para poder afrontar las deudas familiares. Una revisión sistemática del tema realizada en el Reino Unido encontró que quienes tenían jornadas de trabajo más prolongadas eran hombres con hijos, hipotecas y cuyas parejas estaban en desempleo o bien con contratación a tiempo parcial ²⁴⁵ . En nuestro estudio no se ha podido analizar la asociación entre la jornada laboral y variables personales, familiares y financieras. Sí se ha observado que las jornadas prolongadas (de más de 45 o 60 horas semanales) son más frecuente entre personas de clase manual que en las no manuales, en especial entre las mujeres.

El hecho de que los hombres asuman en mayor medida que las mujeres Jornadas más largas de trabajo se ha explicado en base a la adscripción del rol de sustentador principal a los hombres, como teoría que ayuda a entender el papel central que juega el trabajo para la vida y la identidad de los hombres⁵³. En este sentido se ha planteado que en los modelos familiares más tradicionales, donde hay una clara adscripción social de las mujeres al rol de cuidado y doméstico , las mujeres pueden haberse incorporado al mercado laboral con el objetivo de aumentar los ingresos familiares, y en tanto una actividad secundaria, mientras que en el caso de los hombres el trabajo remunerado es concebida como la actividad principal . Según algunas autoras es posible que por ello más mujeres que nombres estén realizando trabajos a tiempo parcial, con objeto de poder conciliar mejor el trabajo remunerado con las demandas familiares²⁴⁰. Las diferentes

expectativas que hombres y mujeres tienen en relación con el mercado laboral, y que vienen en parte determinadas por la adscripción de los roles de género, se convierten en una fuente de desigualdades de género en las condiciones de trabajo²⁴⁶. También es importante considerar que los estudios que han contemplado el tiempo total dedicado al trabajo (no sólo remunerado sino también no remunerado), han demostrado que las mujeres trabajan más horas en general que los hombres a la semana. Según la VI encuesta europea de condiciones de trabajo, sumando trabajo remunerado y no remunerado las mujeres dedican al trabajo unas 55 horas aproximadamente a la semana, y los hombres prácticamente 50 horas¹⁵⁰.

Nuestro estudio coincide con otros que han encontrado que los horarios especiales como el trabajo a turnos o nocturno suelen ser ocupados en mayor medida por hombres que por mujeres⁷⁷. Los datos sobre turnicidad muestran resultados similares a los presentados en la última Encuesta europea de condiciones de trabajo¹⁵⁰, un 19% de trabajadores y trabajadoras de la Encuesta europea trabaja a turnos en el año 2015 y según datos de la ENCT este porcentaje era de 20% de hombres y un 18% de mujeres. Los datos sobre el trabajo nocturno de nuestro estudio también muestran resultados similares a los de la Encuesta europea, así como a los del informe global de la ENCT que analiza la información para el conjunto de población trabajadora en España sin distinguir por edad²⁴³. No parece por tanto que el porcentaje de trabajadores y trabajadoras mayores de 45 años que trabajan en esos horarios especiales sea menor que en los grupos de menos edad.

6.3.4. Desigualdades de género en la exposición a riesgos laborales

Se han observado también diferencias en la exposición a riesgos laborales y a problemas de salud mental y física entre hombres y mujeres^{Error! Marcador no definido.}. Las mujeres presentan mayores riesgos ergonómicos (a excepción de la manipulación de cargas), riesgos psicosociales, violencia psicológica, situaciones de acoso sexual, y de acoso por

razón de sexo, aunque las cifras encontradas en nuestro estudio son inferiores a las de otros previos realizados en España¹⁰⁰. Además muestran mayores problemas de tipo físico y psicológico relacionados o agravados por el trabajo. Por el contrario los hombres presentan mayor exposición a riesgos higiénicos, y en concreto a ruido, manipulación de cargas, y violencia física en el trabajo; y presentan una mayor prevalencia de lesiones por accidentes de trabajo. Estos resultados coinciden con el de otros estudios a excepción de la exposición a violencia física que en otros estudios era experimentada por más mujeres que hombres¹⁰⁰.

Algunas de las diferencias en la exposición a riesgos laborales entre hombres y mujeres se explican en base a los fenómenos de segregación horizontal (por el tipo de trabajo que se desempeña) y segregación vertical (que determina diferencias en las relaciones de poder y, por lo tanto, en la capacidad para influir en los aspectos concretos del trabajo)¹⁰⁰. Por ejemplo, la Encuesta de la Unión Europea sobre Condiciones de Trabajo encontró que los riesgos laborales de las mujeres reflejan la segregación horizontal en el mercado de trabajo, de manera que las mujeres estaban más expuestas que los hombres a riesgos por contacto con material infeccioso y riesgos asociados a la elevación o al desplazamiento de personas, como consecuencia de su concentración en sectores de atención sanitaria y sociales¹⁰⁰.

a) Riesgos físicos y ergonómicos

La exposición a riesgos higiénicos y ergonómicos encontrada en nuestro estudio es similar a la encontrada en otros en población trabajadora de todas las edades²⁴³. Un porcentaje alto de hombres y mujeres mayores de 45 años están expuestos a riesgos ergonómicos en su trabajo.

Además al igual que en otros estudios realizados en Europa y en nuestro país se ha encontrado que la exposición a riesgos de tipo higiénico es más elevada en los hombres que en las mujeres. Mientras que lo contrario ocurre en relación a los riesgos ergonómicos a excepción de la manipulación manual de cargas, que es mayor en los hombres.

Se ha planteado que, aunque el tipo de exposición a riesgos laborales de trabajadores y trabajadoras mayores es similar a la de los más jóvenes, en el caso de las personas de más edad la exposición es menor para todos los riesgos identificados^{72,94}. Los resultados de nuestro estudio matizan de alguna manera esas conclusiones, mostrando que la relación entre edad, sexo y exposición a riesgos laborales es más compleja que lo reflejado en estudios previos. Los análisis por edad que se han realizado (se presentan en Anexo II tabla 8A) muestran que mientras que no hay diferencias en la proporción de mujeres expuestas al riesgo de manipulación de cargas (MMC (P=0,056), de movimientos repetitivos (p=0,342), de riesgos higiénicos (p=0,103) y de riesgos ergonómicos globales (p= 0,242) según la edad; en el caso de los hombres aquellos más mayores tienen una menor probabilidad de estar expuestos a riesgo higiénicos (p=0,000), de movimientos repetitivos (p=0,018), ruido (p=0,006), y riesgos ergonómicos globales (p=0,012), en relación al resto de riesgos laborales analizados no hay diferencias según edad. Sería necesario analizar cuáles son las posibles explicaciones de que esto ocurra. Algunos y algunas autoras sostienen que las mujeres suelen tener menos oportunidades de cambiar de puestos hacia otros de menor exigencia física que los hombres a medida que van envejeciendo, manteniéndose en las mismas condiciones laborales por más tiempo ^{219, 247}. Nuestro estudio tiene las limitaciones propias del diseño transversal para poder extraer conclusiones en este sentido. Estudios posteriores deberían explorar en mayor profundidad esta hipótesis, ya que de demostrarse podría explicar parte de las desigualdades de género en salud encontradas en salud general y en salud relacionada con el trabajo, como es la mayor prevalencia de trastornos musculoesquelético en mujeres que en hombres. En este sentido mismo Zimmerman (2009) encontró que a las mujeres en España expuestas a distintos riesgos laborales se les ofertaba en menor medida actuaciones para el abordaje de estos riesgos (vigilancia de la salud, formación, información, adaptación de puestos) que a los hombres ²⁴⁸

b) Riesgos psicosociales

La mayoría de estudios sobre riesgos psicosociales en el trabajo y estrés laboral utilizan como marco conceptual de referencia dos modelos: el Modelo Demanda Control de Karasek y/o el "Modelo de esfuerzo-recompensa"²⁴⁹. El primero asume que las personas en puestos de trabajo de alta exigencia (demandas) y bajo control sufren tensión física y psicológica, que el largo plazo puede provocar enfermedades relacionadas con el estrés^{250, 47, 251}. En este modelo las demandas psicológicas se refieren a "presión y ritmo alto de trabajo" y la dimensión "control" implica dos subdimensiones diferentes: autonomía laboral (capacidad para influir de manera directa sobre el trabajo) y autoridad laboral (capacidad de desarrollar las propias habilidades y contar con un trabajo significativo y creativo)^{252, 253}. El modelo de Esfuerzo-Recompensa por otra parte considera que el estrés laboral se produce como resultado de la percepción de una falta de equilibrio entre el esfuerzo dedicado al trabajo y las recompensas que se reciben a cambio (reconocimiento, oportunidades de carrera, incentivos financieros, etc.). Ambos modelos han mostrado su capacidad para predecir resultados en salud como los problemas cardiovasculares, trastornos mentales comunes, trastornos musculoesqueléticos entre otros^{250, 254}.

En nuestro estudio se ha construido y validado psicométricamente una escala (los resultados de la validación se pueden consultar en el Anexo III) que utiliza las dimensiones del modelo demanda control de Karasek. Aunque una limitación de nuestro estudio es que no se ha podido explorar los factores del modelo Esfuerzo-recompensa. Utilizando la escala de riesgos psicosocial elaborada en nuestro estudio se ha encontrado, tal y como señalan otros estudios^{201, 253}, que las mujeres presentan 1,3 veces más riesgo de estar expuestas a mayor riesgo psicosocial que los hombres.

Además estudios que han analizado desigualdades de género en la exposición a dimensiones concretas del modelo han concluido que los hombres muestran niveles más altos de demandas físicas y psicológicas, pero ocupaban posiciones de mayor responsabilidad y poder de decisión y además cuentan con mayor capacidad de control de su trabajo (autonomía y autoridad laboral)²⁵³. Por el contrario las mujeres informaron menores niveles de demanda psicológica, pero también menor control de las condiciones

laborales, y ocupan puestos de menor nivel²⁵⁵. En nuestro estudio se confirman estos resultados aunque sólo en parte, los hombres tiene 2,7 veces más probabilidad de tener un puesto de responsabilidad que las mujeres, y las mujeres tienen menor control laboral (medido tanto en términos de falta de autonomía como de autoridad laboral). Sin embargo, aunque un porcentaje superior de hombres que de mujeres tienen altas demandas psicológicas, las diferencias no son estadísticamente significativas³⁸. Otros estudios también han mostrado resultados similares a estos, señalando que mientras que no hay diferencias en las demandas psicológicas del trabajo entre hombres y mujeres, las mujeres tienen menor control laboral y por tanto están más expuestas a riesgos psicosociales laborales²⁵².

Por otra parte, al igual que en otros estudios^{256, 77, 227} la prevalencia de riesgos psicosociales es mayor en personas mayores de 45 años de clases manuales que entre personas con ocupaciones no manuales, medido tanto con la escala global de riesgo psicosocial como con las subescalas de autonomía y autoridad, mientras que las demandas psicológicas eran más frecuente entre clases no manuales. Los hombres y mujeres de clases manuales cuentan además con menor apoyo de superiores que quienes tienen ocupaciones no manuales, y estos resultados también coinciden con lo encontrado en otros estudios^{257, 227}. A pesar de lo anterior, de manera paradójica, las personas con ocupaciones no manuales manifiestan percibir niveles de estrés laboral más altos, y esto ocurre tanto entre personas que contestan a la ENS como en aquellas que lo hacen a la ENCT, y además se da entre grupos de trabajo de todas las edades (estos resultados se presentan en el anexo II en la tabla 8A). Estos resultados son así a pesar de que en nuestro estudio se ha encontrado una asociación entre la variable estrés laboral y el nivel de riesgo psicosocial. Las personas expuestas a riesgos psicosociales elevados tienen 1,8 veces mayor probabilidad de tener estrés laboral (resultados en tabla 10ª del anexo II). Sería necesario explorar en mayor profundidad, probablemente a través de estudios cualitativos, la forma en que hombres y mujeres de clases sociales diferentes entienden el concepto de estrés laboral y posibles explicaciones a los resultados encontrados.

En definitiva las mujeres trabajadoras mayores de 45 años muestran una mayor exposición a factores de riesgo psicosocial que los hombres, además tienen mayor percepción de estrés laboral. Algunos y algunas autoras que han encontrado resultados similares estos proponen que estas desigualdades de género en la exposición a los riesgos laborales se explican en base al fenómeno de segregación vertical del trabajo ²⁵⁶, que sitúa a las mujeres en una posición de menor poder frente al hombre. En nuestro estudio, las diferencias en cuanto a una mayor exposición a riesgo psicosocial de las mujeres frente a los hombres desaparecen cuando se ajusta por el tipo de puesto (directivo/puesto base) como se puede observar en la tabla 9A del anexo II. En cualquier caso, sería necesario un análisis en mayor profundidad para corroborar esta hipótesis.

c) Injusticia laboral, discriminación y violencia psicológica

La legislación española²⁷³ protege a las y los trabajadores de la discriminación por cualquier causa como la edad, la discapacidad, sexo, raza o religión. A pesar de ello, diversos estudios realizados en países de nuestro entorno sugieren que los y las trabajadoras mayores a menudo son objeto de estereotipos de edad y discriminación en las organizaciones. La discriminación en el trabajo se refiere a acciones de la organización y de las personas que la integran, que implican establecer cláusulas abusivas y condiciones que deterioran sistemáticamente la capacidad para trabajar de personas que pertenecen a un grupo determinado²⁶⁷. Por lo general son motivadas por las creencias de que un grupo determinado es inferior a otro grupo dominante.²⁵⁸ Los estereotipos asociados con las personas mayores las consideran menos productivas ²⁵⁹ ²⁶⁰ ²⁶¹, más resistentes a los cambios, más irritables, con menor capacidad física y agudeza mental²⁶², con menor capacidad de aprender y de ser promocionadas²⁶³, más inflexibles y menos creativas, con peor salud y más propensas a enfermedades que las más jóvenes ²⁶⁴. Estos

estereotipos, además de afectar a la empleabilidad de estas personas pueden suponer un riesgo psicosocial para quienes lo sufren.

Los datos encontrados en nuestro estudio muestran que un número muy reducido de personas mayores de 45 años trabajadoras en España perciben situaciones de discriminación por cualquiera de los motivos planteados (edad, sexo, orientación sexual, raza, discapacidad). De hecho nuestros resultados muestran cifras de discriminación muy inferiores a los encontrados en otros estudios, que oscilan entre un 13% ²⁶⁵ a un 7% en el caso de trabajadores y trabajadoras que contestaron la Encuesta Europea de condiciones de trabajo de 2015, y una 6% de quienes lo hicieron en 2010 ⁷².

Si se pone en evidencia en nuestro trabajo, tal y como reportan otros autores, que la mayoría de las situaciones de discriminación son más frecuente entre las mujeres que entre los hombres. Los resultados de la Encuesta europea de condiciones de trabajo en mayores de 55 años (SHARE), muestra que el porcentaje de mujeres que se perciben expuestas a discriminación por edad es superior al de hombres; además el 23% de las mujeres también había experimentado la discriminación por razón de sexo²⁶⁶. Se ha propuesto en este sentido que las diferencias en la construcción social del envejecimiento para los hombres y las mujeres hacen que las mujeres, sufran en mayor medida de la doble discriminación (por sexo y por edad) que los hombres. Por ejemplo, las mujeres en ocupaciones tradicionalmente femeninas, donde la apariencia se considera un atributo importante, se ven más afectadas. Esta visión negativa hacia las mujeres mayores les conduce a sentirse presionadas por mantener una apariencia juvenil²⁶⁷.

Otros estudios también ponen en evidencia, al igual que el nuestro, que las mujeres mayores informan de sufrir más experiencias de intimidación y el acoso que los hombres, así como acoso sexual^{268,146}. Los resultados de nuestro estudio muestran que un 0,4% de mujeres mayores de 45 años sufren acoso sexual, este porcentaje es menor a los encontrados en estudios previos con población trabajadora si bien las prevalencias en estos estudios es muy dispar, desde un 1,1% de las mujeres en el estudio de Campos

Serna usando la VI ENCT, al 18% en otros estudios ²⁶⁹, y ponen de manifiesto que, en cuestiones de tal sensibilidad el instrumento de medida que se utilice puede estar determinando en gran medida los resultados.

La existencia de una mayor proporción de mujeres que sufren acoso sexual se ha explicado por otros autores haciendo referencia a que reflejan una cultura basada en el patriarcado y los sistemas de dominación masculina, que expresan su masculinidad a través del deseo sexual y que determina desigualdades de género situando a los hombres en una posición de mayor poder frente a las mujeres ^{Error! Marcador no definido.}.

En algunas publicaciones se utiliza el concepto de “injusticia laboral” para integrar en un marco único las experiencias de exposición a situaciones de discriminación, acoso, o intimidación ²⁶⁸. Mientras que otros estudios señalan que la exposición a situaciones de injusticia laboral es mayor en personas de clases sociales de menor nivel ^{227,256} en nuestro estudio ocurre lo contrario. No sólo la medida global de “injusticia laboral”, sino también las medidas concretas de percepción de discriminación y de exposición a acoso sexual y violencia son señaladas en mayor medida por personas de clase no manual que entre las de clase manual. Las diferencias en los resultados en este sentido puede deberse a las diferencias en las medidas usadas en los distintos estudios. Otras investigaciones también han encontrado resultados contradictorios entre clase social e injusticia laboral usando medidas diferentes y en países con contextos macro estructurales distintos ^{270,271}. Otra explicación podría ser que las personas de clase no manual tengan una mayor conciencia o sensibilidad acerca de los problemas que se analizan bajo el concepto de “justicia laboral”, y por lo tanto informen en mayor medida de estas situaciones. Es posible que las personas en clases ocupacionales manuales, y con menores niveles educativos, aun cuando estén expuestas a conductas de este tipo (discriminatorias, acoso sexual, o situaciones de violencia psicológica) no las identifiquen como tales. En un estudio del Instituto de la Mujer sobre acoso sexual en España se concluye, entre otros aspectos, que existe una infradeclaración de este tipo de conductas por el alto componente de subjetividad que existe a la hora de valorarlas. No todas las personas consideran

situaciones de acoso como tales, debido a una falta de visibilidad social y una tendencia a su ocultamiento, en especial en determinados contextos sociales que muestran mayor tolerancia a estas conductas y tan solo las reconocen cuando se dan en sus manifestaciones más graves. Así, cuando se preguntaba a estas personas si habían padecido en el último año cualquiera de las situaciones definidas como acoso sexual, independientemente de que lo considere o no acoso sexual (acoso técnico), un 14,9% de las mujeres trabajadoras en España habían sufrido alguna situación de acoso sexual en el último año. Sin embargo, cuando se les preguntaba directamente si habían sufrido acoso sexual, este porcentaje se reducía hasta el 9,9%²⁷². En este sentido, se sugiere una revisión en profundidad de las preguntas¹³ que en la VII ENCT sondean acerca de la exposición a estas situaciones, dada la importancia de contar con un instrumento de ámbito nacional que ayude a vigilar cómo evoluciona de la exposición a **conductas concretas** de que ya están tipificadas por la legislación española como situaciones de discriminación y/o acoso^{273, 274}.

d) Violencia física

Los hombres están expuestos a situaciones de violencia física con mayor frecuencia que las mujeres y este resultados coincide con otros estudios ^{275,276}.

Se ha sugerido que la mayor exposición de los hombres a situaciones de violencia física se debe a la segregación horizontal del trabajo, debido a que el número de hombres en sectores y ocupaciones de mayor riesgo de violencia (defensa, cuerpos de seguridad, y otros) es superior al de mujeres²⁷⁵. Sin embargo, también se planteado hipótesis alternativas, que sugieren que son los elementos culturales ligados a la construcción de la masculinidad y a su expresión a través de la violencia los que explican estas

¹³ La ENCT pregunta directamente si en los últimos 12 meses ha sido objeto de: discriminación por edad, discriminación sexual o por género, pretensiones sexuales no deseadas (acoso sexual) y otras preguntas similares.

diferencias^{!Error! Marcador no definido.}. En nuestro estudio con población trabajadora mayor de 45 años las diferencias en la exposición a violencia física entre hombres y mujeres desaparecen en los análisis desagregados por ocupación (estos análisis se presentan en tabla 12A del anexo II). Estos resultados apoyarían la hipótesis de la segregación horizontal como mecanismo que explica las desigualdades de género en la exposición a violencia física. Sin embargo, serían necesarios realizar estudios más específicos sobre este tema para conocer de qué manera los estereotipos de género, u otros factores relacionados pudieran estar contribuyendo a explicar los resultados.

6.3.5. Desigualdades de género en las responsabilidades del trabajo doméstico no remunerado y en la conciliación de la vida laboral y familiar

Esto ocurre en especial en España donde se ha demostrado que las mujeres, fundamentalmente de clase baja continua desempeñando el trabajo principal del hogar y del cuidado, y cuenta con menos recursos para afrontar las demandas en conflicto que pueden derivarse del trabajo remunerado y trabajo no remunerado, resultando en mayor sobrecarga y estrés- ^{277 278 279}

La proporción de mujeres trabajadoras mayores de 45 años de nuestro estudio que realiza el trabajo doméstico en exclusividad, es muy superior a la de los hombres. Considerar estas diferencias en la participación en el trabajo no remunerado es importante para comprender los riesgos de salud que sufren las mujeres. Junto al trabajo remunerado, muchas mujeres llevan las responsabilidades de trabajo no remunerado. Para las mujeres más jóvenes, esto por lo general significa la crianza y el trabajo doméstico, pero en la edad adulta, las mujeres mayores también suelen asumir la atención a los y las nietas y a familiares mayores con alguna dependencia^{277, 278}. En toda la UE, por ejemplo, las mujeres mayores de 55 años realizan en promedio de 18 horas

adicionales a la semana de trabajo no remunerado en comparación con las 5 horas de los hombres¹⁰⁸.

A pesar de lo anterior, no se han encontrado diferencias en la percepción de conflicto entre la vida laboral y familiar según el sexo en población trabajadora mayor de 45 años a partir de la información de la ENCT. Un 20% de hombres de más de 45 años manifiestan tener problemas de conciliación y algo más del 18% de mujeres. Este resultado sorprende en la medida en que se esperaría que las mujeres, que además del trabajo remunerado suele dedicar más tiempo al trabajo doméstico y de cuidados familiares percibieran un mayor conflicto de conciliación, de hecho otros estudios así lo demuestran²⁸⁰. Nuestros resultados, sin embargo coinciden con otros de ámbito nacional ²⁴³, *Error! Marcador no definido.* y europeo⁷².

Es posible que esta igualdad en la percepción del conflicto entre el ámbito laboral y personal responda a que se produce cierta compensación entre los tiempos de dedicación al trabajo remunerado y no remunerado. Si bien es cierto que las mujeres dedican más tiempo de trabajo no remunerado que los hombres, en el caso de los hombres suele haber una mayor probabilidad de contar con jornadas laborales más extensas.

Otro de los resultados que llaman la atención es que el conflicto de conciliación parece un problema de especial relevancia en nuestro país en comparación con otros de la Unión Europea. Los datos iniciales de la Encuesta Europea de Condiciones de trabajo muestra unas cifras muy inferiores en cuanto al porcentaje de personas que percibe un conflicto entre el trabajo y la vida familiar o personal (un 11% en los datos globales de Europa), frente al 20% de media en nuestro estudio y el 24% en estudios nacionales previos ⁷².

Los problemas de conflicto familia-trabajo, entendido como la incompatibilidad potencial de roles y demandas en ambas esferas de la vida, están recibiendo una atención creciente en los últimos años por su influencia en los resultados del trabajo y en la salud^{281,282}. Sin embargo en nuestro estudio no se ha podido profundizar lo suficiente en este análisis ya que aunque la ENCT plantea una pregunta sobre la percepción de este conflicto no recoge

ninguna variable que directa ni indirectamente pudiera ayudar a analizar la situación del trabajo no remunerado (ej. Situación de convivencia, personas dependientes en el hogar o prestación de trabajo). En el caso de la ENS sólo se ha podido explotar para este estudio la influencia de contar con una persona dependiente en el hogar, y la dedicación con exclusividad al trabajo doméstico no remunerado, pero esa encuesta no recoge información sobre percepción del conflicto entre las esferas laboral y familiar o personal, por lo que tampoco se ha podido utilizar para profundizar en esta cuestión. Dada la importancia que en nuestro país parece tener este tema (al menos en términos de prevalencia), se recomienda incluir en las encuestas nacionales preguntas que ayuden a caracterizar mejor la situación.

6.3.6. Desigualdades de género en los hábitos relacionados con la salud

Un porcentaje superior de mujeres trabajadoras mayores de 45 años que de hombres son inactivas, y esto coincide con los resultados de otros estudios²⁶. Mientras que los hombres presentan con mayor frecuencia obesidad o sobrepeso, fuman y tienen un menor consumo de frutas y verduras ²⁸³. El hecho de que los hombres adopten más conductas de riesgo y menos estrategias de autocuidado se ha explicado en base a estereotipos de lo que socialmente se refuerza en tanto se consideran “símbolos de masculinidad”. En base a estas creencias, los hombres son reacios a admitir preocupaciones por la imagen corporal más allá de la fuerza “muscular” en tanto “símbolo “del cuerpo como objeto con el que se trabaja”²⁸⁴.

Al igual que en otros estudios parece que las conductas saludables, varían también en función de la clase social, de manera que personas de clases social ocupacional de niveles inferiores muestran hábitos menos saludables que las de clase no manual ^{285, 286}. Nuestros resultados también coinciden con la evidencia de otros trabajos que señalan que mujeres y hombres de clase manual tienen un mayor consumo de tabaco, sobrepeso y menor consumo de fruta y verdura; mientras que la relación entre clase social y

actividad física no es la misma según el sexo. El porcentaje de mujeres de clase no manuales que declaran no realizar ninguna actividad física es superior a las de ocupaciones manuales²⁸⁷. En el caso de los hombres la asociación es la contraria^{288, 289, 290, 291}. Estos resultados sugieren la utilidad de plantear intervenciones de promoción de salud que incorporen la perspectiva de género y el marco de las desigualdades sociales en salud.

6.3.7. Desigualdades de género en salud y daños a la salud relacionados con el trabajo

A partir de los datos de la ENCT se identifica una prevalencia más alta de problemas crónicos de salud en trabajadores y trabajadoras mayores de 45 años, que la que se observa a partir de la ENS. Los instrumentos de medida y la manera en que se plantean estas cuestiones son diferentes y esto dificulta la comparación de sus datos, aunque ambas permiten analizar patrones comunes en cuanto a las desigualdades de género en la salud en población trabajadora mayor de 45 años que es el objetivo de este apartado. Los análisis en este sentido identifican un patrón de desigualdad de género muy parecido. Las trabajadoras mayores de 45 años tienen 1,39 veces más probabilidad de presentar una enfermedad crónica, 2,01 veces más probabilidad de tener limitaciones de la actividad cotidiana y 2,18 veces más probabilidad de sufrir dolor que los hombres trabajadores de más de 45 años, y estas diferencias se mantienen aun ajustando por clase social y por edad. La mayor prevalencia de problemas crónicos de salud en el caso de las mujeres ha sido puesta de manifiesto en otros estudios⁹¹.

Entre los problemas más frecuentes están los problemas musculoesqueléticos, artrosis y los problemas relacionados con el riesgo cardiovascular (incluido hipertensión, infarto, y otras enfermedades de corazón). Los problemas de salud analizados son más prevalentes en mujeres que en hombres, a excepción de los relacionados con el riesgo cardiovascular, que son más prevalentes en hombres. Estos resultados coinciden con los de otros

estudios, tanto en población general trabajadora ²⁴³ como con grupos de trabajadores y trabajadoras mayores de 45 años²¹⁸.

El porcentaje de personas que presentan depresión en este estudio es inferior a la encontrada en otros. Sin embargo, esta variabilidad en las tasas de depresión encontradas en población trabajadora mayor de 50 años ya ha sido identificada en otras publicaciones sobre el tema. Utilizando un mismo instrumento de valoración Siegriest (2012) concluye que aunque en la mayor parte de los casos analizados estas tasas eran inferiores al 14% en algunos países como Francia o Polonia ascendían al 26% y 33,9% respectivamente. Los problemas de salud psicológica en general, y de depresión concretamente son más frecuentes en las mujeres que en los hombres ¹⁴⁸. En nuestro estudio las mujeres trabajadoras mayores de 45 años presentan una prevalencia de depresión auto informada de 8,9% y esta prevalencia es superior a la de los hombres y más frecuente en mujeres de clase manual que en las de clase no manual, aunque las diferencias no son estadísticamente significativas. Estos resultados coinciden con los de otros estudios previos ²⁹².

De especial relevancia también es el resultado que se ha encontrado según el cual las mujeres trabajadoras mayores de 45 años muestran en mayor medida que los hombres algún grado de limitación para realizar las actividades cotidianas, así como dolor de manera habitual.

Pocos estudios en España han analizado la prevalencia de enfermedad crónica, dolor o limitaciones funcionales en trabajadores y trabajadoras en general, y en especial en aquellos y aquellas de más edad. Contar con esta información, así como conocer si estas personas continúan desempeñando actividades que pueden agravar sus problemas de salud resulta de importancia para definir políticas de adaptación de los puestos a las necesidades de estas personas. En nuestro estudio se evidencia que un porcentaje alto de trabajadores y trabajadoras tienen problemas de salud relacionados o no con el trabajo. En base a esta información se sugiere la necesidad de programas en los centros de trabajo dirigidos a las personas con enfermedades crónicas. También se necesitarán

políticas para facilitar una mejor prevención y tratamiento de problemas de salud crónicos largo de la vida.

Los problemas de salud relacionados con el trabajo

La prevalencia de problemas de salud física relacionados o agravados por el trabajo es mayor en las mujeres trabajadoras mayores de 45 años que en los hombres, y estos resultados coinciden con lo encontrado en otros estudios de ámbito internacional¹⁰⁰ y nacional^[Error! Marcador no definido.].

Nuestros datos también muestran una mayor probabilidad de problemas de salud psicológica relacionada con el trabajo en mujeres frente a los hombres, mientras que estudios previos en población trabajadora de todas las edades no se ha demostrado esas diferencias^[Error! Marcador no definido.].

Las tasas más elevadas de problemas osteomusculares en las mujeres también coinciden con lo que se ha encontrado en otros estudios^{183, 293, [Error! Marcador no definido.]}. Se han propuesto varias hipótesis para explicar la mayor prevalencia de estos problemas en las mujeres. Por una parte se ha relacionado con la segregación horizontal del mercado laboral en base a la cual las mujeres desempeñan preferentemente trabajos que requieren movimientos repetitivos del miembro superior así como de movilización de personas²⁹⁴. También se ha asociado con la doble carga de trabajo doméstico y de cuidados. Por ejemplo los riesgos físicos del cuidado de personas dependientes mayores de esa edad son similares a las experimentadas en el trabajo remunerado por enfermeras y trabajadores de atención social, que son ocupaciones en las que trabajan mayoritariamente mujeres^{295, [Error! Marcador no definido.]}. En otros estudios se ha observado que a las mujeres se les suele cambiar en menor medida que a los hombres a puestos con menor carga física de trabajo a medida que se hacen mayores, y que eso podría explicar que se encontrara una mayor asociación entre este tipo de puestos y problemas de salud en el caso de las mujeres²⁴⁷.

Curiosamente en nuestro estudio la prevalencia de enfermedad física, y problemas osteomusculares relacionados con el trabajo es superior en las clases ocupacionales manuales en el caso de los hombres, mientras que en el caso de las mujeres no hay diferencias según la clase ocupacional. Para el resto de problemas de salud los patrones según clase social entre hombres y mujeres son similares, de manera que las pérdidas sensoriales, así como los problemas de tipo psicológicos y mentales relacionados con el trabajo son más frecuentes en trabajadores y trabajadoras de clases no manuales. El hecho de que las mujeres presenten una prevalencia de problemas físicos y problemas osteomusculares más alta que los hombres y que éstos no se relacionen con el tipo de ocupación (manual o no) podría deberse a que, en su caso otras fuentes de exposición no laboral (como el trabajo de cuidado de personas en los hogares que recae fundamentalmente en las mujeres) están contribuyendo a esos problemas. También podría deberse a diferencias biológicas entre ambos, o bien a que la exposición a situaciones de carga física en hombres de clase manual sea muy superiores a las de las mujeres en ocupaciones manuales.

Respecto a la salud mental relacionada con el trabajo, nuestros resultados no coinciden con estudios que indican que las personas en clases manuales presentan un impacto mayor del trabajo sobre su salud mental que aquellas de ocupaciones no manuales. En un estudio previo utilizando la V ENCT con población trabajadora de todas las edades no se encontraron tampoco diferencias en las medidas de salud mental entre hombres y mujeres ni estratificando por clase social *Error! Marcador no definido.*

La proporción de mujeres que dicen sufrir problemas de estrés laboral es superior respecto a la del hombre y esto es así ajustando por edad y por clase social. Las diferencias según sexo son estadísticamente significativas. Además la mayor prevalencia de estrés laboral se da en clases sociales no manuales tanto en hombres como en mujeres. En otros estudios se ha encontrado una asociación similar en cuanto a la mayor presencia de estrés laboral en las mujeres trabajadoras de cualquier edad, sin embargo respecto a la clase social los resultados son contradictorios ⁷⁷

Los hombres presentan mayor accidentabilidad laboral que las mujeres, estos resultados se han explicado en parte, en base a la segregación horizontal por género. La mayor parte de accidentes, al menos los más graves, ocurren en sectores de actividad como el de transportes o construcción que están ocupados prioritariamente por hombres **¡Error! Marcador no definido.** Las diferencias más importantes y estadísticamente significativas se encuentran entre hombres y mujeres de clase ocupacional manual, y desaparecen en las ocupaciones no manuales. Las cifras de accidentabilidad tanto en hombres como en mujeres son inferiores a las encontradas en otros estudios ^{206, 156}. La mayor parte de publicaciones sobre el tema muestran que los y las trabajadoras mayores tienen menores tasas de accidentes no graves o mortales en comparación con los más jóvenes ¹⁵⁵. Sin embargo, otros estudios han señalado que en el caso de las mujeres el riesgo de accidentabilidad, en especial de las caídas al mismo nivel aumenta con la edad²⁹⁶.

En resumen, se ha encontrado una alta prevalencias de problemas de salud en población trabajadora mayor de 45 años. Se recomienda, además de continuar con la vigilancia de salud ocupacional de estos grupos a través de encuestas nacionales y desarrollar actuaciones que faciliten una gestión adecuada de estas situaciones. Habrá que prestar especial atención a trabajadores y trabajadoras en ocupaciones que impliquen una alta exposición a riesgos laborales que pudieran agravar los problemas de salud. Así como los grupos socialmente más vulnerables. Una vez conocida la situación de salud que presentan las personas trabajadoras mayores de 45 años, se puede afirmar que si no se adoptan medidas suficientes, prolongar la vida laboral podría agravar los problemas de salud de un número importante de personas debido al efecto acumulativo de la exposición a niveles tolerables de riesgos laborales^{39,99,36}. Estudios previos señalaban que en torno 30% de trabajadores y trabajadoras de edades entre 50-64 años necesitarían ajustes en el trabajo para evitar situaciones de incapacidad laboral (IL) por enfermedad crónica^{297,28}. En nuestro caso ese porcentaje es mucho mayor, entre otros indicadores, según la ENCT en torno al 62,8% de personas mayores de 45 años que declaran tener problemas de salud física relacionada con su trabajo, y prácticamente el 24,5% de quienes presentan algún problema psicológico podrían precisar algún tipo de ajuste en el

diseño de los puestos o en la organización del trabajo. Además la forma en que se distribuye este tipo de problemas por perfiles concretos de población trabajadora sugiere la necesidad de priorizar las intervenciones en el caso de mujeres mayores y de clase manual.

6.19. 6.4. Factores asociados a la salud y a la capacidad laboral a los 60 años

6.4.1. Factores asociados a Salud percibida

Para estudiar los factores asociados a la salud percibida en la población de trabajadores y trabajadoras de más de 45 años se han utilizado los datos tanto de la ENS como de la ENCT. Ambas utilizan una medida de salud percibida muy similar, basada en una sola pregunta con una escala de respuesta de 5 puntos, sin embargo la formulación de la pregunta no es exactamente la misma, así como tampoco son idénticas en cuanto a las características de la muestra de personas que contestan una y otra encuesta. Esta situación limita la comparación de sus resultados, de manera que no se puede establecer la mayor o menor importancia de factores relacionados con los estilos de vida (que se analizan a partir de la ENS) frente a las condiciones laborales (que se analizan a partir de la información de la ENCT). En cualquier caso los porcentajes de hombres y mujeres mayores de 45 años que muestran una salud percibida deficiente son muy similar en ambas encuestas. Se ha constatado que las mujeres tienen peor salud percibida que los hombres y además la salud percibida empeora con la edad y es peor en las clases ocupacionales manuales que en las no manuales. Estas asociaciones ya se han evidenciado en otros estudios en población general y trabajadora ^{82,298,81}.

En relación a la asociación entre las condiciones de empleo y salud percibida los resultados obtenidos muestran algunas contradicciones cuando se comparan ambas encuestas. Existe una asociación entre salud percibida y tener un contrato temporal, trabajar sin contrato, la precariedad laboral y el trabajo nocturno tanto en hombres como en mujeres mayores de 45 años que contestan a la ENS. Sin embargo en el caso de las personas que contestan a la ENCT el trabajo sin contrato y la precariedad laboral solo se

asocia a la salud de las mujeres, pero no a la de los hombres, y no hay ninguna asociación entre la salud percibida y tener un contrato temporal ni a tiempo parcial. Además la asociación entre salud percibida y temporalidad en el caso de los hombres que contestan la ENS es inversa (la probabilidad de tener salud deficiente es mayor entre los hombres que tienen un contrato indefinido que entre aquellos con una vinculación laboral temporal). Otros estudios han puesto de manifiesto que la asociación entre precariedad y salud percibida es más fuerte entre las mujeres, sugiriendo que esto se explica en base a la interacción de estas situaciones laborales con las asimetrías de poder relacionadas con el género²⁷⁷.

El hecho de que la asociación entre salud percibida y el trabajo temporal muestre resultados contradictorios, en especial en los hombres, iría en contradicción con lo planteado por otros estudios que muestran que las formulas laborales de mayor inestabilidad y precariedad afectan a la salud^{299,300}. La mayor parte de la evidencia disponible sobre condiciones de empleo precario y salud se ha centrado en demostrar el impacto de la inestabilidad laboral medida en términos de percepción de inseguridad para conservar el trabajo⁸⁸, o bien de temporalidad laboral³⁰¹. Si bien se ha demostrado la asociación del trabajo temporal con diferentes indicadores de salud como problemas psicológicos, enfermedades profesionales y accidentes laborales^{277, 302}. Otros estudios también han puesto de manifiesto que la temporalidad no siempre tiene porqué suponer daños a la salud^{303 304}. Por una parte, la concepción de que contar con un contrato fijo, en sí mismo implica contar con un trabajo de calidad impiden visibilizar otras situaciones de precariedad (como concepto que va más allá de la mera estabilidad laboral) que pudieran darse en los contratos fijos. Por otra parte, la heterogeneidad que existe entre las fórmulas de trabajo temporal es tan grande que no es de extrañar que la asociación entre temporalidad y salud muestre resultados contradictorios^{305 306}. De esta forma los resultados contradictorios de nuestro estudio usando la ENS y la ENCT pudieran estar reflejando esta situación. Esto es, el hecho de que dependiendo del tipo de medida usada se estén obteniendo resultados distintos, y refleja las limitaciones del uso de una medida basada en un solo ítem que ya han puesto de manifiesto otras autoras^{277,307}. Por último,

como todo estudio transversal, el nuestro tiene limitaciones a la hora de establecer conclusiones en este sentido. El sesgo de supervivencia del trabajador o trabajadora sana podría ser la razón de las contradicciones en las asociaciones encontrada. Por una parte, tener mejor salud podría favorecer la selección en trabajos estables, pero además los y las trabajadoras eventuales que presenten problemas de salud recurrentes pueden tener menos probabilidad de ser contratadas. Por lo tanto, el sesgo de trabajador sano podría afectar en mayor medida a personas con trabajo temporal³⁰⁵. Es posible que, dada las características de segregación horizontal del trabajo por género, que determina que los hombres ocupan en mayor proporción que las mujeres trabajos con mayores exigencias físicas, este sesgo afecte en mayor medida a hombres, que de no contar con buena salud tendrían menor probabilidad de ser contratados.

A pesar del aumento de las condiciones precarias de empleo, que diversos estudios han puesto de relieve, la investigación sobre sus efectos sobre la salud es limitada²⁷⁷. Se han ofrecido varias hipótesis sobre cuál es el mecanismo que explica la asociación entre trabajo precario y salud. En algunos casos se ha propuesto que la precariedad es un estresor laboral²⁹⁹, en otros casos se habla de la asociación que existe entre condiciones laborales precarias y una mayor exposición a riesgos laborales y de seguridad^{308,302}. Se sugiere en próximos estudios profundizar en este sentido así como en la caracterización de aquellas condiciones del empleo temporal y otras fórmulas de empleo precario que tienen un mayor impacto en la salud, y en especial en la de grupo más vulnerables socialmente.

Otras condiciones de empleo que se asocia a salud percibida en las mujeres en ambas encuestas es el puesto desempeñado. Las mujeres que ocupan un puesto base tienen mayor probabilidad de tener salud percibida deficiente que aquellas que se encuentran en puestos de dirección. En el caso de los hombres también ocurre esto aunque los resultados de los distintos análisis no son tan consistentes. En la ENCT la asociación sólo es significativa en los análisis bivariantes, y no alcanza la significatividad al usar estadísticos de regresión. La asociación entre puestos directivos y salud percibida ha sido puesta de manifiesto en otros estudios. Esta asociación se ha explicado en base a que

ocupar posiciones de alto nivel por lo general implica contar con mayores oportunidades de obtener recursos, estatus social y económico y capacidad de control sobre las condiciones en las que se desempeña el trabajo⁶⁶.

En relación a los horarios de trabajo el trabajo nocturno se asocia con salud percibida en hombres y mujeres mayores de 45 años de la ENS, pero ni el trabajo a turnos ni el nocturno se asocian con la salud percibida en la ENCT, es posible que las diferencias encontradas entre ambas encuestas tengan que ver, como en el caso anterior, con las medidas utilizadas.

Los resultados de nuestro estudio en cuanto a la asociación entre Jornadas prolongadas de trabajo y salud coinciden con los de investigaciones previas^{187,309} que han encontrado que la salud percibida es peor entre personas que tienen largas jornadas de trabajo. En nuestro caso había asociación cuando las jornadas laborales eran superiores a las 60 horas semanales, tanto en hombres como en mujeres, así como con jornadas de más de 45 horas sólo en hombres. Algunos estudios que han examinado la asociación entre largas jornadas de trabajo y salud han mostrado resultados contradictorios³¹⁰. Se ha indicado que las diferencias en los resultados podrían deberse en parte a problemas en la conceptualización de largas horas de trabajo. Según algunas autoras y autores, la mayoría de los estudios han considerado largas horas de trabajo como un riesgo laboral en sí mismas, sin considerarlas desde un marco más global que tenga en cuenta los posibles factores que motivan las horas que se dedican al trabajo y si prolongación de la jornada es voluntaria o si la persona se ve forzada a realizar más horas de trabajo de las habitualmente establecidas²³⁸. Algunos estudios han demostrado la importancia que tiene poder elegir o no prolongar el tiempo de trabajo en términos de impacto sobre la salud³¹¹. También se ha encontrado que la asociación entre los horarios extensos y la salud es más fuerte para los hombres en países en los que predominan modelos masculinos que coloca en los hombres el rol de proveedor fundamental de los ingresos del hogar (cabeza de familia), que afecta por igual a hombres y mujeres por ejemplo en países nórdicos donde esos modelos no son tan claros, y es mayor en las mujeres en países como los del Este de Europa²⁷⁹.

Algunas investigaciones que han analizado los horarios laborales en población trabajadora mayor sugieren que estas necesitan un mayor tiempo de recuperación y descanso, y que condiciones de trabajo que implican un ritmo más moderado y menos horario laboral tienen un efecto positivo para mantener la salud en estos grupos¹³². En este sentido, mientras en algunas publicaciones se ha encontrado una asociación positiva entre trabajo a tiempo parcial entre trabajadores y trabajadoras de más edad y salud, dicha asociación no aparece en nuestro estudio³¹².

Nuestros resultados muestran que el conflicto de conciliación de la vida laboral y social y familiar parece afectar a la salud percibida tanto en hombres como en mujeres, y que la fuerza de la asociación es similar en ambos. Los estudios que se han centrado en analizar el riesgo para la salud que supone la doble presencia de trabajo remunerado y no remunerado; han encontrado que esta situación afecta en especial a las mujeres ya que son ellas, en base a la distribución de roles según género, las fundamentalmente asumen la carga de cuidados familiares y el trabajo doméstico^{313,314, 315}. Sin embargo, es posible que el planteamiento acerca del conflicto de conciliación que se incorpora en la ENCT no esté identificando, o al menos no sólo, situaciones de doble presencia o de conflicto entre trabajo remunerado y no remunerado, sino también la percepción de no disponer de tiempo suficiente para la vida social, y otras actividades fuera del trabajo. Y nuestros resultados estarían indicando que posiblemente esto afecte por igual a hombres y mujeres. En el caso de los hombres esta percepción de “falta de tiempo” vendría motivada por las jornadas más prolongadas de trabajo remunerado, y en el caso de las mujeres, por la dedicación a las dos esferas laborales (remunerada y no remunerada o del hogar). No se ha podido analizar en profundidad esta situación debido a limitaciones de los instrumentos de recogida de información sobre estas cuestiones. Se ha usado como variables indirecta del impacto del trabajo no remunerado la información sobre convivencia con persona dependiente y sobre la realización en exclusividad del trabajo doméstico no remunerado en la ENS, pero no se ha podido relacionar esta información con la percepción de conflicto laboral/personal al tratarse ambos temas en encuestas diferentes. En cualquier caso el hecho de que el porcentaje de mujeres que asumen el

trabajo doméstico sea tan superior al de hombres significaría que el impacto de estas situaciones está afectando a una proporción mayor de mujeres, tal y como también se ha puesto de relieve en otros estudios^{278, 104,316} Por último, nos atrevemos a sugerir la superación de un modelo de trabajo como determinante de la salud que incorpore exclusivamente información sobre el trabajo remunerado. La importancia demostrada del trabajado no remunerado y del riesgo de la doble presencia para la salud, en especial de las mujeres^{317,318, 277, 278, 279} anima a sugerir que en las encuestas de condiciones de trabajo se profundice en desarrollar medidas que permitan registrar de manera adecuada este tipo de riesgo.

En cuanto a los hábitos relacionados con la salud, prácticamente todos los factores analizados en relación con los estilos de vida saludables se asocian con la salud percibida en la dirección esperada y tanto en hombres como en mujeres. En este sentido los resultados son muy consistentes con otros resultados de la literatura ^{319,320}. La salud percibida se asocia en el caso de las mujeres por este orden con IMC, con bajos niveles de actividad en el tiempo libre y con consumo de tabaco y bajo consumo de fruta y verdura y esto ocurre ajustando por otras variables como son la clase social y la edad. En el caso de los hombres la peor salud percibida se asocia por este orden con no realizar actividad física, con el consumo de tabaco, con el bajo consumo de fruta y de verdura y con presentar sobrepeso y/u obesidad. Estos resultados plantean la necesidad de establecer intervenciones con el objetivo de actuar en esos estilos de vida con el objetivo de influir en la salud. Los resultados anteriores llevan a apoyar el desarrollo de medidas en este grupo que contribuya a mejorar los hábitos saludables a través de estrategias de PSLT como ya se ha planteado en diversos estudios ³²¹

En cuanto a las condiciones de riesgo laboral que se asocian a la salud, la exposición a todos los riesgos laborales muestran esta asociación, y en especial a los riesgos ergonómicos y psicosociales.

Algunos autores y autoras han encontrado que la asociación entre riesgos ergonómicos y salud es mayor en el caso de las mujeres que en el de los hombres¹¹⁵. En nuestro estudio

los resultados comparando las dos encuestas son contradictorios. Entre las personas de la ENCT las diferencias en la fuerza de asociación entre hombres y mujeres son pequeñas para el factor global de riesgo ergonómico y no existe en el caso de riesgos de MMC, además es incluso superior en los hombres en relación a las posturas forzadas. Mientras que según datos de la ENS la asociación entre mala salud percibida y la exposición a riesgos de manipulación manual de cargas existe en las mujeres pero no en los hombres. Algunos autores han sugerido que la falta de asociación en los hombres de la exposición a MMC y salud podría estar señalando que los hombres tienen mayor posibilidad de optar a trabajos con menos demandas físicas, en el caso de presentar problemas de salud que las mujeres^{100,247}. En cualquier caso estos resultados no se han confirmado en el caso de la ENCT pero animaría a una exploración en mayor detalle de las discrepancias encontradas en los datos.

El factor de riesgo laboral que se asocia en mayor medida a salud percibida, tanto en hombres como en mujeres es el Estrés laboral. Estudios previos han mostrado el impacto del estrés laboral sobre la salud^{322,86} utilizando diversos indicadores de salud física y mental como las enfermedades cardiovasculares^{323,251}, el riesgo de mortalidad cardiovascular mortalidad³²⁴, de presentar un infarto de miocardio³²⁵, la enfermedad isquémica del corazón³²⁶, el aumento de presión arterial sistólica³²⁷, obesidad³²⁸, la diabetes tipo 2,³²⁹ los problemas musculo esqueléticos³³⁰, los trastornos mentales³³¹, incluyendo la depresión^{332,333}, la ansiedad³³⁴, y los trastornos del sueño^{335,336}. Además, se ha demostrado que la exposición a estrés laboral a largo plazo se asocia con una reducción del volumen de materia gris en el cerebro³³⁷ y con desconexión de las redes neuronales del sistema límbico³³⁸. Wahrendorf (2013)²⁰² encontró una asociación entre condiciones de trabajo estresantes (medidas a través del modelo demanda-control) durante la edad adulta mayor (40-55 años) y trastornos depresivos en la etapa de jubilación y este efecto se mantenía después de controlar por edad, sexo, educación, y salud percibida²⁰³. Esto podría indicar que el impacto de la exposición prolongada a estrés laboral se mantiene a largo plazo en las etapas tras la jubilación. Además algunos estudios han mostrado que el impacto del estrés laboral sobre la salud afecta en especial en la salud y calidad de vida

de mujeres mayores³³⁹, en nuestro estudio también se ha encontrado que la asociación entre estrés laboral y salud percibida es algo mayor en las mujeres, aunque también es muy importante en el caso de los hombres.

A pesar de la cantidad de evidencia sobre la asociación entre factores de riesgos psicosocial (analizados mediante el modelo de Job strain) y salud¹⁵¹, pocos estudios han analizado cómo opera el modelo en trabajadores y trabajadoras de más edad, ni en conocer la contribución de las dimensiones psicosociales concretas al riesgo de tener peor salud en estos grupos. Algunos estudios han mostrado que las y los trabajadores de más edad tienen menos probabilidades de tener trabajos con alta tensión trabajo que los y las trabajadoras más jóvenes^{340, 341} y que las asociaciones más fuertes entre la tensión laboral y problemas de salud como enfermedades cardiovasculares se encuentran entre personas más jóvenes^{342,343, 344}. Sin embargo, la mayoría de esos estudios no presentan análisis desagregados por edad ni estudian de manera específica las condiciones psicosociales de trabajadores y trabajadoras de edades avanzadas, y por tanto las conclusiones para personas más mayores son limitadas. En uno de los pocos estudios que realiza un análisis por edad, McCarthy (2012), encontró que los y las trabajadoras más mayores están más expuestas a situaciones de riesgo psicosocial, tienen menos control laboral y, aunque en menor medida, mayores demandas laborales; y que estos aspectos se asociaban con salud cardiovascular, incluso después de ajustar por factores de riesgo cardiovascular clásicos como el tabaquismo, obesidad y la historia familiar de enfermedad cardiovascular³⁴⁵. Nuestro estudio no ha comparado la situación psicosocial entre trabajadores y trabajadoras de distintas edades, pero si ha constatado que hay una asociación entre salud percibida y riesgos psicosociales en población trabajadora mayor de 45 años, y que la asociación se mantiene ajustando por edad y por clase social. La asociación se da tanto en hombres como en mujeres.

Por otra parte, estudios previos han mostrado también que el modelo de estrés laboral demanda/control, opera de manera diferente para hombres y mujeres^{346, 254}. Nuestros resultados confirman sólo en parte esas diferencias, ya que, tanto en hombres como en

mujeres prácticamente todas las dimensiones analizadas se asocian con salud. Si bien en el caso de los hombres el aspecto que parece asociarse en mayor medida con la salud es contar con un trabajo con poca autoridad laboral (un trabajo como significativo, valorado, que no permite desarrollar las propias capacidades y progresar), mientras que para las mujeres son las altas demandas psicológicas el factor que muestra una asociación más fuerte con la salud percibida deficiente. Además en los hombres no contar con el apoyo tanto de compañeros y compañeras del trabajo como de superiores se asocia con una mayor probabilidad de mala salud, mientras que en las mujeres solo lo hace la ausencia de apoyo de superiores. Es posible que esto esté indicando que las mujeres cuentan con redes de apoyo social (familiares, amistades) más fuertes que los hombres al margen de los contextos laborales. En un estudio realizado por Zoer (2011) se encontró que aunque la presión en el trabajo se asociaba con problemas de salud mental en los cuatro grupos de edad diferentes analizados, la falta de apoyo de superiores sólo lo hacía en el grupo de personas de más de 55 años y la falta de apoyo de compañeros y compañeras en el de 45 a 55 años²¹¹.

El impacto de las situaciones de discriminación ha sido documentado por diferentes estudios ^{100,268}, en el nuestro la discriminación por edad no se asocia a peor salud percibida ni en hombres ni en mujeres, aunque si lo hace la percepción de discriminación por sexo en el caso de las mujeres. Estos resultados hay que manejarlos con prudencia ya el número de personas que han manifestado sentirse expuestas a situaciones de discriminación por estas causas es muy reducido.

Respecto a la exposición a situaciones de violencia laboral, al igual que otros estudios³⁴⁷ también se encuentra una asociación entre presentar episodios de violencia y salud percibida tanto en hombres como en mujeres. La fuerza de la asociación con situaciones de violencia física es especialmente fuerte en el caso de los hombres, mientras en las mujeres parece más importante la exposición a violencia psicológica en el trabajo.

Usando el concepto más amplio de “injusticia social” también se observa una asociación entre mala salud percibida y sentirse expuesta o expuesto a este tipo de situaciones que

engloban exposición a discriminación por cualquier razón, violencia física o psicológica, acoso y el resto de situaciones por las que pregunta la ENCT. El concepto de “percepción de Injusticia laboral”, también conocido como injusticia organizacional está emergiendo como un importante determinante de la salud de trabajadores y trabajadoras. Durante la última década se ha acumulado evidencia que muestra que la percepción de baja justicia laboral aumenta el riesgo de peor salud percibida, deterioro cognitivo, problemas de salud mental³⁴⁸, problemas de sueño, síndrome metabólico, enfermedad cardiovascular, inflamación crónica y absentismos por enfermedad ^{227,349, 350, 351,352}, estilos de vida ^{267, 353, 256}

La forma en que se ha medido el concepto de justicia laboral ha variado de un estudio a otro, pero generalmente se acepta que implica 4 ámbitos o dominios diferentes: a) justicia procedimental (que es la justicia en los procedimientos de toma de decisiones) justicia distributiva (que se refiere a la justicia en el sistema de recompensa), justicia interpersonal (se refiere a justicia en el trato interpersonal de responsables hacia empleados y empleadas), justicia de información (que refleja el grado en que se tiene información fiable y a tiempo sobre las políticas y prácticas de la organización²²⁷. En nuestro estudio se ha examinado exclusivamente una aproximación a la justicia interpersonal, pero no se ha podido acceder a información sobre la percepción acerca de los otros 3 ámbitos.

Mientras algunos estudios han mostrado que la exposición a injusticia laboral se asocia a diferentes indicadores de mala salud en mayor medida en hombres que en mujeres^{227,354}En nuestro estudio la percepción de injusticia se asocia con peor salud percibida tanto en hombres como en mujeres, aunque la fuerza de la asociación es algo superior en el caso de las mujeres.

Partiendo de la Teoría Ecosocial ²⁶⁸ se ha propuesto un modelo para explicar los mecanismos a través de los cuales la injusticia social produce desigualdades en la salud ocupacional ^{268,355}. Los peligros para la salud de estas situaciones se han explicado a partir de las teorías de estrés psicológico. Además de los problemas psicológicos, incluyendo

ansiedad, depresión, dificultades para dormir y la irritabilidad, el estrés también se ha asociado con un mayor riesgo de trastornos físicos tales como enfermedad cardíaca coronaria, trastornos gástricos y el síndrome del intestino irritable^{108,100}. Además la percepción de esta valoración negativa y trato injusto que deriva las situaciones de discriminación se ha asociado con baja autoestima, disminución del rendimiento, y el estrés cardiovascular en trabajadores y trabajadoras mayores³⁵⁶. No se ha profundizado en nuestro estudio en el análisis de este factor para averiguar si la exposición a estas situaciones de “injusticia laboral” afecta a otros indicadores de salud y/o daños relacionados con el trabajo, ni tampoco se ha analizado el impacto de la exposición a estas situaciones en función de otros ejes de desigualdad como la clase social. Sin embargo se recomienda profundizar en un estudio posterior en el análisis del impacto de este factor en perfiles ocupacionales distintos, y en especial según otros ejes de desigualdad social. En este sentido el uso de la ENCT podría plantear limitaciones para realizar un estudio de este tipo ya que el número de personas que se manifiestan expuestas a estas condiciones laborales es muy reducido, por lo que se recomendaría realizar estudios específicos con este objetivo.

6.4.2. Factores asociados a percepción de una baja capacidad laboral a los 60 (CL60)

Como conclusión principal, los resultados del estudio muestran que en torno al 75% de hombres y el 70,3% de las mujeres mayores de 45 años creen que van a poder continuar desempeñando su actual trabajo a los 60 años (tiene buena CL60). Las mujeres perciben que no van a poder seguir trabajando a los 60 años en mayor medida que los hombres (deficiente percepción de CL60). Según clase social la CL60 es más deficiente entre personas que desempeñan ocupaciones manuales. Casi un tercio de las mujeres que tienen un trabajo manual sienten que no van a poder continuar desempeñando ese

trabajo a la edad de 60 años, mientras que un porcentaje muy pequeño de hombres en ocupaciones no manuales (9,7%) tiene una baja CL60.

En nuestro estudio la deficiente CL60 se asocia principalmente con salud, tanto con salud percibida como con la presencia de problemas de salud, así como con la exposición a riesgos laborales en el trabajo. Las personas con mala salud percibida tienen 3,7 veces más probabilidad de tener CL60 deficiente. La asociación encontrada es mayor en el caso de las mujeres que en el de los hombres. En una revisión de la literatura reciente se ha puesto en evidencia que existe una asociación entre deficiente salud percibida y jubilación anticipada^{357,42}. Presentar un problema físico y/o psicológico de salud también se asocia con peor CL60 tanto en hombres como en mujeres trabajadoras mayores de 45 años y ajustando por edad y clase social. En el caso de las mujeres la probabilidad de presentar deficiente CL60 es mayor en el caso de enfermedad psicológica, y en especial cuando el problema de salud mental se relaciona con el trabajo (OR 3,45). En los hombres no se observan esas diferencias, la asociación entre CL60 y salud física y psicológica es similar. Otros estudios han mostrado la relación entre problemas de salud crónicos y baja capacidad laboral³⁵⁸, y participación en la vida laboral^{359,217,360}. Los trabajadores y trabajadoras con enfermedades específicas como depresión, artritis reumatoide, diabetes, o cáncer tenían mayor riesgo de jubilarse anticipada que aquellas personas que no presentaban esos problemas de salud^{357,42}. También se ha encontrado una asociación entre presentar trastornos de tipo musculo esquelético (dolor de espalda, cuello, extremidades) y deficiente Capacidad laboral percibida. Este resultado es de especial relevancia si se considera que los trastornos musculo esqueléticos son uno de los problemas de salud relacionados con el trabajo más frecuentes en Europa¹³⁴, y también aparece como uno de los principales problemas de salud en población mayor de 45 años en nuestro estudio.

También en otros estudios se ha demostrado la influencia de los estilos de vida saludable, y en concreto, de realizar ejercicio físico de manera regular, sobre la Capacidad laboral percibida. Además la falta de ejercicio físico es un factor de riesgo de Obesidad y de

hipertensión y realizar ejercicio físico vigoroso en el tiempo libre previene el declive en las capacidades físicas como consecuencia del envejecimiento^{36,99}. Robroek (2013) encontró una asociación estadísticamente significativa entre nivel de actividad física y jubilación anticipada sugiriendo la utilidad de plantear intervenciones en los centros de trabajo que promuevan este tipo de prácticas³⁶¹. Sin embargo en nuestro estudio no se ha podido analizar la asociación entre CL y estilos de vida al no disponer de esta información la ENCT que es la que plantea la pregunta sobre CL60. En este sentido, y dada la evidencia que existe acerca de importancia que los hábitos saludables tienen en la salud y capacidad laboral de los y las trabajadoras se sugiera la conveniencia de que se incorporen preguntas para analizar estas cuestiones en la ENCT.

En cuanto a los factores laborales y de empleo que se asocian con CL60, existen diferencias entre hombres y mujeres. En el caso de los hombres sólo la precariedad laboral y tener un contrato temporal se asocia a una peor CL60 percibida; y está muy próxima a ser significativa la asociación con el tipo de puesto ($p=0,56$). En el caso de las mujeres aquellas que tienen un puesto base presentan 2,9 veces mayor probabilidad de tener una CL60 deficiente cuando se les comparan con las directivas. Además del puesto, las mujeres que trabajan de noche y/o en fin de semana tienden a tener peor CL60, aunque la asociación no es estadísticamente significativa, pero sí está muy cerca de serlo ($p=0,056$ y $0,057$ respectivamente). Otros estudios que han analizado la relación entre turnos de trabajo e intención a jubilación temprana tampoco han encontrado una asociación entre estos dos aspectos. Sin embargo, se ha sugerido en esos estudios la necesidad de una mayor clarificación y definición conceptual de la medida de turnos que se utilice, ya que por lo general se está incluyendo en esa categoría aspectos muy diversos (turnos mañana y tarde, turnos rotatorios, turnos nocturnos, y otras modalidades)³⁶².

El trabajo a tiempo parcial en el caso de las mujeres se asocia con CL60. Las mujeres mayores de 45 años con Jornadas reducidas tienen mejor CL60 que aquellas con un trabajo a tiempo completo. Sobre esta cuestión se ha señalado que reducir las horas de trabajo en trabajadores y trabajadoras de edades avanzadas, así como aumentar la capacidad de controlar el ritmo y el momento de jubilación, con estrategias de jubilación

parcial tiene un impacto positivo en el bienestar mental y físico ^{363, 364}. También en un estudio se demostró que introducir medidas como la reducción de la jornada laboral para trabajadores y trabajadoras de más de 58 años tenía un impacto significativo en la edad de jubilación ³⁶⁵. Sin embargo, en nuestro estudio, las largas jornadas de trabajo (trabajar más de 45 o de 60 horas) no se asocian con CL60 ni en hombres ni en mujeres. Es posible que la asociación entre jornadas prolongadas y CL60 emerja en grupos de edades más avanzada que el límite de edad que se ha utilizado en nuestro estudio. Aunque el análisis de la asociación entre CL60 y jornadas extensas se ha realizado en nuestro estudio ajustando por edad, el límite de edad de las personas que contestan a esta pregunta es de 59 años; podría ser que en edades más avanzadas, como las del estudio de Mykletun (2011)³⁶⁵ los resultados pudieran ser diferentes. Otra posible explicación es que lo relevante no sea tanto el número de horas de trabajo sino las posibilidades de decidir prolongar o no las jornadas de trabajo. En cualquier caso necesario profundizar en el análisis de posibles factores que puedan ayudar a entender estos resultados diferentes, antes de plantear estrategias para mejorar en la CL basadas en cambios en los horarios de trabajo.

Al contrario de lo que ocurre con las condiciones de empleo, los factores de exposición a riesgos laborales que afecta a hombres y mujeres son los mismos, aunque en las mujeres las asociaciones encontradas suelen ser mayores que en los hombres en todos los riesgos laborales analizados a excepción de la percepción de discriminación por edad. En concreto, las condiciones de trabajo que se asocian a peor CL60 en nuestro estudio son la exposición al riesgo de manipulación de cargas, la adopción de posturas forzadas, y los movimientos repetitivos. La asociación de estos factores con distintas medidas de CL ha sido también puesta de manifiesto en otros estudios¹⁷².

No se ha encontrado asociación entre presentar demandas de tipo cognitivo o mental y la percepción de CL60. También otros estudios han mostrado que la capacidad laboral disminuye más rápidamente en situaciones laborales que implican una mayor exposición a carga física que mental ^{366, 367}. Las demandas físicas suelen ser más frecuente en

ocupaciones manuales, de manera que es posible, tal y como se señalan en otros estudios, que la peor CL60 que muestran las personas que están en ocupaciones manuales se explique, al menos en parte, por su mayor exposición a riesgos físicos en el trabajo ^{368, 369}. Sin embargo en las ocupaciones manuales suelen concurrir también condiciones laborales más precarias, en especial en el caso de las mujeres, las mujeres en clases manuales tienen mayor probabilidad de contar con un trabajo a tiempo parcial y trabajos nocturnos que aquellas en ocupaciones no manuales, y hombres y mujeres en clases manuales tienen mayor probabilidad de tener un contrato temporal que en ocupaciones no manuales. Esto podría también explicar la peor CL60 entre clases manuales frente a las no manuales, y en especial entre las mujeres³⁷⁰.

Además de los factores relacionados con las demandas físicas del trabajo hay una asociación, también encontrada en otros estudios, entre CL60 percibida y exposición laboral a riesgos ambientales, a ruido y a riesgos psicosociales y organizacionales del trabajo³⁷¹.

Mc Cognagle construyó un modelo conceptual de CL que incluía factores como las demandas laborales (sobrecarga, conflicto de rol, presión de tiempo, riesgos ambientales y demandas físicas del trabajo, posturas), los recursos laborales (apoyo de superiores y compañeros y compañeras y autonomía laboral/posibilidad de participar en las decisiones del trabajo) y recursos personales (salud, sentido de control, afecto positivo y estabilidad emocional), y la interacción entre demandas y recursos laborales.¹⁴¹ En un estudio que utilizó un indicador de Capacidad laboral similar al nuestro, aunque con un límite de edad de 65 años en lugar de 60 años, se concluye que mientras que los factores que influyen en “querer continuar trabajando a partir de los 65 años “ tienen que ver con el estado de salud, los incentivos económicos, las decisiones de la pareja y/o amigos a jubilarse, con el grado en que se tiene un trabajo significativo, con los horarios y el apoyo de la dirección. Mientras que los factores que se asocian con la “Capacidad percibida” en mayor medida son las condiciones y demandas físicas y mentales del trabajo³⁷¹.

Algunos estudios que han intentado identificar los factores psicosociales concretos, han encontrado una asociación inversa entre la dimensión “control del trabajo” y CL y una asociación directa entre CL y demandas físicas y psicológicas del trabajo³⁷². De hecho, parece que la Capacidad laboral disminuye a medida que aumenta la edad entre trabajadores y trabajadoras que se encuentran en ocupaciones con altas demandas físicas, pero sólo cuando tienen poca capacidad para controlar su trabajo¹³². En nuestro estudio las condiciones de trabajo, incluidos los factores organizacionales del mismo parecen también ser claves a la hora de determinar la percepción que se tiene sobre la capacidad para continuar trabajando a los 60 años. En particular la falta de autonomía y de autoridad laboral (que son subdimensiones de la dimensión global de “control laboral”) en los hombres, la falta de apoyo de superiores en el caso de las mujeres, y las demandas psicológicas en ambos parecen ser los factores más asociados a la percepción de CL60. Otros estudios han mostrado la importancia sobre la capacidad laboral percibida del apoyo de superiores^{373,365} y la percepción de autoridad laboral ^{374,375}. La percepción de discriminación por edad también es un factor fuertemente asociado con CL60 en el caso de los hombres, pero no en el de las mujeres. Sería de interés plantear estudios cualitativos que ayudaran a profundizar en las claves de esta asociación, y en las diferencias encontradas entre mujeres y hombres.

En nuestro estudio la percepción de estrés laboral es uno de los factores que se asocian de manera más fuerte con la CL60. Las personas que perciben un alto nivel de estrés laboral tiene 3 veces más probabilidad de pensar que no van a poder continuar trabajando a los 60 años, que aquellas con bajo estrés laboral, esta probabilidad en el caso de las mujeres es de 3,7 veces. Otros estudios han mostrado la asociación entre riesgos psicosociales y estrés laboral y CL percibida^{376, 377,378, 375,379} así como con prejubilación⁶⁸.

También se ha encontrado en nuestro estudio una asociación significativa estadísticamente entre la percepción de CL60 y el conflicto de conciliación de la vida laboral y familiar o personal, asociación que es más fuerte para las mujeres. Estudios

previos han señalado que la conciliación entre la vida laboral y familiar o personal es un factor que influye en la edad de jubilación ¹⁶⁹ y así como la presencia en el hogar de personas dependientes a cargo ³⁸⁰ .

En conclusión, los resultados obtenidos se basan en un estudio transversal pero tienen varias implicaciones prácticas para las organizaciones, por una parte sugieren que las intervenciones ergonómicas dirigidas a reducir la carga física de trabajo, y determinadas condiciones psicosociales del mismo pueden ayudar a la prevención de deficiente CL60 en los y las trabajadoras de más edad. Con el fin de mejorar la CL habría que ofrecer condiciones laborales adecuadas que permitan una mayor autonomía laboral, proporcionando oportunidades de desarrollo profesional y apoyo del supervisor o supervisora y disminuyendo las demandas psicológicas en el trabajo; así como garantizando la ausencia de discriminación por razón de edad. Las estrategias de promoción de la salud en el trabajo también podría centrarse más en mejorar la comunicación vertical (de superiores a trabajadores y trabajadoras) en las empresas mediante la formación de liderazgo habilidades, técnicas de resolución de conflictos, y habilidades de comunicación³⁷⁶

Un paso posterior de este estudio implicaría avanzar en la evaluación de intervenciones viables y eficaces para promover la CL percibida. Aunque se cuente con información relevante sobre los principales factores que influyen, no se conoce suficientemente cuáles son las intervenciones más efectivas y fácilmente aplicables en distintos contextos laborales para influir en la CL percibida y en el retraso en la discapacidad. Por ejemplo se sabe que aumentar la percepción de autonomía laboral se asocia con una disminución de la jubilación anticipada en estudios de cohortes prospectivos ³⁷¹ pero no se sabe cómo plantear intervenciones para influir en ese factor de manera efectiva. Se necesitan estrategias a nivel nacional y empresarial de apoyo a la promoción del bienestar en el trabajo, y que influyan simultáneamente en la CL y en la salud percibida¹⁴⁰

6.5. Las propuestas de actuaciones en los centros de trabajo para la promoción del envejecimiento activo y saludable

En relación al último objetivo del estudio, los resultados de nuestro estudio han dado lugar a una matriz de criterios e indicadores, y a una herramienta en forma de *lista de verificación*, que contribuyen a orientar las decisiones en planificación, diseño, implantación y evaluación de programas de PSLT dirigidos al EAS. Existen evidencias sobre la utilidad de las intervenciones de PSLT ^{14,15} dirigidas al EAS, sin embargo se necesitan estudios como este, que evalúen de manera rigurosa los factores que influyen en la implementación de estos programas en contextos de trabajo concretos y para perfiles de trabajadora/es específicos, o que aporten información detallada sobre los aspectos claves que deben incorporar dichos programas^{16,17}.

En un estudio con objetivos similares al que se ha presentado aquí, se ofrece una guía para evaluar y desarrollar programas de PSLT, sin embargo se centra en un tipo de intervención muy concreta en este ámbito, consistente en incorporar incentivos económicos ²⁸. No tenemos conocimiento de que exista ningún otro estudio que evalúe globalmente todos los criterios de calidad propuestos en este trabajo, sino solamente estudios que valoran la efectividad de incorporar aspectos específicos que pueden facilitar la implantación de las medidas en los contextos laborales¹⁹.^{381382 383384}Las investigaciones realizadas hasta la fecha se han centrado fundamentalmente en mostrar la relación entre eficacia de las intervenciones y el nivel de implicación de las/os destinatarias finales de los programas, y en analizar el apoyo y la relevancia otorgada por parte de las personas responsables de los centros, como cuando, por ejemplo, se incorporan en las políticas de Seguridad y Salud en el Trabajo del centro o en otros protocolos de trabajo ^{29,30,31}. También existen estudios que muestran que, cuando se les pregunta, las/os trabajadora/es seleccionan objetivos de intervención adecuados ³². Estos aspectos constituyen estrategias incluidas en el criterio de relevancia identificado en nuestro estudio.

Por otra parte son numerosos los estudios que analizan la utilidad de implementar intervenciones multi-componentes ³³ y centradas, no sólo en conseguir cambios comportamentales individuales, sino también cambios del ambiente físico y psicosocial del trabajo ^{31,34}. Otros contemplan la utilidad de incluir en los programas buenos sistemas de evaluación que permitan extraer conclusiones sobre el proceso de implantación y no sólo de los resultados ³⁵. Por último, algunos estudios sobre programas de PSLT señalan la necesidad, por una parte, de identificar elementos facilitadores así como barreras con el fin de que guíen la implementación de los programas, y por otra, de explorar la relación entre efectividad de los programas y la metodología seguida para su implementación.

A la luz de estos estudios que se centran en la valoración de aspectos concretos de las intervenciones, se plantea la utilidad de contar con una opinión consensuada acerca de los aspectos claves que resultan importantes a considerar en los programas, así como de un esquema que ayude a sistematizar la metodología global de implantación de las intervenciones. Este esquema habría de incluir los elementos que se han identificado como factores de éxito de las intervenciones, facilitando de esta manera las evaluaciones de proceso y no sólo de resultados de los programas ³⁵.

Los resultados de nuestro estudio pueden ser útiles en este sentido al proponer una matriz de criterios e indicadores, y una herramienta tipo *lista de verificación*, que contribuyen a orientar las decisiones en los programas de PSLT dirigidos al EAS. Estas herramientas, generadas mediante un proceso sistemático de recogida de opinión y valoración de expertos/as, facilitarán a las personas interesadas la puesta en marcha de actuaciones de PSLT guiándoles en la toma de decisiones. Por otra parte, este estudio se ha realizado en una serie de países seleccionados, por lo que sus resultados podrían no ser directamente aplicables en otras realidades. Por ello, sería necesario contar con futuros estudios que pongan en práctica los instrumentos generados en este estudio Delphi para planificar y evaluar programas concretos de PSLT dirigido a EAS con objeto de depurarlos y valorar la aplicabilidad y utilidad de los diferentes criterios en los contextos laborales concretos.

6.6. Limitaciones del estudio

El estudio tiene algunas limitaciones que hay que tener en cuenta. En primer lugar se trata de un estudio transversal, y por lo tanto cuenta con las limitaciones propias de este tipo de diseño a la hora de explorar relaciones entre factores y variables resultado. Además al tratarse de población trabajadora y mayor de 45 años es posible que exista un sesgo de supervivencia que implique que las personas que se conserven en el empleo sean aquellas que muestran niveles más altos de CL y de Salud percibida. Y por tanto se podrían establecer asociaciones contradictorias entre salud y condiciones de trabajo de mayor riesgo. En este sentido, en un estudio de seguimiento de 4 años usando la encuesta SHARE se encontró que, en concreto en España, en esos 4 años un 1,5% de población trabajadora mayor de 55 años (en la línea base del estudio) había abandonado el trabajo por presentar alguna Incapacidad laboral, y un 7,9% se había acogido a una jubilación anticipada, y un 6% había pasado al desempleo. Además este estudio encontró que la mala salud percibida se asociaba con la Incapacidad laboral pero no con el resto de situaciones para dejar el trabajo.³⁶¹ Esto podría significar que el sesgo de supervivencia, en cualquier caso podría estar afectando a los resultados de los estudios con población mayor trabajadora en el sentido de producir una infraestimación de la asociación entre salud percibida y los factores analizados⁶⁸. En base a datos como los anteriores cabría esperar que el porcentaje de personas que probablemente se esté “perdiendo” en estos análisis debido a que abandona el trabajo por razones de salud es suficientemente reducido (en torno al 1-1,5%) como para no invalidar los resultados globales del estudio. En el caso de la ENS del 2011 un 1,1% de personas entre 45 y 65 años que ha tenido un empleo previamente está en situación de Incapacidad laboral, el 1% de hombres y 1,3% de mujeres (análisis no presentados en la tesis). Además en nuestro estudio no se ha eliminado del análisis de la ENCT a las personas que en el

momento de la encuesta están en situación de baja laboral debido a problemas de salud relacionados o no con el trabajo. En cualquier caso el análisis que se presenta refleja la realidad de una muestra representativa de personas mayores de 45 años que realmente están desempeñando un trabajo. Por lo tanto, aun cuando es posible que los resultados fueran diferente de haberse incluido en el estudio personas que han salido del trabajo por problemas de salud; los resultados que se presentan responden a la realidad que están viviendo las personas que se encuentran trabajando. Además se ha encontrado suficiente variabilidad en los niveles de salud percibida y de CL60 como para obtener información de utilidad acerca de cuáles son los factores que se asocian a presentar una salud percibida y Capacidad laboral a los 60 años deficientes en grupos de hombres y mujeres y ajustando por clase social.

Otra limitación de este estudio es que las fuentes principales de información que se han utilizado son encuestas de ámbito nacional que no fueron diseñadas de manera específica para objetivos de nuestro estudio. Por ello alguna información clave para el análisis de las desigualdades de género, como es el impacto sobre la salud del trabajo remunerado y de la doble presencia se han podido explorar sólo de manera muy parcial. Y otras cuestiones relevantes, como la asociación entre estilos de vida y capacidad laboral a los 60 y en relación a las condiciones de trabajo no se ha podido estudiar. A pesar de ello se ha intentado minimizar las posibles lagunas de información mediante el uso de varias fuentes de información. Aun así las dificultades para comparar los datos procedentes de muestras e instrumentos diferentes han supuesto también una limitación para profundizar en el alcance de algunas de las conclusiones. Por ejemplo se ha contado por separado con información sobre estilos de vida y sobre condiciones laborales y la asociación de ambos factores con salud percibida, pero no se ha podido realizar una análisis multivariante que incluya ambas dimensiones del modelo (los factores individuales y los factores del entorno laboral) para analizar la fuerza de la asociación de los mismos con salud y CL60. Se han tenido que utilizar dos fuentes de información diferentes para analizar el efecto de estos dos grupos de factores ya que ni la ENS incluye suficiente información sobre exposición a riesgos laborales, ni la ENCT recoge

información sobre estilos de vida y otras variables de salud. Además la CL60 sólo se incluye en la ENCT por lo que no se ha podido analizar la influencia de factores como los estilos de vida en el mantenimiento de una buena CL60.

En cualquier caso, el estudio tiene como fortaleza el uso de una variedad de fuentes de información, y en concreto dos encuestas nacionales diferentes de base poblacional, uno de población general y otra de población trabajadora, y usa muestras representativas de la población española. Las dos encuestas analizan aspectos diversos de interés para el objetivo de este estudio, mientras que la ENS permite el análisis en mayor profundidad de las condiciones de salud de las personas trabajadoras en edades avanzadas, y además permite explotar datos sobre hábitos relacionados con la salud que no se contemplan en la ENCT, esta última ayuda a profundizar en el análisis de factores de riesgo laboral y su impacto en la salud, factores que no están incorporados en la ENS. Ambas recogen cuestiones relativas a condiciones de empleo que son de interés para el estudio, sin embargo la manera de medir algunas de ellas (ej. el trabajo a tiempo parcial) es muy diferente, mientras que en otros casos ha podido construirse variables muy similares. Dada las diferencias en la composición de la muestra que contesta ambas encuestas se estima de especial relevancia que se considere los resultados de los análisis de asociaciones entre variables ajustados por edad y clase social a la hora de establecer conclusiones.

El uso de este tipo de fuentes de ámbito nacional tiene ventajas porque permite acceder a una muestra representativa de trabajadores y trabajadoras de España a través de encuestas a domicilio. Además se trata de un instrumento aplicado periódicamente y constituye una de las fuentes principales de datos, dentro de los sistemas de información en salud, que se utiliza para elaborar políticas públicas en materia de salud (ENS) y de prevención y promoción de la salud laboral (ENCT). Esto las convierte en un instrumento de gran importancia en la identificación, el análisis y la monitorización de las desigualdades en salud, y desigualdades en los determinantes estructurales e intermedios relacionados con el trabajo.

Otra limitación del estudio a la hora de comparar nuestros resultados con los de otros es medida de capacidad laboral que se está usando, que se basa en el concepto de factores que influyen en “Intención a continuar trabajando a partir de una determinada edad”. Se trata de una medida ampliamente utilizada en Encuestas europeas sobre condiciones de trabajo en personas mayores, como la encuesta SHARE. Básicamente se ha distinguido 2 condiciones básicas que determinan la intención a continuar trabajando o no a partir de una edad, la percepción de la capacidad laboral individual y el deseo de continuar trabajando^{385,172}. En este estudio se analiza los factores que influye en el primero de los dos componentes, la capacidad laboral esperada a los 60 años, y que viene determinada por la percepción del equilibrio entre los propios recursos (incluida la propia salud y las exigencias laborales). La mayoría de los estudios sobre Capacidad Laboral usan un instrumento de valoración propio (el Índice de Capacidad Laboral) con varias preguntas que evalúa mediante una escala Likert la percepción de Capacidad laboral en los próximos dos años. , y suele utilizar una escala de valoración más que una puntuación dicotómica.

7. CONCLUSIONES

“ Recuerda siempre que la vida no se mide por la cantidad de aire que respiraste, sino por los momentos que tu corazón palpita fuerte: de tanto reír, de sorpresa, de éxtasis, de felicidad sobre todo de querer sin medida”

Pablo Picasso

A pesar de las limitaciones anteriores se pueden identificar las siguientes principales conclusiones de este estudio:

- La Esperanza de vida (EV) están aumentando y seguirá haciéndolo en los próximos años tanto en hombres como en mujeres pero fundamentalmente en los primeros. Esto implica que la brecha de género en EV está disminuyendo.
- La participación en el mercado laboral de las personas de edades a partir de los 45 años también está aumentando.
- La edad media de jubilación de las mujeres en España es una de las más elevadas de la Unión Europea.
- Los resultados principales de nuestro estudio muestra la existencia de importantes desigualdades de género en las condiciones de empleo y de trabajo, y en los problemas de salud asociados al trabajo
- Las desigualdades de género en las condiciones de empleo de personas de más de 45 años se pone de manifiesto por la existencia de Segregación Horizontal y Vertical del mercado laboral. Además las mujeres tienen una mayor prevalencia de trabajos sin contrato y trabajos a tiempo parcial, y un mayor predominio de riesgos de tipo psicosocial, riesgos ergonómicos a excepción de la manipulación de cargas, mayor dedicación al trabajo no remunerado del hogar trabajo y mayor exposición a violencia psicológica y acoso sexual, y por razón de sexo. Por el contrario los hombres están más expuestos a situaciones laborales que suponen jornadas de trabajo remunerado más prolongadas y horarios especiales como trabajo nocturno, así como a riesgos laborales de tipo ambiental, manipulación de cargas, y violencia física en el trabajo. Las desigualdades de género encontradas son similares a las que se informan en otros estudios que analizan condiciones en población trabajadora de cualquier edad.
- Existen también desigualdades de género en los determinantes de la salud relacionados con los hábitos saludables. Los hombres suelen ser en mayor proporción fumadores, presentar sobrepeso y obesidad y tienen un consumo menor de fruta y verdura, mientras que las mujeres suelen ser menos activas.

- Un alto porcentaje de mujeres y hombres trabajadores mayores de 45 años tienen alguna enfermedad crónica o problemas de salud, siendo los trastornos musculoesqueléticos el problema más frecuente. Estos resultados no son diferentes a lo encontrado en población trabajadora de todas las edades.
- Existen desigualdades de género en la prevalencia de problemas de salud relacionados o no con el trabajo. Las mujeres suelen presentar en mayor medida alguna enfermedad crónica, aunque presentar factores de riesgo cardiovascular es más frecuente en los hombres. La accidentabilidad laboral también es más frecuente en los hombres. Estos resultados relativos a las desigualdades de género en el patrón de salud de hombres y mujeres coincide con los encontrados en otros estudios con población trabajadora de todas las edades.
- Las personas en ocupaciones manuales tienen una mayor exposición a condiciones de empleo de peor calidad (trabajar sin contrato, el trabajo a tiempo parcial, contratos temporales, horarios a turnos y nocturnos) que las que tienen ocupaciones no manuales. Estos resultados también coinciden con los de otros estudios.
- Las mujeres trabajadoras mayores de 45 años tienen peor salud percibida que los hombres, y la salud percibida es peor en personas de clase manual que en las de clase no manual.
- Las desigualdades de género en las condiciones laborales y de trabajo pueden explicar en parte las desigualdades en salud percibida entre hombres y mujeres. Sin embargo, más allá de la exposición diferente, existen algunas diferencias en cuanto a los factores que se asocian en mayor medida a la salud percibida de mujeres y hombres.
- Existe una asociación entre salud percibida y hábitos relacionados con la salud (consumo de tabaco, de fruta y verdura, actividad física y sobrepeso u obesidad).
- La asociación entre salud percibida y condiciones de empleo muestra diferencias entre hombres y mujeres, y algunos de los resultados varían entre las dos encuestas. Para las mujeres trabajar sin contrato, en situación de mayor precariedad y en puestos base se asocia con peor salud en las dos encuestas,

mientras que en los hombres sólo lo hace en el caso de la ENS. El trabajo nocturno y a turnos se asocia con peor salud en los hombres mientras que en el caso de las mujeres la relación no está tan clara ya que solo se ocurre en el ENS.

- La salud percibida tanto en hombre como en mujeres se asocia con la exposición a riesgos laborales de todo tipo, pero en especial con la exposición a estrés laboral y a otros riesgos psicosociales como son la violencia psicológica o física.
- La percepción de capacidad laboral a los 60 es peor para las mujeres que para los hombres, y en personas de clase manual.
- El factor que se asocia con mayor fuerza a la CL60 es la salud percibida, tanto en hombres como en mujeres.
- Las condiciones de empleo que se asocian a deficiente capacidad laboral percibida a los 60 varían entre hombres y mujeres. En las mujeres la CL60 se asocia con ocupar un puesto base y contar con un trabajo a tiempo parcial, mostrando en este último caso la asociación es inversa. En el caso de los hombres la peor CL60 se asocia con tener un contrato temporal y con precariedad laboral.
- Los riesgos laborales que se asocian con mayor fuerza a la CL60 son la exposición a manipulación de cargas, tanto en hombres como en mujeres, y el estrés laboral, en especial entre las mujeres. La discriminación por edad se asocia con la CL60 en los hombres pero no lo hace en las mujeres.
- Se han identificado elementos claves para la puesta en marcha de programas para favorecer el envejecimiento saludable en el trabajo. Entre ellos, plantear estrategias que cuenten con el respaldo de la dirección, ajustadas a las necesidades de salud de los grupos a los que se dirigen, usar enfoques innovadores y asegurar la evaluación de resultado y de proceso de los programas son los aspectos que se han identificado como más importantes.

BIBLIOGRAFIA

-
- 1 Organización Mundial de la Salud. Active Ageing: A policy Framework. Ginebra, 2012.
 - 2 European Foundation ILWC. Working conditions and quality of life in Spanish workplaces. Luxembourg: Eurofound, 2009
 - 3 Eurostat. Healthy life years statistics. Disponible en: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthy_life_years_statistics
Consulta en noviembre 2015
 - 4 Eurostat. Statistics explained. Population structure and ageing. Disponible en: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population_structure_and_ageing Consulta en noviembre de 2015
 - 5 Instituto Nacional de Estadística (INE). Indicadores de estructura de población. Consulta el día 10 de noviembre de 2015. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1418>
 - 6 Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Observatorio de la Ocupaciones. Informe del mercado de trabajo de los mayores de 45 años. Datos 2014. Madrid. 2015 disponible en: http://www.sepe.es/contenidos/que_es_el_sepe/publicaciones/pdf/pdf_mercado_trabajo/imt2015_datos2014_estatal_mayores45.pdf
 - 7 European Foundation ILWC. Living longer, working better - Older workers in the recession, 2011. Disponible en: <http://www.eurofound.europa.eu/resourcepacks/activeageing>. Consulta diciembre 2015.
 - 8 European Commission Directorate-General for Economic and Financial Affairs. 2014. The 2015 Ageing Report Underlying Assumptions and Projection Methodologies. Disponible en: http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2014/ee8_en.htm
 - 9 Benavides, FG; Boix, P; Rodrigo, F; Gil, JM (Coordinadores). Informe de salud laboral, España 2001-2010. Barcelona: CISAL-UPF, 2013

- 10 BOE 2/8/2011: Ley 27/2011 sobre adecuación, adaptación y modernización del Sistema de Seguridad Social. Madrid
- 11 BOE 24/11/2011: Estrategia Global para el Empleo de los Trabajadores y las Trabajadoras de Más Edad 2012-2014. Madrid.
- 12 BOE 16/03/2013.Real Decreto-ley 5/2013, de 15 de marzo, de medidas para favorecer la continuidad de la vida laboral de los trabajadores de mayor edad y promover el envejecimiento activo.
- 13 European Commission. WHITE PAPER. An Agenda for Adequate, Safe and Sustainable Pensions .Brussels, 2012. Disponible en:
http://www.ab.gov.tr/files/ardb/evt/whitepaper_2012.pdf
- 14 Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Propuestas para el desarrollo de las orientaciones del consejo de la Unión Europea de 6 de diciembre de 2012 relativas a las personas mayores. Documento de debate. Madrid 2014. Disponible en:
http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/20140227_pr_opdcconsejoue.pdf
- 15 Comisión Europea. European Year for Active Ageing and Solidarity between Generations, 2012. Bruselas: Comisión Europea; 2012. Disponible en: http://www.age-platform.eu/images/stories/EN/ey2012_joint_leaflet-en.pdf
- 16 Hofäcker D, Naumann E. The emerging trend of work beyond retirement age in Germany. Increasing social inequality? Z. Gerontol Geriatr. 2015 Jul; 48(5):473-9.
- 17 Marmot M, Atkinson T, Bell J, Black C, Broadfoot P et al. Fair Society, healthy lives.The Marmot Review. Strategic review of health inequalities in England post-2010, 2010.
- 18 Instituto Nacional de Estadística (INE). Mujeres y hombre en España. Salud (actualizado a mayo de 2015). Esperanza de vida en buena salud. Madrid: INE; 2015. Disponible en:
http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926378861&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout¶m1=PYSDetalle¶m3=1259924822888
- 19
264 OECD. Sickness, disability and work: breaking the barriers. A synthesis of findings across OECD countries. Paris: OECD, 2010.

- 20 Eurostat. Life expectancy by age and sex. Disponible en:
<http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>
- 21 Instituto Nacional de Estadística (INE). Esperanza de vida y Esperanza de Vida en buena salud en España. Disponible en:
http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259944484675&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout¶m1=PYSDetalleFichaIndicador¶m3=1259937499084
- 22 Gutiérrez-Fisac JL, Suárez M, Neira M, Regidor E. Esperanzas de vida en salud en España 2006-2011. Años de vida saludable en España y sus comunidades autónomas. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013.
- 23 Espelt A, Borrell C, Rodríguez-Sanz M, Muntaner C, Pasarín MI et al. Inequalities in health by social class dimensions in European countries of different political traditions. *Int J Epidemiol.* 2008 Oct;37(5):1095-105
- 24 Muntaner C, Borrell C, Benach J, Pasarín MI, Fernandez E. The associations of social class and social stratification with patterns of general and mental health in a Spanish population. *Int J Epidemiol.* 2003 Dec;32(6):950-8
- 25 Mateo I. Experiencias y estrategias para la gestión de la edad en la empresa. En: Informe Sobre el estado de la seguridad y salud laboral en España 2010, Madrid. INSHT, 2012.
- 26 Instituto Nacional de Estadística (INE). Mujeres y hombres en España. Salud (actualizado a mayo de 2015). Estado de salud. Disponible en:
http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926692949&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout¶m1=PYSDetalle¶m3=1259924822888
- 27 Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo (2010). Primeras conclusiones de la quinta encuesta europea sobre las condiciones de trabajo. Comisión Europea 2011. En: www/eurofound.europa.eu/pubdocs/2010/74.
- 28 Barnay T, Debran T. Effects of health on the labour force participation of older persons in Europe. *Question d'economie de la santé.* Nº 109, 2006.
- 29 Morschhäuser M and Sochert R. Healthy work in an aging Europe. Alemania: Federal Association of Company Insurance Funds, 2006.

- 30 Tishman FM, Van Looy S, Bruyère SM. Employer Strategies for Responding to an Aging Workforce NTAR Leadership Center. NJ. mayo 2012
- 31 Ministerio de Sanidad y Política Social (2006). Encuesta Nacional de Salud 2006. en: <https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaIndice2006.htm>
- 32 Luckhaupt SE, Cohen MA, Li J, Calvert GM. Prevalence of obesity among U.S. workers and associations with occupational factors. *Am J Prev Med.* 2014 Mar; 46(3):237-48.
- 33 Pitt-Catsoupes M, James JB, Matz-Costa C. Workplace-Based Health and Wellness Programs: The Intersection of Aging, Work, and Health. *Gerontologist.* 2015 Apr;55(2):262-70
- 34 European Commission (2010) *EU Employment situation*. Disponible en: <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=2638&langId=en>.
- 35 Kuh D, Karunananthan S, Bergman H, Cooper R. life-course approach to healthy ageing: maintaining physical capability. *Proc Nutr Soc.* 2014 May;73(2):237-48
- 36 Kenny GP, Yardley JE, Martineau L, Jay O. Physical work capacity in older adults: implications for the aging worker. *Am J Ind Med.* 2008; 51(8):610-25.
- 37 Ilmarinen J. 30 years' work ability and 20 years' age management. En Nygard, Savinainen, Kirski & Lumme-Sandt (eds.) *Age management during the life course*, Proceedings of the 4th symposium on Work Ability, University Press. 2011: 12-23.
- 38 Zsoldos E, Mahmood A, Ebmeier KP. Occupational stress, bullying and resilience in old age. *Maturitas.* 2014 Jun;78(2):86-90
- 39 Aragón J, Cruces J, Fuente L de la, Rocha F. La situación de las personas de 55 a 64 años en relación al mercado de trabajo y sus trayectorias laborales, Madrid: Fundación 1º de mayo, 2009.
- 40 Ilmarinen J. Work Ability Index. *Occupat. Med;* 2007, 57:160.
- 41 Ilmarinen J (2006): *Towards a longer worklife. Ageing and the quality of worklife in the European Union.* Finnish Institute of Occupational Health, Helsinki
- 266
42 de Wind AD, Geuskens GA, Ybema JF, Blatter BM, Burdorf A et al. Health, job characteristics, skills, and social and financial factors in relation to early retirement--results

- from a longitudinal study in the Netherlands. *Scand J Work Environ Health*. 2014 Mar; 40(2):186-94.
- 43 Ross D. Ageing and work: an overview. *Occup Med (Lond)*. 2010 May; 60(3):169-71.
- 44 Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion. Active Ageing. Special Eurobarometer 378. January 2012. Disponible en: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_378_sum_en.pdf
- 45 European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Impact of the recession on age management policies. Disponible en: http://www.healthysageing.eu/sites/www.healthysageing.eu/files/resources/Eurofound_EF_1175EN.pdf
- 46 Walker A, Maltby T. Active ageing: a strategy policy solution to demographic ageing in the European Union. *Intern J. Social Welfare*. 2012; 21: 117-130
- 47 Siegrist J, Wahrendorf M. Quality of work, health and early retirement: European comparisons. En: A. Börsch-Supan A, Brandt M, Hank K, Schröder M. (eds.), *The Individual and the Welfare State. Life Histories in Europe*, Heidelberg: Springer, 2011: 169-177
- 48 Kalache A. *Ageing in a foreign land: an international study of ageing, migration and belonging*. New York: New York Medicine Academy; 2008.
- 49 Bowling A, Enhancing later life: How older people perceive active ageing? *Aging Ment Health*. 2008 May;12(3):293-301
- 50 Australian Institute of Health and Welfare, *Australia's health 2010. Australia's health series no. 12*. 2010, AIHW: Cat. no. AUS 122. Canberra.
- 51 Sarvimäki A. Healthy ageing, narrative method and research ethics. *Scand J Public Health*. 2015 Aug;43(16 Suppl):57-60
- 52 Renehan E, Dow B, Lin X, Blackberry I, Haapala I et al. Healthy ageing literature review 2012. National Ageing Research Institute (NARI) and Council on the Ageing (COTA) for the Victorian Department of Health. This document is available as a PDF on the internet at: www.health.vic.gov.au/agedcare
- 53 Granville G, Evandrou M. Older men, work and health. *Occup Med (Lond)*. 2010 May;60(3):178-83

- 54 Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. OMS 2015 disponible en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf
- 55 Springer KW, Hankivsky O, Bates LM. Gender and health: relational, intersectional, and biosocial approaches. *Soc Sci Med.* 2012;74:1661–6
- 56 Connell R. Gender, health and theory: conceptualizing the issue, in local and world perspective. *Soc Sci Med.* 2012; 74: 1675–83.
- 57 Denton M, Prus S, Walters V. Gender differences in health: a Canadian study of the psychological, structural and behavioural determinants of health. *Social Science and Medicine* 2004 58, 2585-2600
- 58 Borrell C, Ferrando J. Desigualdades en salud en la población anciana. *Jano EXTRA ABRIL* 2003. VOL. LXIV N.º 1.474:25-33
- 59 Solar O and Irwin A. *A conceptual framework for action on the social determinants of health: Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health, Draft, April 2007* (Geneva: WHO Secretariat Commission on Social Determinants of Health, 2007), pp. 7–9. Available at
http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf
- 60 Commission on Social Determinants of Health (CSDH). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health: Final report of the Commission on Social Determinants of Health* (Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2008). Available at
http://www.who.int/social_determinants/final_report/en
- 61 Öhman A, Eriksson M, Goicolea I. Gender and health – aspects of importance for understanding health and illness in the world. *Glob Health Action.* 2015 Jan 22;8
- 62 Benach J, Muntaner C, Santana V. Employment conditions and health inequalities. Final Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health. Geneva: WHO; 2007.
http://www.who.int/social_determinants/resources/articles/emconet_who_report.pdf
- 63
268 Dahlgren G and Whitehead M. (1991): Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe. Estocolmo, Institute for Future Studies. https://ideas.repec.org/p/hhs/ifswps/2007_014.html

- 64 Campos Serna J. Gender inequalities in occupational health: A systematic literature review and the influence of the welfare state regime and the occupational social class throughout the Spanish and the European Working Conditions Surveys. Tesis doctoral 2013. UPF
- 65 Domingo-Salvany A, Bacigalupe A, Carrasco JM, Espelt A, Ferrando J et al. Propuestas de clase social neweberiana y neomarxista a partir de la Clasificación Nacional de Ocupaciones 2011. *Gac Sanit.* 2013;27(3):263–272
- 66 Muntaner C, Borrell C, Vanroelen C, Chung H, Benach J, et al. Employment relations, social class and health: A review and analysis of conceptual and measurement alternatives. *Social Science & Medicine* 2010, 72, 2; 2130–2140
- 67 Muntaner C, Ng E, Chung H, Prins SJ. Two decades of Neo-Marxist class analysis and health inequalities: A critical reconstruction. *Soc Theory Health.* 2015 Aug;13(3-4):267-287
- 68 Reinhardt JD, Wahrendorf M, Siegrist J. Socioeconomic position, psychosocial work environment and disability in an ageing workforce: a longitudinal analysis of SHARE data from 11 European countries. *Occup Environ Med.* 2013 Mar; 70 (3):156-63.
- 69 Bones Rocha K, Muntaner C, Solar O, Carme Borrell C, Bernales P et al. Clase social, factores de riesgo psicosocial en el trabajo y su asociación con la salud autopercebida y mental en Chile Cad. *Saúde Pública.* 2014; 30(10):2219-2234
- 70 Artazcoz L, Cortés I, Benach J. Les desigualtats en salut laboral. En: Borrell C, Benach J. (coords). *Evolució de les desigualtats en la salut a Catalunya.* Barcelona: Mediterrània, 2005
- 71 Santolaria E, Fernández A, Daponte A, Aguilera I. El sector productivo. *Gac Sanit.* 2004 May; 18 Suppl 1:24-30.
- 72 Fundación Europea para la Mejora de las condiciones de vida y de trabaj. Sexta Encuesta Europea de Condiciones de trabajo. Datos para España. Disponible en: <http://www.eurofound.europa.eu/es/surveys/data-visualisation/sixth-european-working-conditions-survey-2015>. Consulta febrero de 2016
- 73 Bosma H, Marmot MG, Hemingway H, Nicholson AC, Brunner E, Stansfeld SA. Low job control and risk of coronary heart disease in Whitehall II (prospective cohort) study. *BMJ.* 1997 Feb 22; 314 (7080):558-65.

- 74 Utzet M, Moncada S, Molinero E, Llorens C, Moreno N, Navarro A. The changing patterns of psychosocial exposures at work in the south of Europe: Spain as a labor market laboratory. *Am J Ind Med.* 2014 Sep;57(9):1032-42
- 75 Ibrahim S, Smith P, Muntaner C. A multi-group cross-lagged analysis of work stressors and health using Canadian National sample. *Soc Sci Med.* 2009 Jan;68(1):49-59
- 76 Griffin JM, Fuhrer R, Stansfeld SA, Marmot M. The importance of low control at work and home on depression and anxiety: do these effects vary by gender and social class? *Soc Sci Med.* 2002 Mar; 54(5):783-98.
- 77 Campos-Serna J, Ronda-Pérez E, Artazcoz L, Benavides F. Desigualdades de género en salud laboral en España. *Gac Sanit.* 2012;26(4):343–351
- 78 Case A, Paxson C. Sex differences in morbidity and mortality. *Demography* 2005; 2005 May;42(2):189-214
- 79 Instituto Nacional de Estadística. Ministerio de Sanidad Servicios sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud 2011-2012. Marzo de 2013. Disponible en: <http://www.mssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/NotaTecnica2011-12.pdf>
- 80 Bamba C, Pope D, Swami V, Stanistreet D, Roskam A et al. Gender, health inequalities and welfare state regimes: a cross-national study of 13 European countries. *J Epidemiol Community Health.* 2009 Jan;63(1):38-44
- 81 García-Calvente MM, Delgado A, Mateo I, Maroto G, Bolívar J. El género como determinante de desigualdades en salud y en utilización de servicios sanitarios. En: Escolar A (ed). *Primer Informe sobre Desigualdades y Salud en Andalucía (INDESAN_1)*. Sevilla: Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública en Andalucía, 2008; p.127-143
- 82 Malmusi D, Vives A, Benach J, Borrell C. Gender inequalities in health: exploring the contribution of living conditions in the intersection of social class. *Glob Health Action.* 2014 Feb 14;7:23189
- 83 Palència L, Malmusi D, De Moortel D, Artazcoz L, Backhans M et al. The influence of gender equality policies on gender inequalities in health in Europe. *Soc Sci Med.* 2014 Sep; 117: 270 25-33.

- 84 Abellán A, Pujol Rodríguez R. Un perfil de las personas mayores en España, 2013. Madrid, Informes Envejecimiento en red nº 1, 2013.
- 85 Instituto Nacional de Estadística, Mujeres y hombres en España. Salud percibida. Disponible en: www.ine.es
- 86 Koolhaas W, van der Klink JJ, Vervoort JP, de Boer MR, Brouwer S, Groothoff JW. In-Depth Study of the Workers' Perspectives to Enhance Sustainable Working Life: Comparison Between Workers With and Without a Chronic Health Condition. *J Occup Rehabil.* 2013 Jun;23(2):170-9.
- 87 European Commission (2009). *Demography report 2008: Meeting social needs in an ageing society*, Luxembourg, Publications Office of the European Union
- 88 Hosseinpoor AR, Williams JS, Jann B, Kowal P, Officer A et al. Social determinants of sex differences in disability among older adults: a multi-country decomposition analysis using the World Health Survey. *Int J Equity Health.* 2012 Sep 8;11:52
- 89 Messing K, Östlin P. Gender equality, work and health: a review of the evidence. Geneva: World Health Organization 2006
- 90 Benach J, Solar O, Vergara M, Vanroelen C, Santana V et al. Six employment conditions and health inequalities: a descriptive overview. *Int J Health Serv.* 2010;40(2):269-80.
- 91 Zimmermann M. La mujer en el mundo del trabajo desde la perspectiva de la VI Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo. En: Informe sobre el estado de la seguridad y salud laboral en España 2008. Madrid: Ministerio de Trabajo e Inmigración. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo; 2010. p. 23–37.
- 92 Borrell C, Artazcoz L. Las desigualdades de género en salud: retos para el futuro. *Rev Esp Salud Pública.* 2008 May-Jun; 82 (3):245-9.
- 93 Krieger N, Chen JT, Selby JV. Comparing individual-based and household-based measures of social class to assess class inequalities in women's health: a methodological study of 684 US women. *J Epidemiol Community Health* 1999 Oct; 53 (10):612-23.
- 94 Vendramin P, Valenduc G; Molinié AF; Volkoff S; Ajzen M. Eurofound. Sustainable work and the ageing workforce; A report based on the fifth European Working Conditions Survey 2011

- Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg : Publications Office, 2012.
- 95 Gideon J. International handbooks on gender: Handbooks of gender and health. Edward Elgard. Cheltenham, UK • Northampton, MA, USA. 2016
- 96 Krieger N. Genders, sexes, and health: what are the connections--and why does it matter? *Int J Epidemiol.* 2003 Aug; 32(4):652-7.
- 97 Malmusi D, Borrell C, Artazcoz L, Benach J. Perception or real illness? How chronic conditions contribute to gender inequalities in self-rated health. *Eur J Pub Health.* 2012; 22: 781-6.
- 98 Artazcoz L, Escribà-Agüir V, Cortès I. Género, trabajos y salud en España. *Gac Sanit.* 2004;18:24–35
- 99 Ilmarinen J. Promoting active ageing in the workplace. European Agency for Safety and Health at work, 2012.
- 100 Payne S, Doyal L. Older women, work and health. *Occup Med (Lond).* 2010 May; 60(3):172-7
- 101 International Labour Organization. Global employment trends for women Geneva: International Labour Organizatio; 2009.
- 102 Instituto Nacional de Estadística. Salario anual medio, mediano y modal. Salario por hora. Brecha salarial de género (no ajustada) en salarios por hora. Disponible en: http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259925408327&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios/PYSLayout¶m3=1259924822888
- 103 Equal Opportunities Commission. Facts about Women and Men in Britain 2005. Manchester: EOC, 2006
- 104 García-Calvente MM, Mateo-Rodríguez I, Eguiguren AP. El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. *Gaceta Sanitaria* 2004; 18 (Supl.1): 132-9
- 105 García-Calvente MM, Mateo-Rodríguez I, Maroto-Navarro G. El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gaceta Sanitaria* 2004; 18 (Supl.2):83-92
- 272

- 106 García Calvente M, Del Río Lozano M, Marcos Marcos J. Desigualdades de género en el deterioro de la salud como consecuencia del cuidado informal en España. *Gac Sanit.* 2011 Dec; 25 Suppl 2:100-7.
- 107 DePasquale N, Davis KD, Zarit SH, Moen P, Hammer LB, Almeida DM. Combining Formal and Informal Caregiving Roles: The Psychosocial Implications of Double- and Triple-Duty Care. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2016 Mar;71(2):201-11
- 108 Parent-Thirion A, Fernández Macías E, Hurley J, Vermeylen G. Fourth European Working Conditions Survey. Dublin, Ireland: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2007
- 109 Kelly MP. The axes of social differentiation and the evidence base on health equity. *J R Soc Med* 2010; 103: 266_72.
- 110 Östlin P, Schrecker T, Sadana R, Bonnefoy J, Gilson L et al. Priorities for research on equity and health: towards an equity-focused health research agenda. *PLoS Med.* 2011 Nov; 8(11):e1001115.
- 111 Aldabe B, Anderson R, Lyly-Yrjänäinen M, Parent-Thirion A, Vermeylen G, et al. Contribution of material, occupational, and psychosocial factors in the explanation of social inequalities in health in 28 countries in Europe. *J Epidemiol Community Health.* 2011 Dec;65(12):1123-31
- 112 Kaikkonen R, Rahkonen O, Lallukka T, Lahelma E. Physical and psychosocial working conditions as explanations for occupational class inequalities in self-rated health. *Eur J Public Health* 2009 Oct;19(5):458-63
- 113 James, J. B., Besen, E., & Pitt-Catsouphes, M. (2011). Resilience in the workplace: Job conditions that buffer negative attitudes toward older workers. In B. Resnick, K. Roberto & L. Gwyther (Eds.), *The handbook of resilience in aging: The key to successful aging* (pp. 331-349). New York: Springer.
- 114 Betik AC, Hepple RT (2008) Determinants of VO2 max decline with aging: an integrated perspective. *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*, 2008, 33(1): 130-140
- 115 Ilmarinen J. Physical requirements associated with the health of aging workers in the European Union. *Exp Aging Res* 2002;28:7-23

- 116 Shultz KS, Adams GA (2007) Aging and work in the 21st century. Lawrence Erlbaum Associates Inc, New Jersey
- 117 Ringenbach K, Jacobs R. Injuries and aging workers. *J Safety Res* 1995;26:169-176
- 118 Ng T, Feldman D. The relationship of age to ten dimensions of job performance. *J Appl Psychol* 2008;93:392-423
- 119 SOEH. Healthy Aging for a Sustainable workforce. En:
http://www.cpwr.com/sites/default/files/publications/Aging%20Workers%20Workshop%20Report_11%2009_Final.pdf
- 120 Farrow A, Reynolds F. Health and safety of the older worker. *Occup Med (Lond)*. 2012 Jan;62(1):4-11
- 121 World Health Organization. Aging and work capacity. Report of a WHO study group. WHO technical report series 835. Geneva: WHO; 1993
- 122 Cloostermans L, Bekkers MB, Uiters E, Proper KI. The effectiveness of interventions for ageing workers on (early) retirement, work ability and productivity: a systematic review. *Int Arch Occup Environ Health*. 2015 Jul; 88(5):521-32.
- 123 Phillips JA, Miltner R. Work hazards for an aging nursing workforce. *J Nurs Manag*. 2015 Sep; 23(6):803-12.
- 124 Cote MP, Kenny A, Dussetschleger J, Farr D, Chaurasia A, Cherniack M. Reference values for physical performance measures in the aging working population. *Hum Factors*. 2014 Feb;56(1):228-42
- 125 Bos JT, Donders NC, van der Velden K, van der Gulden JW. Perceptions of mental workload in Dutch university employees of different ages: a focus group study. *BMC Res Notes*. 2013 Mar 18;6:102
- 126 Apodoulou E, van Tilborg M, Kort HS. Visual functioning of aging care professionals and the influence of light, a brief literature study. *Stud Health Technol Inform*. 2015; 217: 405-10.
- 127 Nylén P, Favero F, Glimne S, Teär Fahnehjelm K, Eklund J. Vision, light and aging: a literature overview on older-age workers. *Work*. 2014 Jan 1; 47(3):399-412.

- 128 Masilamani R, Rasib A, Darus A, Ting AS. Noise-induced hearing loss and associated factors among vector control workers in a Malaysian state. *Asia Pac J Public Health*. 2014 Nov; 26(6):642-50.
- 129 Holliday R. Ageing and the decline in health. *Health* 2010; 2:615–19.
- 130 Koolhaas W, van der Klink JJ, Groothoff JW, Brouwer S. Towards a sustainable healthy working life: Association between chronological age, functional age and work outcomes. *Eur J Public Health* 2012; 22:424–9.
- 131 Kooij DT, Lange AH de, Jansen PGW, Dijkers JSE. Beyond chronological age. Examining perceived future time and subjective health as age-related mediators in relation to work-related motivations and well-being *Work & Stress*, 2013; Vol. 27 (1); 88-105
- 132 Nilsson K. Conceptualisation of ageing in relation to factors of importance for extending working life- a review. *Scandinavian Journal of Public health* 2016 march, 27 1-16
- 133 Warr, P., 'Age and work behaviour: Physical attributes, cognitive abilities, knowledge, personality traits and motives'. In: Cooper, C.L., Robertson, I.T., (Eds.), *International review of industrial and organizational psychology*, Wiley, Chichester, 2001
- 134 Bonfiglioli R, Di Lello M, Violante FS. Health surveillance and suitability: the role of the company physician in maintaining work ability. *G Ital Med Lav Ergon*. 2014 Oct-Dec;36(4):267-71
- 135 Brooke E, Goodall J, Handrus M, Mawren D. Applying workability in the Australian residential aged care context. *Australas J Ageing*. 2013 Jun;32(2):130-4
- 136 Eaves S, Gyi DE, Gibb AG. Building healthy construction workers: Their views on health, wellbeing and better workplace design. *Appl Ergon*. 2016 May; 54:10-8.
- 137 Härmä M. Adding more years to the work careers of an aging workforce--what works? *Scand J Work Environ Health*. 2011 Nov; 37(6):451-3.
- 138 Koolhaas W, van der Klink JJ, de Boer MR, Groothoff JW, Brouwer S. Chronic health conditions and work ability in the ageing workforce: the impact of work conditions, psychosocial factors and perceived health. *Int Arch Occup Environ Health*. 2014 May; 87(4):433-43.

- 139 Martinez MC, Latorre Mdo R, Fischer FM. Work ability: a literature review. *Cien Saude Colet*. 2010 Jun; 15 Suppl 1:1553-61.
- 140 McDermott HJ, Kazi A, Munir F, Haslam C. Developing occupational health services for active age management. *Occup Med (Lond)*. 2010 May; 60 (3):193-204.
- 141 McGonagle AK, Fisher GG, Barnes-Farrell JL, Grosch JW. Individual and work factors related to perceived work ability and labor force outcomes. *J Appl Psychol*. 2015 Mar; 100(2):376-98.
- 142 Palermo J, Fuller-Tyszkiewicz M, Walker A, Appannah A. Primary- and secondary-level organizational predictors of work ability. *J Occup Health Psychol*. 2013 Apr;18(2):220-9
- 143 Vatsalya V, Karch R. Evaluation of health determinants for sustaining workability in aging US workforce. *Adv Aging Res*. 2013 Aug;2(3):106-108
- 144 Bruyère, S. (2006). Disability management: Key concepts and techniques for an aging workforce. *International Journal of Disability Management Research*, 1, 149-158
- 145 Kampfe, C., Wadsworth, J., Mamboleo, G., & Schonbrun, S. (2008). Aging, disability, and employment. *Work*, 31, 337-344
- 146 Villosio C, DiPierro D, Giordanengo A, Pasqua P, Richiardi M (2008) Working conditions of an ageing workforce. European Foundation for the improvement of living and working condition. Luxemburgo .
- 147 Ilmarinen; J; The Work Ability Index (WAI). *Occupational Medicine*.2007;57:160
- 148 Siegrist J, Lunau T, Wahrendorf M, Dragano N. Depressive symptoms and psychosocial stress at work among older employees in three continents. *Global Health*. 2012 Jul 20;8:27
- 149 Lee DJ, Fleming LE, LeBlanc WG, Arheart KL, Ferraro KF et al. Health status and risk indicator trends of the aging US health care workforce. *J Occup Environ Med*. 2012 Apr;54(4):497-503
- 150 Fundación Europea para la mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo. Eurofound (2016). Primeros resultados: Sexta encuesta europea sobre las condiciones de trabajo
- 151 Hasselhorn HM, Peter R, Rauch A, Schröder H, Swart E et al. Cohort profile: the lidA Cohort Study-a German Cohort Study on Work, Age, Health and Work Participation.*Int J Epidemiol*. 2014 Dec;43(6):1736-49

- 152 de Lange AH, Taris TW, Jansen PGW, Smulders P, Houtman,ILD, Kompier MAJ. Age as a factor in the relation between work and mental health: results from the longitudinal TAS study. In: Houdmont J, McIntyre S (eds). Occupational Health Psychology: European Perspectives on Research, Education and Practice. Vol. 1. Maia, Portugal: ISMAI Publications, 2006.
- 153 European Commission. Proposal for a Regulation of the European Parliament and of the Council on establishing a Health for Growth Programme, the third multi-annual programme of EU action in the field of health for the period 2014-2020.(9.11.2011, KOM(2011) 709, 2011/0339 (COD)).Brussels: European Commission, 2011. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/programme/docs/prop_prog2014_en.pdf
- 154 Solé MD. Vigilancia y promoción de la salud en trabajadores mayores. Ponencia mesa de vigilancia de la salud. XV Jornadas de la Sociedad de Medicina, Higiene y Seguridad del Trabajo de Aragón y la Rioja. Zaragoza. 8 y 9 de noviembre. 2013
- 155 Ninet JI, Barceló J. estado de salud y factores de riesgo laboral en los trabajadores de mas edad <http://prl.ceoe.es/es/contenido/documentacion/divulgacion-y-estudios/estado-de-salud-y-factores-de-riesgo-laboral-en-los-trabajadores-de-mayor-edad>
- 156 Almodovar A, Galiana L, Gómez-Cano M, Muñoz Moval. Análisis del mercado laboral, condiciones de trabajo y siniestralidad. Una perspectiva según la edad. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT). 2013
- 157 Grandjean CK, McMullen PC, Miller KP, Howie WO, Ryan K et al. Severe occupational injuries among older workers: demographic factors, time of injury, place and mechanism of injury, length of stay, and cost data. Nurs Health Sci. 2006 Jun;8(2):103-7.
- 158 Rogers E, Wiatrowski W. Injuries, illnesses, and fatalities among older workers. Monthly Labour Review. 2005, 128(10), 24e30
- 159 Jones C, Routley V, Trytell G, Ibrahim J, Ozanne-Smith J.A descriptive analysis of work-related fatal injury in older workers in Australia 2000–2009. Int J Inj Contr Saf Promot. 2013;20(1):85-90
- 160 Niedhammer I, Chastang JF, David S. Importance of psychosocial work factors on general health outcomes in the national French SUMER survey. Occup Med (Lond). 2008 Jan;58(1):15-2

- 161 Jones MK, Latreille PL, Sloane PJ, Staneva AV. Work-related health risks in Europe: are older workers more vulnerable? *Soc Sci Med*. 2013 Jul; 88:18-29.
- 162 Palmer KT, Goodson N. Ageing, musculoskeletal health and work. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2015 Jun; 29(3):391-404.
- 163 Hoy D, March L, Woolf A, Blyth F, Brooks P et al. The global burden of neck pain: estimates from the global burden of disease 2010 study. *Ann Rheum Dis*. 2014 Jul;73(7):1309-15
- 164 Warren N, Dussetschleger J, Punnett L, Cherniack MG. Musculoskeletal disorder symptoms in correction officers: why do they increase rapidly with job tenure? *Hum Factors*. 2015 Mar; 57(2):262-75.
- 165 Smith PM, Berecki-Gisolf J. Age, occupational demands and the risk of serious work injury. *Occup Med (Lond)*. 2014 Dec; 64(8):571-6.
- 166 Guidotti TL. Taylorism, the aging workforce, and the biopsychosocial model. *Arch Environ Occup Health*. 2011;66(4):191-2
- 167 Delloiacono N. Musculoskeletal safety for older adults in the workplace: review of current best practice evidence. *Workplace Health Saf*. 2015 Feb; 63(2):48-53.
- 168 Doan JB, Copeland JL, Brown LA, Newman JT, Hudson DS. Work activities and musculoskeletal discomforts amongst active older Albertans on alternative employment trajectories. *Work*. 2014;47(1):55-62.
- 169 Vercruyssen M. Lifespan functional fitness: Encouraging human struggle (physical activity) and warning about the cost of technology. In: Kumashiro M (ed.) *Aging and work*. London: Taylor & Francis, 2003, pp.62–71
- 170 Goodal J, Brooke E, Mawren D. Retaining older workforces in aged care work en Nygard, Savinainen, Kirski & Lumme-Sandt (eds.) *Age management during the life course, Proceedings of the 4th symposium on Work Ability*. University press. 2011: 187-98.
- 171 Ilarinen, J. Finnish Institute of Occupational health 2010. Disponible en: <http://www.werk.be/sites/default/files/Juhani%20Ilmarinen%20PART%201%20Work%20Ability%20Index%20and%20Model.pdf>

- 172 Alavinia SM, van Duivenbooden C, Burdorf A. Influence of work-related factors and individual characteristics on workability among Dutch construction workers. *Scan J Work Enviromen Helath* 2007; 33 (5) 351-7
- 173 Robroek SJ, Rongen A, Arts CH, Otten FW, Burdorf A, Schuring M. Educational Inequalities in Exit from Paid Employment among Dutch Workers: The Influence of Health, Lifestyle and Work. *PLoS One*. 2015 Aug 7; 10(8):e0134867
- 174 van den Berg TI, Alavinia SM, Bredt FJ, Lindeboom D, Elders LA, Burdorf A. The influence of psychosocial factors at work and life style on health and work ability among professional workers. *Int Arch Occup Environ Health*. 2008 Aug;81(8):1029-36
- 175 Lindberg P, Josephson M, Alfredsson L, Vingård E. Promoting excellent work ability and preventing poor work ability: the same determinants? Results from the Swedish HAKuL study. *Occup Environ Med*. 2006 Feb; 63(2):113-20.
- 176 Ahlstrom L, Grimby-Ekman A, Hagberg M, Dellve L. The work ability index and single-item question: associations with sick leave, symptoms, and health—a prospective study of women on long-term sick leave. *Scand J Work Environ Health*. 2010 Sep;36(5):404-12
- 177 Lindegård A, Larsman P, Hadzibajramovic E, Ahlborg G Jr. The influence of perceived stress and musculoskeletal pain on work performance and work ability in Swedish health care workers. *Int Arch Occup Environ Healt* . 2014 May; 87(4):373-9.
- 178 Schouten LS, Bültmann U, Heymans MW, Joling CI, Twisk JW, Roelen CA. Shortened version of the work ability index to identify workers at risk of long-term sickness absence. *Eur J Public Health*. 2016 Apr;26(2):301-5
- 179 van den Berg TI, Elders LA, de Zwart BC, Burdorf A. The effects of work-related and individual factors on the Work Ability Index: a systematic review. *Occup Environ Med*. 2009 Apr;66(4):211-20
- 180 Kettunen O, Vuorimaa T, Vasankari T. 12-mo intervention of physical exercise improved work ability, especially in subjects with low baseline work ability. *Int J Environ Res Public Health*. 2014 Apr 4;11(4):3859-69
- 181 Karasek RA: Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. *Admin Sc Quart*. 1979, 24 (2): 285-308.

- 182 Larsson A, Karlqvist L, Westerberg M, Gard G. Identifying work ability promoting factors for home care aides and assistant nurses. *BMC Musculoskelet Disord*. 2012 Jan 11;13:1
- 183 Boström M, Dellve L, Thomée S, Hagberg M. Risk factors for generally reduced productivity—a prospective cohort study of young adults with neck or upper-extremity musculoskeletal symptoms. *Scand J Work Environ Health*. 2008 Apr;34(2):120-32
- 184 Neupane S, Virtanen P, Leino-Arjas P, Miranda H, Siukola A, Nygård CH. Multi-site pain and working conditions as predictors of work ability in a 4-year follow-up among food industry employees. *Eur J Pain*. 2013 Mar;17(3):444-51
- 185 Cotrim TP. Age and work ability among Portuguese nurse. En Nygard, Savinainen, Kirski & Lumme-Sandt (eds.) *Age management during the life course, Proceedings of the 4th symposium on Work Ability*, University Press. 2011: 117-26.
- 186 El Fassi M, Bocquet V, Majery N, Lair ML, Couffignal S, Mairiaux P. Work ability assessment in a worker population: comparison and determinants of Work Ability Index and Work Ability score. *BMC Public Health*. 2013 Apr 8; 13:305.
- 187 Crawford JO, Graveling RA, Cowie HA, Dixon K. The health safety and health promotion needs of older workers. *Occup Med (Lond)*. 2010 May; 60(3):184-92.
- 188 Sorensen G, Landsbergis P, Hammer L, Amick BC 3rd, Linnan L et al. Preventing chronic disease in the workplace: a workshop report and recommendations. *Am J Publ Health*. 2011;101:S196–207.
- 189 Hymel PA, Loeppke RR, Baase CM, Burton WN, Hartenbaum NP et al. Workplace health protection and promotion. A new pathway for a healthier and safer workforce. *J Occup Environ Med*. 2011;53:695–702.
- 190 Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT). Red Europea de Promoción de Salud en el Trabajo. Página web disponible en:
<http://www.insht.es/portal/site/Insht/menuitem.1f1a3bc79ab34c578c2e8884060961ca/?vgnextoid=d35fec2b5bae3110VgnVCM100000dc0ca8c0RCRD&vgnnextchannel=e92946e1de6d1110VgnVCM100000dc0ca8c0RCRD>
- 191
280 Anderson LM, Quinn TA, Glanz K, Ramirez G, Kahwati LC al. The effectiveness of worksite nutrition and physical activity interventions for controlling employee overweight and obesity. A systematic review. *Am J Prev Med*. 2009;37:340–57.

- 192 Tuah NAA, Amiel C, Qureshi S, Car J, Kaur B, Majeed A. Transtheoretical model for dietary and physical exercise modification in weight loss management for overweight and obese adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011 Oct 5;(10):CD008066
- 193 Fortier MS, Duda JL, Guerin E, Teixeira PJ. Promoting physical activity: development and testing of self-determination theory-based interventions. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2012 Mar 2;9:20.
- 194 Jordi Fernández Castro. 2010 “Los trabajadores de mayor edad: estrategias para favorecer el mantenimiento de su capacidad laboral y su intención de mantenerse laboralmente activos (*CapLab*).
- 195 González-Olmedo, M.P. (2013) Factores de Bienestar Laboral: Percepción de Iso trabajadores de mayor edad. Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona
- 196 OECD. *Pensions at a Glance 2015: OECD and G20 indicators*, OECD Publishing, Paris. http://dx.doi.org/10.1787/pension_glance-2015-en
- 197 Daponte A, Bernal M, Bolívar J, Mateo I, Salmi LR et al. Criteria for implementing interventions to reduce health inequalities in primary care settings in European regions. *Eur J Public Health*. 2014 Dec 16;24(6):980-90
- 198 Rychetnik L, Frommer M, Hawe P, Shiell A. Criteria for evaluating evidence on public health interventions. *J Epidemiol Community Health*. 2002; 56:119-27
- 199 Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I et al. Medical Research Council Guidance. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ*. 2008; 29:337:a1655. doi: 10.1136/bmj.a1655.
- 200 Willis SL, Martin M, Rocke C. Longitudinal perspectives on midlife development: stability and change. *Eur J Ageing* 2010;7(3):131–4.
- 201 Wahrendorf M, Sembajwe G, Zins M, Berkman L, Goldberg M, Siegrist J. Long-term effects of psychosocial work stress in midlife on health functioning after labor market exit—results from the GAZEL Study. *J Gerontol B – Psychol* 2012;67(4):471–80
- 202 Wahrendorf M, Blane D, Bartley M, Dragano N, Siegrist J. Working conditions in mid-life and mental health in older ages. *Adv Life Course Res* 2013;18(1):16–25

- 203 Andel R, Crowe M, Kareholt I, Wastesson J, Parker MG. Indicators of job strain at midlife and cognitive functioning in advanced old age. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2011 May;66(3):287-91
- 204 Tobiasz-Adamczyk B, Brzycki P, Florek M, Brzycka M. Job stress and mortality in older age. *Int J Occup Med Environ Health* 2013;26(3):349–62.
- 205 Muszyńska MM, Rau R. The Old-Age Healthy Dependency Ratio in Europe. *J Popul Ageing*. 2012 Sep;5(3):151-162
- 206 García González, Juan Manuel (2014). «¿Por qué vivimos más? Descomposición por causa de la esperanza de vida española de 1980 a 2009». *Rev Esp Investig Sociol* 2014; 148: 39-60
- 207 Catalina Romero C, Sainz Gutiérrez JC, Quevedo Aguado L, Cortés Arcas MV, Pinto Blázquez JA et al. Prevalencia de consumo de tabaco en población trabajadora tras la entrada en vigor de la Ley 42/2010. *Rev Esp Salud Pública*. 2012 Mar-Apr;86(2):177-88
- 208 Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud. España 2011/12. *Actividad física, descanso y ocio. Serie Informes monográficos nº 4*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014. Descargar en: http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/informesMonograficos/Act_fis_desc_ocio.4.pdf
- 209 Ostlin P, Eckermann E, Mishra US, Nkowane M, Wallstam E. Gender and health promotion: a multisectoral policy approach. *Health Promot Int*. 2006 Dec; 21 Suppl 1:25-35.
- 210 Michael Silverstein. Meeting the Challenges of an Aging Workforce. *Am J Ind Med*. 2008 Apr;51(4):269-80
- 211 Zoer I, Ruitenburg MM, Botje D, Frings-Dresen MH, Sluiter JK. The associations between psychosocial workload and mental health complaints in different age groups. *Ergonomics*. 2011 Oct; 54 (10):943-52.
- 212 Wang M, Shultz K. Employee retirement: a review and recommendations for future investigation. *J. Manage*. 2010; 36: 172-206
- ~~213~~ 213 Smeaton D, McKay S. Working after State Pension Age: Quantitative Analysis. Leeds: HMSO, Department of Work and Pensions; 2003. Descargar en:

<http://www.bristol.ac.uk/media-library/sites/geography/migrated/documents/pfrc0305.pdf>

- 214 Duell N, Vogler-Ludwig K (2012) EEO review: employment policies to promote active ageing. European Employment Observatory, Birmingham.
- 215 López Gómez MA, Durán X, Zaballa E, Sanchez-Niubo A, Delclos GL, Benavides FG. *Cohort profile: the Spanish WORKing life Social Security (WORKss) cohort study*. *BMJ Open*. 2016 Mar 7;6(3):e008555
- 216 Irastorza X, Milczarek M, Cockburn, W European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA). Second European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks (ESENER-2). Overview Report: Managing Safety and Health at Work. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2016. Descargar en; https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications/second-european-survey-enterprises-new-and-emerging-risks-esener?pk_campaign=rss_publication
- 217 Pit SW, Byles J. The association of health and employment in mature women: A longitudinal study. *J Womens Health (Larchmt)* 2012; 21: 273–280.
- 218 Majeed T, Forder PM, Mishra G, Kendig H, Byles JE. Exploring Workforce Participation Patterns and Chronic Diseases Among Middle-Aged Australian Men and Women Over the Life Course. *J Aging Health*. 2016 Mar 7. pii: 0898264316635586. [Epub ahead of print]
- 219 Majeed T, Forder P, Mishra G, Byles J. Women, Work, and Illness: A Longitudinal Analysis of Workforce Participation Patterns for Women Beyond Middle Age. *J Womens Health (Larchmt)*. 2015 Jun; 24 (6):455-65.
- 220 Ministerio de Trabajo e Inmigración. Seguridad Social. Régimen Especial de Empleados del Hogar. (Consultado el 4/11/2010.) Disponible en: http://www.seg-social.es/Internet_1/Trabajadores/Afiliacion/RegimenesQuieneslos10548/RegimenEspecialdeEm32820/index.htm
- 221 Hochfellner D, Burkert C. Employment in retirement. Continuation of a working career or essential additional income? *Z Gerontol Geriatr*. 2013 Apr;46(3):242-50
- 222 Vickerstaff S, Baldock J, Cox J et al (2004) Happy retirement? The impact of employers' policies and practice on the process of retirement. Policy Press.

<http://www.jrf.org.uk/sites/files/jrf/jr166-retirement-policies-practice.pdf>. Accessed 19 June 2014

- 223 Radl J. Labour market exit and social stratification in Western Europe: the effects of social class and gender on the timing of retirement. *Eur Sociol Rev.* 2013; 29:654–668
- 224 Messing K, Mager Stellman J. Sex, gender and women’s occupational health: the importance of considering mechanism. *Environ Res.* 2006; 101:149–62.
- 225 Hong S, Jeong H, Heo Y, Chun H, Park J, Kim D. Factors associated with health-related quality of life in Korean older workers. *Ann Occup Environ Med.* 2015 Nov 30;27:25.
- 226 International Labour Office. ABC of women workers’ rights and gender equality, second edition. Geneva: International Labour Organization; 2007 21st August 2013.
- 227 Cheng Y, Chen CJ. Modifying effects of gender, age and enterprise size on the associations between workplace justice and health. *Int Arch Occup Environ Health.* 2014 Jan; 87 (1):29–39.
- 228 Chodorow NJ. Glass ceilings, sticky floors, and concrete walls: internal and external barriers to women’s work and achievement. En: Seelig BJ, Paul RA, Levy B, editores. *Constructing and deconstructing woman’s power.* 1st ed. London: Communication Crafts; 2002. p. 18–28.
- 229 Burin M “Las fronteras de cristal en la carrera laboral de las mujeres. Género, subjetividad y globalización”. *Anuario de Psicología. Dossier Mujeres, ciclos vitales y bienestar.* (coordinadora: Anna Freixas Farré). Horsori Editorial. Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona. España. 2008, vol. 39, nº 1, 75-86
- 230 Borrell C, Muntaner C, Benach J, Artazcoz L. Social class and self-reported health status among men and women: what is the role of work organization, household material standards and household labour? *Soc Sci Med.* 2004; 58: 1869–87.
- 231 Vives A, Amable M, Ferrer M, Moncada S, Llorens C et al. The Employment Precariousness Scale (EPRES): psychometric properties of a new tool for epidemiological studies among waged and salaried workers. *Occup Environ Med.* 2010; 67:548–55.

- 232 Jódar P. "Spain," in Empleo, Trabajo Y Desigualdades En Salud: Una Visión Global, J. Benach, C. Muntaner, O. Solar, V. Santana, and M. Quinlan, Eds., pp. 69–74, Icaria, Spain, 1st edition, 2010.
- 233 Sanchez de Dios M. "Understanding the relationship between welfare state and social forces in Sweden, Spain and the USA," in Proceedings of the ECPR Joint Sessions of Workshops of The Welfare State: Pros and Cons, Torino, Italy, 2002
- 234 Vives A, Vanroelen C, Amable M, Ferrer M, Moncada S et al. Employment precariousness in Spain: prevalence, social distribution and population-attributable risk percent of poor mental health. *Int J Health Serv.* 2011; 41(4):625-46.
- 235 Benach J, Vives A, Tarafa G, Delclos C, Muntaner C. What should we know about precarious employment and health in 2025? framing the agenda for the next decade of research. *Int J Epidemiol.* 2016 Jan 6. pii: dyv342. [Epub ahead of print]
- 236 Benach J, Muntaner C. Precarious employment and health: developing a research agenda. *J Epidemiol Community Health.* 2007 Apr; 61(4):276-7.
- 237 Vosko LF. "Precarious employment: towards and improved understanding of labour market insecurity," in Precarious Employment: Understanding Labour Market Insecurity in Canada, Vosko LF, Ed., pp. 3–39, McGill-Queen's University Press, Quebec, Canada, 1st edition, 2006.
- 238 Artazcoz L, Cortès I, Escribà-Agüir V, Bartoll X, Basart H, Borrell C. Long Working Hours and Health Status among Employees in Europe: Between-Country Differences. *Scand J Work Environ Health.* 2013 Jul;39(4):369-78
- 239 Artazcoz L, Cortès I, Borrell C, Escribà-Agüir V, Cascant L. Gender Perspective in the Analysis of the Relationship between Long Workhours, Health and Health-Related Behavior. *Scand J Work Environ Health.* 2007 Oct ;33(5):344-50.
- 240 Artazcoz L, Borrell C, Cortès I, Escribà-Agüir V, Cascant L. Occupational epidemiology and work related inequalities in health: a gender perspective for two complementary approaches to work and health research. *J Epidemiol Community Health.* 2007 Dec; 61 Suppl 2:ii39-45.

- 241 Trabajo a tiempo parcial y seguridad social: un paso atrás en el camino a la equiparación de condiciones. Comentario de la STC 156/ 2014 , de 25 de septiembre. IUSLabor 3/2014. Disponible en: <https://www.upf.edu/iuslabor/pdf/2014-3/Gala.pdf>
- 242 Hallden K., Gallie D, Zhou Y. 'The Skills and Autonomy of Female Part-Time Work in Britain and Sweden', *Research in Social Stratification and Mobility*. 2012; 30 (2): 187–201
- 243 Almodovar M, Galiana ML, Hervás P, Pinilla FJ. VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo. INSHT Madrid 2013. Disponible en: [http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FICHAS%20DE%20PUBLICACIONES/EN%20CATALOGO/OBSERVATORIO/Informe%20\(VII%20ENCT\).pdf](http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FICHAS%20DE%20PUBLICACIONES/EN%20CATALOGO/OBSERVATORIO/Informe%20(VII%20ENCT).pdf)
- 244 Artazcoz L, Cortès I, Escribà-Agüir V, Cascant L, Villegas R. Understanding the Relationship of Long Working Hours with Health Status and Health-Related Behaviours. *J Epidemiol Community Health*. 2009 Jul;63(7):521-7
- 245 Kodz J, Davis S, Lain D, Strebler M, Rick J et al. (2003), Working Long Hours: A Review of the Evidence. Volume 1 – Main Report, London: Department of Trade and Industry.
- 246 Gimeno D, Benavides FG, Amick BC 3rd, Benach J, Martínez JM. Psychosocial factors and work related sickness absence among permanent and nonpermanent employees. *J Epidemiol Community Health*. 2004 Oct;58(10):870-6.
- 247 Aittomaki AE, Lahelma EA. Gender differences in the association of age with physical workload and functioning. *Occup Environ Med* 2005; 62:95–100.
- 248 Zimmermann Verdejo M. Mujer y trabajo: aproximación al análisis de indicadores de desigualdad a través de la metodología de encuesta. Departamento de Investigación e Información. INSHT Mayo 2009. Disponible en: http://www.oect.es/Observatorio/Contenidos/InformesPropios/Desarrollados/MUJER%20Y%20TRABAJO_INDICADORES%20DE%20DESGUALDAD.pdf
- 249 Siegrist J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *J Occup Health Psychol*. 1996 Jan;1(1):27-41
- 250 Stansfeld S, Candy B. Psychosocial work environment and mental health – a meta-analytic review. *Scand J Work Environ Health* 2006; 32(6):443–62.
- 286

- 251 Kivimäki M, Virtanen M, Elovainio M, Kouvonen A, Väänänen A, Vahtera J.. Work stress in the etiology of coronary heart disease—a meta-analysis. *Scand J Work Environ Health* 2006; 32: 431–42.
- 252 Theorell T, Hammarström A, Aronsson G, Träskman Bendz L, Grape T et al. A systematic review including meta-analysis of work environment and depressive symptoms. *BMC Public Health*. 2015 Aug 1;15:738
- 253 Theorell T, Hammarström A, Gustafsson PE, Magnusson Hanson L, Janlert U et al. Job strain and depressive symptoms in men and women: a prospective study of the working population in Sweden. *J Epidemiol Community Health*. 2014 Jan;68(1):78-82
- 254 Siegrist J, Peter R, Junge A, Cremer P, Seidel D. Low status control, high effort work and ischemic-heart-disease – prospective evidence from blue-collar men. *Soc Sci Med* 1990; 31(10):1127–34.
- 255 Li J, Yang WJ, Cho SI. Gender differences in job strain, effort reward imbalance, and health functioning among Chinese physicians. *Soc Sci Med*. 2006 Mar;62(5):1066-77
- 256 Moncada S, Pejtersen JH, Navarro A, Llorens C, Burr H et al. Psychosocial work environment and its association with socioeconomic status. A comparison of Spain and Denmark. *Scand J Pub Health*. 2010; 38:137–148
- 257 Theorell T, Nyberg A, Leineweber C, Hanson LLM, Oxenstierna G et al. Non-listening and self centered leadership– relationships to socioeconomic conditions and employee mental health. *PlosOne*. 2012; 7(9):e44119
- 258 Gee GC, Long JS, Pavalko EK. Age, cohort and perceived age discrimination: Using the life course to assess self-reported age discrimination. *Soc Forces*. 2007; 86:265–290
- 259 Posthuma RA, Campion MA. Age stereotypes in the workplace: common stereotypes, moderators, and future research directions. *Journal of Management*. 2009; 35, 158–188.
- 260 McGregor J, Gray L. Stereotypes and older workers: the New Zealand experience. *Soc Policy J N Z* 2002;18:163–77
- 261 Shah P, Kleiner B. New developments concerning age discrimination in the workplace. *Equal Opport Int* 2005; 24(5/6):15–23. [58] Smith DJ. Old enough to know better: age stereotypes

- in New Zealand. In: Glover I, Branine M, editors. Ageism in work and employment. Burlington, VT: Ashgate Publishing; 2001. p. 219–36.
- 262 Braithwaite V, Gibson D, Holman J. Age stereotyping – are we oversimplifying the phenomenon. *Int J Aging Hum Dev* 1986; 22(4):315–25.
- 263 Arrowsmith J, McGoldrick AE. HRM service practices: flexibility, quality and employee strategy. *Int J Serv Ind Manage* 1996; 7(3):46.
- 264 Berger ED. Managing age discrimination: an examination of the techniques used when seeking employment. *Gerontologist*. 2009;49(3):317–32.
- 265 Gringart E, Helmes E, Speelman CP. Exploring attitudes toward older workers among Australian employers: an empirical study. *J Aging Soc Policy*. 2005;17(3):85–103
- 266 Charles M. A World of Difference: International Trends in Women’s Economic Status’, *Annual Review of Sociology*. 2011; 37 (1): 355–371.
- 267 Rospenda KM, Richman JA, Shannon CA. Prevalence and mental health correlates of harassment and discrimination in the workplace results from a national study. *J Interpers Violence*. 2009; 24:819–843
- 268 Okechukwu CA, Souza K, Davis KD, de Castro AB. Butch de Castro, Discrimination, Harassment, Abuse, and Bullying in the Workplace: Contribution of Workplace Injustice to Occupational Health Disparities. *Am J Ind Med*. 2014 May; 57(5):573-86.
- 269 Cantisano-Topa G, Morales-Domínguez JF, Depolo M. Perceived sexual harassment at work: meta-analysis and structural model of antecedents and consequences. *Span J Psychol*. 2008; 11:207–18.
- 270 Head J, Kivimaki M, Siegrist J, Ferrie JE, Vahtera J et al. Effort-reward imbalance and relational injustice at work predict sickness absence: the Whitehall II study. *J Psychosom Res*. 2007 Oct; 63(4):433-40.
- 271 Kivimaki M, Elovainio M, Vahtera J, Ferrie J, Theorell T. Organizational justice and health of employees: prospective cohort study. *Occup Environ Med*. 2003; 60:27–34
- 272 Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales. El acoso sexual de las
288 mujeres en el ámbito laboral: resumen de resultados. Madrid 2006. Descargable en: http://pmayobre.webs.uvigo.es/textos/varios/1informe_acoso_sexual.pdf

- 273 Constitución Española 1978. Art. 10
- 274 Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la Igualdad efectiva de mujeres y hombres. BOE núm. 71 de 23 de Marzo de 2007
- 275 Maythew C, Chappell D. Workplace violence: an overview of patterns of risk and the emotional/stress consequences on targets. *Int J Law Psychiatry*. 2007; 30: 327–39.
- 276 European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. European Working Condition Survey. 4th ed. 2005. (Consultado el 17/10/2010.) Disponible en: <http://www.eurofound.europa.eu/ewco/surveys/ewcs2010/index.htm>
- 277 Vives A, Amable M, Ferrer M, Moncada S, Llorens C et al .Employment Precariousness and Poor Mental Health: Evidence from Spain on a New Social Determinant of Health. *J Environ Public Health*. 2013;2013:978656
- 278 Artazcoz L, Escribà-Agüir V, Cortès I. Gender, paid work, domestic chores and health in Spain. *Gac Sanit*. 2004; 18 Suppl 2:24-35.
- 279 Artazcoz L, Cortès I, Puig-Barrachina V, Benavides FG, Escribà-Agüir V, Borrell C. Combining employment and family in Europe: the role of family policies in health. *Eur J Public Health*. 2014 Aug; 24 (4):649-55.
- 280 Artazcoz L, Artieda L, Borrell C, Cortès I, Benach J, García V. Combining job and family demands and being healthy: what are the differences between men and women?. *Eur J Public Health*. 2004; 14: 43–8.
- 281 Allen TD, Herst DE, Bruck CS, Sutton M. Bruck Consequences associated with work-to-family conflict: a review and agenda for future research. *J Occup Health Psychol*. 2000 Apr;5(2):278-308
- 282 Delgado Sánchez A, Saletti-Cuesta L, Toro-Cárdenas S, López-Fernández LA, de Dios Luna del Castillo J, Mateo-Rodríguez I. Validacion de escala para evaluar la relación familia-trabajo en médicas y médicos de familia. *Rev Esp Salud Pública* 2011; 85: 149-162
- 283 Gough B.The psychology of men's health: maximizing masculine capital.*Health Psychol*. 2013 Jan;32(1):1-4
- 284 McCreary DR, Saucier DM. Drive for muscularity, social comparison, and social physique anxiety in men and women. *Body Image*. 2009 Jan;6(1):24-30

- 285 Borodulin K, Mäkinen T, Fogelholm M, Lahti-Koski M, Prättälä R: Trends and socioeconomic differences in overweight among physically active and inactive Finns in 1978-2002. *Prev.Med* 2007, 45(2-3):157-162.
- 286 Wardle J, Steptoe A: Socioeconomic differences in attitudes and beliefs about healthy lifestyles. *J.Epidemiol.Community Health* 2003, 57(6):440-443.
- 287 Mäkinen T, Borodulin K, Laatikainen T, Fogelholm M, Prättälä R: Twenty-five year socioeconomic trends in leisure-time and commuting physical activity among employed Finns. *Scand.J.Med.Sci.Sports* 2009, 19(2):188-197.
- 288 Seiluri T, Lahti J, Rahkonen O, Lahelma E, Lallukka T. Changes in occupational class differences in leisure-time physical activity : a follow-up study. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2011 Mar 1; 8:14.
- 289 Picavet H, Wendel-Vos G, Vreeken H, Schuit A, Verschuren W: How Stable Are Physical Activity Habits Among Adults? The Doetinchem Cohort Study. *Med Sci Sports Exerc.* 2011 Jan; 43(1):74-9.
- 290 Zimmermann E, Ekholm O, Gronbaek M, Curtis T: Predictors of changes in physical activity in a prospective cohort study of the Danish adult population. *Scand.J.Public Health* 2008, 36(3):235-241.
- 291 McNeill LH, Kreuter MW, Subramanian SV: Social environment and physical activity: a review of concepts and evidence. *Soc.Sci.Med* 2006, 3(4):1011-1022.
- 292 Cortès I, Artazcoz L, Rodríguez-Sanz M, Borrell C. Desigualdades en la salud mental de la población ocupada. *Gac Sanit.* 2004;18: 351–9.
- 293 De Zwart BC, Frings-Dresen MH, Kilbom A. Gender differences in upper extremity musculoskeletal complaints in the working population. *Int Arch Occup Environ Health.* 2001; 74: 21–30.
- 294 Hooftman WE, van Poppel MN, van der Beek AJ, et al. Gender differences in the relations between work-related physical and psychosocial risk factors and musculoskeletal complaints. *Scand J Work Environ Health.* 2004; 30: 261–78.

- 295 Walters V, McDonough P, Strohschein L. The influence of work, household structure and social, personal and material resources on gender differences in health: an analysis of the 1994 Canadian National Population Health Survey. *Soc Sci Med* 2002; 54: 677–692.
- 296 McNamee R, Kammlert K, Lundholm L, Cherry N. Falls and injuries in the UK and Sweden with special reference to fractures in women over the age of 45. *Occup Environ Med* 1997; 54: 785–792.
- 297 De Wind A, Geuskens GA, Reeuwijk KG, Westerman MJ, Ybema JF, Burdorf A, Bongers PM, van der Beek AJ. Pathways through which health influences early retirement: a qualitative study. *BMC Public Health*. 2013 Apr 3;13:292
- 298 Artazcoz L. Trabajo y salud desde una perspectiva combinada de género y clase social. *Inguruak*, 2007, 44
- 299 Amable M, Benach J, González S. La precariedad laboral y su repercusión sobre la salud: conceptos y resultados preliminares de un estudio multimétodos. *Archivos de Prevención y Riesgos Laborales*. 2001;4(4):169–184.
- 300 Benach J, Vives A, Amable M, Vanroelen C, Tarafa G, Muntaner C. Precarious employment: understanding an emerging social determinant of health. *Annu Rev Public Health*. 2014;35: 229-53.
- 301 Porthé V, Benavides FG, Vázquez ML, Ruiz-Frutos C, García AM, et al. Precarious employment in undocumented immigrants in Spain and its relationship with health. *Gaceta Sanitaria*. 2009;23(supplement 1):107–114
- 302 Clarke M, Lewchuk W, de Wolff A, King A. This just isn't sustainable': precarious employment, stress and workers' health. *Int J Law Psychiatry*. 2007 Jul-Oct;30(4-5):311-26
- 303 Inoue M, Nishikitani M, Tsurugano S, Yano E. The health of permanent workers and worker with precarious employment: a literature review. *Sangyo Eiseigaku Zasshi*. 2011;53(4):117-39
- 304 Kim IH, Muntaner C, Vahid Shahidi F, Vives A, Vanroelen C, Benach J. Welfare states, flexible employment, and health: a critical review. *Health Policy*. 2012 Feb; 104(2):99-127.

- 305 Virtanen M, Kivimäki M, Joensuu M, Virtanen P, Elovainio M, Vahtera J. Temporary employment and health: a review. *International Journal of Epidemiology*. 2005;34(3):610–622
- 306 Cuyper N de, Jong J de, Witte H de, Isaksson K, Rigotti T, Schalk R. “Literature review of theory and research on the psychological impact of temporary employment: towards a conceptual model,” *International Journal of Management Reviews*. 2008, vol. 10, no. 1, pp. 25–5
- 307 Vives A, González F, Moncada S, Llorens C4 Benach J. Measuring precarious employment in times of crisis: the revised Employment Precariousness Scale (EPRES) in Spain. *Gac Sanit*. 2015 Sep-Oct;29(5):379-82
- 308 Muntaner C, Chung H, Solar O, Santana V, Castedo A et al. A macro-level model of employment relations and health inequalities. *Int J Health Serv*. 2010; 40(2):215-21.
- 309 Farrow A, Reynolds F. Health and safety of the older worker. *Occup Med (Lond)*. 2012 Jan;62(1):4-11
- 310 Bannai A, Tamakoshi A (2014), ‘The Association between Long Working Hours and Health: A Systematic Review of Epidemiological Evidence’, *Scand J Work Environ Health*. 2014 Jan;40(1):5-18
- 311 Drago R., Wooden M, Black D. ‘Long Work Hours: Volunteers and Conscripts’, *British Journal of Industrial Relations*. 2009; 47 (3): 571–600.
- 312 Debrand T, Lengagne P. *Working Conditions and Health of European Older Workers*. IRDES DT No 8. <http://www.irdes.fr>, 2008 (26 September 2011, date last accessed)
- 313 Ensminger ME, Celentano DD. Gender differences in the effect of unemployment on psychological distress. *Social Science and Medicine*. 1990;30(4):469–477
- 314 Artazcoz L, Borrell C, Benach J. Gender inequalities in health among workers: the relation with family demands. *J Epidemiol Community Health*. 2001; 55:639–47.
- 315 MacRae N. Women and work: a ten year retrospective. *Work*. 2005; 24:331–9.
- 316 Lunau T, Bambra C, Eikemo TA, van der Wel KA, Dragano N. A balancing act? Work-life
292 balance, health and well-being in European welfare states. *Eur J Public Health*. 2014 Jun;24(3):422-7

- 317 Leineweber C, Baltzer M, Magnusson Hanson LL, Westerlund H. Work-family conflict and health in Swedish working women and men: a 2-year prospective analysis (the SLOSH study). *Eur J Public Health*. 2013 Aug;23(4):710-6
- 318 Canivet C, Ostergren PO, Lindeberg SI, Choi B, Karasek R et al. Conflict between the work and family domains and exhaustion among vocationally active men and women. *Soc Sci Med*. 2010 Apr; 70(8):1237-45.
- 319 Blázquez Abellán G, López-Torres Hidalgo JD, Rabanales Sotos J, López-Torres López J, Val Jiménez CL. Alimentación saludable y autopercepción de salud. *Aten Primaria*. 2016 Feb 23. pii: S0212-6567(16)00023-8 [Epub ahead of print]
- 320 Stein AC; Molinero O; Salguero A; Corrêa MC; Márquez, S et al. Actividad física y salud percibida en pacientes con enfermedad coronaria Cuadernos de Psicología del Deporte, vol. 14(1): 109-116
- 321 Mache S, Jensen S, Jahn R, Steudtner M, Ochsmann E, Preuß G. Worksite Health Program Promoting Changes in Eating Behavior and Health Attitudes. *Health Promot Pract*. 2015 Nov;16(6):826-36
- 322 Donders NC, Roskes K, van der Gulden JW. Fatigue, emotional exhaustion and perceived health complaints associated with workrelated characteristics in employees with and without chronic diseases. *Int Arch Occup Environ Health*. 2007; 80:577–87.
- 323 Kivimäki M, Nyberg ST, Batty GD, Fransson EI, Heikkilä K et al. Job strain as a risk factor for coronary heart disease: a collaborative meta-analysis of individual participant data. *Lancet* 2012;380:1491–97
- 324 Kivimäki M, Leino-Arjas P, Luukkonen R, Riihimäki H, Vahtera J, Kirjonen J. Work stress and risk of cardiovascular mortality: prospective cohort study of industrial employees. *BMJ*. 2002 Oct 19; 325(7369):857.
- 325 Rosengren A, Hawken S, Ounpuu S, Sliwa K, Zubaid M et al. Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11119 cases and 13648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*. 2004 Sep 11-17; 364(9438):953-62.

- 326 Eller NH, Netterstrøm B, Gyntelberg F, Kristensen TS, Nielsen F et al. Work-related psychosocial factors and the development of ischemic heart disease: a systematic review. *Cardiol Rev* 2009; 17(2):83–97.
- 327 Vrijkotte TGM, van Doornen LJP, de Geus EJC. Effects of work stress on ambulatory blood pressure, heart rate, and heart rate variability. *Hypertension* 2000; 35(4):880–61.
- 328 Brunner EJ, Chandola T, Marmot MG. Prospective effect of job strain on general and central obesity in the Whitehall II study. *Am J Epidemiol* 2007; 165(7):828–37.
- 329 Heraclides AM, Chandola T, Witte DR, Brunner EJ. Work stress, obesity and the risk of type 2 diabetes: gender-specific bidirectional effect in the Whitehall II study. *Obesity (Silver Spring)*. 2012 Feb;20(2):428-33
- 330 Melin B, Lundberg U. A biopsychosocial approach to work-stress and musculoskeletal disorders. *J Psychophysiol* 1997;11(3):238–47
- 331 Stansfeld SA, Fuhrer R, Head J, Ferrie J, Shipley M. Work and psychiatric disorder in the Whitehall II Study. *J Psychosom Res* 1997;43(1):73–81
- 332 Dragano N, He Y, Moebus S, Jöckel KH, Erbel R et al. Two models of job stress and depressive symptoms. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007; 43:72–78.
- 333 Stansfeld SA, Shipley MJ, Head J, Fuhrer R. Repeated job strain and the risk of depression: longitudinal analyses from the Whitehall II study. *Am J Public Health* 2012;102(12):2360–6
- 334 Melchior M, Caspi A, Milne BJ, Danese A, Poulton R, Moffitt TE. Work stress precipitates depression and anxiety in young, working women and men. *Psychol Med* 2007; 37(8):1119–29.
- 335 Akerstedt T, Fredlund P, Gillberg M, Jansson B. Work load and work hours in relation to disturbed sleep and fatigue in a large representative sample. *J Psychosom Res* 2002;53(1):585–8
- 336 Sinokki M, Hinkka K, Ahola K, Koskinen S, Klaukka T et al., 2009. The association between team climate at work and mental health in the Finnish Health2000 study. *Occup Environ Med*. 2009 Aug;66(8):523-8
- 337²⁹⁴ Blix E, Perski A, Berglund H, Savic I. Long-term occupational stress is associated with regional reductions in brain tissue volumes. *PLoS One*. 2013 Jun 11;8(6):e64065

- 338 Jovanovic H, Perski A, Berglund H, Savic I. Chronic stress is linked to 5-HT(1A)receptor changes and functional disintegration of the limbic networks. *Neuroimage* 2011;55(3):1178–88
- 339 Lee SH. Gender difference in influencing factors on health related quality of life among the elderly in community. *J Digit Convergence*. 2013; 11(12):523–35.
- 340 Karasek RA, Theorell T, Schwartz JE, Schnall PL, Pieperb CF, Michela JL. Job characteristics in relation to the prevalence of myocardial infarction in the US Health Examination Survey (HES) and the Health and Nutrition Examination Survey (HANES). *Am J Public Health* 1988; 78:910–918.
- 341 Bobak M, Hertzman C, Škodova Z, Marmot M. Association between psychosocial factors at work and nonfatal myocardial infarction in a population-based case-control study in Czech men. *Epidemiology* 1998; 9:43–47.
- 342 Kivimaki M, Theorell T, Westerlund H, Vahtera J, Alfredsson L. Job strain and ischaemic disease: does the inclusion of older employees in the cohort dilute the association? The WOLF Stockholm Study. *J Epidemiol Community Health* 2008; 62: 372–374.
- 343 Chandola T, Britton A, Brunner E, Hemingway H, Malik Met al. Work stress and coronary heart disease: what are the mechanisms? *Eur Heart J* 2008;29:640–648
- 344 Kuper H, Marmot M. Job strain, job demands, decision latitude, and risk of coronary heart disease within the Whitehall II study. *J Epidemiol Community Health* 2003;57:147–153
- 345 Mc Carthy VJ, Perry IJ, Greiner BA. Age, job characteristics and coronary health. *Occup Med (Lond)*. 2012 Dec;62(8):613-9
- 346 Belkic KL, Landsbergis PA, Schnall PL, Baker D. Is job strain a major source of cardiovascular disease risk? *Scand J Work Environ Health* 2004; 30:85–128.
- 347 Kivimaki M, Elovainio M, Vahtera J. Workplace bullying and sickness absence in hospital staff. *Occup Environ Med* 2000;57(10):656–60.[81]
- 348 Nolfi G, Petrella C, Zontini G, Uttieri S. 2010. Association between bullying at work and mental disorders: Gender differences in the Italian people. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2010 Nov;45(11):1037-41

- 349 Kivimäki M, Virtanen M, Kawachi I, Nyberg ST, Alfredsson L, Batty GD et al. Long working hours, socioeconomic status, and the risk of incident type 2 diabetes: a meta-analysis of published and unpublished data from 222 120 individuals. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2015 Jan;3 (1):27-34.
- 350 Ferrie JE, Head J, Shipley MJ, Vahtera J, Marmot MG, Kivimaki M. Injustice at work and incidence of psychiatric morbidity: the Whitehall II study. *Occup Environ Med* 2006; 63(7):443–50.
- 351 Vartia MA. Consequences of workplace bullying with respect to the well-being of its targets and the observers of bullying. *Scand J Work Environ Health.* 2001; 27(1):63–9.
- 352 Zapf D, Knortz C, Kulla M. On the relationship between mobbing factors and job content, social work environment, and health outcomes. *Eur J Work Organiz Psychol* 1996; 5:215–37.
- 353 Krieger N. 1990. Racial and gender discrimination: Risk factors for high blood pressure? *Soc Sci Med* 30:1273–1281
- 354 Park SG, Min KB, Chang SJ, Kim HC, Min JY. Job stress and depressive symptoms among Korean employees: the effects of culture on work. *Int Arch Occup Environ Health.* 2009 Feb;82(3):397-405
- 355 Krieger N, Chen JT, Waterman PD, Hartman C, Stoddard AM et al. 2008. The inverse hazard law: Blood pressure, sexual harassment, racial discrimination, workplace abuse and occupational exposures in US low-income Black, White and Latino workers. *Soc Sci Med* 67:1970–1981
- 356 Levy, B. R., Ashman, O. and Dior, I. Be or not to be: the effects of ageing stereotypes on the will to live. *Omega: Journal of Death and Dying.* 1999 40,409–420
- 357 Van Den Berg TIJ, Elders LAM, Burdorf A. Influence of health and work on early retirement. *J Occup Environ Med* 2010, 52(6):576–583.
- 358 Loh V, Kendig H. Productive engagement across the life course: Paid work and beyond. *Australian Journal of Social Issues.* 2013 48, 111-138. Retrieved from <https://digitalcollections.anu.edu.au/bitstream/1885/11340/1/LohandKendig2013Productiveengagementacrossthelifecourse.pdf>

- 359 Majeed T, Forder P, Byles J. Employment status and chronic diseases: A cross-sectional study among 60-64 year old men and women. *International Journal of Aging and Society*. 2014, 3(3), 33-43
- 360 Buckley J, O'Dwyer L, Tucker G, Adams R, Wittert G, Hugo G. Are baby-boomers healthy enough to keep working? Health as a mediator of extended labour force participation. *Australian Journal of Social Issues*. 2013; 48: 197-221.
- 361 Robroek SJ, Reeuwijk KG, Hillier FC, Bambra CL, van Rijn RM, Burdorf A. The contribution of overweight, obesity, and lack of physical activity to exit from paid employment: a meta-analysis. *Scand J Work Environ Health*. 2013 May 1; 39(3):233-40.
- 362 Gommans F, Jansen N, Stynen D, de Grip A, Kant I. The ageing shift worker: a prospective cohort study on need for recovery, disability, and retirement intentions. *Scand J Work Environ Health*. 2015 Jul;41(4):356-67
- 363 De Vaus D, Wells Y, Kending H, et al. Does gradual retirement have better outcomes than abrupt retirement? Results from an Australian panel study. *Ageing Soc* 2007;27:667–82
- 364 Nordenmark M, Stattin M. Psychosocial wellbeing and reasons for retirement in Sweden. *Ageing Soc* 2009;29:413–30
- 365 Mykletun R, Furunes T. The Ageing Workforce Management Programme in Vatenfall AB Nordic, Sweden. In Ennals R and Salomon RH (eds) *Older workers in a sustainable society*. Labor, Education & Society. Frankfurt: Peter Lang, 2011, pp.93–106.
- 366 Ilmarinen J, Tuomi K, Klockars M. Changes in the work ability of active employees over an 11-year period. *Scand J Work Environ Health*. 1997 23 suppl 1:49–57.
- 367 Welch LS. Improving work ability in construction workers – let's get to work. *Scand J Work Environ Health*. 2009; 35 (5):321–324.
- 368 Virtanen M, Kawachi I, Oksanen T, Salo P, Tuisku K et al. Socioeconomic differences in long-term psychiatric work disability: prospective cohort study of onset, recovery and recurrence. *Occup Environ Med*. 2011 Nov;68(11):791-8
- 369 Leinonen T, Pietiläinen O, Laaksonen M, Rahkonen O, Lahelma E, Martikainen P. Occupational social class and disability retirement among municipal employees - 2017

- contribution of health behaviors and working conditions. *Scand J Work Environ Health*. 2011;37 (6);464–472.
- 370 Feldt T, Hyvönen K, Mäkikangas A, Kinnunen U, Kokko K. Development trajectories of Finnish managers' work ability. *Scand J Work Environ Health*. 2009 Jan;35(1):37-47
- 371 Nilsson K, Hydbom AR, Rylander L. Factors influencing the decision to extend working life or retire. *Scand J Work Environ Health*. 2011 Nov; 37(6):473-80.
- 372 Conway PM, Campanini P, Punzi S, Fichera GP, Camerino D et al. Work stress, common mental disorders and work ability index among call center workers of an Italian company. *Epidemiol Prev*. 2013; 37:17–28.
- 373 Tuomi K, Ilmarinen J, Martikainen R, Aalto L, Klockars M. Aging, work, life-style and work ability among Finnish municipal workers in 1981–1992. *Scand J Work Environ Health* 1997; 23: 58–65.
- 374 Tuomi K, Huuntanen P, Nykyri E, Ilmarinen J. et al. Promotion of work ability, the quality of work and retirement. *Occup Med* 2001; 51: 318–24.
- 375 Forma P, Tuominen E and Väänänen-Tomppo I. Who wants to continue at work? Finnish pension reform and the future plans of older workers. *Eur J Soc Sec* 2005; 7: 227–50.
- 376 Li H, Liu Z, Liu R, Li L, Lin A. The relationship between work stress and work ability among power supply workers in Guangdong, China: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2016 Feb 6; 16(1):123.
- 377 Habibi E, Dehghan H, Safari S, Mahaki B, Hassanzadeh A. Effects of workrelated stress on work ability index among refinery workers. *J Educ Health Promot*. 2014; 3:18.
- 378 Bethge M, Radoschewski FM, Gutenbrunner C. Effort-reward imbalance and work ability: cross-sectional and longitudinal findings from the Second German Sociomedical Panel of Employees. *BMC Public Health*. 2012;12:875.
- 379 Ilmarinen J. *Toward a longer working life: Aging and quality of working life in the European Union*. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health, 2006
- 380 Nilsson K. Why work beyond 65? Discourse on the decision to continue working or retire
298 early. *Nordic J Working Life Studies* 2012; 2:7–28.

- 381 Malik SH, Blake H, Suggs LS. A systematic review of workplace health promotion interventions for increasing physical activity. *Brit J Health Psychol.* 2014; 19:149–80.
- 382 Osilla KC, Busum KV, Schnyer C, Larkin JW, Eibner C, Mattke S. Systematic review of the impact of worksite wellness programs. *Am J Manag Care.* 2012;18:e68–81
- 383 Goetzel RZ, Henke RM, Tabrizi M, Pelletier KR, Loeppke R, et al. Do workplace health promotion (wellness) programs work? *J Occup Environ Med.* 2014; 56: 927–34.
- 384 Rongen A, Robroek SJW, Lenthe FJV, Burdorf A. Workplace health promotion. A meta-analysis of effectiveness. *Am J Prev Med.* 2013; 44: 406–15.
- 385 von Bonsdorff ME, Huuhtanen P, Tuomi K, Seitsamo J. Predictors of employees' early retirement intentions: an 11-year longitudinal study. *Occup Med (Lond).* 2010 Mar;60(2):94-100.