



MÁSTER EN PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNANDEZ

Estado de la salud de las mujeres trabajadoras pertenecientes a un Servicio de Prevención de la Región de Murcia

Alumna: Dña. M^a Isabel Fernández Valverde

Director: D. Javier Campos Serna

Junio 2018



INFORME DEL DIRECTOR DEL TRABAJO FIN MASTER DEL MASTER UNIVERSITARIO EN PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

D. Javier Campos Serna, Tutor del Trabajo Fin de Máster, titulado *Estado de la salud de las mujeres trabajadoras pertenecientes a un Servicio de Prevención de la Región de Murcia* y realizado por la estudiante D^a M^a Isabel Fernández Valverde.

Hace constar que el TFM ha sido realizado bajo mi supervisión y reúne los requisitos para ser evaluado.

Fecha de la autorización: 05/06/2018

Fdo.: D. Javier Campos
Serna Tutor TFM



MASTER UNIVERSITARIO EN PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES
Campus de Sant Joan - Carretera Alicante-Valencia Km. 87
03550 San Juan (Alicante) ESPAÑA Tfno: 965919525
E-mail: masterprl@umh.es

RESUMEN

Objetivo: Analizar el estado de la salud de las mujeres trabajadoras pertenecientes a un Servicio de Prevención de Riesgos Laborales de la región de Murcia en el año 2017.

Metodología: Estudio descriptivo transversal de una muestra de 1.043 trabajadoras que accedieron al reconocimiento médico en un SPRL de la Región de Murcia durante 2017. Se calcularon las frecuencias absolutas y relativas, la media, la moda, la mediana y la desviación típica. Se calculó el p-valor mediante la Chi-Cuadrado y se exploró una posible asociación entre variables de exposición y resultado mediante el cálculo de la Odds Ratio cruda e intervalos de confianza al 95%. Variables de exposición: tener hijos y clase social ocupacional. Variables de resultado: salud física, mental, hábitos saludables, riesgo cardiovascular y accidentes de trabajo.

Resultados: El 67,4% de las trabajadoras pertenecen a la clase manual, el 58% tienen hijos, el 67,3% una edad entre 26-45 años, el 29,2% lleva en la empresa 5 años y un 4% refirió algún accidente de trabajo. Un 39,3% presenta obesidad/sobrepeso, bebe alcohol un 43%, fuma el 34,8% y son sedentarias el 31,9%. Tener hijos o pertenecer a la clase manual podría actuar como un factor protector frente al consumo de alcohol con una ORc=0.58 IC95% [0.45-0.75] y ORc=0.60 IC95% [0.46-0.78] respectivamente. Por otro lado, tener hijos o pertenecer a la clase manual podría ser un factor de riesgo para sobrepeso/obesidad ORc= 2.00 IC95% [1.48-2.60] y ORc=2.18 IC95% [1.65-2.89], TAS elevada ORc= 3.63 IC95% [2.33-5.69] y ORc=2.72 IC95% [1.70-4.35] y presencia de enfermedades endocrinas, ginecológicas o de la piel con una ORc= 1.76 IC95% [1.27-2.45] y ORc=1.7 IC95% [1.19-2.43], respectivamente.

Conclusiones: La mayoría de las trabajadoras de nuestra población de estudio presentan una buena salud física y mental, buenos hábitos de salud y bajo riesgo cardiovascular; no obstante, el tener hijos o pertenecer a la clase social ocupacional manual podría actuar como determinantes de su salud.

Palabras clave: mujer, salud laboral, reconocimientos de salud, determinantes de salud laboral.

INDICE

Contenido

RESUMEN	3
1. JUSTIFICACION	5
2. INTRODUCCION	7
3. OBJETIVOS	17
3.1 Objetivo principal.....	17
3.2 Objetivos específicos.....	17
4. METODOLOGIA	18
4.1 Clasificación de variables	20
4.2 Definición de variables	21
4.2.1 Variables independientes, causales o de exposición:	21
4.2.2 Variables dependientes, de efecto o de salud:	24
4.3 Técnicas de análisis de datos	37
5. RESULTADOS	38
6. DISCUSION	69
7. CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES	75
8. BIBLIOGRAFIA	80
9. ABREVIATURAS.....	87
10. ANEXOS.....	88

1. JUSTIFICACION

La protección a la salud de los trabajadores se puede llevar a cabo, entre otras medidas, con la vigilancia de la salud, que se regula en el art. 22 de la LPRL (1).

La vigilancia del estado de salud de los trabajadores es específica para cada trabajador y se realiza en función de los riesgos inherentes al trabajo (2). Esta vigilancia que se manifiesta a través de los reconocimientos médicos, donde se concibe como un derecho de los trabajadores, aunque no contempla la variable del género (3).

Son muchos los estudios que se han centrado en analizar el estado de la salud laboral de los trabajadores como un colectivo único, suponiendo que los determinantes de su salud se comportan de manera similar, sin embargo, son escasos los estudios que lo han hecho centrándose exclusivamente en las mujeres trabajadoras y la mayor parte de investigaciones se han realizado centradas solo en hombres (4-6).

Tampoco se han realizado muchas investigaciones teniendo en cuenta a las mujeres en la estratificación social (4, 7), ya que trabajan menos años que sus parejas e interrumpen con más frecuencia su trabajo a causa de sus cargas reproductivas y de cuidados de los hijos y otras personas dependientes del entorno familiar (8).

El colectivo de las mujeres trabajadoras tiene unas necesidades socioculturales y sensibilidades biológicas que varían respecto a los hombres, en el que los determinantes de su salud laboral pueden estar actuando de manera diferente y provocando problemas de salud específicos que pueden quedar ocultos al estudiar esta población en el mismo conjunto junto con los hombres. Estudios previos han mostrado como la exposición a los riesgos laborales se distribuyen de manera desigual entre hombres y mujeres, aun ocupando el mismo puesto de trabajo, lo que lleva unos daños a la salud específicos (9, 10).

Por ejemplo, en la categoría de la limpieza las tareas se distribuyen de manera desigual entre hombres y mujeres. Mientras que los hombres acaban asumiendo aquellas tareas que implican el uso de maquinarias como aspiradoras y de movilización de cargas pesadas, las mujeres acaban realizando las tareas más manuales que implican movilización de pequeñas cargas, pero de manera repetida. Si bien la primera conllevará más dolencias de la región lumbar, la segunda estará más relacionada con por ejemplo el síndrome del túnel carpiano (9, 10). Esta diferente distribución de las tareas entre hombres y mujeres aún en la misma ocupación se realiza bajo la asunción de unos constructos sociales de lo que es ser mujer y ser hombre que ha llevado a la mujer a una situación de supuesta inferioridad respecto a los hombres en el lugar de trabajo y por lo tanto son injustas y evitables (11).

Tras mi experiencia durante ocho años como enfermera en el departamento de vigilancia de la salud de un SPRL y observar a la población trabajadora que se sometía a los reconocimientos médicos, me llamó la atención que la mayoría de reconocimientos se realizaban a hombres. Entre las mujeres, observé que se repetían similares peculiaridades como, por ejemplo, predominaban las jóvenes, los reconocimientos que realizaban eran iniciales, solían ocupar los mismos puestos de trabajo y muchas referían padecer síndrome ansioso-depresivo entre otros. Estos aspectos despertaron mi curiosidad para investigar las características laborales y de salud de las mujeres trabajadoras.

Desde un punto de vista de la vigilancia de la salud, sería muy necesario realizar estudios centrados en cuestiones de salud laboral enfocados desde la perspectiva de género y esto es, incluyendo en la vigilancia de la salud, características pertinentes a las mujeres. Entre otros, estos estudios deberían incluir aspectos relacionados no solo con su salud física y mental sino también en relación con la conciliación de la vida familiar y laboral, así como de sus condiciones de trabajo incluyendo horarios, turnos, tipo de contrato y salarios. Si bien, en las investigaciones realizadas hasta ahora se han prestado menos atención a la prevención de riesgos laborales de las mujeres así como de los trabajos tradicionalmente feminizados (12), integrar la perspectiva de género en las actividades de prevención laboral sería altamente necesaria para mejorar la salud no solo de las mujeres, sino también de los hombres.

Por estos motivos, el presente estudio se centrará en las mujeres trabajadoras de la región de Murcia dependientes de un SPRL e intentará una primera aproximación a su estado de salud y a la identificación de sus posibles determinantes. Para ello, se utilizarán a través de los resultados de los exámenes de salud que las empresas ofertan de manera periódica a sus trabajares a través de los SPRL.

Igualmente, este estudio contribuirá en su modesta medida, a proporcionar información para un diseño de las políticas de prevención y promoción de la salud laboral más eficiente y eficaz en lo que respecta a los problemas de salud de las mujeres trabajadoras que pasarán a tener una mayor relevancia en dichas políticas.

2. INTRODUCCION

Durante los últimos treinta años se han producido varios e importantes cambios dentro del mercado de trabajo. Podríamos decir que el más significativo ha sido la incorporación de las mujeres a la actividad remunerada (13, 14).

En España, la reciente incorporación de las mujeres al mercado laboral representa uno de los fenómenos socio laborales más relevantes de las últimas décadas del siglo XX, aunque esta incorporación se ha producido en condiciones desfavorables con respecto a los hombres (13-15).

Desde principios de los años ochenta, hemos ido observando cambios en los patrones sociolaborales, así como el aumento del número de mujeres que desean realizar una actividad laboral. Si tradicionalmente lo que se observaba es que aquellas mujeres que accedían al mercado de trabajo lo abandonaban cuando se casaban o tenían su primer hijo, hoy en día, se observa que la tasa de permanencia es mayor; de hecho, las mujeres casadas, incluso las que tienen hijos pequeños en casa, constituyen el grupo cuyas tasas de actividad y ocupación han aumentado más (16).

A pesar de los progresos experimentados en la participación laboral de las mujeres, su situación en el mercado de trabajo aún se caracteriza por la desigualdad respecto a la situación de los hombres. La presencia de ambos no es la misma, ya que las tasas de actividad y ocupación de las mujeres están aún por debajo de las de los hombres. Las desigualdades que sufren las mujeres no solo se manifiestan en términos de participación o de dificultades en el acceso al empleo, muchas mujeres ocupadas sufren las consecuencias de la segregación laboral y de la precariedad, sobre todo por la escasa flexibilización del mercado de trabajo y por la falta de políticas de empleo enfocadas a la conciliación de la vida familiar y laboral, provocando una situación con doble carga dentro del hogar y afectando a su salud en general (16, 17).

Desde hace siglos, se ha tenido la concepción de relacionar el trabajo con el género, cuando se comenzó a asumir una organización de la vida doméstica y de la producción social. Así, a los hombres se les ha relacionado con el trabajo de fuerza mientras que a las mujeres se le ha asignado a un rol de trabajo doméstico con tareas de apoyo social y de cuidados. Esta organización atiende a lo que se ha denominado como división sexual del trabajo (18).

Esta división sexual del trabajo afecta a la salud de las mujeres de una forma diferente:

- Los trabajos de las mujeres presentan unas características específicas con (repetición, monotonía, esfuerzo estático, múltiples responsabilidades simultáneas) que, con el tiempo, pueden afectar a la salud física y mental.
- Los espacios, los equipos de trabajo, los horarios diseñados en relación con el cuerpo masculino y el estilo de vida de los hombres pueden causar problemas como estrés y ansiedad.
- La discriminación por razón de género.
- La segregación laboral con infrarrepresentación en algunos trabajos, su sobrerrepresentación en otros y la ocupación de puestos de menor categoría incluso cuando trabajan en el mismo sector y ejercen la misma profesión, puede comportar riesgos para la salud ya que implica la fragmentación de las tareas, con diferentes tipos de exigencias y tensiones (19-21).

Los datos estadísticos y las encuestas muestran que existe un alto índice de segregación de género en la estructura de empleo de la UE, incluso en países con altas tasas de empleo femenino (22).

Las diferencias de género causan desigualdad en las condiciones al empleo y en la exposición a los riesgos laborales en la empresa. Encontramos que la precariedad laboral es más alta en las mujeres (un 19% de paro en las mujeres frente a un 9% en los hombres), así como la contratación temporal. Los hombres están más expuestos a riesgos físicos y padecen más accidentes laborales; mientras que las mujeres lo están más a riesgos psicosociales, principalmente las trabajadoras manuales (23).

Sigue existiendo segregación vertical, aunque las mujeres estén consiguiendo puestos de trabajo históricamente de hombres, lo hacen en las ocupaciones de menor categoría laboral, mientras que cuando los hombres ocupan puestos clásicos de mujeres, son sobre-representados en los niveles de más responsabilidad (12, 17).

La segregación horizontal por sexo es causante de buena parte de la diferencia salarial que sufren las mujeres en el mercado de trabajo (24, 25).

La necesidad de compatibilizar trabajo y familia, por ser estos cuidados un rol tradicionalmente asignado a las mujeres en nuestro país, lo que las ha llevado a las mujeres, en muchos casos, a desarrollar su trabajo remunerado en determinados sectores económicos y ocupaciones, diferentes a los que ocupan los hombres, lo que es causa de desigualdades en cuanto a la exposición a los riesgos laborales. Esto significa que la mayoría de los trabajadores desempeñan ocupaciones que pueden ser consideradas “femeninas” o “masculinas” (26).

Sucede lo mismo con la actividad que realizan. Dos tercios de las mujeres ocupadas desempeñan su actividad mayoritariamente en trabajos de oficina, en el sector servicios y comercio, las ramas de actividad que tradicionalmente han empleado un mayor número de mujeres y tradicionalmente han sido consideradas profesiones feminizadas. Destacan también las mujeres que trabajan en las actividades sanitarias y de servicios sociales, las que trabajan en educación, en hostelería y, en menor medida, las actividades de los hogares, la industria manufacturera y la administración pública (14).

Al igual que sucede en otros países desarrollados, existe una segregación horizontal del mercado de trabajo: las mujeres trabajan en sectores de actividad donde suelen ocupar puestos en los que suelen reproducir el papel tradicional del cuidado de la familia y el hogar (por ejemplo, puestos dedicados al cuidado de los demás sanidad, cocineras en la hostelería, la enseñanza o el servicio doméstico) (23) y existiendo diferencia salarial aun ocupando el mismo puesto de trabajo (25).

En las profesiones menos cualificadas, la proporción de mujeres es desproporcional en el sector de la limpieza y la agricultura (22).

En España, desde 1994, de los 6,1 millones de personas que se han incorporado al mercado de trabajo, más de la mitad (3,4 millones) han sido mujeres. Esto ha permitido que la diferencia entre la tasa de participación de hombres y mujeres se haya reducido en algo más de veinte puntos porcentuales y que las tasas de empleo también se hayan aproximado (14, 27).

En la última década, España ha evolucionado hacia un mayor protagonismo de la mujer debido al proceso de incorporación masiva al mercado de trabajo.

La reducción de la brecha de actividad, empleo y paro por razón de género que se viene observando en España a lo largo de la última década se ha estabilizado en 2016. En estos momentos apenas existen diferencias de género relevantes entre los jóvenes, donde se han reducido significativamente. Sin embargo, estas diferencias de género aún son marcadas entre los grupos de las trabajadoras de edades más avanzadas (14).

Los últimos datos que podemos encontrar en la Encuesta de Población Activa (cuarto trimestre del 2017) del Instituto Nacional de Estadística, nos indican que el empleo aumenta este trimestre en 30.400 en las mujeres y disminuye en 81.300 entre los hombres. Fenómeno que se debe principalmente a que la crisis económica ha castigado en nuestro país a un sector de actividad laboral fuertemente masculinizado como lo es el de la construcción.

En el año 2017, el empleo se ha incrementado en 267.300 hombres y 222.900 mujeres. Aun así, nos encontramos con el 53,33 % de mujeres en situación activa frente al 64,57 % de los hombres.

A nivel nacional, la cifra de ocupados a “tiempo completo” fue de 9.605.000 hombres frente a 6.6587.000 mujeres y la cifra de ocupados a “tiempo parcial” fue de 733.000 hombres frente a 2.072.000 mujeres.

Respecto a los datos registrados en la Región de Murcia, las cifras indicaron una tasa de actividad del 52,07% y una tasa de paro del 19,94% para las mujeres, que comparándolas con las de los hombres, tuvieron una tasa de actividad del 66,7% con una tasa de paro del 15,05% (28).

Se puede observar una mejoría de la situación, aunque todavía sigue existiendo diferencia dado que las tasas de empleo siguen siendo más altas para los hombres, y las tasas de paro siguen siendo más desfavorables para las mujeres.

Estos hechos junto con el tipo de contrato, los riesgos de su puesto y las responsabilidades domésticas, hacen que las condiciones de trabajo de las mujeres puedan diferir de las de los hombres, afectando a su salud y la seguridad en el trabajo (22).

Si echamos la vista atrás, observamos que la legislación en materia de seguridad y salud en el trabajo (SST) desde su comienzo era discriminatoria, ya que imponía restricciones por la contratación de mujeres en determinadas profesiones o les prohibía realizar determinadas tareas. Solamente se centraba en los riesgos de los trabajos en los que predominaban los hombres, en la seguridad, los accidentes, los peligros de las máquinas y los trabajos de alto riesgo. Este enfoque, a menudo basado en información científica muy limitada, tenía consecuencias discriminatorias en la contratación de mujeres y no mejoraba las condiciones de trabajo para ninguno de los dos géneros (19, 29).

En el año 2006 la UE propone acciones por la Igualdad de Género a través del Pacto Europeo y su promoción fuera de la Unión Europea, en el que se piden medidas para promover el acceso de la mujer al mercado de trabajo, en condiciones de igualdad con los hombres en cuanto a remuneración, y para desarrollar planes de igualdad en las empresas (30).

En 2007 nace en España la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres, con objeto de hacer cumplir el derecho de igualdad mediante la eliminación de la discriminación de la mujer, sobre todo en el trabajo (31).

En 2012 la OIT publica el programa “Igualdad de Género y Trabajo Decente”, donde se insta por un trabajo productivo y decente, en condiciones de libertad, seguridad, equidad, dignidad humana, justicia e igualdad para hombres y mujeres (32).

La última estrategia que encontramos es el Pacto Europeo por la Igualdad de Género (2011-2020), en ella, se persigue reducir las desigualdades en cuanto a empleo y protección social, promover un mejor equilibrio entre vida laboral y vida privada para mujeres y aumentar hasta el 75 % la tasa de empleo femenina de entre 20 y 64 años (21, 33) .

Si observamos los datos de la Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo de 2015, el 37% de los trabajadores consideró que su trabajo afectaba de forma negativa a su salud ya que asociaron la actividad laboral con el deterioro de su salud (34).

Este hecho, puede llevar a la aparición de los trastornos de la salud, que, pese a no ser originados exclusivamente por el trabajo, se ven influidos por las condiciones laborales. Estos han sido denominados por la OMS con el concepto de “enfermedades relacionadas con el trabajo” (35).

En la actualidad resulta complicado relacionar las alteraciones de salud con el trabajo. Un mal diseño ergonómico del mobiliario, por ejemplo, puede provocar problemas de espalda, pero es muy difícil determinar si ese dolor ha podido ser originado por el trabajo o fuera de él. Otras veces son factores de predisposición genética o los efectos de una determinada exposición los que pueden afectar a la salud (36).

En la evaluación de riesgos sensible al género, en la que se examinan los trabajos y tareas reales llevados a cabo, es donde se demuestra que el trabajo que desempeñan las mujeres no es menos exigente físicamente que el de los hombres y que a menudo implica esfuerzos físicos adicionales, así como presiones y factores de estrés que son menos comunes en el trabajo de los hombres (19, 29).

Sin embargo, en la identificación de los riesgos, se tiene en cuenta a hombres y mujeres como iguales en factores fisiológicos, antropométricos, hormonales y sociales cuando realmente no lo son y se les considera diferentes en aspectos como capacidad de trabajo, aptitudes técnicas, dotes de organización incluso en la posibilidad de enfermar de patologías tradicionalmente “masculinas” como las cardiovasculares (37).

En la Conferencia de Beijing de 1995, la plataforma para la Acción de la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer dedicó un objetivo estratégico para plantear la necesidad de preparar y difundir datos e información destinados a la planificación y la evaluación desglosados por sexo. Recomendó “Recoger, compilar y analizar, y presentar periódicamente datos desglosados por edad, sexo, indicadores socioeconómicos, indicadores de salud y otros pertinentes, incluido el número de familiares a cargo, para utilizarlos en la planificación y aplicación de políticas y programas”; y “Promover el desarrollo de métodos estadísticos para mejorar los datos relacionados con la mujer en el desarrollo económico, social, de salud, cultural y político” (15).

La Comisión Europea ha defendido la necesidad de considerar con mayor detenimiento la seguridad y la salud laborales de las mujeres y ha destacado las cuestiones de género en su última estrategia de SST. Esta, informa sobre la creciente participación de las mujeres en el mercado de trabajo y reconoce las diferencias de género en la incidencia de los accidentes y enfermedades laborales.

En el año 2002, la UE estableció una serie de directrices de empleo que los Estados miembros tendrían que cumplir y que preveían aumentar la participación de la mujer en el trabajo. En estas, se consideraron cuestiones como la igualdad de género, la seguridad y la salud en el trabajo, la flexibilidad y la seguridad, la integración y el acceso al mercado de trabajo, la organización del trabajo y el equilibrio entre trabajo y vida familiar (12).

En las investigaciones, no se debe ignorar a las mujeres o a los trabajos que estas realizan, ya que, si no se pasarán por alto los riesgos y, estas serán ignoradas en los programas de prevención y en futuras investigaciones.

El éxito de la prevención y la eficacia de la formulación de políticas y estrategias se basan en disponer de una buena información. Las políticas en materia de SST, la legislación, los programas de prevención, la prestación de servicios de medicina laboral y las inspecciones de trabajo se basan en los análisis de riesgos. Si se ocultan los riesgos que afectan a las mujeres, esto se traducirá en un trato desigual (12).

En la mayoría de situaciones, parece más importante saber si un determinado trabajo tiene algo que ver con la aparición de una enfermedad que decidir si dicha enfermedad se debe única y exclusivamente al trabajo.

En este panorama, la vigilancia de la salud adquiere una nueva dimensión puesto que puede servir tanto para detectar nuevos problemas como para saber si algo está fallando en la prevención.

Ello requiere una nueva orientación de los reconocimientos médicos tradicionales y así se recoge en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales 31/1995, de 8 de noviembre, en el artículo 22 de Vigilancia de la Salud (38, 39).

La Vigilancia de la Salud, consiste en la recogida sistemática y continua de datos acerca de un problema específico de salud; su análisis, interpretación y utilización en la planificación, implementación y evaluación de programas de salud. En el ámbito de la salud laboral, esta vigilancia se ejerce mediante la observación continuada de la distribución y tendencia de las condiciones de trabajo (factores de riesgo) y los efectos de los mismos sobre el trabajador (riesgos) (40).

Dentro de las características de la Vigilancia de la Salud encontramos que:

- El empresario garantizará a sus trabajadores la vigilancia periódica de su salud.

- Esta, se realizará en función del o de los riesgos a los que está sometido el trabajador en el lugar de trabajo.
- Es un derecho del trabajador y una obligación del empresario, siendo, como regla general, voluntaria.
- La información médica derivada de la vigilancia será confidencial.
- Será gratuita para el trabajador y el coste económico recaerá sobre el empresario (40).

La valoración y evaluación de estos resultados, permite establecer prioridades de actuación en materia de prevención de riesgos en la empresa para motivar la revisión de las actuaciones preventivas en función de la aparición de datos en la población trabajadora y evaluar la eficacia del plan de prevención de riesgos laborales a través de la evolución del estado de salud del colectivo de trabajadores (40).

El reconocimiento médico equivale a examen de salud y consiste en observar o analizar distintos aspectos de una persona para determinar si goza de buena salud o sufre algún tipo de alteración.

Este tipo de exámenes de salud son realizados por los profesionales de enfermería y medicina del trabajo, dentro de la Unidad Básica de Salud, donde desarrollan su labor llevando a cabo tareas de control de la salud de los trabajadores como encuestas de salud, controles biológicos, estudios de absentismo, estadísticas de accidentes, etc. Básicamente, todo lo que aporte información sobre la salud de los trabajadores (38, 41).

Las actividades que realizan están dirigidas tanto a individuos como a colectividades y están orientadas a la prevención de los riesgos laborales, cuyos objetivos serían la identificación de problemas de salud y la evaluación de intervenciones preventivas (41).

Estas funciones están incluidas dentro de las actividades de Vigilancia de la Salud desarrolladas dentro de los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales (S.P.R.L), como recoge la Ley 44/2003 de 21 de Noviembre de Ordenación de las Profesiones Sanitarias en el artículo 16 (42).

El personal sanitario deberá analizar los resultados de la vigilancia de la salud y de la evaluación de los riesgos, a fin de investigar y analizar las posibles relaciones entre la exposición a los riesgos profesionales y los perjuicios para la salud, para proponer medidas encaminadas a mejorar las condiciones de trabajo, salud y medio ambiente (43).

Dentro de los problemas de salud más comunes en la UE relacionados con el trabajo, nos encontramos con los trastornos musculoesqueléticos, el estrés y el cansancio general.

Los trastornos musculoesqueléticos están relacionados con la exposición a unas malas condiciones ergonómicas. Las mujeres suelen trabajar en condiciones asociadas a este tipo

de trastornos y estas afecciones tienen varios elementos causales comunes entre los que destacan: trabajos que exigen posturas forzadas, la permanencia en inmovilidad durante períodos prolongados, los movimientos repetitivos sin períodos de descanso adecuados, tareas monótonas y repetitivas, métodos de trabajo inadecuados, organización del trabajo incorrecta y, más a menudo de lo que se piensa, movimiento manual de cargas (44).

Estos abarcan una amplia gama de problemas de salud, siendo los principales el dolor de espalda y las dolencias de las extremidades superiores, como el cuello, los hombros, los codos, los brazos, las muñecas y las manos (45).

Las encuestas europeas muestran que son unos de los problemas de salud laboral más comunes y que están aumentando.

Las mujeres también están más expuestas a algunos factores de estrés debido al tipo de trabajo que realizan, su posición en la jerarquía de la organización, la discriminación, el acoso sexual y su situación fuera del trabajo.

Se ha asociado un alto nivel de estrés laboral con mayores índices de episodios de depresión, síndrome depresivo y disforia (46).

Los hábitos de salud que son llevados a cabo por la población trabajadora también podrían influir en el trabajo y en sus condiciones laborales.

La inactividad física, por ejemplo, ha aumentado en muchos países, y ello ha influido en la prevalencia de enfermedades no transmisibles (ENT) y en la salud en general de la población (47).

La inactividad física constituye el cuarto factor de riesgo más importante de mortalidad en todo el mundo (6% de defunciones a nivel mundial). Sólo la superan la hipertensión (13%), el consumo de tabaco (9%) y el exceso de glucosa en la sangre (6%). El sobrepeso y la obesidad representan un 5% de la mortalidad mundial.

El sedentarismo aumenta la prevalencia de ENT (por ejemplo, enfermedades cardiovasculares, diabetes o cáncer) y en sus factores de riesgo, como la hipertensión, la diabetes, el tabaquismo, las dietas insanas o el sobrepeso (47).

El consumo elevado de alcohol es una de las principales causas de morbilidad y deterioro de la calidad de vida, y ocasiona una de cada diez defunciones de adultos en el mundo. Puede ocasionar cáncer, enfermedades cardiovasculares y cirrosis hepática (48).

Aproximadamente, cada año mueren en el mundo 1,5 millones de mujeres como consecuencia del consumo de tabaco (49). La OMS considera que, de mantenerse las tendencias actuales, para el año 2030 el tabaquismo será la principal causa de muerte en el mundo. Sin embargo, es la principal causa de mortalidad prevenible a nivel mundial (50).

Es por ello que las ENT constituyen la principal causa de muerte a nivel mundial y se podría prevenir un alto porcentaje mediante la reducción de sus factores de riesgo más importantes (48).

Para prevenir las situaciones de desigualdad laboral y de salud, se evidencia la necesidad de insistir en la producción de estadísticas con enfoque de género (17).

En España, a diferencia de los países nórdicos europeos, Reino Unido, Estados Unidos o Canadá, donde la investigación sobre el papel de los trabajos como determinantes sociales del estado de salud tiene una larga tradición, podemos encontrar pocos estudios de esta naturaleza (4, 51).

Las desigualdades en salud comenzaron a estudiarse básicamente cerca de los años 80, en Gran Bretaña, gracias al informe Black (*The Black report*) (52), en el que se demostró, por medio de datos estadísticos, que el riesgo de morir era mayor en las clases sociales más bajas (53).

Tras él, diversos estudios han puesto de manifiesto que las personas de las clases sociales más desventajadas son las que presentaban peor salud, al contrario que las clases sociales más aventajadas (4, 54-58), entendiendo por clase social al tipo de actividad laboral realizada.

Entre los factores más importantes que constituyen la posición social se deben incluir las condiciones de trabajo y empleo (58).

Según el *British Registrar General*, la ocupación de las diferentes clases sociales entre los hombres y las mujeres, no eran las mismas, ya que, mientras los hombres se hallaban en mayor proporción en las clases I (profesionales), II (ocupaciones intermedias) y IV (profesiones manuales semi-cualificadas), las mujeres se encontraban principalmente en la III (trabajadores/as cualificados/as manuales y no manuales) y la V (profesiones manuales no cualificadas) (4).

Hoy en día podemos observar que la mayoría de las mujeres se concentran especialmente en puestos no manuales, pero de baja cualificación: administrativas, empleadas del sector de la restauración y dependientas de comercio y trabajadoras no cualificadas de servicios (4, 59).

Muchos estudios han puesto en evidencia que las desigualdades en salud son enormes y en muchos casos causan un exceso de mortalidad y una morbilidad superior a la mayoría de factores de riesgo (57).

Dada la segregación de género actual que padece el mercado laboral, hombres y mujeres están expuestos a riesgos diferentes: ellos están más expuestos a los de naturaleza física,

productos tóxicos o derivados de la manipulación manual de cargas mientras que las mujeres, sobre todo las trabajadoras manuales, a un entorno psicosocial adverso (23, 51).

En comparación con los hombres de su misma clase social, se ha visto que las trabajadoras manuales están expuestas a un exceso de trabajo o a la prolongación de la jornada laboral con más frecuencias (23). Estos hechos, pueden suponer diferentes efectos para la salud, sobre todo de las menos cualificadas respecto a las más cualificadas.

En las trabajadoras manuales existe una elevada proporción con un bajo control sobre el trabajo, así, el 43% hace tareas muy repetitivas más de la mitad de la jornada, y alrededor de la quinta parte afirma que su trabajo no les permite desarrollar sus habilidades (34, 51).

También podemos observar desigualdades entre las trabajadoras no manuales. Generalmente, a mayores ventajas socioeconómicas, mayor esperanza de vida y mayores niveles de salud (58), aunque también es posible que presenten cifras más altas entre los riesgos psicosociales relacionados con el trabajo, la discriminación, el dolor musculoesquelético de extremidades superiores y las enfermedades profesionales (10).

La desigualdad social daña la salud, siendo el resultado de la acumulación de efectos producidos por las condiciones políticas, económicas y sociales que afectan a la población (58).

Tras el análisis de la situación de la mujer en el mercado de trabajo, consideramos de especial interés el estudio de los principales problemas de salud que puedan afectar a las mujeres trabajadoras, la relación entre sus hábitos de salud y como estos pueden verse influidos por el trabajo.

3. OBJETIVOS

Los objetivos propuestos para el estudio han sido:

3.1 Objetivo principal

Analizar el estado de la salud de las mujeres trabajadoras pertenecientes a un servicio de prevención de la región de Murcia en el año 2017.

3.2 Objetivos específicos

1. Describir el perfil sociodemográfico de la mujer trabajadora.
2. Describir los hábitos saludables y no saludables, así como los demás problemas de salud física y mental de las trabajadoras.
3. Explorar si el tener hijos actúa como un factor determinante de los hábitos saludables, no saludables, de los factores de riesgos cardiovasculares, así como de los problemas de salud física y mental de las trabajadoras.
4. Explorar si la clase social ocupacional actúa como un factor determinante de los hábitos saludables, no saludables, de los factores de riesgos cardiovasculares, así como de los problemas de salud física y mental de las trabajadoras.
5. Explorar el tener hijos y si la clase social ocupacional actúan como un factor determinante de los accidentes de trabajo.

4. METODOLOGIA

El presente estudio es de tipo transversal y descriptivo.

La muestra fue recogida de una base de datos de un Servicio de Prevención de Riesgos Laborales de la Región de Murcia.

El proceso de selección de la muestra se realizó por conveniencia y se incluyeron a todas las mujeres que habían realizado el reconocimiento médico de manera voluntaria ofertada desde el servicio de prevención durante el año 2017.

Estaba compuesta por 1.043 mujeres con edades comprendidas entre los 16-63 años, todas ellas trabajadoras, lo que supone un 31% del total de los 3.364 exámenes de salud realizados por el personal sanitario del SPRL.

La muestra corresponde a mujeres que trabajaban en empresas de toda la Región de Murcia, aunque la mayoría presta sus servicios en el ámbito geográfico del Noroeste, área de Murcia y Vega Media.

Los datos fueron recogidos desde el 1 de enero de 2017 hasta el 31 de diciembre de 2017 por el médico del trabajo y el personal de enfermería que llevaron a cabo los exámenes de salud.

De la historia clínico-laboral se han extraído los datos que se cumplimentaron cuando se realizaron los exámenes de salud laborales de los trabajadores.

Los datos fueron recogidos por los profesionales sanitarios (personal de enfermería y médico del trabajo) realizando una valoración integral del estado de salud de los trabajadores:

- **Anamnesis o historia clínica personal:**
 - Fecha de nacimiento.
 - Presencia de hijos.
 - Enfermedades padecidas a lo largo de la vida del trabajador (neuroendocrinas, ginecológicas, de la piel, salud mental).
 - Intervenciones quirúrgicas.
 - Antecedentes familiares de interés.
 - Hábitos tóxicos: tabaco, alcohol, drogas.
 - Actividad física.
 - Estado del calendario vacunal.

▪ **Anamnesis laboral:**

- Tipo de reconocimiento.
- Puesto de trabajo actual y tiempo en el puesto.
- Puestos de trabajo desempeñados con anterioridad.
- Accidentes de trabajo o enfermedades profesionales padecidas con anterioridad.
- Problemas que en su actual puesto de trabajo, relación de los mismos con el trabajo o con la organización de la empresa.

▪ **Exploración Clínica:**

- Datos antropométricos (peso, talla, índice de masa corporal o IMC).
- Toma de tensión arterial.
- Examen oftalmológico.
- Examen ORL (otorrinonaringología).
- Examen cardiovascular.
- Examen respiratorio.
- Examen osteoarticular.
- Examen abdominal.
- Examen del sistema nervioso.
- Examen del sistema musculoesquelético.

▪ **Pruebas complementarias:**

- Control visión.
- Audiometría.
- ECG (electrocardiograma).
- Espirometría.
- Pruebas biológicas: Análisis de sangre y orina.

Se pidió autorización al gerente del servicio de prevención de riesgos laborales para la revisión de las historias clínicas procedentes de fuentes secundarias, comprometiéndonos al anonimato de cada una de ellas y a la confidencialidad, sometiéndonos según la Ley 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal.

Este trabajo cuenta con la oportuna autorización del Director del Máster en Prevención de Riesgos Laborales de la Universidad Miguel Hernández.

4.1 Clasificación de variables

Se propone la siguiente clasificación o agrupación de variables:

Variables independientes, causales o de exposición:

1. Clase social ocupacional.
2. Hijos.
3. Edad.
4. Tiempo trabajado en la empresa.

Variables dependientes, de efecto o de salud:

1. Calendario vacunal.
2. I.M.C.
3. Tensión arterial.
4. Consumo de alcohol.
5. Consumo de tabaco.
6. Actividad física.
7. Presencia de alteraciones musculoesqueléticas.
8. Salud mental: síndrome ansioso-depresivo.
9. Accidentes de trabajo previos.
10. Enfermedades previas neuroendocrinas, ginecológicas o de la piel.
11. Enfermedades cardio-vasculares o respiratorias.
12. Agudeza visual.
13. Audiometría.
14. Espirometría.
15. Electrocardiograma (ECG).
16. Análítica sanguínea:
 - a. Colesterol.
 - b. Glucemia
 - c. Función hepática.
 - d. Función renal.
 - e. Alteraciones en hemograma.

4.2 Definición de variables

4.2.1 Variables independientes, causales o de exposición:

1. Clase social ocupacional.

El puesto de trabajo se agrupó según la clasificación de las clases sociales ocupacionales propuesta por la Sociedad Española de Epidemiología (SEE) y de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFyC) a partir de una adaptación de la Clasificación Nacional de Ocupaciones británica, basada en la clasificación del British Registrar General, al ser la más utilizada (53, 60, 61).

En ella se determina que existen desigualdades en salud según clase social a través de la ocupación. El concepto de ocupación se refiere al tipo de actividad laboral realizada, siendo este un concepto tecnológico y cultural, y no de clase social, que mide el impacto sobre la vida de los individuos, de la mayoría de variables que caracterizan su ambiente social (56).

En primer lugar, se ha clasificado en 5 clases sociales según las ocupaciones de las trabajadoras:

- Clase I: Directivos de la Administración Pública y de empresas de 10 o más asalariados. Profesiones asociadas con titulaciones de segundo y tercer ciclo universitario.
- Clase II: Directivos de empresas con menos de 10 asalariados. Profesiones asociadas con una titulación de primer ciclo universitario. Técnicos y profesionales de apoyo. Artistas y deportistas.
- Clase III: Personal de tipo administrativo y profesionales de apoyo a la gestión administrativa y financiera. Trabajadoras de los servicios personales y de seguridad. Trabajadoras por cuenta propia. Supervisoras de trabajadores manuales.
- Clase IV: Trabajadoras manuales cualificadas y semi-cualificadas.
- Clase V: Trabajadoras manuales no cualificadas (53, 60).

Tras esta clasificación, se ha realizado dos agrupaciones de variables.

La primera ha sido por conveniencia, para determinar qué proporción de trabajadoras se encontraban en las siguientes clases atendiendo a la clasificación anterior:

- Clase social I: Trabajadoras incluidas en la clase I y II.
- Clase social II: Trabajadoras incluidas en la clase III.
- Clase social III: Trabajadoras incluidas en la clase IV y V.

Y la segunda, ha sido para determinar qué trabajadoras ocupaban puestos manuales y no manuales:

- No-manuales: se incluyen las clases sociales ocupacionales I, II y III.
- Manuales: se incluyen dentro de las clases sociales ocupacionales IV y V.

2. Hijos.

Se ha dividido en dos grupos para observar quienes eran nulíparas y quién tenía uno o más hijos.

Se ha considerado analizar esta variable para observar si existían cambios de salud significativos en las mujeres que tenían hijos respecto a las que no tenían.

La variable se ha considerado:

- Sin hijos: para las mujeres nulíparas sin hijos.
- Con hijos: para las mujeres que tenían un hijo o más.

3. Edad.

La variable edad se ha agrupado en intervalos de 10 años. Las agrupaciones han sido las siguientes:

Tabla 1: edad

Grupo 1	hasta 25 años
Grupo 2	26 a 35 años
Grupo 3	36 a 45 años
Grupo 4	46 a 55 años
Grupo 5	56 años o más

4. Tiempo trabajado en la empresa.

Esta variable nos muestra el tiempo de trabajo que llevaban trabajando en la empresa las mujeres (medida en meses). El tiempo ha sido agrupado en intervalos de 6 meses, excepto el último grupo que se ha agrupado en antigüedad en el puesto de más de 37 meses (más de 3 años) para poder comprobar la duración y estabilidad en el puesto de trabajo.

Tabla 2: tiempo trabajado en la empresa (meses)

Grupo 1	0 a 6 meses
Grupo 2	7 a 12 meses
Grupo 3	13 a 24 meses
Grupo 4	25 a 36 meses
Grupo 5	Más de 37 meses



4.2.2 Variables dependientes, de efecto o de salud:

1. Calendario vacunal.

La variable se ha dividido en dos: calendario vacunal completo e incompleto.

Se ha considerado el calendario vacunal:

- Completo: cuando refirió tener completo el calendario vacunal infantil y tétanos.
- Incompleto: cuando la trabajadora no fue vacunada con todas las dosis del calendario infantil o de la vacuna antitetánica.

Consideramos de importancia esta medida ya que la vacunación en la población trabajadora es la estrategia más efectiva y eficiente de prevención primaria para aquellas enfermedades infecciosas asociadas a determinadas actividades profesionales, tanto por exposición específica en su puesto de trabajo o por la exposición de tipo general que todos los trabajadores tienen frente al tétanos (39).

2. I.M.C.

El índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2) (40).

La variable la ha sido dividida según la clasificación propuesta por la OMS, excepto la última clase que se ha agrupado en $\text{IMC} > 30$. Se puede observar en la tabla 3:

Tabla 3. Clasificación del IMC

IMC	CLASIFICACION
< 18,5	Bajo peso
18,5-24,9	Normopeso
25- 29,9	Sobrepeso
>30	Obesidad

Tras esta clasificación, se ha propuesto otra con las clases anteriores agrupadas según conveniencia para posterior análisis estadístico. La agrupación ha sido:

- Sobrepeso/obesidad: para las trabajadoras que tenían un IMC comprendido en ≥ 25 .
- Normopeso: para las trabajadoras que tenían el IMC comprendido en $\leq 24,9$.

Para el cálculo del I.M.C se recopilaron los datos de peso y altura recogidos en la exploración física por el personal de enfermería, que se llevó a cabo de la siguiente forma:

➤ PESO

La recogida del peso se realizó mediante balanza electrónica marca TANITA UM 040. Se pesó a las mujeres descalzas, colocándolas de pie y quietas en mitad de la plataforma, manteniendo el peso de su cuerpo distribuido entre las dos piernas.

➤ TALLA

La recogida de la altura se efectuó mediante tallímetro de pared de cinta, cursor ancho, alcance 0-220 cm, división 1 mm marca SECA.

Se verificó la medición de la distancia al punto más alto de la cabeza y el plano de sustentación.

Se les situó descalzas y se les pidió que se mantuvieran lo más rectas posibles, quietas, con los pies juntos, los brazos paralelos al cuerpo y el glúteo y espalda contra la pared.

3. Tensión arterial.

La tensión arterial es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de los vasos (arterias) al ser bombeada por el corazón. Cuanta más alta es la tensión, más esfuerzo tiene que realizar el corazón para bombear.

La tensión arterial normal en adultos es de 120 mm Hg cuando el corazón late (tensión sistólica) y de 80 mm Hg cuando el corazón se relaja (tensión diastólica). Según la OMS, cuando la tensión sistólica es igual o superior a 140 mm Hg y/o la tensión diastólica es igual o superior a 90 mm Hg, la tensión arterial se considera alta o elevada (62).

Los valores de T.A. se recogieron por el personal de enfermería en la exploración física.

La toma se realizó a las integrantes a primera hora de la mañana cuando estas estaban en ayunas. El brazo de elección fue el brazo izquierdo y la toma se llevó a cabo mediante método indirecto con tensiómetro digital de la marca OMRON modelo M3 Intellisense.

Antes de realizar la toma de T.A. se intentó que la trabajadora hubiese estado al menos 10 minutos antes en relajación para conseguir una lectura real. En el momento de realizar la toma, se informó que debía estar sentada, sin cruzar las piernas, con los pies apoyados en el suelo y sin hablar ni realizar movimientos. El brazo se mantuvo apoyado en una mesa, a la altura del corazón, medio flexionado y con la palma de la mano mirando hacia arriba.

Los datos de T.A. se han agrupado en TAS y TAD según valores normales o elevados propuestos por la OMS (62):

- TAS: se han dividido en valores $\leq$ a 140 mmHg o valores $\geq$ a 141 mmHg.
- TAD: se han dividido en valores $\leq$ a 90 mmHg o valores $\geq$ a 91 mmHg.

4. Consumo de alcohol.

El consumo de alcohol fue recogido en la historia clínico laboral por el médico del trabajo.

El consumo puede describirse en términos de gramos de alcohol consumido o por el contenido alcohólico de las distintas bebidas, en forma de unidades de bebida estándar.

El consumo de riesgo es un nivel o patrón de consumo que puede causar daños en la salud si el hábito del persiste, y es descrito por la OMS como consumo medio regular de 20 a 40g de alcohol diarios en mujeres.

La variable consumo de alcohol se dividió en dos grupos, considerándose que el consumo fue:

- No consumo de alcohol: cuando no hubo consumo de alcohol.
- Consumo: cuando el consumo fue de forma ocasional, moderado, habitual o diario de una o más unidades de alcohol (50).

5. Consumo de tabaco.

La variable consumo de tabaco fue recogida en la historia clínico laboral por el médico del trabajo.

Se ha dividido en dos clases:

- No consumo: en este grupo hemos incluido a las mujeres que no consumieron tabaco.
- Consumo: se incluyeron las mujeres que tuvieron un consumo de tabaco diario, ocasional o social... de un cigarrillo o más al día.

6. Actividad física.

El nivel de actividad física fue recogido en la anamnesis por el médico del trabajo.

La OMS define la actividad física como cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos, con el consiguiente consumo de energía. Ello incluye las actividades realizadas al trabajar, jugar y viajar, las tareas domésticas y las actividades recreativas.

La variable actividad física se ha dividido en dos clases:

- Sedentarismo: se incluyeron en este grupo las mujeres que realizaron aquellas actividades como estar sentadas o reclinadas, estar despiertas, movimientos respiratorios..., y que utilizaron muy poca energía (63).
- Actividad física: se incluyeron las trabajadoras que realizaron actividades con una frecuencia superior a una vez por semana o actividades realizadas en el puesto de trabajo e implicaron un gasto de energía. Dentro de estas actividades podemos incluir la manipulación de cargas, movimientos repetitivos, posturas forzadas, subida y bajada de escaleras, ...

7. Presencia de alteraciones musculoesqueléticas.

Recoge los trastornos musculoesqueléticos relacionados con las extremidades superiores, espalda y extremidades inferiores.

La recogida de datos se llevó a cabo en la exploración física por el médico del trabajo. Este inspeccionó y palpó la zona donde refería molestias la trabajadora (incluyó las molestias referidas en espalda, hombros, mano y muñeca).

La variable alteraciones osteomusculares ha sido dividida en dos:

- No presencia: Mujeres que no presentaban alteraciones osteomusculares.
- Presencia: Mujeres que presentaban alteraciones osteomusculares (se incluye a quien presentó una o más alteraciones).

8. Salud mental: síndrome ansioso-depresivo.

La recogida de datos se llevó a cabo en la anamnesis o historia clínica personal por el médico del trabajo.

Se consideró:

- Presencia: si la trabajadora refirió presencia de síndrome ansioso-depresivo diagnosticado previamente.
- No presencia: si la trabajadora refirió no presentar de síndrome ansioso-depresivo diagnosticado previamente.

9. Accidentes de trabajo previos.

En la historia clínica laboral se preguntó a la trabajadora por la existencia de accidentes de trabajo previos.

La variable fue:

- Si: si presentó un accidente o más previos.
- No: si refirió que no presentó un accidente o más previos.

10. Enfermedades previas neuroendocrinas, ginecológicas o de la piel.

La recogida de datos se llevó a cabo en la anamnesis o historia clínica personal por el médico del trabajo.

Se consideró:

- Presencia: si la trabajadora refirió presencia de enfermedades previas neuroendocrinas, ginecológicas o de la piel.
- No presencia: si la trabajadora refirió no presentar enfermedades previas neuroendocrinas, ginecológicas o de la piel.

11. Enfermedades cardio-vasculares o respiratorias.

La recogida de datos se llevó a cabo en la anamnesis o historia clínica personal por el médico del trabajo.

Se consideró:

- Presencia: si la trabajadora refirió presencia de enfermedades previas cardio-vasculares o respiratorias.

- No presencia: si la trabajadora refirió no presentar enfermedades previas cardiovasculares o respiratorias.

12. Agudeza visual.

Se realizó la medición de la agudeza visual como prueba complementaria por el personal de enfermería.

La agudeza es el parámetro visual que se emplea para evaluar la habilidad visual y así discriminar los pequeños detalles. Es la capacidad del sistema visual para diferenciar dos puntos próximos entre sí y separados por un ángulo determinado (64).

Para medirla, se utilizan los optotipos o paneles de letras. El método consiste en presentar filas de letras estandarizadas en tamaños decrecientes para determinar el tamaño angular más pequeño al que la persona puede identificar las letras.

Se determina en cada ojo por separado y después con ambos a la vez, con la mejor corrección de gafas o lentes de contacto que requiera la persona. La agudeza visual debe medirse tanto de lejos, como de cerca (65).

La prueba se realizó con el visiotest de la marca TOPCON modelo SS-3 Screeno Scope.

La técnica fue la siguiente:

- Se informó a la trabajadora del examen que se iba a realizar.
- Se le pidió que se sentara correctamente delante del aparato visiotest y que se sintiera cómoda.
- Se le preguntó si utilizaba lentes de contacto, ya que, de usarlas, el examen debía de realizarse con las correcciones para verificar si seguían siendo o no adecuadas.
- Se le dijo que apoyara la frente en el apoyo frontal del visiotest y los ojos miraran por los oculares.
- Se solicitó a la trabajadora que leyera la línea con los optotipos más pequeños. De no poder hacerlo, se le indicó la lectura de la línea inmediatamente anterior y así sucesivamente.
- El orden en el que se le pidió que leyera los optotipos fue:
 - Visión de lejos: manteniendo la opción del visiotest en visión lejana, primero se comprobó la visión monocular del ojo derecho (manteniendo el ojo izquierdo cerrado con la opción del visiotest), luego se comprobó la visión monocular del

ojo izquierdo (manteniendo el ojo derecho cerrado con la opción del visiotest) y finalmente se comprobó la visión binocular de los dos ojos.

- Visión de cerca: se realizó de igual forma que para la visión de lejos, manteniendo la opción del visiotest en visión cercana.
- Se anotaron los resultados en la historia clínica (66).

El médico del trabajo fue quien valoró los resultados.

La variable agudeza visual se consideró:

- Normal: si la agudeza visual monocular y binocular con o sin corrección fue normal.
- Con déficit de visión: si la agudeza visual del ojo izquierdo y/o derecho de cerca, como la agudeza visual del ojo izquierdo y/o derecho de lejos, con o sin corrección, fue deficiente $\leq 50\%$.

13. Audiometría.

La audiometría se llevó a cabo como prueba complementaria por el personal de enfermería. Es una prueba que se utiliza para la detección del umbral auditivo para tonos puros por vía aérea y así poder evaluar el nivel de ruido al que están sometidos los trabajadores en los puestos de trabajo (67).

El test audiométrico se realizó a todas las trabajadoras, con un audiómetro de la marca MAICO modelo ST 20, que cumplía con las especificaciones de los Audiómetros tipo 1, calibrado conforme al cero normal (68).

La prueba se realizó dentro de una cabina audiométrica insonorizada y tras un periodo de reposo auditivo de 16 horas (antes del inicio de la jornada laboral).

El método utilizado fue el ascendente, con verificación de los umbrales mediante la técnica de encuadramiento (69, 70).

Previo a la realización del estudio las trabajadoras fueron informadas de las condiciones y objetivos del mismo dado que es una prueba subjetiva que requiere de colaboración.

También se realizaron otoscopias para descartar alteraciones que pudieran afectar al resultado de las mismas y posponiéndolas en los casos en los que fue necesario hasta la completa desaparición de dichas alteraciones (71, 72).

La técnica se realizó de la siguiente manera:

- Se comenzó valorando la frecuencia de 1.000 Hz, (primero en la intensidad de familiarización, 40 dB, para posteriormente bajar a 0 dB e ir aumentando la intensidad de 10 dB en 10dB hasta encontrar el umbral).
- Se llevó a cabo el método de encuadramiento, aumentando y disminuyendo la intensidad de 5 en 5 dB en torno a la primera respuesta dada por la trabajadora.
- La exploración continuó con la frecuencia de 2.000 Hz, comenzando a 10 dB menos sobre el umbral hallado de la frecuencia anterior, la de 1.000 Hz, y siguiendo la misma sistemática ascendente.
- Primero se realizó un barrido por todas las frecuencias agudas, de 1.000 hasta 8.000 Hz, y una vez finalizado, se volvió a comprobar el umbral de 1.000 Hz y si no coincidió, se comprobó de nuevo toda la audiometría de frecuencias agudas.
- Seguidamente, se estudiaron las frecuencias graves con el mismo sistema, las de 500 Hz, 250 Hz y 125 Hz, en este orden para ambos oídos.

La valoración de los resultados la efectuó el médico del trabajo siguiendo la clasificación de Klockhoff.

La variable audiometría se consideró:

- Alterado: si la trabajadora tuvo una pérdida auditiva superior a 25 dB(A) en ninguna de las frecuencias examinadas.
- No alterado: si la trabajadora no tuvo una pérdida auditiva superior a 25 dB(A) en una o más de las frecuencias examinadas.

14. Espirometría.

El examen se realizó como prueba complementaria por el personal de enfermería (73).

La espirometría forzada es una prueba que se realiza para el estudio de la función pulmonar, y es necesaria para la evaluación y el seguimiento de las enfermedades respiratorias.

Se recomienda su realización a personas mayores de 35 años con historia de tabaquismo (>10paquetes al año) y con algún síntoma respiratorio, así como a los trabajadores que estén expuestos laboral u ocupacional a sustancias tóxicas que causan afectación respiratoria (74-76).

La espirometría se realizó a todas las trabajadoras, con un espirómetro marca MIR modelo Spirolab II, homologado y calibrado, según las indicaciones técnicas y los valores de referencia adecuados (European Respiratory Society de 1993 ó Sociedad Española de Patología Respiratoria de 1985) (77).

El tipo de espirómetro utilizado fue de sistema abierto que mide directamente el flujo aéreo y calcula el volumen integrando la señal (78).

Se utilizaron boquillas individuales desechables y con filtro antimicrobiano desechable para evitar la infección entre usuarias.

Técnica realizada:

- Se informó a la trabajadora de la prueba a realizar.
- Se mantuvieron 15 minutos en reposo antes de su realización.
- La prueba se efectuó con la trabajadora sentada erguida, sin cruzar las piernas y sin ropa ajustada.
- Durante la maniobra tuvo su espalda apoyada en el respaldo, vigilando que no se inclinara hacia delante.
- Tras colocar la boquilla en la boca, se comprobó que no hubiese fugas y que la mujer no la obstruyera o deformara.
- Se colocó la pinza en la nariz.
- Se le pidió que:
 - inspirará todo el aire que pudiera con una pausa a capacidad pulmonar total inferior a 1s.
 - soplara rápido y fuerte durante al menos 6 segundos, animándole a continuar.
 - alargara la espiración de forma seguida y sin parar hasta que se le indicara.
- En los casos que se apreció defectos que pudieran alterar la prueba, se paró para no cansar a la paciente y corregirlos (74).

Los parámetros medidos en la prueba fueron (teóricos y en litros):

- $FEF_{25-75\%}$: flujo espiratorio medio
- FEV_1 : volumen espiratorio forzado en el primer segundo
- FVC: capacidad vital forzada
- FEV_1/FVC : relación entre volumen espiratorio forzado el primer segundo y la Capacidad Vital Forzada.

La variable espirometría se consideró:

- Normal: si los parámetros obtenidos en la prueba fueron:
 - $FEV1/FVC \geq 70\%$.
 - $FVC \geq 80\%$ de su valor de referencia.
 - $FEV1 \geq 80\%$ de su valor de referencia.
- Alterado: si los parámetros obtenidos en la prueba fueron:
 - $FEV1/FVC \geq 70\%$.
 - $FVC < 80\%$ del valor de referencia.
 - $FEV1 < 80\%$ del valor de referencia.

El médico del trabajo fue quien interpretó los resultados según el cuadrante de Miller.

15. Electrocardiograma (ECG).

El electrocardiograma se realizó como prueba complementaria por el personal de enfermería.

Es la representación gráfica de la actividad eléctrica del corazón detectada a través de una serie de electrodos colocados en la superficie corporal (79).

La prueba se realizó:

- Por protocolo médico a las trabajadoras mayores de 50 años (77).
- Por protocolo médico a las trabajadoras que ocupan trabajos de especial riesgo como: conductoras o trabajos en alturas.
- Según valoración médica, según sus criterios de detección de cualquier síntoma o signo en la auscultación, inspección o lo vio por conveniente tras valoración del estado de salud y sospecha de alteración cardiológica, como hipertensos, antecedentes de patología cardíaca.

La valoración de los resultados la efectuó el médico del trabajo.

El electrocardiógrafo que se utilizó fue de la marca ASPEL modelo ASCARD B56 Modelo A y la técnica se ejecutó de la siguiente manera:

- Se informó a la trabajadora de la prueba que se le iba a realizar.
- Se indicó que se desprendiera de todos los objetos metálicos que llevara encima (reloj, pulseras, anillos, pendientes, monedas, cinturones, etc.).

- Se le pidió que se descubriera el tórax, se quitara los zapatos y que se acostara en la camilla en decúbito supino.
- Se limpió con una gasa impregnada en alcohol la zona interior de las muñecas y de los tobillos.
- Se aplicó la pasta conductora en la superficie del electrodo que entraría en contacto con la piel de la trabajadora.
- Se colocó los cuatro electrodos periféricos en las muñecas y los tobillos, evitando aplicarlos en las prominencias óseas, las superficies articulares y las zonas de vello abundante. Las zonas de colocación fueron:
 - Cable RA o rojo al electrodo de la muñeca derecha.
 - Cable LA o amarillo al electrodo de la muñeca izquierda.
 - Cable LL o verde al electrodo del tobillo izquierdo.
 - Cable RL o negro al electrodo del tobillo derecho.
- Se conectó cada uno de los cables a su electrodo periférico correspondiente.
- Se limpió con una gasa impregnada en alcohol las zonas donde se colocarían los electrodos torácicos.
- Se aplicó la pasta conductora en el electrodo tipo pera de goma y se colocó cada uno de ellos en el área torácica correspondiente:
 - V1. Cuarto espacio intercostal derecho, junto al esternón.
 - V2. Cuarto espacio intercostal izquierdo, junto al esternón.
 - V3. Entre V2 y V4.
 - V4. Quinto espacio intercostal izquierdo, en la línea medioclavicular.
 - V5. Quinto espacio intercostal izquierdo, en la línea axilar anterior.
 - V6. Quinto espacio intercostal izquierdo, en la línea axilar media.
- Se informó que estuviera quieta y que no hablara, para no interferir en el trazado.
- Se eligió la velocidad estándar de 25 mm/segundo.
- Se seleccionó y registró las derivaciones durante al menos 6 segundos cada una de ellas.
- Se observó la calidad del trazado y si en alguno no fue adecuada, se repitió el trazado correspondiente (79).

La variable electrocardiograma se consideró:

- Alterado: si la trabajadora presentó una o más alteraciones de la actividad eléctrica del corazón (ritmo, frecuencia, intervalos PR y QT o del segmento ST o de las demás ondas e intervalos).

- No alterado: si la trabajadora no presentó una o más alteraciones de la actividad eléctrica del corazón (ritmo, frecuencia, intervalos PR y QT o del segmento ST o de las demás ondas e intervalos).

16. Analítica sanguínea:

Se realizó extracción de sangre venosa a las trabajadoras previo ayuno de 8 horas.

La extracción fue llevada a cabo por el personal de enfermería, mediante técnica aséptica, con aguja y jeringa, preferentemente en la flexura del codo.

Se recogieron muestras para análisis de hemograma y bioquímica, que posteriormente fueron analizadas por un laboratorio de diagnóstico clínico externo acreditado y contratado por el SPRL.

Las variables de las determinaciones sanguíneas obtenidas fueron:

a) Colesterol.

Se considera que la variable colesterol fue:

- Normal: si la determinación de colesterol total fue inferior a 220 mg/dl.
- Elevado: si la determinación de colesterol total fue superior a 220 mg/dl.

b) Glucemia

Se considera que la variable glucemia fue:

- Normal: si la determinación de glucosa en sangre fue inferior a 120 mg/dl.
- Elevado: si la determinación de glucosa en sangre fue superior a 120 mg/dl.

c) Función hepática.

Se considera que la variable función hepática fue:

- Normal: si la determinación de enzimas hepáticas (todas ellas) fue **inferior a**:
 - GGT: 60 U/L
 - GPT: 45 U/L
 - GOT: 42 U/L

- Elevado: si la determinación de enzimas hepáticas (de una o de todas ellas) fue **superior a**:

- GGT: 60 U/L
- GPT: 45 U/L
- GOT: 42 U/L

d) Función renal.

Se considera que la variable función renal fue:

- Normal: si la determinación de creatinina en sangre fue inferior a 1,2 mg/dl.
- Elevado: si la determinación de creatinina en sangre fue superior a 1,2 mg/dl.

e) Alteraciones en hemograma.

Se considera que la variable alteraciones en hemograma fue:

- Normal: si las determinaciones en sangre (de una o todas ellas) fueron **inferiores a**:
 - Hematíes: 13 g/dl
 - Hemoglobina 42%
 - Hematocrito 75 fL.
- Elevado: si las determinaciones en sangre (de una o de todas ellas) fueron **superiores a**:
 - Hematíes: 13 g/dl
 - Hemoglobina 42%
 - Hematocrito 75 fL.

4.3 Técnicas de análisis de datos

Los datos fueron analizados con el programa SPSS versión 24.0.

Se realizó un análisis descriptivo para todas las variables, calculando las frecuencias absolutas y relativas, la media, la moda y la mediana, como medida de tendencia central y la desviación típica como medida de dispersión. Se construyeron tablas de dos por dos entre las variables de exposición y de resultados. Se calculó la significancia respecto a la diferencia observada en los porcentajes mediante la prueba de Chi-Cuadrado y las Odds Ratio crudas sin ajustes, con los intervalos de confianza al 95% como una primera aproximación a los posibles determinantes de la salud de las mujeres trabajadoras.



5. RESULTADOS

Los resultados que a continuación mostramos pertenecen al estudio que se ha descrito desde el punto de vista metodológico. Estos datos son el resultado del proceso de la investigación.

Primero describiremos la información sobre las variables mediante un análisis descriptivo y después la asociación que se ha identificado entre ellas y que ha resultado con datos estadísticamente significativos.

5.1.1 Variables independientes, causales o de exposición:

1. Clase social ocupacional.

Más de la mitad de las mujeres (un 53,6%) se encuentran trabajando dentro de la clase social ocupacional V. La segunda mayor proporción la encontramos en la clase III con un 24,1% seguida de la clase IV con un 13,8%. La ocupación en las clases I y II es desproporcional y muy baja comparándolas con el resto de clases sociales, con un 1,4% y un 7,1% respectivamente (ver tabla 4).

Tabla 4: Clase social ocupacional

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Clase I	15	1,4
	Clase II	74	7,1
	Clase III	251	24,1
	Clase IV	144	13,8
	Clase V	559	53,6
	Total	1043	100,0

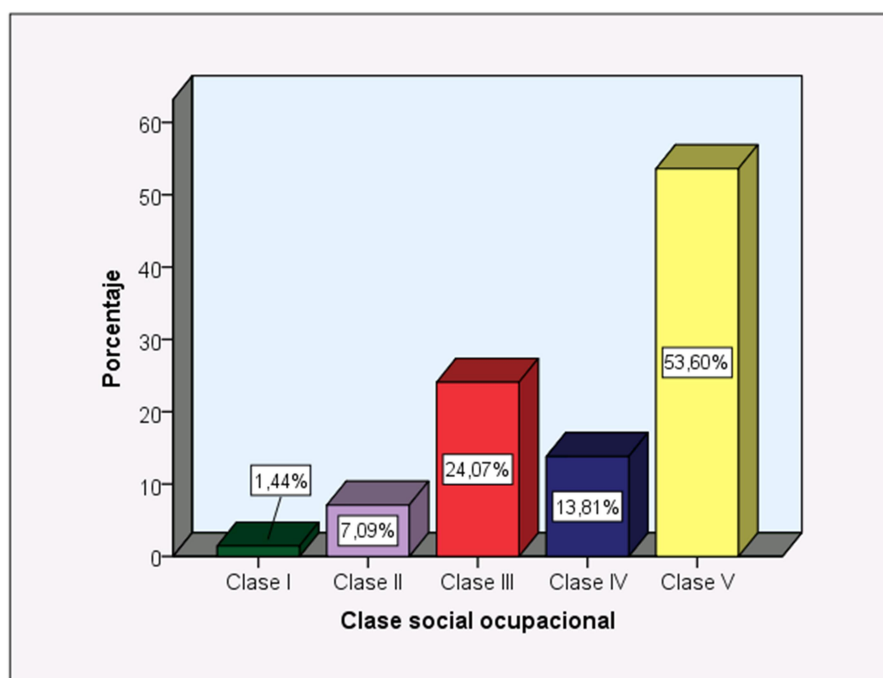


Gráfico número 1: Clase social ocupacional

Dentro de la clase social agrupada, encontramos que aproximadamente dos tercios de las mujeres ocupan la clase III con un 67%, seguida de la clase II con un 24,1% y en último lugar la clase social I, con un porcentaje muy bajo (8,5%) (ver tabla 5).

Tabla 5: Clase social agrupada

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Clase social I	89	8,5
	Clase social II	251	24,1
	Clase social III	703	67,4
	Total	1043	100,0

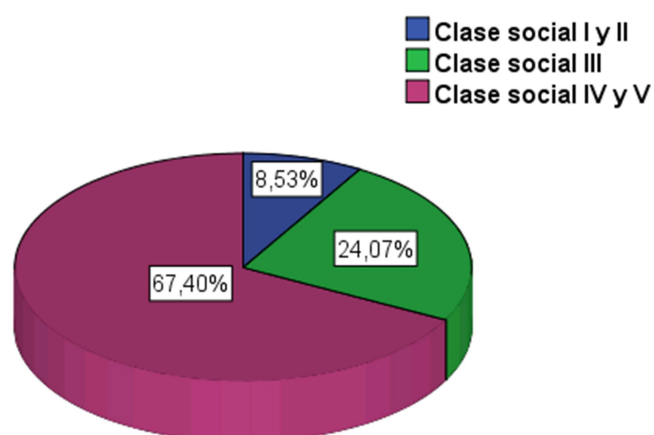


Gráfico número 2: Clase social agrupada

Los resultados obtenidos indican que dos tercios de las mujeres trabajadoras ocupan las clases manuales con un 67,4% frente a una proporción del 32,6% entre las clases no manuales (ver tabla 6).

Tabla 6: Manuales y no manuales

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No manuales	340	32,6
	Manuales	703	67,4
	Total	1043	100,0

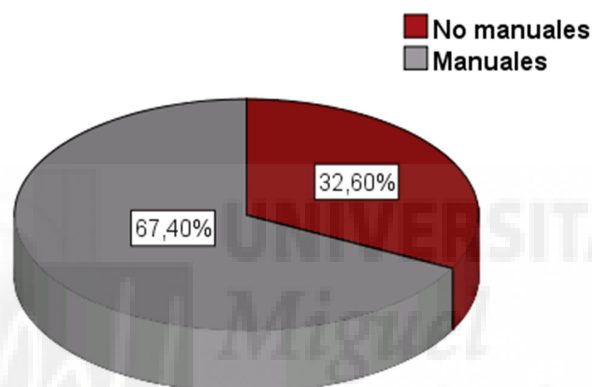


Gráfico número 3: Manuales y no manuales

2. Hijos.

Más de la mitad (un 58,01%) de las mujeres tienen uno o más hijos. Los datos nos indican que predominan las mujeres trabajadoras con hijos (ver tabla 7).

Tabla 7: Hijos

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Si	605	58,0
	No	438	42,0
	Total	1043	100,0

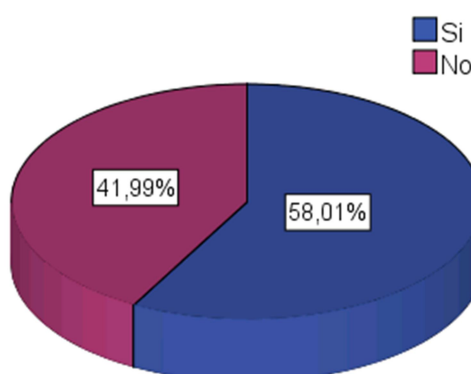


Gráfico número 4: Hijos

3. Edad.

La edad de las mujeres que componen el estudio está comprendida entre los 16 hasta los 63 años.

La mayor proporción se concentra en el grupo de edad comprendido entre los 26-35 años, con un porcentaje del 38,1%, seguida por el intervalo de 36-45 años con un 29,2%. Estas dos proporciones componen la mayor proporción de trabajadoras y coincide con el hecho de encontrarse en edad reproductiva. El grupo que representa una frecuencia inferior es el comprendido entre los 56 años o más.

La media de edad se sitúa en los 37,21 años, la mediana en 36 y la moda en 32 años, con una desviación estándar del 9,805 (ver tabla 8 y 9).

Tabla 8: Edad agrupada

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	hasta 25 años	109	10,5
	26-35 años	397	38,1
	36-45 años	305	29,2
	46-55 años	193	18,5
	56 años o más	39	3,7
	Total	1043	100,0

Tabla 9: Estadísticos edad

Media	37,21
Mediana	36,00
Moda	32
Desviación estándar	9,805

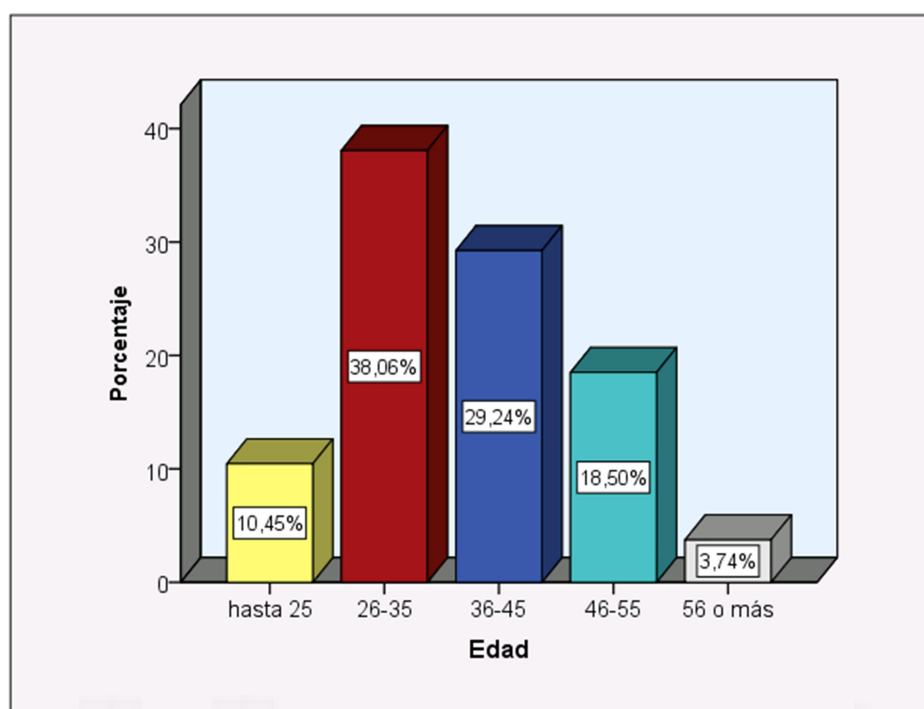


Gráfico número 5: Edad (años)

4. Tiempo trabajado en la empresa.

Dentro del tiempo de permanencia en la empresa, llama la atención que el porcentaje más alto con un 44,9% (casi la mitad de la muestra) corresponde al grupo de mujeres que refiere mayor antigüedad (más de 37 meses). Sin embargo, el grupo de mujeres que le sigue en proporción, es el de menor duración en la empresa (entre 0-6 meses), con un porcentaje del 29,2%.

El tiempo medio de trabajo en la empresa fue de 63,27 meses (aproximadamente unos 5,25 años), con una mediana de 36 meses (unos 3 años) y una desviación estándar de 80,976 (ver tabla 10 y 11).

Tabla 10: Tiempo trabajado en la empresa (meses)

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	0-6	305	29,2
	7-12	92	8,8
	13-24	118	11,3
	25-36	60	5,8
	más de 37	468	44,9
	Total	1043	100,0

Tabla 11: Estadísticos edad

Tiempo en la empresa (meses)	
Media	63,27
Mediana	36,00
Moda	0
Desviación estándar	80,976

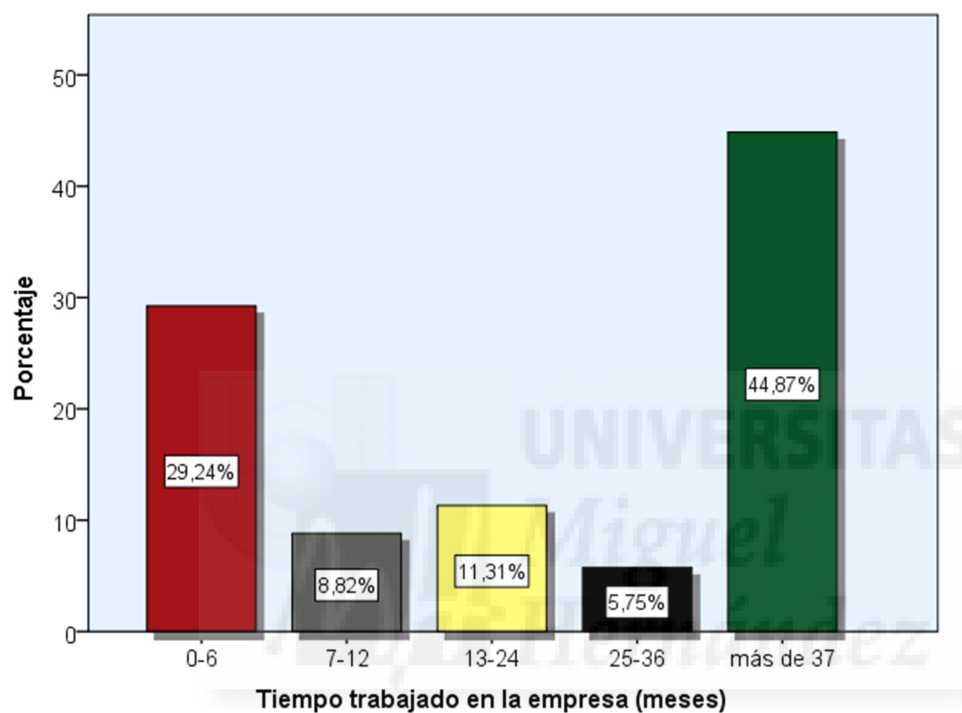


Gráfico número 6: Tiempo trabajado en la empresa (meses)

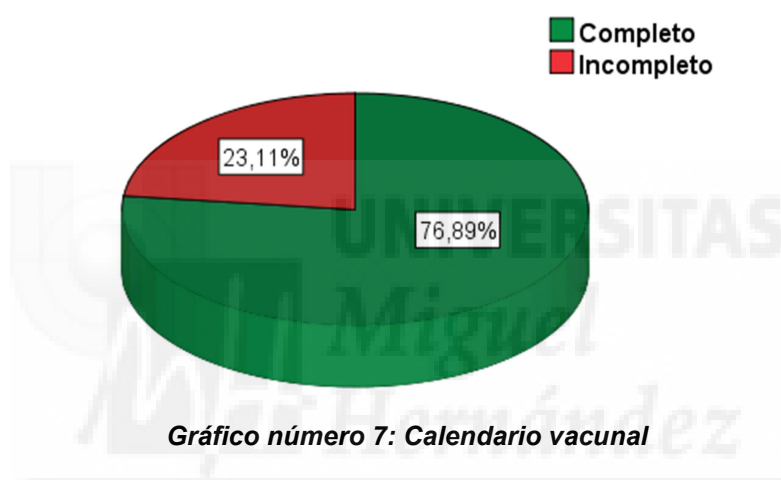
5.1.2 Variables dependientes, de efecto o de salud:

1. Calendario vacunal.

Casi un cuarto de las mujeres 23,11% refirió no tener el calendario vacunal completo frente a un 76,89 % que si lo tenían completo (ver tabla 12).

Tabla 12: Calendario vacunal

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Completo	802	76,9
	Incompleto	241	23,1
	Total	1043	100,0



2. I.M.C.

Dentro de la distribución de valores de IMC, comprobamos que más de la mitad tiene cifras de normopeso, con un porcentaje del 57%. La proporción para sobrepeso y obesidad son elevadas, siendo del 25,1% y del 14,2% respectivamente, lo que indica que entre la suma de las dos supone casi la mitad de la muestra.

La media para el IMC ha sido de 24,83 (cifras comprendidas en rango normal para el peso), la mediana de 23,9 y la moda de 24,2, siendo la desviación estándar de 4,91 (ver tabla 13 y 14).

Tabla 13: IMC

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Bajo peso	38	3,6
	Normopeso	595	57,0
	Sobrepeso	262	25,1
	Obesidad	148	14,2
	Total	1043	100,0

Tabla 14: Estadísticos IMC

Indice de masa corporal (peso/altura2)	
Media	24.8373
Mediana	23.9000
Moda	24.20
Desviación estándar	4.91285

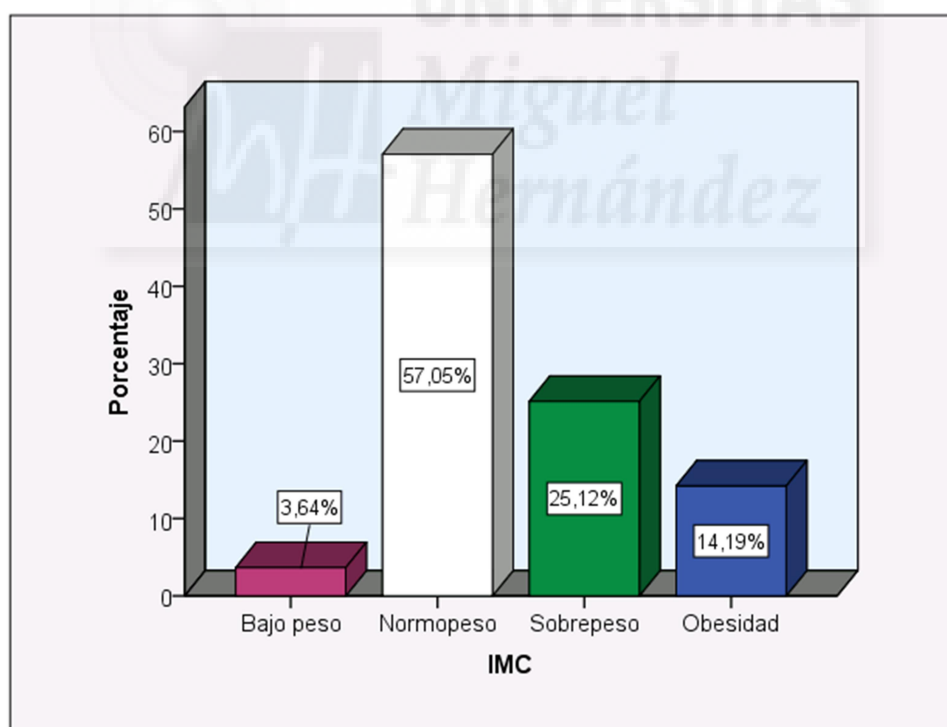


Gráfico número 8: IMC

3. Tensión arterial.

Dentro de la distribución de valores de tensión arterial, comprobamos que la mayoría de casos se encuentra dentro de valores normales para TAS del 86,7% y valores elevados en el 13,3% de la muestra.

La media para la TAS fue del 120 mmHg, con una mediana de 118 mmHg, una moda de 113 mmHg y desviación estándar de 16,69 (ver tabla 15 y 16).

Tabla 15: Tensión arterial sistólica (mmHg)

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	≤140	904	86,7
	>141	139	13,3
	Total	1043	100,0

Tabla 16: Estadísticos TAS

Tensión arterial sistólica (mmHg)

Media	120,13
Mediana	118,00
Moda	113
Desviación estándar	16,693

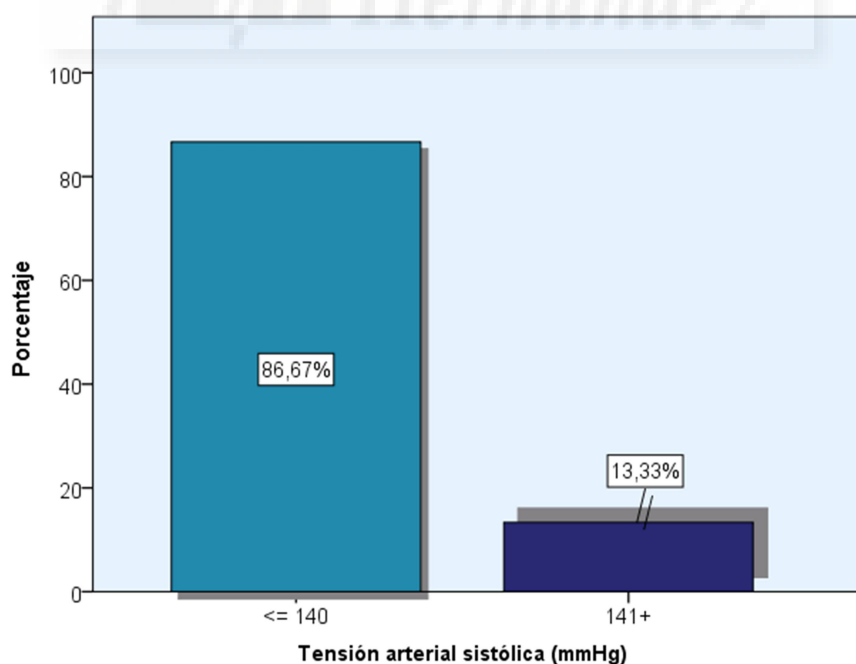


Gráfico número 9: Tensión arterial sistólica (mmHg)

Los valores para la TAD también muestran cifras dentro de la normalidad para el 95,11% de las mujeres y cifras elevadas para el 4,9%.

La media para la TAD fue del 72,69 mmHg, con una mediana de 72 mmHg, una moda de 70 mmHg y la desviación estándar de 10 (ver tabla 17 y 18).

Tabla 17: Tensión arterial diastólica (mmHg)

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	≤ 90	992	95,1
	>91	51	4,9
	Total	1043	100,0

Tabla 18: Estadísticos TAD

Tensión arterial diastólica (mmHg)	
Media	72,69
Mediana	72,00
Moda	70
Desviación estándar	10,023

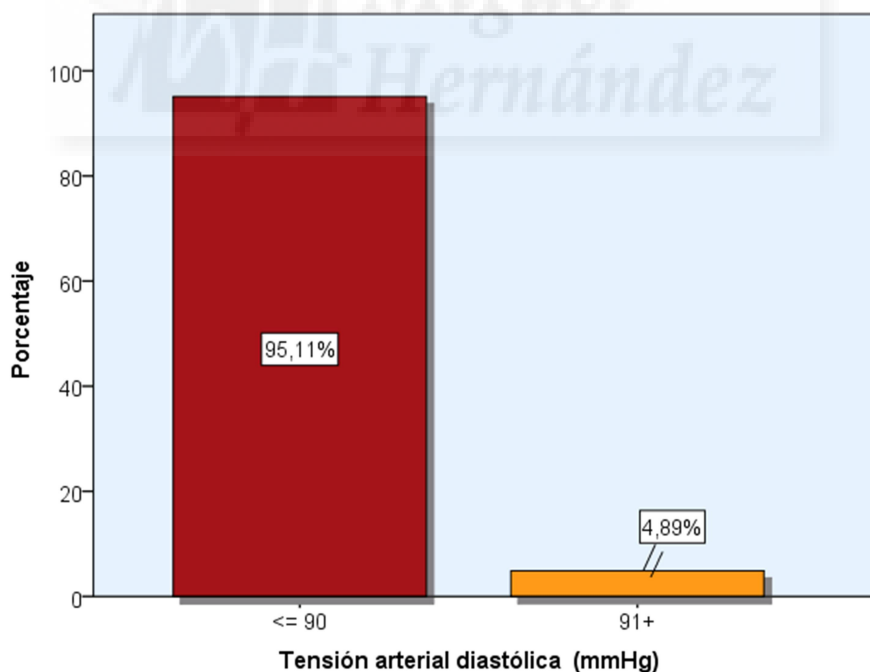


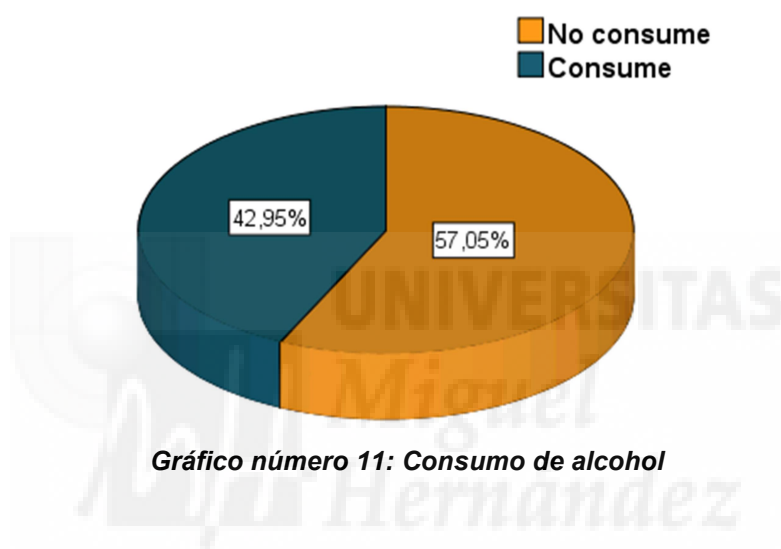
Gráfico número 10: Tensión arterial diastólica (mmHg)

4. Consumo de alcohol.

Más de la mitad de las mujeres afirmaron que no consumían alcohol, en concreto un 57%. Les siguen muy igualadas, las que si consumían, con un 43% (ver tabla 19).

Tabla 19: Consumo de alcohol

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No consume	595	57,0
	Consume	448	43,0
	Total	1043	100,0



5. Consumo de tabaco.

Dos tercios de las mujeres refirieron no consumir tabaco (un 65,2%), frente a un 34,8% que refirieron consumo diario, ocasional o social, de un cigarrillo o más al día (ver tabla 20).

Tabla 20: Consumo de tabaco

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No consume	680	65,2
	Consume	363	34,8
	Total	1043	100,0

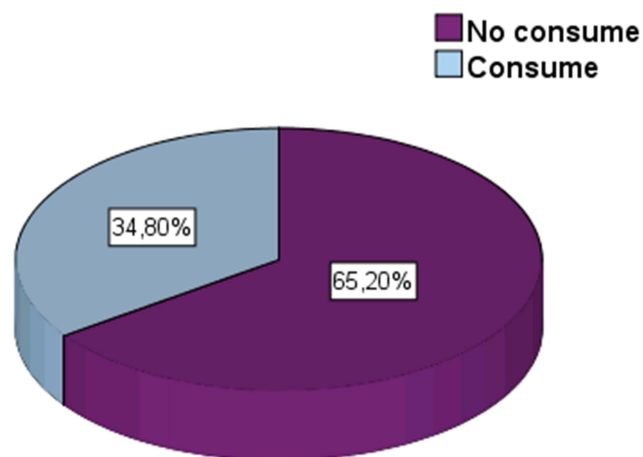


Gráfico número 12: Consumo de tabaco

6. Actividad física.

Los resultados indican que la mayoría de las trabajadoras (un 68,1%) realizaba algún tipo de actividad física, siendo sedentarias el 31,9% (ver tabla 21).

Tabla 21: Actividad física

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Sedentarismo	333	31,9
	Actividad física	710	68,1
	Total	1043	100,0

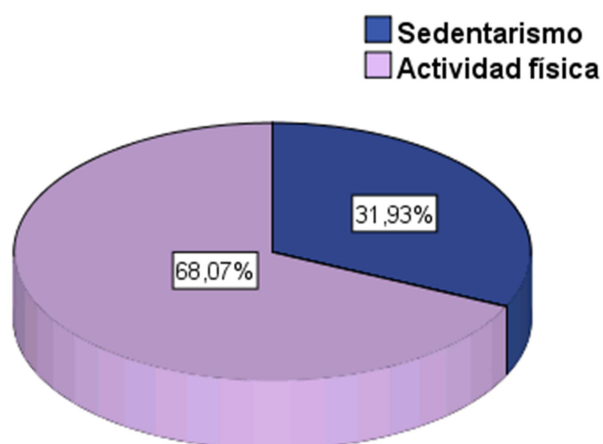


Gráfico número 13: Actividad física

7. Presencia de alteraciones musculoesqueléticas.

Más de la mitad de las mujeres presentó algún tipo de alteración musculoesquelética (56,1%), frente a un 43,9% que no presentó (ver tabla 22).

Tabla 22: Alteraciones musculoesqueléticas

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No	458	43,9
	SI	585	56,1
	Total	1043	100,0

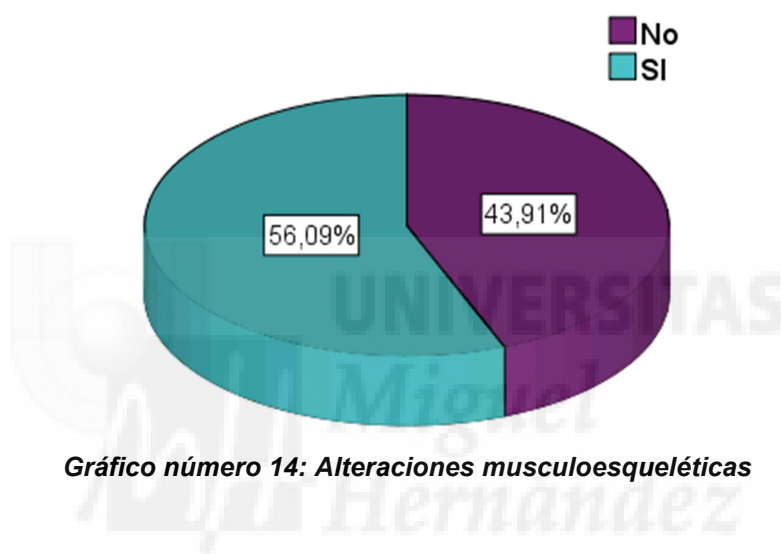


Gráfico número 14: Alteraciones musculoesqueléticas

8. Salud mental: síndrome ansioso-depresivo.

Sólo un 5,8% de las participantes refirió presentar síndrome ansioso-depresivo frente a un 94,2 que no lo presentó (ver tabla 23).

Tabla 23: Salud Mental: Síndrome ansioso-depresivo

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Si	60	5,8
	No	983	94,2
	Total	1043	100,0

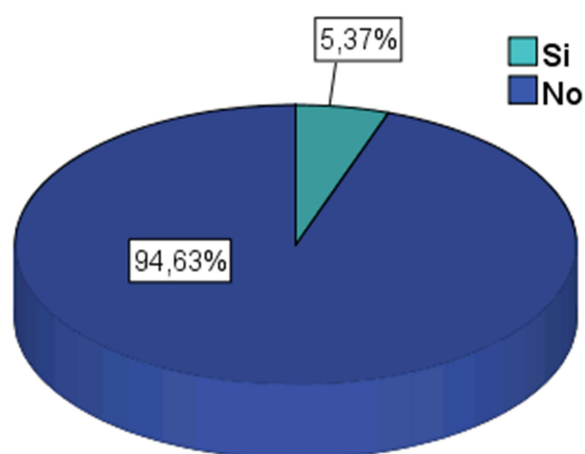


Gráfico número 15: Salud mental

9. Accidentes de trabajo previos.

En lo referente a accidentes de trabajo previos, un 4% de las trabajadoras refirió haberlo sufrido (ver tabla 24).

Tabla 24: Accidentes de trabajo previos

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Si	42	4,0
	No	1001	96,0
	Total	1043	100,0

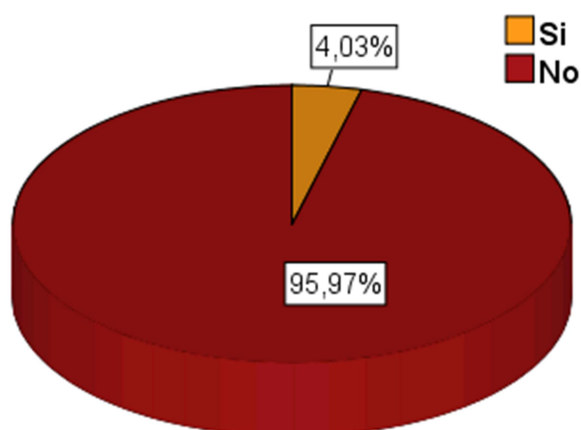


Gráfico número 16: Accidente de trabajo previos

10. Enfermedades previas neuroendocrinas, ginecológicas o de la piel.

En cuanto a la presencia de enfermedades previas neuroendocrinas, ginecológicas o de la piel, un 19 % refirió la presencia de estas, en contra de un 81% que refirió no presentarlas (ver tabla 25).

Tabla 25: Enfermedades previas neuroendocrinas, ginecológicas o de la piel

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Si presenta	198	19,0
	No presenta	845	81,0
	Total	1043	100,0

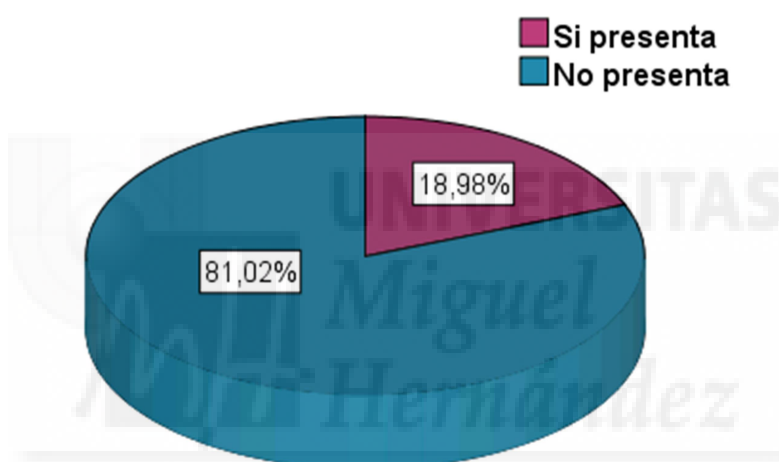


Gráfico número 17: Enfermedades previas neuroendocrinas, ginecológicas o de la piel

11. Enfermedades cardio-vasculares o respiratorias.

El 10% de las trabajadoras refirió la presencia de enfermedades cardio-vasculares o respiratorias frente a un 89,5 % que no las presentó (ver tabla 26).

Tabla 26: Enfermedades cardio-vasculares o respiratorias

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Si	110	10,5
	No	933	89,5
	Total	1043	100,0

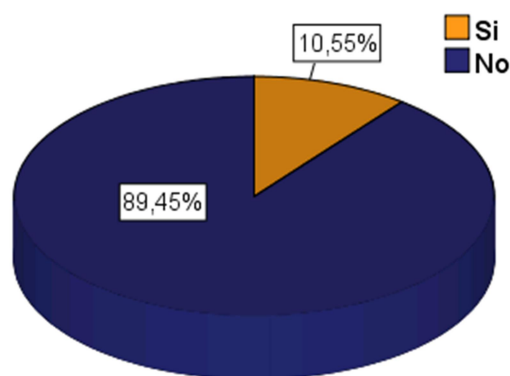


Gráfico número 18: Enfermedades cardio-vasculares o respiratorias

12. Agudeza visual.

En relación a los datos obtenidos en la agudeza visual, un 77,6% presentó una agudeza visual dentro de límites normales frente a un 22,4% que presentó algún tipo de déficit visual cuando se realizó la técnica (ver tabla 27).

Tabla 27: Agudeza visual

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Normal	809	77,6
	Con déficit	234	22,4
	Total	1043	100,0

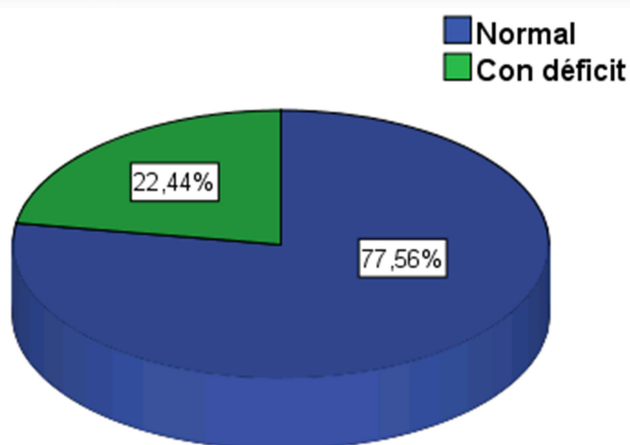


Gráfico número 19: Agudeza visual

13. Agudeza auditiva.

Los datos obtenidos en la realización de la audiometría indican que la mayoría de las trabajadoras tienen una agudeza auditiva no alterada (el 93,7%), frente al 6,3% que tienen alguna alteración (ver tabla 28).

Tabla 28: Agudeza auditiva

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No alterado	977	93,7
	Alterado	66	6,3
	Total	1043	100,0

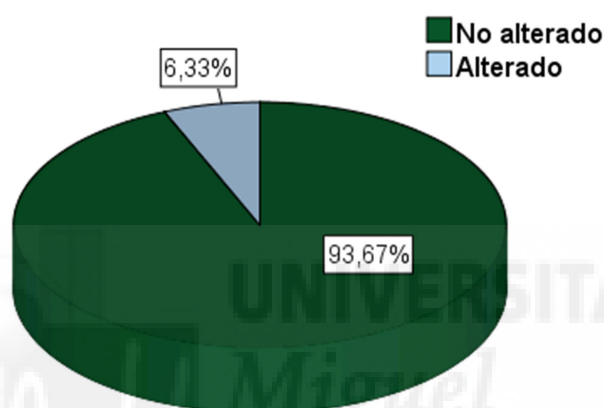


Gráfico número 20: Agudeza auditiva

14. Espirometría.

En relación a los datos obtenidos en la espirometría, la mayor parte de las mujeres no presentaron alteraciones en la realización de la espirometría frente a un 6,8 % que si presentó alteraciones (ver tabla 29).

Tabla 29: Espirometría

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Alterado	71	6,8
	No alterado	972	93,2
	Total	1043	100,0

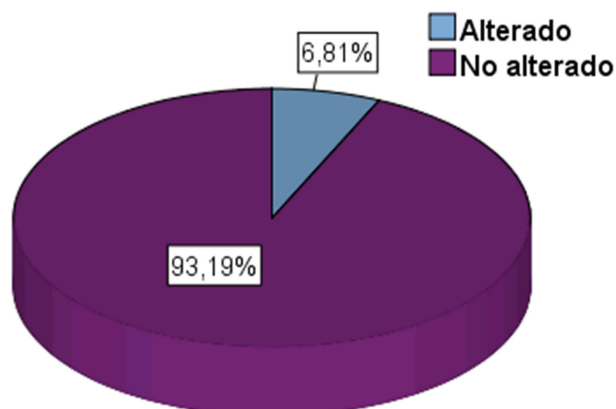


Gráfico número 21: Espirometría

15. Electrocardiograma (ECG).

El ECG solo se realizó al 25% de las trabajadoras que cumplieron los requisitos según protocolo y valoración médica.

Entre quien se realizó, sólo el 3,5% presentaron algún tipo de alteración electrocardiográfica (ver tabla 30).

Tabla 30: Alteraciones electrocardiográficas

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No realizado	777	74,5
	Alteraciones	37	3,5
	No alteraciones	229	22,0
	Total	1043	100,0

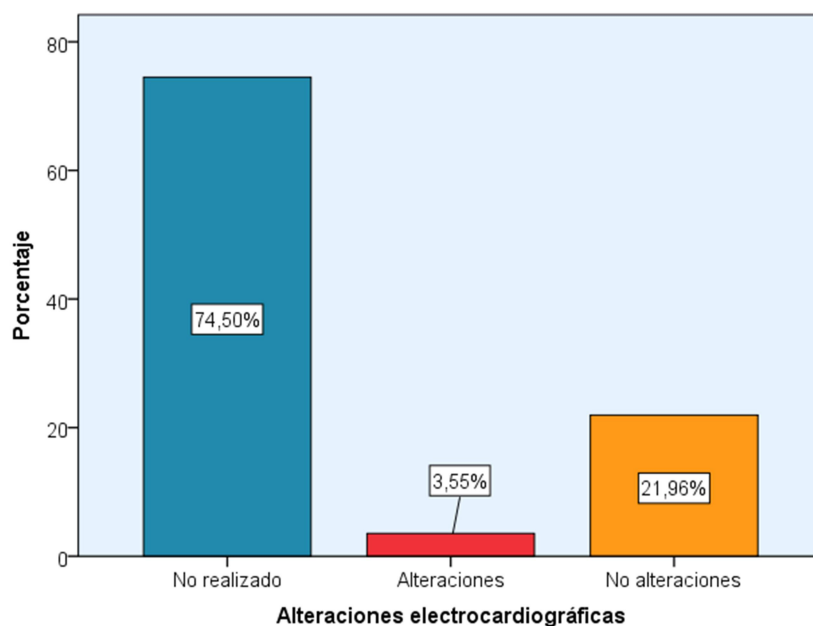


Gráfico número 22: Alteraciones electrocardiográficas

15. Analítica sanguínea:

Los resultados obtenidos en la analítica sanguínea han sido los siguientes:

a. Colesterol.

Los niveles de colesterol han sido elevados para el 16% de la muestra (ver tabla 31).

Tabla 31: Colesterol

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	SI	167	16,0
	NO	876	84,0
	Total	1043	100,0

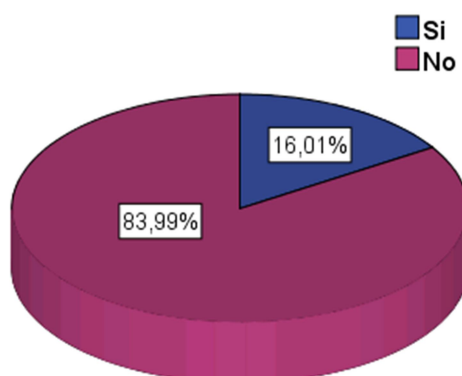


Gráfico número 23: Colesterol

b. Glucemia.

En relación a los niveles de glucemia, la mayor proporción (98,7%) tuvo unos valores normales de glucemia, presentando elevación sólo el 1,3% (ver tabla 32).

Tabla 32: Glucemia

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	SI	14	1,3
	NO	1029	98,7
	Total	1043	100,0

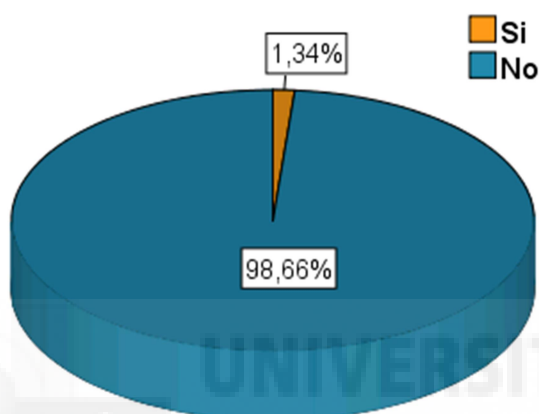


Gráfico número 24: Glucemia

c. Función hepática.

En lo referente a la función hepática, un 5,7% presentó cifras elevadas, respecto a un 94,3% que obtuvo valores dentro de la normalidad (ver tabla 33).

Tabla 33: Función hepática

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	SI	59	5,7
	NO	984	94,3
	Total	1043	100,0

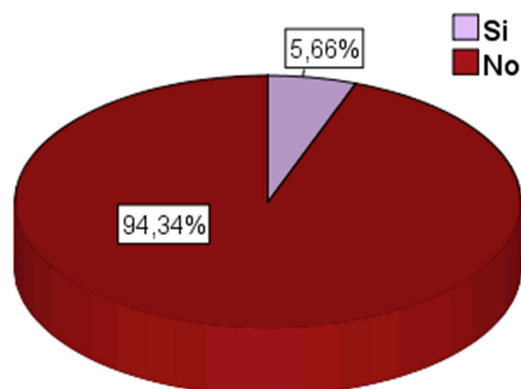


Gráfico número 25: Función hepática

d. Función renal.

Los resultados obtenidos para la función renal indican que apenas un 0,1% de las mujeres tuvieron alterados los valores de creatinina, encontrándose la mayoría (99,9%), dentro de valores normales (ver tabla 34).

Tabla 34: Función renal

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	SI	1	,1
	NO	1042	99,9
	Total	1043	100,0

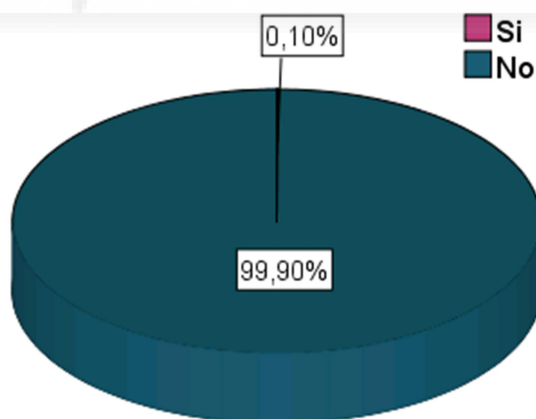


Gráfico número 26: Función renal

e. Alteraciones en hemograma.

Un 14,7% de las trabajadoras presentaron alteración en los valores analíticos del hemograma para el hematíes, hemoglobina o hematocrito, sin embargo, la mayoría tuvieron valores dentro de la normalidad (85,3%) (ver tabla 35).

Tabla 35: Hemograma

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Alterado	153	14,7
	No Alterado	890	85,3
	Total	1043	100,0

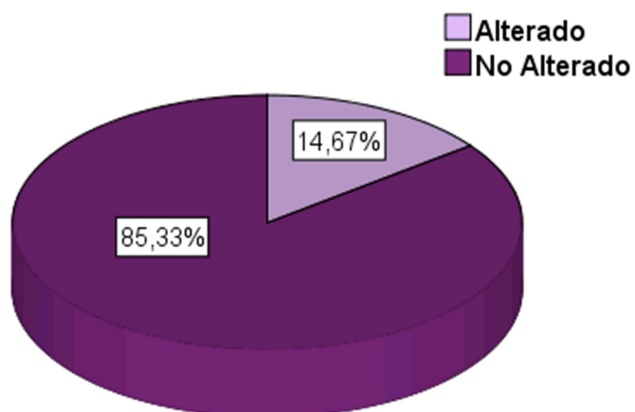


Gráfico número 27: Hemograma



5.1.3 Variables de análisis:

Tras observar los datos obtenidos en la descripción, se ha procedido a agrupar algunas variables anteriores para determinar, según los objetivos:

- Perfil sociodemográfico.
- Hábitos saludables.
- Estado de salud física.
- Estado de salud mental.
- Riesgo Cardiovascular.

Los resultados de las mismas han sido los siguientes:

a. **Perfil sociodemográfico:**

El perfil sociodemográfico resume las características sociales y demográficas de las trabajadoras del estudio.

Para esta variable hemos agrupado los datos referentes a la edad, la presencia de hijos, la clase social ocupacional y el tiempo trabajado en la empresa.

La edad de la muestra está comprendida entre los 16 hasta los 63 años, concentrándose la mayor proporción de trabajadoras en el intervalo de 26-45 años con un porcentaje del 67,3% y siendo la media edad de 37,21 años.

Predominan las mujeres trabajadoras con hijos, situándose estas, en una proporción del 58%.

Las clases sociales ocupacionales que comprenden una cifra más elevada de trabajadoras son las clases V con una proporción del 53,6% y la clase III con el 24,1%. La proporción más baja de trabajadoras la encontramos en las clases I y II, en un 1,4% y un 7,1% respectivamente.

Dos tercios de las mujeres ocupan puestos manuales con un 67,4%.

El tiempo medio de permanencia en la empresa fue de 63,27 meses (aproximadamente unos 5,25 años) y el 44,9%, casi la mitad de la muestra, refirió una antigüedad en el puesto de más de 37 meses (algo más de 3 años). Casi un tercio (29,2%) refirió ocupar un puesto cuya duración previa fue de 0 a 6 meses de antigüedad.

b. **Hábitos saludables:**

Para observar el comportamiento de los hábitos saludables, se han agrupado las variables según los hábitos de fumar, beber alcohol y realización de actividad física.

La proporción de trabajadoras que tienen hábitos saludables sería del 65,2% para las que no fuman, el 57% para las que no beben, y el 68,1% para las que hacen actividad física.

Entre las trabajadoras que no tienen hábitos saludables, observamos que un 34,8% fuma, un 43% bebe y un 31,4% son sedentarias.

c. Estado de salud física:

Para determinar el estado de salud física, las variables se han agrupado en trabajadoras con presencia de alteraciones musculoesqueléticas, enfermedades previas neuroendocrinas, ginecológicas o de la piel, y presencia de enfermedades cardio-vasculares o respiratorias.

En relación a las que tienen buena salud física, encontramos que no poseen dolencias musculoesqueléticas el 43,9%, no poseen presencia de enfermedades cardio-vasculares o respiratorias el 89,5% y no presentan enfermedades previas neuroendocrinas, ginecológicas o de la piel el 81%.

En contra, consideramos que las trabajadoras con mala salud física, presentan los siguientes datos: poseen dolencias musculoesqueléticas el 56,1%, presentan enfermedades cardio-vasculares o respiratorias el 10,5% y enfermedades previas endocrinas, ginecológicas o de la piel el 19%.

d. Estado de salud mental:

El estado de salud mental se ha determinado según la presencia o ausencia de síndrome ansioso-depresivo.

Este estado, fue bueno para el 94,2%, ya que no refirieron sufrir síndrome ansioso-depresivo frente a un 5,8% que sufrió síndrome ansioso-depresivo.

e. Riesgo Cardiovascular:

Para el estudio del riesgo cardiovascular, se tuvo en cuenta las variables: obesidad, TA, colesterol, y niveles de glucemia, sedentarismo y fumar (estas dos últimas comentadas en el apartado de los hábitos saludables)

Presentó riesgo cardiovascular un 14,2% que presentó obesidad, el 13,3% que tuvo cifras elevadas de TAS y del 4,9% de TAD, quienes tuvieron cifras elevadas de colesterol con un 16% y de glucosa con una proporción del 1,3%.

No presentó riesgo cardiovascular el 85,8% al no presentar obesidad, el 86,7% por presentar cifras de TAS dentro de la normalidad, el 95,1% con cifras de TAD, el 84% por tener cifras de colesterol en parámetros normales y el 98,7% de glucosa.



5.1.4 Asociación entre variables:

Con la intención de explorar posibles determinantes de la salud de las mujeres trabajadoras, se construyeron tablas de 2x2 con la clase social ocupacional (manual/no manual) y tener hijos (sí/no) respecto al resto de variables de respuesta de este estudio. A continuación, se calculó el p-valor mediante la prueba Chi-Cuadrado para evaluar la significancia de las diferencias observadas entre cada grupo. Asimismo, se calculó la Odds Ratio cruda con su intervalo de confianza del 95% como una primera aproximación a alguna posible asociación entre la clase social y el tener hijos como posibles determinantes de la salud de las mujeres trabajadoras.

Los resultados de dichos cálculos se muestran en la tabla 36.

No se evidencian diferencias estadísticamente significativas para:

- tener hijos y fumar (p-valor es de 0.65),
- tener hijos y ser sedentaria (p-valor 0.29),
- tener hijos y la TAD elevada (p-valor 0.6),
- tener hijos y niveles elevados de glucemia (p-valor 0.12),
- tener hijos y alteraciones musculoesqueléticas (p-valor 0.6),
- tener hijos y padecer ansiedad-depresión (p-valor 0.13),
- tener hijos y accidentes de trabajo previos (p-valor 0.66).

Sin embargo, si encontramos diferencias estadísticamente significativas para tener hijos y:

- beber alcohol (p-valor es 0.00),
- sobrepeso/obesidad (p-valor es de 0.00),
- TAS elevada (p-valor es 0.00),
- cifras elevadas de colesterol (p-valor es de 0.00),
- enfermedades previas neuroendocrinas, ginecológicas o de la piel (p-valor es de 0.001),
- enfermedades previas cardio-vasculares o respiratorias (p-valor es de 0.003).

No se ha hallado que exista mayor riesgo aparente en las trabajadoras que tienen hijos con respecto a las que no los tienen en relación a:

- fumar ORc = 1.06 IC95% [0.82-1.38],
- ser sedentaria ORc = 1.15 IC95% [0.88-1.5],
- tener la TAD elevada ORc = 1.78 IC95% [0.96-3.3],

- tener cifras de glucemia elevada ORc = 2.69 IC95% [0.75-9.69],
- sufrir de alteraciones musculoesqueléticas ORc = 1.96 IC95% [0.99-1.62],
- sufrir ansiedad-depresión ORc = 0.66 IC95% [0.38-1.13],
- haber tenido accidentes laborales ORc= 0.87 IC95% [0.47-1.62].

Sin embargo, podría ser que el tener hijos actuara como factor de protección en relación a las que no tiene hijos respecto a:

- beber alcohol ORc=0.58 IC95% [0.45-0.75].

No obstante, el tener hijos podría estar relacionándose con una mayor probabilidad de:

- Sufrir sobrepeso/obesidad ORc = 2.00 IC95% [1.48-2.60].
- Enfermedades previas neuroendocrinas, ginecológicas o de la piel ORc = 1.76 IC95% [1.27-2.45].
- Enfermedades previas cardio-vasculares o respiratorias ORc = 1.76 IC95% [1.43-8.51].
- Tensión arterial sistólica elevada ORc = 3.64 IC95% [2.33-5.69].
- Cifras elevadas de colesterol ORc = 1.92 IC95% [1.34-2.75].

Se podría decir que podría actuar como un factor de riesgo en todos los casos anteriores en comparación con las mujeres que no tienen hijos.

Tabla 36: Resultados referentes a las mujeres que tienen hijos en comparación con las que no tienen hijos.

Variable	Hijos	No hijos	P-valor**	ORc (IC 95%) (No hijos=1)
Hábitos no saludables				
Fuman	59,0%	41,0%	0,65	1,06 (0,82-1,37)
Consumo alcohol	49,6%	50,4%	0,000	0,58 (0,45-0,75)
Sedentarismo	60,4%	39,6%	0,29	1,53 (0,88-1,50)
Problemas salud física				
Alteraciones musculoesqueléticas	60,5%	39,5%	0,64	1,26 (0,99-1,62)
Enfermedades previas endocrinas, ginecológicas o de la piel	68,7%	31,3%	0,001	1,76 (1,27-2,45)
Enfermedades previas cardiovasculares o respiratorias	82,4%	17,6%	0,003	3,49 (1,43-8,50)
Problemas de salud mental				
Ansiedad-depresión	48,2%	51,8%	0,13	0,66 (0,38-1,13)
Riesgo cardiovascular*				
Sobrepeso/obesidad	68,0%	32,0%	0,00	2,00 (1,43-8,50)
TAS elevada	81,3%	18,7%	0,000	3,63 (2,33-5,69)
TAD elevada	70,6%	29,4%	0,62	1,78 (0,96-3,30)
Colesterol elevado	70,7%	29,3%	0,000	1,92 (1,34-2,75)
Glucemia elevada	78,6%	21,4%	0,12	2,69 (0,75-9,68)
Accidentes de trabajo				
Accidentes de trabajo previos	54,8%	45,2%	0,66	0,87 (0,47-1,62)

*Dentro del riesgo cardiovascular habría que incluir el fumar y el sedentarismo que aparecen referenciados en el apartado de los hábitos no saludables.

** El p-valor se ha calculado mediante la prueba de Chi-cuadrado.

Igualmente se exploró si la clase social ocupacional podría actuar como un factor determinante de los riesgos cardiovasculares, los hábitos no saludables, de los accidentes laborales y de los problemas de salud física y mental de las trabajadoras. Los resultados principales se muestran en la Tabla 37.

No se han observado diferencias estadísticamente significativas entre los porcentajes de las trabajadoras manuales comparadas con el de las no manuales con respecto a:

- Una actividad sedentaria (p-valor 0.53),
- Alteraciones musculoesqueléticas (p-valor 0.13),
- Padecer ansiedad-depresión (p-valor 0.21),
- La TAD elevada (p-valor 0.16),
- Niveles elevados de colesterol (p-valor 0.09),
- Niveles elevados de glucemia (p-valor 0.14),
- Haber tenido accidentes de tráfico previos (p-valor 0,66).

No obstante, si se encontraron diferencias estadísticamente significativas al comparar el porcentaje de la clase social manual con respecto a la no manual con respecto a:

- Fumar (p-valor es 0.00),
- Beber alcohol (p-valor es 0.00),
- Sobrepeso/obesidad (p-valor es de 0.00),
- TAS elevada (p-valor es 0.00),
- Presentar enfermedades previas neuroendocrinas, ginecológicas o de la piel (p-valor es de 0.003).

Como se observa en la Tabla 37, las trabajadoras manuales no mostraron un mayor riesgo que su contraparte no manual de:

- Vida sedentaria con una ORc = 0.92 IC95% [0.70-1.2],
- Padecer alteraciones musculoesqueléticas ORc = 0.81 IC95% [0.63-1.06],
- Enfermedades previas cardio-vasculares o respiratorias ORc = 1.9 IC95% [0.82-4.40],
- Ansiedad-depresión ORc = 1.48 IC95% [0.80-2.75],
- TAD elevada ORc = 1.61 IC95% [0.83-3.11],
- Cifras elevadas de colesterol ORc = 1.38 IC95% [0.95-1.99],
- Cifras de glucemia elevadas ORc = 2.93 IC95% [0.65-13.19],
- Accidentes de trabajo previos ORc = 0.87 IC95% [0.45-1.65].

En cambio, las trabajadoras manuales en comparación con las no manuales tienen mayor probabilidad de:

- Fumar ORc = 1.66 IC95% [1.25-2.20],
- Sobrepeso/obesidad ORc = 2.18 IC95% [1.65-2.89],
- Enfermedades previas neuroendocrinas, ginecológicas o de la piel ORc = 1.70 IC95% [1.19-2.43],
- TAS elevada ORc = 2.72 IC95% [1.70-4.35].

Por otro lado, parece ser que el riesgo de beber alcohol es menor entre las trabajadoras manuales en comparación con las trabajadoras no manuales, actuando en este caso la case social como un factor de protección con una ORc=0.60 IC95% [0.46-0.78] .



Tabla 37: Resultados referentes a las mujeres que ocupan la clase manual en comparación con las que ocupan la clase no manual.

Variable	Manuales	No manuales	P-valor**	ORc (IC 95%) (Nomanuales=1)
Hábitos no saludables				
Fuman	74,4%	25,6%	0,000	1,66 (1,25-2,20)
Consumo alcohol	39,1%	60,9%	0,000	0,60 (0,46-0,78)
Sedentarismo	66,1%	33,9%	0,53	0,92 (0,70-1,20)
Problemas salud física				
Alteraciones musculoesqueléticas	65,5%	34,5%	0,13	0,81 (0,63-1,06)
Enfermedades previas endocrinas, ginecológicas o de la piel	76,3%	23,7%	0,003	1,70 (1,19-2,43)
Enfermedades previas cardiovasculares o respiratorias	79,4%	20,6%	0,13	1,90 (0,82-4,40)
Problemas de salud mental				
Ansiedad-depresión	75,0%	25,0%	0,21	1,48 (0,80-2,75)
Riesgo cardiovascular*				
Sobrepeso/obesidad	77,3%	22,7%	0,000	2,18 (1,65-2,89)
TAS elevada	83,5%	16,5%	0,000	2,72 (1,70-4,35)
TAD elevada	76,5%	23,5%	0,16	1,61 (0,83-3,11)
Colesterol elevado	73,1%	26,9%	0,09	1,38 (0,95-1,99)
Glucemia elevada	85,7%	14,3%	0,14	2,93 (0,65-13,19)
Accidentes de trabajo				
Accidentes de trabajo previos	64,3%	35,7%	0,66	0,87 (0,45-1,65)

*Dentro del riesgo cardiovascular habría que incluir el fumar y el sedentarismo que aparecen referenciados en el apartado de los hábitos no saludables.

** El p-valor se calculó mediante la prueba de Chi-cuadrado

6. DISCUSION

La mayoría de las mujeres trabajadoras de nuestra población pertenecen mayoritariamente a las clases sociales ocupacionales IV y V con un 67,4% y muy minoritariamente, a las clases I y II con un 8,5%. La antigüedad media que ostentan en la empresa es de unos 5 años aproximadamente, encontrándose casi un tercio (29,2%) trabajando entre 0 y 6 meses. Sólo el 4% refirió haber tenido algún accidente de trabajo dentro de su trayectoria laboral. La mayoría tiene un hijo o más (58%) y se encuentra dentro del rango de edad entre 26-45 años (67,3%), estando este comprendido dentro del rango de edad reproductiva, siendo la edad media de las trabajadoras de 37,2 años.

En cuanto a su salud física, cabría decir que, a rasgos generales, las mujeres trabajadoras de nuestro estudio mostraron muy buenos indicadores. En este sentido, solo un 10,5% declararon sufrir enfermedades previas cardiovasculares o respiratorias y un 19% endocrinas, ginecológicas o de la piel. Igualmente, dentro de la exploración física, solo un 3,5% mostraron alteraciones en el ECG, un 6,3% déficit auditivo y un 6,8% alteraciones espirométricas. Igualmente, la gran mayoría mostró unas cifras normales de TAS y TAD con un 86,7% y 95,1% respectivamente. Así mismo en las analíticas sanguíneas, solo el 0,1% mostro cifras alteradas de la función renal, seguidas del 1,3% que mostraron cifras elevadas de glucemia y un 5,7% cifras alteradas en la función hepática. En esta línea, solo un 14,7% mostraron cifras alteradas en el hemograma, junto a un 16% con cifras elevas de colesterol.

Estos buenos resultados en cuanto a la salud física y mental de las trabajadoras de nuestro estudio podrían deberse en gran parte al sesgo del trabajador sano, por el que las personas que trabajan tiene una mejor salud que las que no lo hacen y que quedan fuera del mercado de trabajo. Igualmente, el sesgo del voluntario podría estar influenciando estos resultados ya que los exámenes de salud de ofertan por parte de los SPRL a los trabajadores y son estos los que deciden voluntariamente si participan o no. El sesgo del voluntario es aquel por el que las personas de un colectivo que se ofrecen voluntarias para acceder a unos exámenes de salud son aquellos que mejor salud tienen del grupo.

No obstante, un 56,1% de las trabajadoras mostraron alteraciones musculoesqueléticas y un 22,4% déficit de visión en las exploraciones físicas. Igualmente, en los exámenes de salud del SPRL la salud mental se podría decir que está insuficientemente evaluada puesto que solo se le pregunta a la trabajadora que declare si sufre de ansiedad o depresión, pero no se utiliza ninguna escala validada para su detección como las escalas internacionalmente conocidas de Golberg y Churg.

Así mismo, llama la atención el porcentaje significativo de trabajadoras de nuestra población de estudio con unos hábitos de vida no saludables. En este sentido un 43% bebe alcohol, el 34,8% son fumadoras, el 31,9% lleva una vida sedentaria junto a un 23,1% con un calendario vacunal incompleto. Quizás sean estos hábitos poco saludables los que expliquen en parte que el 39,3% de las trabajadoras presentaran obesidad o sobrepeso.

Tradicionalmente las mujeres abandonaban su empleo cuando se casa o tenían su primer hijo (16), pero en la actualidad, la tendencia es todo lo contrario, ya que los grupos de mayor tasa de actividad los encontramos entre las mujeres en edad reproductiva y con hijos, tal y como se refleja en nuestros resultados.

Los datos referentes al tiempo trabajado en la empresa pueden sugerirnos estabilidad laboral ya que casi la mitad trabajan en el mismo puesto desde hace algo más de 3 años, sin embargo, todavía encontramos un grupo elevado cuya duración en el puesto comprende desde 0-6 meses, sugiriendo precariedad en la duración del empleo. Este hecho podría estar relacionado con la temporalidad de los contratos por ser de corta duración, aunque este dato no fue recogido en la historia clínica.

Igualmente, según la EPA del último trimestre de 2017, los datos observados muestran que la cifra de mujeres ocupadas que llevan trabajando en el empleo actual sería del 16% para quien lleva trabajando entre los 0-12 meses (28).

La necesidad de compatibilizar trabajo y familia ha llevado a las mujeres, en muchos casos, a desarrollar su trabajo remunerado en determinados sectores económicos y ocupaciones (división sexual del trabajo) (26).

Este hecho también es debido a la segregación laboral ya que ha llevado a la infrarrepresentación en algunos puestos de trabajo y su sobrerrepresentación en otros.

Diversos estudios muestran resultados similares en lo referente a la ocupación de las clases sociales, lo que lleva a las mujeres a ocupar puestos de trabajo y a realizar tareas que las acaba exponiendo a riesgos diferentes que a los hombres y por lo tanto a efectos diferentes sobre su salud.

Según resultados del estado de salud, el 23% de la muestra tiene el calendario vacunal incompleto. Desde el punto de vista de la Salud Pública, es importante vigilar y promocionar la inmunización de la población adulta, y muy especialmente la población trabajadora ya que algunos colectivos de trabajadores están expuestos de una manera específica a riesgos biológicos (80).

Los médicos y enfermeros del trabajo de las Unidades de Vigilancia de Salud Laboral son los encargados de diseñar el calendario de vacunación específico según los riesgos biológicos y de mantener actualizado el calendario vacunal individual de los trabajadores (81). No obstante, no se ha de olvidar que la vacunación no tiene un carácter de voluntariedad en nuestro país, por lo que, solo se puede recomendar, pero no obligar a los trabajadores a ser vacunados.

Según la Encuesta Nacional de Salud del INE, las mujeres de la Región de Murcia mayores de 18 años presentaron normopeso en un 47% y sobrepeso/obesidad en un 49,4% (82). Estos datos guardan cierta semejanza con los de este estudio, ya que el 57% presentó normopeso y el 39,3% sobrepeso/obesidad, teniendo este grupo de mujeres cifras más acordes para cada categoría. Esta diferencia del 10% de sobre peso/obesidad menor en las trabajadoras, puede deberse en parte al sesgo del trabajador sano, por el que la población laboral tiene mejor salud que la no laboral que podría hacer aumentar el valor del porcentaje de sobrepeso/obesidad en la población general. No obstante, no deja de ser un resultado preocupante en las trabajadoras por su relación con la hipertensión y el síndrome metabólico (incremento de los niveles de glucemia y de colesterol junto a triglicéridos) ambos asociados al riesgo cardiovascular.

En un estudio realizado en 2006 por Sánchez-Chaparro, encontramos resultados parecidos a nuestro estudio, donde un tercio de las mujeres trabajadoras presentaban sobrepeso u obesidad (83). Las causas de obesidad según la OMS, son debidas un aumento en la ingesta de alimentos de alto contenido calórico ricos en grasa y azúcar, y un descenso en la actividad física debido a muchas formas de trabajo cada vez más sedentarias, los nuevos modos de transporte y la creciente urbanización (84). Según Celis-Morales, estas causas pueden deberse a que muchas mujeres pueden verse sometidas a ambientes laborales estresantes, aumentando su sobrepeso por malnutrición en exceso (85).

A pesar de que las cifras de tensión arterial no son muy elevadas en la población de nuestro estudio, es muy importante llevar un control debido a los daños que puede ocasionar al organismo.

Según la OMS, la hipertensión es la causa prevenible más importante de enfermedades cardiovasculares y accidentes cerebrovasculares (ACV) del mundo, que, si no se controla, puede provocar un infarto de miocardio, un ensanchamiento del corazón y, a la larga, una insuficiencia cardiaca. Otros factores pueden agravar las cifras de TA como el consumo de

tabaco, una dieta poco saludable, el consumo de alcohol, la inactividad física y la exposición a un estrés permanente, así como la obesidad, el colesterol alto y la DM (86).

En un estudio muy similar de Sánchez-Chaparro en la población española, obtenemos cifras parecidas a las del estudio, donde un 9% de las mujeres presentaban elevación de la tensión arterial en rango de hipertensión (83).

Según Fierro I, en el año 2004, la comunidad autónoma de Murcia es una de las comunidades con mayores porcentajes de consumo de alcohol entre las mujeres 48% (87), siendo datos similares a los del estudio.

Diversos estudios indican que el entorno laboral puede comportar la exposición a otros factores de riesgo para el abuso de alcohol, aumentando la probabilidad de desarrollar problemas derivados del consumo, como alteración en la salud de los trabajadores, del rendimiento laboral, productividad de las empresas, incumplimiento de la seguridad en la práctica laboral y costes económicos para el empresario y los sistemas de salud pública (88).

Existe la probabilidad de realizar un consumo de riesgo en las mujeres con un mayor nivel socioeconómico y según nivel educativo, siendo máxima en las mujeres universitarias frente a las que tenían estudios primarios o inferiores (89, 90). Estos resultados van acordes a los obtenidos en este estudio en el que la clase social ocupacional de trabajadoras manuales ejerce un factor de protección frente al consumo de alcohol, siendo el riesgo mayor en las trabajadoras no manuales. Quizás factores relacionados con el estilo de vida y poder adquisitivo podrían explicar estas diferencias entre ambos grupos. En este sentido, pudiera ser que las trabajadoras de una clase social más acomodada se vieran expuestas a contextos en su vida profesional o personal en los que el consumo de alcohol formara parte del comportamiento esperado para empatizar o socializarse.

Según el Ministerio de Sanidad, en España, fuman aproximadamente el 27,2% de las mujeres mayores de 16 años (91), siendo en los países desarrollados la prevalencia entre las mujeres de entre el 15% y el 37% (92). En la Región de Murcia, según Infante C, encontramos datos de en los que las fumadoras ocupan el 32,1% (93). En nuestro estudio, las cifras son ligeramente superiores para las mujeres trabajadoras con un (34,8%). Estos resultados son aún más relevantes si cabe, si tenemos en cuenta que el sesgo de trabajador sano debería hacer que nuestro porcentaje de trabajadoras fumadoras fuera menor en comparación al de la población general. Por lo tanto, una posible hipótesis para futuros

trabajos de investigación podría ser que las trabajadoras tienen más riesgo de fumar que las mujeres que no trabajan.

En lo referente a la realización de actividad física, según la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012 del INE, el 60% las mujeres de la Región de Murcia se declararon sedentarias frente a un 40% que realizaba ejercicio de manera habitual, mientras que a nivel nacional, esta cifra se sitúa en (46,6%), siendo aún mayor en mujeres que en hombres (82). Estos datos difieren de los resultados de este estudio ya que sólo el 31,9% de las trabajadoras refirió ser sedentarias. Este resultado pueda deberse al sesgo de los trabajadores sanos y los voluntarios sanos. También podría deberse a que la mayoría de las mujeres realizan una actividad física relevante asociada a sus tareas laborales.

Las mujeres trabajadoras con hijos mostraron tener una mayor probabilidad de: el sobrepeso/obesidad, la presencia previa de enfermedades endocrinas, ginecológicas o de la piel, la presencia previa de enfermedades cardiovasculares o respiratorias, la TAS elevada y el colesterol. El hecho de que las mujeres con hijos presenten cifras más elevadas de peso, presencia de enfermedades previas cardiovasculares, TAS elevada y colesterol podría deberse a una mala alimentación debido a factores como la falta de tiempo y el exceso de cargas que hacen que pueda tener mayor predisposición a un aumento de peso. Podría ser que las mujeres dedicaran más tiempo a las tareas del hogar y a las de cuidados de los hijos o de otras personas dependientes que les llevara a disponer de menos tiempo para la realización de actividad física y una dieta sana. También podría ser por alteraciones endocrinas que alteraran el metabolismo hormonal y provocaran estos problemas de salud.

Por otro lado, se observó en este estudio que el tener hijos en las trabajadoras actúa como un factor de protección para el consumo de alcohol. Podría deberse a que las mujeres con hijos no toman alcohol debido a factores como la lactancia materna o la falta de tiempo para relaciones sociales donde el consumo de este suele ser más elevado.

Las trabajadoras de las clases manuales mostraron una probabilidad mayor de: consumir tabaco, presentar enfermedades endocrinas, ginecológicas o de la piel, presentar sobrepeso/obesidad y tener la TAS elevada en comparación a las de las clases sociales más acomodadas como las trabajadoras no manuales. Las causas podrían estar relacionadas con malos hábitos de salud, al igual que presentan las trabajadoras con hijos,

por la falta de tiempo, falta de conocimientos, falta de consciencia sobre los riesgos que entrañan para la salud ciertas conductas de riesgo y exceso de cargas de trabajo.

Por otro lado, y contrario a lo que cabría esperar las trabajadoras manuales, aparece como un factor de protección para el consumo de alcohol frente a las de clases no manuales. Podría ser debido a que las mujeres de clases manuales no tengan tantas relaciones sociales como podrían tener las no manuales, por el exceso de las cargas de trabajo.



7. CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

A la luz de los resultados, se podría concluir que, en líneas generales, la mayoría de las mujeres trabajadoras de nuestro estudio presentan tanto buena salud física como mental y que el tener hijos junto a ocupar una clase social manual podrían actuar como posibles determinantes de su salud, riesgos cardiovasculares y hábitos de una vida saludable.

Igualmente se concluye que:

1. La mayoría de las trabajadoras de este estudio se encuentra en edad reproductiva, tiene hijos, lleva trabajando en su puesto largo tiempo y suele ocupar en su mayoría puestos de categorías manuales.
2. Una gran proporción tiene buenos hábitos saludables: realiza ejercicio físico y no es fumadora. Sin embargo, hay una proporción considerable de trabajadoras que consumen alcohol.
3. Su estado de salud mental y física es bueno con un patrón de trabajadoras que tiene actualizado su calendario vacunal, tiene cifras de T.A. dentro de la normalidad, no posee enfermedades previas neuroendocrinas, ginecológicas o de la piel, enfermedades previas cardiovasculares o respiratorias, ni problemas de salud mental.
4. Entre las trabajadoras de nuestro estudio las cifras de sobrepeso y obesidad son considerables.
5. La presencia de alteraciones musculoesqueléticas representa uno de los problemas más frecuentes entre las mujeres trabajadoras.
6. En relación a las pruebas complementarias realizadas, la mayor proporción de alteraciones encontradas se deben a un déficit en la agudeza visual, siendo menores las alteraciones representadas para la agudeza auditiva, espirometría y electrocardiograma.
7. En los resultados analíticos, las alteraciones que muestran mayor frecuencia serían para la presencia de colesterol y alteraciones en el hemograma.
8. Las trabajadoras con hijos podrían tener una probabilidad mayor de presentar sobrepeso/obesidad, enfermedades neuroendocrinas, ginecologías o de la piel, enfermedades previas cardiovasculares, TAS elevada y niveles altos de colesterol, en comparación con las que no tienen.

9. Las trabajadoras de la clase social manual podrían tener una probabilidad mayor de consumir tabaco, sufrir de sobrepeso/obesidad, tener enfermedades previas neuroendocrinas, ginecologías o de la piel y de TAS elevada, en comparación a las trabajadoras que ocupan clases no manuales.
10. Tanto el tener hijos como el pertenecer a la clase social de trabajadoras manuales parece tener un efecto protector sobre el consumo de alcohol.



Limitaciones y fortalezas

Una limitación de este estudio es que la población de trabajadoras que se ha analizado no es representativa de las trabajadoras de la Región de Murcia, y por lo tanto los resultados no se pueden extrapolar a dicha población. No obstante, la población procede de una fuente de datos de alta calidad como son los reconocimientos de salud que el SPRL ofrece a sus trabajadores. Igualmente, las trabajadoras de nuestra población proceden de diversas áreas de la Región de Murcia. Otra limitación de este estudio proviene del hecho. Una limitación de este estudio procede del hecho de trabajar con fuentes de datos secundarios. En este sentido en los reconocimientos de salud no se hacían preguntas sobre variables tan interesantes para la salud pública como: la salud autopercebida, que se asocia a una mayor mortalidad; el sector de actividad, que hubiera permitido estratificar los resultados y ver cómo actúa este como posible determinante de la salud de las trabajadoras; el estado civil, el nivel educativo, el tiempo dedicado a tareas de hogar y los cuidados de los hijos, porque habrían ayudado a visibilizar mejor el fenómeno de la doble presencia y como este podría actuar como un posible determinante de su salud. El no contar con la variable de nacionalidad o país de origen tampoco ha permitido explorar posibles diferencias entre la población inmigrante y la autóctona, dejando fuera de nuestros análisis uno de los ejes principales de las desigualdades en salud laboral como otros estudios previos ya han mostrado. Igualmente, la salud mental se evalúa en los reconocimientos de salud con una pregunta, aunque no aplicando métodos validados para su identificación como la escala de Golberg. Otra limitación de este estudio procede de su naturaleza transversal que no permite controlar el efecto de la asociación reversa. Aunque, por otro lado, los resultados obtenidos son plausibles y razonables. Finalmente, la limitación principal de este estudio ha sido el no aplicar modelos de ajuste a las ORc calculadas para tener hijos y la clase social ocupacional, lo que podría haber permitido observar si otras variables podrían tener un papel más o menos relevante en los efectos observados. Este mismo hecho no ha hecho posible la evaluación de posibles efectos de confusión. En cualquier caso, no era un objetivo principal de este estudio analizar los determinantes de la salud de las trabajadoras de la Región de Murcia sino el de describir el estado de su salud y una primera aproximación a modo de exploración a sus posibles determinantes. Quizás futuros estudios podrían dirigirse hacia este objetivo con la finalidad de optimizar las políticas públicas de prevención y promoción de la salud con la intención de mejorar la salud de las trabajadoras de la Región de Murcia.

Como recomendaciones se proponen los siguientes puntos:

1. Llevar cabo más investigación para corregir el desequilibrio de género en salud laboral incluyendo cuestiones pertinentes para la salud de las mujeres, su salud y sus lugares de trabajo, integrando el género en las actividades de prevención ya que las investigaciones realizadas hasta ahora han prestado menos atención a los riesgos laborales de las mujeres (12).
2. Impulsar, desarrollar y fortalecer actividades encaminadas a modificar los estilos de vida, mediante comunicación, información y educación para la salud y que estas estén dirigidas a mujeres. Dentro de estas actividades podríamos incluir la prevención del consumo de tabaco, del consumo de alcohol y del sobrepeso, por ejemplo, teniendo en cuenta los diferentes contextos del lugar de trabajo y los diferentes grupos de trabajadoras como las trabajadoras con hijos y en la clase social de trabajadoras manuales (94, 95).
3. Promover y facilitar un enfoque sensible al género, con el fin de garantizar una prevención eficaz, unos hábitos de salud saludables y evitar los sesgos de género. Convendría integrar la perspectiva de género en las historias clínicas a la hora de realizar los reconocimientos médicos, adjuntando apartados en donde se puedan recoger, por ejemplo, datos referentes al estado civil, nivel educativo, tiempo dedicado a tareas de hogar y familia (y si estas son compartidas), salud autopercebida.
4. Los resultados de este estudio serán transmitidos al SPRL que cedió los reconocimientos médicos para que les ayude a elaborar sus planes de prevención y de promoción de la salud en el trabajo.

En resumen, el presente trabajo ayudará a visibilizar los problemas de salud de la mujer trabajadora en la Región de Murcia y será de utilidad a la hora de emprender políticas y medidas laborales enfocadas a las conductas de salud que presentan para su prevención y promoción en el medio laboral.

Conflicto de intereses

Ninguno de los autores del presente trabajo declara tener algún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Quisiera agradecer al SPRL Prilanor, S.L.L. el haberme cedido los datos procedentes de sus reconocimientos de salud del año 2017 para la realización del presente estudio.

También quiero agradecer al tutor D. Javier Campos Serna el apoyo, atención, disponibilidad, tiempo, paciencia, consejos, asesorías, y dedicación que ha prestado para poder realizar este trabajo.



8. BIBLIOGRAFIA

1. Mazzucconi CSM. La vigilancia del estado de salud de los trabajadores: voluntariedad y periodicidad de los reconocimientos médicos. Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración. 2004(53):181-202.
2. López-Roldán P, Nieto FN. Los reconocimientos médicos específicos en el ámbito laboral: obligatoriedad vs. voluntariedad. Creando Redes Doctorales.441.
3. González Gómez M. Salud laboral y género: apuntes para la incorporación de la perspectiva de género en el ámbito de la prevención de riesgos laborales. Medicina y Seguridad del Trabajo. 2011;57:89-114.
4. Borrell C, Rohlf I, Artazcoz L, Muntaner C. Desigualdades en salud según la clase social en las mujeres: ¿Cómo influye el tipo de medida de la clase social? Gaceta Sanitaria. 2004;18:75-82.
5. Artázcoz L, Borrell C, Rohlf I, Beni C, Moncada A, Benach J. Trabajo doméstico, género y salud en población ocupada. Gaceta Sanitaria. 2001;15(2):150-3.
6. Artazcoz L, García-Calvente MdM, Esnaola S, Borrell C, Sánchez-Cruz JJ, Ramos JL, et al. Desigualdades de género en salud: la conciliación de la vida laboral y familiar. Invertir para la salud Prioridades en salud pública Informe Sespas. 2002.
7. Borrell C, Artazcoz L. Las desigualdades de género en salud: retos para el futuro. Revista Española de Salud Pública. 2008;82(3):241-9.
8. Goldthorpe JH. Women and class analysis: in defence of the conventional view. Sociology. 1983;17(4):465-88.
9. Campos-Serna J, Ronda-Pérez E, Artazcoz L, Benavides FG. Gender inequalities in occupational health in Spain. Gaceta sanitaria. 2012;26(4):343-51.
10. Campos-Serna J, Ronda-Pérez E, Artazcoz L, Moen BE, Benavides FG. Gender inequalities in occupational health related to the unequal distribution of working and employment conditions: a systematic review. International journal for equity in health. 2013;12(1):57.
11. Benach J, Muntaner C, Solar O, Santana V, Quinlan M. Empleo, trabajo y desigualdades en salud: una visión global. Barcelona: Icaria; 2010.
12. Kauppinen KH, Irene. Copsey, Sarah., Trabajo. AEpiSylSee. Las cuestiones de género en relación con la seguridad y la salud en el trabajo.Revisión. Luxemburgo: Comunidades Europeas; 2006. Available from: <https://osha.europa.eu/es/tools-and-publications/publications/reports/209/view>.

13. Gayoso Doldan María RTS, Fernández Felipe M.^a Carmen, Cruz Cantos M.^a Luisa de la. Desigualdad de género en las actividades de prevención de riesgos laborales. *Medicina y Seguridad del Trabajo*. 2015:4-17.
14. Trabajo SGdAdMd. LA SITUACIÓN DE LAS MUJERES EN EL MERCADO DE TRABAJO EN 2015. In: Empleo SdEd, editor. Ministerio de Empleo y Seguridad Social 2016. p. 80.
15. Unidas N, editor. Informe de la cuarta conferencia mundial sobre la mujer. 1995 Beijing. Nueva York.: Publicación de las Naciones Unidas; 1996.
16. Cebrian IM, Gloria. La situación de las mujeres en el mercado de trabajo español desajustes y retos. *Economía industrial*. 2008:121-37.
17. Ruiz-Cantero MT, Papí-Gálvez N. Guía de estadísticas de salud con enfoque de género: análisis de internet y recomendaciones. 2007.
18. CAMPOS-SERNA J, RONDA-PEREZ E, ARTAZCOZ LaB, Fernando. Desigualdades de género en salud laboral en España. *Gaceta sanitaria* [online]. 2012;pp.343-51.
19. Messing K, Stellman J. Understanding occupational disease in the workforce en Kane, P. (ed.), *Women and occupational health: issues and policy paper prepared for the Global Commission on Women's Health*. 1999:23-9.
20. Miller K, Greyling M, Cooper C, Lu L, Sparks K, Spector PE. Occupational stress and gender: a cross-cultural study. *Stress Medicine*. 2000;16(5):271-8.
21. Mujer. Ildl. *Mujeres y hombres en España.*: Ministerio Sanidad, Política Social e Igualdad.; 2016.
22. Punnett L, Herbert R. Workrelated musculoskeletal disorders: Is there a gender differential and, if so, what does it mean? *Women and health*. 2000.
23. Artazcoz L, Escribà-Agüir V, Cortès I. Género, trabajos y salud en España. *Gaceta Sanitaria*. 2004;18:24-35.
24. Polavieja JG. The effect of occupational sex-composition on earnings: Job-specialization, sex-role attitudes and the division of domestic labour in Spain. *European Sociological Review*. 2007;24(2):199-213.
25. Ibáñez Pascual M. La segregación ocupacional por sexo a examen Características personales, de los puestos y de las empresas asociadas a las ocupaciones masculinas y femeninas. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*. 2008(123).
26. Buedo Martinez S. Mujeres y mercado laboral en la actualidad, un análisis desde la perspectiva de género: genéricamente empobrecidas, patriarcalmente desiguales. *RES, Revista de educación Social*. 2015.

27. García AM. Mercado laboral y salud. Informe SESPAS 2010. *Gazeta Sanitaria*. 2010;62-7.
28. Encuesta de Población Activa (EPA) Cuarto trimestre 2017 [press release]. 2018.
29. Messing K. One-eyed science: occupational health and women workers. Temple. 1998.
30. Gayoso Doldan M, Rodríguez Tupayachi S, Felipe F, ^a Carmen M, Cantos C. Desigualdad de género en las actividades de prevención de riesgos laborales. *Medicina y Seguridad del Trabajo*. 2015;61(238):4-17.
31. de España G. Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. 2007;20.
32. trabajo. Oid. Igualdad de género y trabajo decente: Convenios y recomendaciones claves de la OIT para la igualdad de género. Ginebra: Publicaciones de la OIT; 2012.
33. EUROPEA U. Pacto Europeo por la Igualdad de Género (2011-2020), 2011. Doc; 2011.
34. trabajo. INdSeHee. Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo. 2015 6ª EWCS – España. Madrid: INSHT; 2017.
35. Joint ILO, & World Health Organization. Epidemiología de las enfermedades y accidentes relacionados con el trabajo: décimo informe del Comité Mixto OI. 1989. Ginebra; [84]. Available from: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/38087>.
36. Delgado Páez DL. Riesgos derivados de las condiciones de trabajo y de la percepción de salud según el género de la población trabajadora en España.: Universidad de Alcalá.; 2013.
37. Valls Llobet C. Aspectos biológicos y clínicos de las diferencias. *Quark*. 2003(27):41-53.
38. Moreno N, Boix P. Guía sindical de salud laboral.Vigilancia de la salud de los trabajadores/as.: CC.OO. ISTAS. Instituto Sindical de trabajo, ambiente y salud.
39. de Riesgos Laborales LdP. Ley 31/1995, de 8 de noviembre. Boletín Oficial del Estado. 1995;269:1.011.
40. Solé MD, Piqué T, Bultó M. NTP 471: La vigilancia de la salud en la normativa de prevención de riesgos laborales. Instituto de Seguridad e Higiene en el Trabajo.; 1998.
41. Lloret Torres R. Marco conceptual y legislativo de la enfermería del trabajo.2011:[26 p.]. Available from: www.murciasalud.es/recursos/ficheros/214278-marco_conceptual.pdf.
42. de España G. LEY 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Recuperado de: <http://www.boe.es/boe/dias/2003/11/22/pdfs/A41442-41458.pdf>. 2003.

43. del Estado BO. Real Decreto 39/1997 de 17 de enero por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención. BOE; 1997.
44. Álvarez GMA, Carrillo SAV, Rendón CMT. Principales patologías osteomusculares relacionadas con el riesgo ergonómico derivado de las actividades laborales administrativas. Revista CES Salud Pública. 2011;2(2):196.
45. trabajo IdSeHee. Vigilancia de la salud de los trastornos musculo esqueléticos: Ministerio de Empleo y Seguridad Social; [Available from: <http://www.insht.es/portal/site/MusculoEsqueleticos/menuitem.2b2dac6ee28e973a610d8f20e00311a0/?vgnnextoid=e752802f1bfcb210VgnVCM1000008130110aRCRD>].
46. Head J, Stansfeld SA, Siegrist J. The psychosocial work environment and alcohol dependence: a prospective study. Occupational and Environmental Medicine. 2004;61(3):219-24.
47. Organization WH. Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. 2010.
48. Salud OMdl. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010 RESUMEN DE ORIENTACIÓN2011. Available from: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_summary_es.pdf.
49. Schneider NK. Diez datos sobre el género y el tabaco. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2010 [Available from: http://www.who.int/features/factfiles/gender_tobacco/facts/es/].
50. Anderson P, Gual A, Colon J. Alcohol y atención primaria de la salud: informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la salud.; 2008. Available from: www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_atencion_primaria.pdf.
51. Artazcoz L. La salud laboral ante los retos de la nueva economía. Gaceta Sanitaria. 2002;16:459-61.
52. Black SD. Inequalities in health: the Black report. 1982.
53. del Pozo JS. Clases sociales en la salud: el motor de la desigualdad.
54. Alonso RF. Estructura social contemporánea: las clases sociales en los países industrializados: Siglo ventuno de España; 1995.
55. Campos-Serna J, Ronda-Pérez E, Artazcoz L, Benavides FG. Desigualdades de género en salud laboral en España. Gaceta sanitaria. 2012;26(4):343-51.
56. de Epidemiología SE, de la Sociedad GdT, de Epidemiología E, Alvarez-Dardet C. La medición de la clase social en ciencias de la salud: SG; 1995.

57. Borrell C, Benach J. La evolución de las desigualdades en salud en Cataluña. Gaceta Sanitaria. 2006;20(5):396-406.
58. Benach J, Vergara M, Muntaner C. Desigualdad en salud: la mayor epidemia del siglo XXI. Madrid: Sesión epidemiología social. 2008.
59. Benach J, Amable M. Las clases sociales y la pobreza. Gaceta Sanitaria. 2004;18(4):16-23.
60. de trabajo de la Sociedad G, de Epidemiología E. Una propuesta de medida de la clase social. Atención Primaria. 2000;25(5):350-63.
61. Domingo-Salvany A, Bacigalupe A, Carrasco JM, Espelt A, Ferrando J, Borrell C. Propuestas de clase social neoweberiana y neomarxista a partir de la Clasificación Nacional de Ocupaciones 2011. Gaceta Sanitaria. 2013;27(3):263-72.
62. salud OMdl. Preguntas y respuestas sobre la hipertensión.: Organización Mundial de la salud; 2015.
63. Ministerio de Sanidad SSeI. Actividad Física para la Salud y Reducción del Sedentarismo. Recomendaciones para la población. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015. 28 p.
64. García Aguado J, Sánchez Ruiz-Cabello FJ, Colomer Revuelta J, Cortés Rico O, Esparza Olcina MJ, Galbe Sánchez-Ventura J, et al. Valoración de la agudeza visual. Pediatría Atención Primaria. 2016;18:267-74.
65. Alfredo A. Visión y trabajo. Instituto nacional de seguridad e higiene en el trabajo, Madrid <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/786a820/790%20web.pdf>. 1998.
66. Comisión de Salud Pública CIdSNdS. Protocolo de vigilancia sanitaria específica sobre PVD. Medicina y Seguridad del Trabajo. 1999;1(úmero Monográfico: PANTALLAS DE VISUALIZACIÓN DE DATOS):51-102.
67. Laboral S. Protocolos de Vigilancia Sanitaria Específica. Ruido Ministerio de Sanidad y Consumo. 2000.
68. Marco JLM, Gómez MDS. NTP 284: Audiometría tonal liminar: exploraciones previas y vía aérea.
69. Badaracco J, De Sebastian G, Postan D. Audiología Práctica. Buenos Aires: Panamericana. 2002.
70. Floría PM. La prevención del ruido en la empresa: FC Editorial; 1999.

71. Alonso Díaz JA. Resultados de la aplicación del protocolo de ruido en trabajadores expuestos a un nivel de ruido continuo diario equivalente igual o superior a 85 decibelios (A). Medicina y Seguridad del Trabajo. 2014;60(234):9-23.
72. García-Baquero E, Raboso PZC, Cuesta Carmona J, Álvarez de Cózar FA. Concepto e interpretación. FMC; 2000.
73. ESPECÍFICA PDVS. Neumonitis por hipersensibilidad o alveolitis alérgica extrínseca. Comisión de Salud Pública Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud Ministerio de Sanidad y Consumo Madrid. 2000.
74. García-Río F, Calle M, Burgos F, Casan P, del Campo F, Galdiz JB, et al. Espirometría. Archivos de bronconeumología. 2013;49(9):388-401.
75. de la SEPAR GdT. Normativa para la práctica de la espirometría forzada. Archivos de Bronconeumología. 1989;25(4):132-42.
76. de Patología Respiratoria SE, Aldás JS. Normativa para la espirometría forzada: Doyma; 1985.
77. Específica PdVS. Silicosis y otras Neumoconiosis. Ministerio de Sanidad. 2001.
78. Maneiro Higuera F, González Lorenzo F. Nuevos métodos de valoración de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, su adecuación a la evaluación del menoscabo y la incapacidad. Medicina y Seguridad del Trabajo. 2015;61(240):367-77.
79. Dorta CB. Realización del electrocardiograma. Serv Canar Salud [Internet]. 2005.
80. Laboral SdS, Medioambiental SdSAyS, Comunitaria DGdCyS, Consumo CdSy. GUÍA DE VACUNACIÓN EN EL MEDIO LABORAL. SUPLEMENTO AL PROTOCOLO DE V.S.E. FRENTE A RIESGOS BIOLÓGICOS. Melilla prevención.
81. Murcia IdSySLdIRd. Vacunaciones en el mundo laboral. FICHA DIVULGATIVA. FD-3. 2007.
82. INE y MINISTERIO DE SANIDAD SSEI. Encuesta Nacional de Salud 2011-2012. 2013.
83. Sánchez-Chaparro MA, Román-García J, Calvo-Bonacho E, Gómez-Larios T, Fernández-Meseguer A, Sáinz-Gutiérrez JC, et al. Prevalencia de factores de riesgo vascular en la población laboral española. Revista Española de Cardiología. 2006;59(5):421-30.
84. OMS. Obesidad y sobrepeso. Nota descriptiva. 2016(311):2.
85. Celis-Morales C, Salas C, Alduhishy A, Sanzana R, Martínez MA, Leiva A, et al. Socio-demographic patterns of physical activity and sedentary behaviour in Chile: results from the National Health Survey 2009–2010. Journal of Public Health. 2016;38(2):e98-e105.
86. Salud. OMdl. Preguntas y respuestas sobre la hipertensión. 2015.

87. Fierro I, Ochoa R, Yáñez J, Valderrama J, Álvarez F. Mortalidad relacionada con el consumo de alcohol en España y en las comunidades autónomas en el año 2004. *Revista clinica espanola*. 2008;208(9):455-62.
88. Leggat PA, Smith DR. Alcohol-related absenteeism: the need to analyse consumption patterns in order to target screening and brief interventions in the workplace. *Industrial health*. 2009;47(4):345-7.
89. Galán I, González M, Valencia-Martín JL. Patrones de consumo de alcohol en España: un país en transición. *Revista Española de Salud Pública*. 2014;88(4):529-40.
90. Hernández BR. Consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. Prevalencia y métodos de detección en la práctica clínica. *Galicia Clin*. 2008;69(1):29-44.
91. Encuesta Nacional de Salud, 2001. Avance de resultados. [press release]. Madrid2002.
92. Checa MJ. Mujeres y tabaco: aspectos principales específicos de género. *Adicciones*. 2004;16(SUPL 2).
93. Infante C, Rubio-Colavida JM. La prevalencia del consumo de tabaco en España. *Adicciones*. 2004;16(2):59-73.
94. de Igualdad C. La promoción de la salud en el lugar de trabajo. Documento informativo para empresas y centros de la Administración. 2014.
95. Piñero MR. Enfoque para Justificar la Promoción y Prevención como Medios en la Erradicación del Sedentarismo esde el Ámbito Laboral. *Salud de los Trabajadores*. 2007;15(2):119-28.

9. ABREVIATURAS

ACV: Accidente cerebro vascular.

DM: Diabetes Mellitus.

ECG: Electrocardiograma.

ENT: Enfermedades no transmisibles.

EPA: Encuesta de población activa.

I.M.C.: Índice de masa corporal.

INE: Instituto nacional de estadística.

INSHT: Instituto de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

Kg: Kilogramos.

LPRL: Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

mmHg: Milímetros de Mercurio.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

PRL: Prevención de Riesgos Laborales.

SPRL: Servicio de Prevención de Riesgos Laborales.

SST: Seguridad y Salud en el Trabajo.

T.A.: Tensión arterial.

TAD: Tensión arterial diastólica.

TAS: Tensión arterial sistólica.

UE: Unión Europea.

10. ANEXOS

Autorización del SPRL para acceso a las historias clínicas procedentes de fuentes secundarias:

Yo, Fernando Palazón Martínez con D.N.I.: 27.477.655-S en representación de la empresa PRILANOR, S.L.L., Servicio de prevención ajeno con nº de autorización 033/03, C.I.F.: B-73223547, y domicilio social en Avda Fco Puerta Glez-Conde, 21, de Bullas C.P. 30180 y en nombre de la misma.

AUTORIZO:

A Mª Isabel Fernández Valverde con DNI: 77.714.440-Q, a la revisión de las historias clínicas y extracción de datos de las mismas, comprometiéndose al anonimato de cada una de ellas y a la confidencialidad, sometiéndolas según la Ley 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal para la realización de trabajo de investigación fin de máster.

Y para que así conste en donde proceda y a solicitud del interesado, expido el presente en Bullas a 10 de Febrero de 2018.



Fdo: Fernando Palazón Martínez
(Gerente)