

# CONDICIONES DE TRABAJO Y SU IMPACTO EN LA SALUD: AYUDA A DOMICILIO Y TELEASISTENCIA

estudios



comisiones obreras de Madrid

**CONDICIONES  
DE TRABAJO Y SU IMPACTO  
EN LA SALUD:  
AYUDA A DOMICILIO Y  
TELEASISTENCIA**

estudios • comisiones obreras de Madrid

**CONDICIONES DE TRABAJO Y SU IMPACTO EN LA SALUD:  
AYUDA A DOMICILIO Y TELEASISTENCIA**

DICIEMBRE DE 2016

EDITA: CCOO de Madrid

ELABORA Y DIRIGE: Secretaría de Salud Laboral de CCOO de Madrid  
[www.saludlaboralmadrid.es](http://www.saludlaboralmadrid.es)

EDITA: EDICIONES GPS MADRID  
C/ Sebastián Herrera, 14. 28012 Madrid  
TEL. + 34 91 527 02 29  
[www.edicionesgps.es](http://www.edicionesgps.es)

DEPÓSITO LEGAL: M-43564-2016

IMPRESIÓN: UNIGRÁFICAS GPS  
C/ Lope de Vega 38, 1ª planta. 28014 Madrid  
TEL. + 34 91 536 53 31  
[www.unigraficas.es](http://www.unigraficas.es)

**IV Plan Director en Prevención de Riesgos Laborales de la Comunidad  
de Madrid (2013-2016)**

El Instituto Regional de Seguridad y Salud en el Trabajo colabora en esta publicación en el marco del IV Plan Director de Prevención de Riesgos Laborales de la Comunidad de Madrid 2013-2016 y no se hace responsable de los contenidos de la misma ni de las valoraciones e interpretaciones de sus autores. La obra recoge exclusivamente la opinión de su autor como manifestación de su derecho de libertad de expresión.

# Índice

<b>Presentación.....</b>	<b>5</b>
<b>Introducción.....</b>	<b>7</b>
<b>Características del sector .....</b>	<b>11</b>
Antecedentes de las prestaciones sociales en nuestro país.....	11
Inicios históricos .....	11
Primeras normativas.....	15
Ley de Bases de la Seguridad Social y democracia .....	17
La actual Ley de Dependencia .....	19
Características particulares de la Comunidad de Madrid.....	22
Características sociodemográficas del sector .....	25
Tipología del usuario .....	27
Grupos, categorías profesionales y funciones del sector de Ayuda a Domicilio y Teleasistencia.....	30
<b>Condiciones de trabajo y salud .....</b>	<b>37</b>
Principales riesgos del personal de Ayuda a Domicilio y Teleasistencia .....	37
Riesgos ergonómicos .....	38
Riesgos de seguridad.....	44
Riesgos de higiene .....	45
Riesgos psicosociales.....	47
Principales daños a la salud del personal de Ayuda a Domicilio y Teleasistencia .....	53
<b>Experiencias grupales. La voz de los y las trabajadoras.....</b>	<b>61</b>
<b>Medidas preventivas parra evitar los daños a la salud.....</b>	<b>103</b>

A modo de conclusiones .....	117
Bibliografía.....	125

## PRESENTACIÓN

En los últimos años, en los países desarrollados con unas mayores expectativas de vida, se han creado unas condiciones óptimas para el crecimiento de un mercado laboral vinculado a la atención de personas mayores y personas con discapacidad que necesitan cuidados, en algunos casos de forma permanente.

En España esta situación se reguló en el año 2006 con la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. La Ley recoge el conjunto de servicios y prestaciones para la atención y protección a las personas que, por sufrir enfermedad o suceso incapacitante, o por llegar a la vejez, son dependientes o requieren ayuda para el desarrollo de su vida diaria.

Es así como se ha creado un mercado de trabajo que tiene unas condiciones de precariedad muy altas y difíciles de controlar. Hay que tener en cuenta que este trabajo se realiza en domicilios particulares, que no son considerados lugares de trabajo que la Inspección de Trabajo pueda visitar, solo interviene en relación a la documentación de contrato y cotizaciones, por lo que aplicar normas o medidas es muy difícil. Son trabajos donde el perfil mayoritarios es el de mujer, inmigrante y con poca o nula formación para desarrollarlo, con salarios bajos y jornadas interminables....

Con la realización de este estudio, desde salud laboral pretendemos dar a conocer la realidad laboral y las condiciones en que se desarrolla el trabajo, los riesgos que comporta y la importancia del mismo, ya que las trabajadoras y trabajadores que lo realizan tienen en sus manos a las personas de nuestra sociedad que más cuidados necesitan.

Este estudio se ha realizado con dos grupos de trabajo, compuestos cada uno por delegados y delegadas de prevención de ayuda a domicilio y de Teleasistencia. A todos, el mayor de los agradecimientos por su colaboración, trabajo y dedicación.

Esperamos que este estudio sirva para conocer mejor esta realidad y podamos incidir en la mejora constante de las condiciones de trabajo de este colectivo. Su realización se enmarca dentro de las actuaciones que desde CCOO de Madrid realizamos en el marco del IV Plan Director en Prevención de Riesgos Laborales.

Carmelo Plaza Baonza  
*Secretario de Salud Laboral CCOO de Madrid*

## INTRODUCCIÓN

La atención a las personas en situación de dependencia es un fenómeno que ha cobrado una creciente intensidad en los países desarrollados en las últimas décadas, debido, entre otros factores, al progresivo envejecimiento de la población y al aumento de las personas con discapacidad. Es una actividad laboral en expansión, poco regulada, poco visible y que entraña riesgos específicos en condiciones de trabajo muy particulares.

Gran parte de la atención a las personas dependientes se realiza en los domicilios, y se hace necesario mejorar muchos aspectos de este colectivo, desde las condiciones sociolaborales hasta los protocolos de información sobre los usuarios que atienden.

Esta actividad es pagada por una Administración Pública pero la llevan a cabo empresas privadas en régimen de subcontratación. La jornada típica de un auxiliar de ayuda a domicilio consta de una serie de servicios, cada uno de entre 60 y 120 minutos de duración<sup>1</sup>. Las tareas más comunes que abordan estas trabajadoras –en su mayoría mujeres– son el aseo de la persona dependiente, la limpieza del domicilio, cocina, compras o gestiones diversas y el apoyo psicosocial.

Son pocas las trabajadoras y trabajadores que cuentan con contratos de 35 horas semanales. La tasa de temporalidad es muy elevada y el empleo se concentra en los grupos de cotización de baja cualificación. La amenaza de que la empresa pierda la subcontrata es la espada de Damocles, con la que estos trabajadores/as conviven en su día a día.

Los recursos que la Administración destina son insuficientes para atender las demandas de las personas dependientes y, sin embargo, la propaganda institucional de estos servicios confunde al usuario que piensa que “se lo van a solucionar todo”. El contexto diario es un agotador tira y afloja sobre lo que “yo como trabajadora puedo hacer” y lo que “el usuario realmente necesita”, con el agravante

---

<sup>1</sup> “Atención domiciliaria a personas dependientes: un trabajo con serios problemas de salud laboral. Dossier trabajo y discapacidad”. Revista *Pex*.

de trabajar solas y en situaciones frente a las que a veces se sienten impotentes.

Las empresas programan los servicios en función de lo que la Administración ha decidido que el usuario necesita. Pero, ¿qué ocurre cuando la ayuda concedida no se ajusta a las necesidades del usuario? La red de atención sanitaria a domicilio es insuficiente y estos trabajadores/as asumen funciones para las que no están preparadas. Esto contrasta con el hecho de que para trabajar en la atención domiciliaria no se exija ninguna cualificación. El colectivo lleva años reivindicando la necesidad de una formación adecuada pero empresas y Administración se resisten: exigir cualificación significa incrementar los salarios.

La falta de adaptación de los domicilios es una situación común. Un estudio reciente<sup>2</sup> entre 500 usuarios revelaba que sólo un 12,9% de las casas reunían las condiciones adecuadas. Por ejemplo, sólo un 6,45% disponía de cama articulada y únicamente un 16,13% contaba con agarraderas en el plato de ducha.

La relación con los familiares también suele crear problemas. Por ejemplo, ¿quién decide cuál es la forma adecuada de prestar un servicio de aseo a una persona inmovilizada? Puede que el criterio de los profesionales no coincida con el de los familiares, y puede que el de los familiares entrañe riesgos para la salud de los trabajadores. Así pues, ¿cómo hacer una evaluación de riesgos del puesto cuando se trabaja en un espacio, el domicilio, que la Constitución Española señala como inviolable? Este es un problema serio para los delegados y delegadas de prevención de estas empresas.

Otra dificultad importante se deriva de la falta de información sobre las enfermedades infecto-contagiosas que eventualmente padecen los usuarios.

Pese a esta realidad, las trabajadoras también relatan episodios gratificantes que muestran usuarios y familias con muy buena voluntad. Pero en este sector, tan de futuro, tan relevante para la concepción que las sociedades tienen de sí mismas, ése parece ser el principal problema, que todo está sujeto a la buena voluntad de las personas que reciben o prestan asistencia.

---

<sup>2</sup> Idem.

Y en este contexto, surge el presente estudio cuyo **objetivo general** es el de realizar una **aproximación a la realidad del sector de ayuda domiciliaria** (en el que se incluyen el servicio de Ayuda a Domicilio y el servicio de Teleasistencia), una foto fija en la que se muestran las condiciones de trabajo de estas trabajadoras y trabajadores, los riesgos a los que se ven expuestas/os a diario y los daños a la salud que derivan de éstos, promoviendo medidas preventivas y recomendaciones para que la atención domiciliaria deje de ser un trabajo con graves problemas de salud laboral.

Las **fuentes de información** utilizadas para la realización de este estudio son de diversa naturaleza. Por una parte se utiliza la **información bibliográfica** existente en materia de condiciones de trabajo e impacto en la salud de los trabajadores/as. Por otra, se analiza la **normativa legal vigente** que regula las actividades y servicios de atención a la dependencia, así como **datos e información procedentes de diversos registros y estadísticas oficiales**.

Por último y no menos importante, contamos con la opinión de las y los protagonistas a través de la realización de dos **grupos de discusión**, en los que han participado delegadas y delegados de prevención y cuyo objetivo no es otro que conocer la percepción que sobre las condiciones de trabajo y su posible impacto a la salud tienen.

Agradecemos la participación de todos/as y cada uno de los delegados y delegadas que han hecho posible la elaboración de este estudio, con las cuales sus reflexiones, opiniones y parecer, que nos ha permitido conocer de una forma más aproximada la realidad de este colectivo.

Ampliamos nuestro agradecimiento a las trabajadoras y trabajadores del Servicio de la Atención Domiciliaria y a la atención y dedicación personal que prestan a las familias que se benefician de este servicio, más allá de las obligaciones profesionales. Es de agradecer la implicación de unos profesionales que desempeñan su labor en el ámbito privado, involucrándose en el día a día de familias que conviven con la dependencia y brindando no sólo apoyo a las personas dependientes, sino también un importante respiro para sus cuidadores.



## CARACTERÍSTICAS DEL SECTOR

### ANTECEDENTES DE LAS PRESTACIONES SOCIALES EN NUESTRO PAÍS

#### Inicios históricos

La ayuda a domicilio, tal y como se entiende ahora, surgió a mediados de los años noventa, cuando la OCDE<sup>3</sup> planteó la problemática de la atención y cuidados de larga duración para personas mayores dependientes.

Sin embargo, sería un error considerar que la ayuda a las personas con dificultades es una forma de acción social de los últimos tiempos; basta un breve repaso a la historia en nuestro país para darnos cuenta que, desde siempre, en la sociedad se ha dispuesto de una serie de recursos para paliar los riesgos de enfermedad, vejez, invalidez, miseria y pobreza, inseparables compañeros del infortunio en la mayoría de los casos.

Todos los estudiosos de los Servicios Sociales coinciden en que el proceso hasta llegar a la situación actual ha sido lento y dificultoso y se ajusta, con ligeras variaciones, a las formas históricas en que ha sido ejercida dicha protección.

---

<sup>3</sup> Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico.

En cada periodo histórico se ha utilizado una concepción diferente respecto a la ayuda a los necesitados y, en función de dicha concepción, se han aplicado los diferentes modelos de cobertura para paliar las denominadas situaciones de “infortunio”.

Algunos de estos modelos de protección se han mantenido lo largo del tiempo y perduran en nuestra sociedad actual, como son la ayuda de **la familia**, vista desde todos los ámbitos afectivos, sociales y económicos, y el **ahorro individual**, como modo de paliar las necesidades futuras.

Otros sistemas utilizados a lo largo de la historia, y que se han interrelacionado en las diferentes épocas, han sido principalmente los basados en **la solidaridad, la caridad o beneficencia y la cuestión social**, modelos que están estrechamente ligados a las diferentes concepciones y necesidades del momento:

- **La solidaridad**, basada en la acción voluntaria no formalizada, como es el caso de **“la vecindad”**, ayuda inestimable de los vecinos y conocidos, muy arraigada en las zonas rurales y en las ciudades en la época de la emigración forzosa.

En este apartado cabe destacar también, determinadas asociaciones, creadas por particulares o diversos colectivos que, sin ánimo de lucro, realizaron una importante labor social como fueron los **gremios y cofradías** (artesanos, pescadores, etc.). Estas cofradías gremiales, en los casos de invalidez, ofrecían al inválido que pertenecía a las mismas la realización de un trabajo útil, en la medida de sus posibilidades, e, igualmente, la jubilación era gradual, aprovechándose, siempre que fuera posible, las facultades residuales del individuo.

- **La caridad o beneficencia**, la ayuda al necesitado giró durante mucho tiempo en torno al concepto de caridad y fue ejercida principalmente por:

**La iglesia**, institución que ejerció una considerable influencia en la vida civil, destacando la acción caritativa ejercida a través de conventos, órdenes religiosas y parroquias.

Podemos afirmar que la beneficencia domiciliaria, ejercida por fieles voluntarios, se practicaba en parte de Madrid desde el siglo XVI. Dio comienzo en la parroquia de San Martín, se aplicó en las de San Ginés y San Sebastián y en 1754 el Rey mandó organizarla en las restantes parroquias.

Las **cofradías de tipo religioso**, personas que se asociaban en torno a la piedad y devoción hacia algún santo, solían tener entre sus fines practicar la caridad atendiendo a los más pobres o mendigos, normalmente mediante la limosna. En las Ordenanzas de la Cofradía de Santa Cristina de Tudela, del Siglo XII, se establece que “cuando enferma uno de los cofrades, debe ser visitado por los demás y si fuese pobre, sea atendido durante la enfermedad a través de los bienes comunes de los cofrades”.

Estas cofradías tuvieron gran raigambre e importancia en nuestro país, muy especialmente en Madrid, como por ejemplo, la Cofradía de San Isidro, que se supone fundada en el siglo XIII, la de San Ginés, la de San Roque, etcétera.

Respecto de las **entidades públicas**, hay que tener en cuenta que en España la mendicidad fue una verdadera plaga social en la etapa de los Austrias, por lo que Carlos I y Felipe II trataron de evitar que los pobres anduvieran por las calles pidiendo limosna, de modo que los dos monarcas dictaron disposiciones para auxiliar a las personas venidas a menos (“pobres vergonzantes”) y ordenaron el destierro de aquellos que pedían sin tener la correspondiente licencia o cédula para mendigar. Carlos I propone su asilo en hospitales y Felipe II ordena a los Ayuntamientos que establezcan hospitales para la curación de los infecciosos. Se incorporan, por ello, los Ayuntamientos y Diputaciones a la labor de atender las situaciones límites de indigencia, es decir, a remediar la miseria y la pobreza de los más débiles y menesterosos, basada en el concepto anterior de caridad y beneficencia.

Las actuaciones de ambos monarcas no tenían como finalidad la ayuda a los necesitados, el único objetivo era apartarlos de las calles, ocultar su existencia y evitar el contagio de enfermedades.



Con la corriente humanista se producen importantes cambios respecto a la ayuda a los necesitados, por lo que **la cuestión social**, la eliminación de la pobreza, constituye un fin en sí mismo, porque una sociedad con mendigos y pordioseros es la antítesis del ideal humanista. Destaca, entre otros defensores de esta tesis, Luis Vives, que manifestaba *“no es justo que en una sociedad rica y próspera haya mendigos, pordioseros, hambre y miseria”*... y exigía la prohibición absoluta de la mendicidad y la estrecha reglamentación de la caridad pública. Por lo que el Estado debía intervenir.

Con este movimiento, se introduce, por primera vez, la idea de que deben ser las instituciones las que hagan frente a la indigencia, proponiendo ampliar el objetivo protector y la creación de un régimen jurídico de protección.

Sin embargo, el concepto continúa siendo el mismo, basado exclusivamente en la caridad.

### **Primera normativa**

En lo referente a las primeras normativas sobre la beneficencia, cabe destacar:

**La Constitución de 1812**, que significó un antecedente de la beneficencia. En el mismo texto, encontramos una referencia a la beneficencia en el artículo 335, donde se disponen las atribuciones a las Diputaciones, entre las que se encuentran, en el punto octavo, “cuidar de que los establecimientos piadosos y de beneficencia llenen su respectivo objeto, proponiendo al Gobierno las reglas que estimen contundentes para la reforma de los abusos que se observan”.

**El Reglamento sobre hospitalidad domiciliaria** de 1816, en el que se recoge la creación en los barrios de una asistencia gratuita en sus mismas casas para los más necesitados. Las razones para ello son, por una parte, la insuficiencia de los hospitales, por otra las preocupaciones populares, sobre la ineficacia de los establecimientos donde el hombre desvalido va a buscar el remedio de sus enfermedades.

El Reglamento de Hospitalidad Domiciliaria, de 1816, detalla en sus 33 artículos y 5 notas los requisitos, tanto para la concesión de los socorros (pobreza momentánea de los artesanos que con su trabajo sostienen a la familia y a los pobres enfermos vergonzantes), como los motivos que se recogen (no tener honrada calidad, honestidad, moderada economía, etc.).

Sin embargo, el paso decisivo en la consideración de la beneficencia como **servicio público** se produjo con la publicación **del Reglamento de Beneficencia Pública de 1822**, aprobado en las Cortes extraordinarias, donde, entre otros avances, destacan los siguientes:

- Se crean las Juntas Municipales (cuando no sea posible, las parroquiales) de Beneficencia.

- Se establece un solo fondo común público con los distintos bienes dedicados a la beneficencia.
- Se dictan las normas para el funcionamiento de los establecimientos públicos de beneficencia, que se reducen a una sola clase, los hospitales.
- Se recoge la atención domiciliaria, tanto el de socorro domiciliario como la hospitalidad domiciliaria.
- Se crea la figura del comisario de pobres, que será el encargado de distribuir los socorros.
- Se establecen también las condiciones para que un necesitado sea socorrido en su casa: *“habrá de ser vecino residente en la parroquia, de buenas costumbres y tener oficio u ocupación conocida; debiendo las mujeres gozar igual concepto, en su caso. Varios aspectos merecen nuestra atención”*.
- Recoge, también, que si la necesidad proviene de la falta de trabajo, las juntas procurarán suministrar materias primeras que se deberán devolver elaboradas; en segundo lugar, si la necesidad precisa ser remediada con la distribución de alguna sopa económica, *“cuidará la Junta de hacer trabajar a los socorridos, descontándoles del precio de su trabajo el valor del alimento que se les suministraré”*; en tercer lugar, *“cuando algún pobre no tuviere casa propia ni ajena en que albergarse, no pudiendo ser socorrido en el pueblo de su domicilio será destinado por la junta al establecimiento de Beneficencia a que corresponda facilitándole el pasaporte y los auxilios necesarios para el viaje”*.

La asunción de la beneficencia por parte del Estado y las circunstancias y condiciones con las que se llevaba a cabo la ayuda a los más necesitados recibió numerosas críticas de diferentes sectores y, sobre todo, por parte de los responsables del movimiento obrero.

Benito Pérez Galdós fue uno de los críticos de la situación social del momento y así la describió en el siguiente párrafo: *“Pude ver los espectáculos más tristes de la degradación humana... los corredores, donde hacinados viven las familias del proletariado ínfimo*

*y pude ver de cerca la pobreza honrada y los más desolados episodios del dolor y la abnegación en las capitales populosas”.*

Como consecuencia de las críticas de movimientos reivindicativos, entre los que destaca la Agrupación Socialista Madrileña, el carácter caritativo y de beneficencia da un giro radical.

En enero de 1885, Pablo Iglesias, en representación del Partido Socialista Obrero, refiriéndose a la clase obrera, presentó un informe al Parlamento en el que se recoge una visión diferente y crítica respecto a cómo se estaba llevando a cabo hasta esa fecha la ayuda social: *“Nosotros no decimos a los obreros que son los parias de la sociedad moderna, porque esto no sería decirles algo positivo, ni preciso para encarecer su lastimoso estado, no es menester llamar parias: basta llamarles proletarios, basta llamarles trabajadores... que quiere decir con elocuencia compendiosa, estar sujeto a las más acerbadas tribulaciones humanas; así como no ser trabajador, gozar de lo superfluo con todas sus inmunidades y prerrogativas”.*



### **Ley de Bases de la Seguridad Social y democracia**

Sin embargo, a pesar de los avances en esta materia, no será hasta la promulgación de la **Ley de Bases de la Seguridad Social de 1966**, cuando se implante un modelo unitario e integrado de protección social, con una base financiera de reparto, gestión pública y participación del Estado en la financiación, creándose los Servicios Sociales en 1970, con el objetivo de: *“potenciar al máximo, frente a las clásicas prestaciones económicas, el acceso*

*de las personas comprendidas en su campo de aplicación a las de carácter técnico, tanto preventivas como recuperadoras, rehabilitadoras y reeducadoras”.*

**La Ley de Bases de la Seguridad Social de 1966** no estuvo exenta de problemas financieros para cubrir la cobertura en las prestaciones. Por ello, no será hasta la implantación de la democracia en España y la aprobación de la **Constitución de 1978**, cuando se produzcan una serie de reformas en los distintos campos que configuran el sistema de la Seguridad Social, con una doble vertiente de prestaciones: las que generan derechos subjetivos (prestaciones básicas) y aquellas otras (asistenciales) que sólo se atribuyen a los protegidos por el sistema.

El artículo 50 de la Constitución, relativo a los principios rectores de la política social y económica, se refiere únicamente a las personas de “tercera edad”. Después de establecer que los poderes públicos garantizarán la suficiencia económica de dichas personas, mediante pensiones adecuadas y actualizadas periódicamente, se preceptúa: “asimismo, y con independencia de las obligaciones familiares, (los poderes públicos) promoverán su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio”.

Las funciones y competencias de los Servicios Sociales se han ido incrementando y se han ido dictando distintas normas por las que se ha ido configurando la **“ayuda a domicilio”** con posterioridad, incorporándose aspectos como la asistencia a los ancianos, los minusválidos físicos, psíquicos y sensoriales, drogodependencia, etc.

La llegada de la democracia a nuestro país supone un cambio radical respecto al concepto de las épocas anteriores: frente a modelos liberales, donde se fomentaba el seguro privado o la beneficencia para quienes no disponen de recursos, surge un nuevo modelo basado en la promoción de la ciudadanía, es decir, las prestaciones se consideran derechos sociales para todos y deben garantizar un nivel de vida aceptable y de calidad. La asunción de la responsabilidad de la dependencia por parte de la colectividad es el reconocimiento y la aceptación de que el riesgo de dependencia es más un riesgo social y una consecuencia de la vida moderna que un riesgo que corres-

ponda a la responsabilidad individual. Se entiende, por tanto, que la **ayuda a la dependencia es una cuestión social** a la que hay que dar respuesta y cuya competencia corresponde a los poderes públicos, el Estado, las Comunidades Autónomas y los Ayuntamientos.

Actualmente en España, desde la entrada en vigor de la Constitución de 1978, y la pertinente aprobación de los Estatutos de Autonomía, las Comunidades han ido asumiendo las competencias y recibiendo el traspaso de los bienes y servicios que el Estado tenía destinados a la “Asistencia Social” o antigua Beneficencia general. Por ello, todas las Comunidades tienen aprobadas y en funcionamiento Leyes de Servicios Sociales; podemos decir que “en España existen tantos sistemas de servicios sociales como Comunidades Autónomas, además de los de Ceuta y Melilla”. A su vez, las normativas de las Comunidades han traspasado a los Ayuntamientos parte de estas competencias.

## LA ACTUAL LEY DE DEPENDENCIA

En este contexto se aprueba la llamada **Ley de Dependencia** o *Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*, con objeto de cumplir uno de los principales retos de la política social de los países desarrollados: “atender las necesidades de las personas que, por encontrarse en situación de especial vulnerabilidad, requieren apoyos para desarrollar las actividades esenciales de la vida diaria, alcanzar una mayor autonomía personal y poder ejercer plenamente sus derechos de ciudadanía”, tal como dicta su exposición de motivos.

Surge de la necesidad de configurar un sistema integral de la dependencia desde una perspectiva global, con la participación activa de toda la sociedad, que cumpla con criterios de universalidad, alta calidad y sostenibilidad en el tiempo.

Dicha ley define **Dependencia** como “el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de

las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal”.

Los últimos cambios demográficos y sociales en nuestro país ponen de manifiesto que se está produciendo un incremento progresivo de la demanda de cuidados para personas dependientes en las últimas etapas de la vida, para un colectivo de personas cada vez más amplio.

Según los informes de la OCDE, *“El número de personas mayores y, especialmente, muy mayores, aumenta y seguirá aumentando en el futuro”*.

De hecho, el peso del colectivo de personas mayores de 65 años se ha duplicado en los últimos 30 años y se está produciendo, además, un fenómeno que se irá agudizando denominado “envejecimiento del envejecimiento” o aumento de la población de más de 80 años, la cual se ha duplicado en solo 20 años.

Según Naciones Unidas, se calcula que en 2050 España será el tercer país con mayor número de personas mayores, con un 12,3% de personas de más de 80 años. Y la Comunidad de Madrid, una de las comunidades autónomas con mayor número de personas mayores empadronadas en sus municipios.

Sumado al envejecimiento de la población existen otras causas de dependencia, discapacidad o limitación como son el aumento de las tasas de supervivencia de personas afectadas por determinadas enfermedades crónicas o alteraciones congénitas y la derivada de los elevados índices de siniestralidad vial y laboral.

*“Los estudios sobre la esperanza de vida sin incapacidad hacen pensar que tenderá a alargarse el período final de vida dependiente y ello se va a traducir en un aumento en la demanda de prestaciones bajo la forma de una garantía de ingresos, atención sanitaria y cuidados de larga duración”*.

La ley crea el **Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD)** como instrumento fundamental de mejora de la situación de los servicios sociales en nuestro país. Configura una nueva modalidad de protección social que amplía y complementa la acción protectora del Estado y del Sistema de Seguridad Social

y potencia el compromiso de todas las Administraciones Públicas (estatal, autonómica y local) en promover y optimizar recursos públicos y privados necesarios para hacer efectivo dicho sistema.

Si bien es cierto que la gestión por parte de las Comunidades Autónomas y Ayuntamientos se acerca más a la realidad y necesidades de los ciudadanos, es también evidente que la diversidad de sistemas conlleva carencia y problemas de uniformidad, por cuanto hay diferencias respecto al modelo de gestión, a la dotación de recursos o el compromiso con las políticas sociales que hay que poner en marcha.

Estas diferencias, unidas a la ausencia en nuestro país de un sistema jurídico unitario, son la causa de que existan desigualdades respecto a las prestaciones sociales, dependiendo de la Comunidad Autónoma a la que se pertenezca.

En España, al igual que en el resto de países, el envejecimiento de la población ha aumentado considerablemente como consecuencia de la mejora de la calidad de vida y del bienestar propio de las sociedades desarrolladas.

Dicho aumento en la esperanza de vida ha contribuido al desarrollo del sector de ayuda a domicilio, unido a otros factores, como:

- Los cambios estructurales que se han producido en **las familias**, sobre todo con la incorporación progresiva de la mujer al mundo laboral (tres millones de mujeres en la última década), hacen ya inviable la delegación de esta responsabilidad en la unidad familiar.
- La falta de plazas en las **residencias públicas**, así como la ineficacia de las mismas en lo que respecta a la integración social de las personas. Se ha demostrado que el internamiento de las personas dependientes coarta su libertad, al ser centros donde el individuo, además de sacarle de su entorno, no tiene poder de decisión; las decisiones las toma la dirección del centro. Los horarios están predeterminados y la libertad de movimientos está sujeta a éstos, por lo que los usuarios no tienen el control, al carecer de la plena libertad para tomar decisiones que afectarán a su propia vida, como puede ser la hora de levantarse, la activi-

dad a desarrollar en un momento dado, la hora de ir al servicio, la frecuencia de la higiene, etc.

Frente a estas dos soluciones, la familia y las residencias, predominantes hasta hoy en España, surge, a través de los Servicios Sociales la **ayuda a domicilio** como la mejor alternativa para la integración y el desarrollo de la persona en su entorno, ya que es la única que permite a la persona tomar decisiones.

## CARACTERÍSTICAS PARTICULARES EN LA COMUNIDAD DE MADRID

La ayuda a domicilio surge, por tanto, como una alternativa que define un nuevo derecho social y que supera:

- 1) La ayuda a la dependencia y el modelo familiar.
- 2) La ayuda a la dependencia como simple modelo de protección.

Al respecto, el secretario general de CCOO de Madrid, Jaime Cedrún, señalaba en rueda de prensa que: *“es de justicia dar una calidad de vida a una generación que contribuyó a sacar de la miseria a este país y una responsabilidad de esta sociedad que ha reivindicado la solidaridad intergeneracional”*.

Sin embargo, es necesario puntualizar que el incremento de población de las personas dependientes, unido a los recortes presupuestarios y las políticas antisociales llevadas a cabo en determinadas Comunidades Autónomas, ponen de manifiesto que, en muchos casos, aún se tenga que recurrir a las medidas más extendidas a lo largo de la historia, como son el **ahorro individual** y la **ayuda de la familia**.

El Decreto 88/2002, de 30 de mayo, por el que se regula la prestación de Ayuda a domicilio del Sistema de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid establece que *“El **servicio de ayuda a domicilio** tendrá como objeto prevenir situaciones de crisis personal y familiar, prestando una serie de atenciones de carácter doméstico, social, de apoyo psicológico y rehabilitador, a los individuos o los*

*familiares que se hallen en situaciones de especial necesidad para facilitar la autonomía personal en el medio habitual”.*

Por su parte, la LAPAD<sup>4</sup>, define el **servicio de ayuda a domicilio** como el conjunto de actuaciones llevadas a cabo en el domicilio de las personas en situación de dependencia con el fin de atender sus necesidades de la vida diaria, prestadas por entidades o empresas, acreditadas para esta función [...].

Después de nueve años de desarrollo de la LAPAD, la Comunidad de Madrid cuenta con 129.249 personas valoradas como dependientes<sup>5</sup>. Si la población madrileña asciende a 6.436.996 habitantes<sup>6</sup>, esto quiere decir que el **2% de los madrileños necesitan apoyos para realizar actividades básicas de la vida diaria.**

Del total de personas reconocidas como dependientes, 108.161 (1,68% de los madrileños) están recibiendo atención mediante los distintos servicios o prestaciones que establece la ley, mientras que aún existen 21.088 personas a la espera de recibir las atenciones a las que tienen derecho.

En el informe presentado por la Secretaría de Política Social de CCOO de Madrid en 2016, se señala que: *“las listas de espera de personas mayores dependientes que no reciben ningún tipo de ayuda, a pesar tener derecho a dicha prestación, asciende a 27.000”.*

Bajo este escenario, la LAPAD establece el catálogo de servicios sociales<sup>7</sup> de promoción de la autonomía personal y de atención

<sup>4</sup> Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

<sup>5</sup> Según datos del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia- SAAD. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imseroso), a 31 de agosto de 2016.

<sup>6</sup> Cifras INE de población referidas a 01/01/2015. RD 1079/2015, de 27 de noviembre.

<sup>7</sup> Artículos 15, 22 y 23 de la Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia de la Comunidad de Madrid.

y cuidado entre los que se encuentran el **Servicio de Ayuda a domicilio** y el **Servicio de Teleasistencia**, junto a otros servicios y prestaciones económicas.

En la Comunidad de Madrid existen actualmente 30.717 personas usuarias del servicio de **Ayuda a domicilio** y 31.698 son asistidas con **Teleasistencia domiciliaria** (21,74 % y 22,43% del total de prestaciones, respectivamente), siendo el ratio de prestaciones por persona beneficiaria de 1,31, pues no todas son incompatibles entre sí. De hecho, la Teleasistencia puede ser o no una prestación complementaria a la de Ayuda a domicilio.

Según los datos del SAAD<sup>8</sup>, los demandantes de Ayuda a Domicilio y Teleasistencia en la Comunidad de Madrid se han incrementado considerablemente, convirtiéndose en dos de los servicios sociales más solicitados. De hecho, en el último año se ha producido un aumento de 7.254 casos en Teleasistencia y 4.278 casos para Ayuda a Domicilio<sup>9</sup>.

La normativa recoge que la ayuda social puede desarrollarse a través de la **acción directa** (efectuada por el propio Servicio Social) o **concertada** (realizada por otras Entidades públicas o privadas). En la Comunidad de Madrid, como consecuencia de las políticas privatizadoras llevadas a cabo en los últimos años, la gestión pública ha sido residual, ciñéndose a algunos ayuntamientos que en un principio optaron por asumir dicha ayuda, pero en la actualidad la gestión está en su totalidad en manos de empresas privadas.

La gran demanda de usuarios ha permitido la proliferación de un gran número de **empresas privadas** en la región dedicadas a la prestación de estos servicios, que se desarrollan buscando acuerdos con los servicios sociales públicos de los ayuntamientos y de la propia Comunidad de Madrid, lo que ha contribuido a modificar aspectos importantes como:

---

<sup>8</sup> Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia SAAD. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imserso).

<sup>9</sup> Crecimiento neto por tipo de atención (enero-diciembre 2015). SAAD Imserso.

- El concepto de **cuestión social**, cuya competencia y responsabilidad para dar respuesta a las necesidades sociales corresponde a los poderes públicos; sin embargo, en nuestra Comunidad se ha producido un retroceso respecto a los avances conseguidos al dejar su gestión en manos de empresas privadas.
- La gestión privada ha tenido consecuencias también en lo referente a la **organización y las condiciones de trabajo** de los profesionales del sector y, por tanto, la aparición de repercusiones respecto a la exposición de riesgos laborales y la prevención de los mismos.

En la Comunidad de Madrid son alrededor de 8 empresas dedicadas a cubrir la prestación de la Ayuda a Domicilio y Teleasistencia, con una plantilla de más de 12.000 trabajadores/as, que atienden a unos 60.000 usuarios, siendo estos cálculos aproximativos<sup>10</sup>, dado que la Comunidad de Madrid no ha facilitado ningún dato al respecto desde el año 2006.

## CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DEL SECTOR

El empleo del sector de la Atención Domiciliaria está **fuertemente feminizado**, algo más de tres cuartas partes de los trabajadores/as del sector son mujeres<sup>11</sup>. En este punto hay que recordar que la incorporación de la mujer al mercado laboral en España ha estado íntimamente ligada al desarrollo de los servicios públicos, sobre todo en relación a la educación, la sanidad y los servicios sociales.

En relación a la edad, el empleo se caracteriza por concentrarse en los grupos de 30 a 44 años, registrándose una **edad media de 41 años**. No obstante, existe un gran número de trabajadores/as mayores de 45 años, lo que supone un gran desafío para el sector en términos de calidad de las condiciones laborales, ya que se trata de un colectivo en el que se empieza a detectar una creciente necesidad de recualificación profesional.

<sup>10</sup> Datos facilitados por la Federación de Construcción y Servicios de CCOO de Madrid.

<sup>11</sup> "Las condiciones laborales en el sector de atención a las personas en situación de dependencia: una aproximación a la calidad en el empleo". Fundación 1º de Mayo.

Otra peculiaridad del empleo en este sector es la presencia de trabajadores/as extranjeros, si bien en la actualidad esta tendencia se está invirtiendo progresivamente, siguen más de la décima parte del empleo en el sector.

La **temporalidad** es otra de las características que se da: la tasa de temporalidad es del 43%, siendo, por tanto, superior a la media nacional (34%). Además se constata que casi la mitad de los trabajadores/as del sector tienen un contrato temporal, los cuales son en su mayor parte de las modalidades “obra y servicio”, “eventuales” y “para cubrir la ausencia de otro trabajador”.

El hecho de que exista una alta temporalidad en el empleo puede ser atribuida a diversos factores, entre los que destacan las restricciones presupuestarias de las Administraciones Públicas respecto a la contratación temporal como vía de contratación más rentable a corto plazo. Una situación que, en último término, puede repercutir en otros ámbitos, como, por ejemplo, un agravamiento a la exposición de riesgos laborales asociados al aumento de la carga de trabajo y prolongaciones de jornada.

Además, esta existencia de una alta temporalidad dificulta enormemente la formación continua de los trabajadores y trabajadoras, así como la promoción profesional en la empresa.

En relación a la cualificación de las personas que trabajan en el sector, como forma indirecta de aproximación se puede utilizar los grupos de cotización a la Seguridad Social. La mayor parte de trabajadores y trabajadoras se concentran en los grupos de cotización de **cualificación baja**, entre las que destacan las de “auxiliar administrativo”, “subalternos” y “trabajadores mayores de 18 años sin cualificación”. Estos grupos se caracterizan por ser aquellos en los que las mujeres muestran un mayor porcentaje relativo que los varones y en los que existe una mayor presencia de trabajadores y trabajadoras extranjeros, sobre todo de aquellos que proceden de países de fuera de la Unión Europea.

Por último, el sector de ayuda domiciliaria también destaca por presentar un peso relevante de **contratos a tiempo parcial**, que suponen un tercio del empleo del sector, y es superior a la media nacional.

## TIPOLOGÍA DEL USUARIO

En lo referente a la **tipología del usuario** a los que va dirigida la prestación hay que señalar que no existen datos desagregados por comunidades autónomas ni según las distintas prestaciones del catálogo de servicios que establece la LAPAD.

Se puede afirmar, según las estadísticas a nivel nacional<sup>12</sup>, que la dependencia es femenina: son las mujeres, 66% frente al 34% de hombres, las que en mayor medida reciben estos servicios. Esta realidad es extrapolable a la Comunidad de Madrid y relativa a los servicios de Teleasistencia y Ayuda a domicilio, objeto del presente estudio.

Añadiendo el factor relativo a la **edad** de las personas beneficiarias, nos encontramos cómo el grupo de las denominadas “*personas mayores*” es el más numeroso, entendiéndose como tales a las personas mayores de 65 años. Existe, de hecho, una relación de naturaleza intrínseca entre el factor de la edad y la mayor posibilidad de que una persona se pueda encontrar en situación de dependencia, tanto por causas asociadas a la propia edad como y derivadas de enfermedades degenerativas, crónicas o de larga duración.

Hay que destacar que más del 80% del total de personas beneficiarias con edad igual o superior a 65 años son mujeres, relacionado con la mayor esperanza de vida entre las mismas, lo que supone un mayor riesgo de poder encontrarse en situación de dependencia. En los colectivos de población situados en tramos de edad inferiores, el origen de la situación de dependencia está más ligado a otros agentes externos como accidentes laborales, accidentes de tráfico, etc.

La misma tendencia existe en el colectivo enmarcado como “*población sobreenviejecida*” o personas con una edad igual o superior a los 80 años. Y, que suponen más de la mitad del total de las personas beneficiarias con prestación. Y de ellos, más de dos tercios son mujeres.

<sup>12</sup> Situación en España a 31 de agosto de 2016, según el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, SAAD. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imsero). No se ofrecen estos datos desagregados por comunidad autónoma ni por servicios prestados.

Por otro lado, en su mayoría son personas con problemas de carácter físico, psíquico o social, que requieren una atención especializada y personalizada.

La dependencia de las personas se mide en función de la incapacidad de éstas para desenvolverse por cuenta propia, por lo que se requiere la ayuda de otra persona para poder llevar a cabo tareas cotidianas tales como asearse y acostarse, desplazarse dentro del domicilio, bañarse, vestirse y alimentarse, etcétera.

Las causas que generan dicha dependencia se enmarcan en los siguientes apartados:

**Discapacidades físicas y sensoriales**, por las que la persona pierde alguna de sus funciones básicas corporales. Esta pérdida suele ser originada por problemas del sistema músculo-esquelético, sistema nervioso, aparato respiratorio, sistema cardiovascular, sistema hematopoyético, aparato digestivo, visuales, auditivas, etcétera.

**Discapacidades intelectuales o psíquicas**, que afectan a alguna capacidad referida a la resolución de problemas, toma de decisiones, etc., originada por retraso mental y/o enfermedad mental (trastornos mentales orgánicos, esquizofrenias y trastornos psicóticos, trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos adaptativos, trastornos disociativos y de personalidad, alzheimer, etc).

**Inadaptación social**, problemas derivados de situaciones familiares complejas relacionadas con determinados comportamientos o situaciones que impiden realizar las tareas y responsabilidades necesarias de la vida diaria. En este sentido, son frecuentes las situaciones negativas de tipo económico, la drogodependencia, el alcoholismo, la inmadurez, etc.

**Dependencia afectivo-emocional**, que requiere la compañía de otras personas ante situaciones de soledad.

Estos tipos de dependencia pueden estar presentes al mismo tiempo o de manera independiente en cada persona.

En función del grado, la dependencia se considera moderada, leve o severa, según la necesidad de apoyo que requiera la persona.

En la Comunidad de Madrid la distribución actual de las personas valoradas dependientes según los distintos **grados de dependencia** es la siguiente: 129.249 personas dependientes que precisan la atención de otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD), **o de otros apoyos para su autonomía personal**.

- **GRADO I Dependencia moderada:** la persona tiene necesidad de ayuda **al menos una vez al día** o tiene **necesidades de apoyo intermitente** o limitado para su autonomía personal: **39.172 personas** (el 22,69 % de los dictámenes).
- **GRADO II Dependencia severa:** la persona necesita ayuda **dos veces al día**, pero no requiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene **necesidades de apoyo extenso** para su autonomía personal: **43.765 personas (25,36 %)**.
- **GRADO III Gran Dependencia:** la persona necesita ayuda **varias veces al día** y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, **necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona** o tiene **necesidades de apoyo generalizado** para su autonomía personal: **46.312 personas** (26,83 % de los dictámenes o resoluciones de grado resueltas).

Según el informe presentado en 2016 por la secretaria de Política Social e Igualdad de CCOO de Madrid, se confirma una tendencia “especialmente preocupante”, que refleja que el 17% de la población madrileña es mayor de 65 años, un porcentaje que no deja de crecer. Del total de mayores de 65 años, un tercio supera los 80.

Con una pensión media de jubilación de 1.200 euros al mes, se puede decir que el 12% de las personas mayores (130.000 personas aproximadamente), se encuentran en situación de pobreza en nuestra Comunidad. A ello se le une que el 36% de los mayores de 65 años viven solos, porcentaje que sube hasta el 70% en el caso de las mujeres, sin olvidar que el 18% de las familias de la región tienen como referencia a una persona beneficiaria de una pensión de jubilación, lo que quiere decir que las personas mayores suponen un colchón para las familias en tiempos de crisis (este porcentaje ha aumentado más de tres puntos desde el año 2006).

## GRUPOS, CATEGORÍAS PROFESIONALES Y FUNCIONES DEL SECTOR DE AYUDA A DOMICILIO Y TELEASISTENCIA

En líneas generales puede decirse que el servicio de Ayuda a Domicilio es el que se presta en el propio domicilio del usuario, a personas que requieren de una asistencia física, psicológica y social. De manera que el trabajador/a de Ayuda a Domicilio interviene ayudando al usuario en las tareas de alimentación, higiene, sanitarias, administrativas y sociales.

Por su parte, el servicio de Teleasistencia es, por un lado, un servicio de comunicación permanente que permite al usuario pedir ayuda en situaciones de emergencia desde el domicilio y, por otro, desarrolla una función preventiva, proporcionando a la persona tranquilidad y seguridad en su vida cotidiana al saber que serán atendidas, no sólo en caso de urgente necesidad, sino también en otras situaciones que, si bien no constituyen emergencias, necesitan del apoyo de otras personas para su realización.

Por tanto hay similitudes en algunas de las tareas que desempeñan los trabajadores y trabajadoras de ambos sectores, si bien conviene tener claro cuáles son las funciones que se les asignan por categorías y cuáles son todos los grupos profesionales que existen dentro de cada sector. Para ello, a continuación, detallamos separadamente los grupos y las categorías que en cada uno de los sectores se pueden encontrar y las funciones que desarrollan.

### Sector de Ayuda a Domicilio

El convenio colectivo que asiste a los trabajadores y trabajadoras de este sector en la Comunidad de Madrid para el período comprendido entre 2014 y 2016 establece las siguientes **categorías** profesionales:

- Oficial y auxiliar administrativo.
- Coordinador y ayudante de coordinación.
- Auxiliar de ayuda a domicilio.

Si bien el propio convenio establece que dichos grupos y categorías son meramente enunciativos, sin que supongan la obligación de

tenerlos cubiertos, *“si las necesidades y el volumen de la empresa no lo requiere, pudiendo en cualquier caso las empresas establecer grupos análogos, si las necesidades así lo aconsejan”*.

Las **funciones** que se les encomienda a los trabajadores y trabajadoras dentro de cada categoría son las siguientes:

**El personal administrativo** realiza, en general, funciones relativas a trabajos burocráticos y operaciones administrativas e inherentes al trabajo de oficina. Por su parte, **el personal de coordinación** es el encargado de desempeñar tareas de coordinación, gestión, organización y seguimiento del trabajo del auxiliar de ayuda a domicilio, es decir, realizan la primera visita a la vivienda del usuario, hacen el seguimiento y la valoración del trabajo del auxiliar y realizan el cuadrante de incidencias (suplencias de los auxiliares). Según palabras textuales del propio convenio, los contratados como “coordinadores” deberán ser “preferentemente” Diplomados en Trabajo Social. Éstos realizarán su trabajo con el apoyo del “ayudante de coordinación”, si lo hubiera, cuyas funciones son similares a las del coordinador propiamente dicho, aunque el convenio no especifica la titulación que “preferentemente” se le requiere, y trabajará siempre bajo la supervisión de aquél.

En lo que al **Auxiliar de Ayuda a Domicilio se refiere**, el convenio establece que es el que realiza funciones de atención de las necesidades domésticas o del hogar y atención personal en actividades de la vida diaria de los usuarios. En palabras de la propia Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia, en su artículo 23, establece *“el servicio de ayuda a domicilio lo constituye el conjunto de actuaciones llevadas a cabo en el domicilio de las personas en situación de dependencia con el fin de atender sus necesidades de la vida diaria, prestadas por entidades o empresas acreditadas...”*.

Por tanto, el personal **auxiliar de ayuda a domicilio** es una categoría polivalente que atiende a la persona física, psicológica y socialmente, ayudándole en las tareas de alimentación, higiene, sanitarias, administrativas y sociales. Las principales tareas que se desprenden de la Ley 39/2006 y se concretan aún más en el convenio, son las que se enumeramos a continuación. Se incluyen todas para que se conozca exactamente cuáles son las funciones de este colectivo,

pues uno de los problemas a los que se enfrentan, como se verá más adelante, es el desconocimiento sobre las tareas que realmente deben realizar como auxiliares de ayuda a domicilio.

a) Trabajos de atención a las necesidades domésticas o del hogar:

- Mantenimiento de limpieza o ayuda a la limpieza de la vivienda, salvo casos específicos de necesidad que sean determinados por el técnico.
- Apilamiento de las ropas sucias y traslado, en su caso, para su posterior recogida por el servicio de lavandería.
- Realización de compras domésticas (alimentos y otros artículos de primera necesidad), a cuenta del usuario del servicio.
- Cocinado de alimentos o traslado a su domicilio.
- Lavado a máquina, planchado, repaso y cuidados necesarios de la ropa del usuario.
- Reparación menor de utensilios domésticos y de uso personal que se presenten de manera imprevista, cuando no sea necesaria la intervención de un especialista (cambio de bombillas, cambio de bolsa aspiradora, sustitución de pilas).

b) Trabajos de atención personal en actividades de la vida diaria:

- Aseo e higiene personal, habitual o especial: Cambio de ropa, lavado de cabello, higiene bucal y todo aquello que requiera la higiene de la persona.
- Ayuda personal para el vestido, el calzado y la alimentación.
- Atención especial al mantenimiento de la higiene personal y cuidados de la piel para encamados e incontinentes, con el fin de evitar la formación de úlceras.
- Movilizaciones y cambios posturales de encamados, por el alto riesgo de aparición de úlceras por presión.
- Levantar de la cama y acostar.
- Fomento de hábitos de higiene y orden.
- Estimulación y fomento de la máxima autonomía y participación de las personas atendidas en la realización de las actividades básicas de la vida diaria.

- Desarrollo de la autoestima, la valoración de sí mismo y los hábitos de cuidado personal, evitando el aislamiento.
- Ayuda o apoyo a la movilidad dentro de la casa.
- Facilitar actividades de ocio en el domicilio.
- Acompañamiento a visitas terapéuticas.
- Acompañamiento fuera del domicilio para la participación de la persona en actividades de carácter educativo, terapéutico y social, así como acompañamiento para la realización de trámites de asistencia sanitaria y administrativos.
- Ayuda para la ingestión de los medicamentos prescritos.
- Fomento de la adecuada utilización de ayudas técnicas y adaptaciones pautadas.
- Recogida y gestión de recetas y documentos relacionados con la vida diaria del usuario.
- Dar aviso al coordinador/a correspondiente de cualquier circunstancia o alteración en el estado del usuario, o de cualquier circunstancia que varíe, agrave o disminuya las necesidades personales o de vivienda del usuario.

### Sector de Teleasistencia

En lo que respecta al sector de Teleasistencia conviene insistir en el hecho de que es un sector que surge como un servicio que, aprovechando el desarrollo de las nuevas tecnologías, viene a complementar las prestaciones sociales de la ayuda a domicilio.

Es un servicio que permite a las personas usuarias del mismo, con sólo pulsar un botón que llevan en su cuerpo constantemente, entrar en contacto verbal, a través de la línea telefónica, con un Centro de Atención atendido por personal específicamente preparado para dar respuesta adecuada a la situación de emergencia o de necesidad social que presente el usuario. Tras la llamada, éste será atendido por el personal de Teleasistencia, que le prestará ayuda telefónica y, en caso de que ésta no sea suficiente, solicitará la intervención de un oficial que acudirá al domicilio del usuario para atenderle, bien mediante la utilización de sus propios medios, bien mediante la utilización de otros recursos humanos o materiales propios de las personas usuarias o existentes en la comunidad en la que reside. Este servicio se presta durante las 24 horas del día y todos los días del año.

Dicho sector no cuenta con un convenio autonómico propio, si bien, en su defecto, le es de aplicación el convenio colectivo estatal de servicios de atención a las personas dependientes y desarrollo de la promoción de la autonomía personal de 2012, en el que se establecen las siguientes **categorías**:

- Responsable del Proyecto.
- Responsable del Centro de Atención.
- Personal coordinador.
- Técnico instalador.
- Oficial de Unidad Móvil.
- Responsable de llaves.
- Personal operador.

A dichas categorías se les asignan las **funciones** que se detallan a continuación:

**El Responsable del Proyecto**, como máximo responsable del servicio de Teleasistencia, es el encargado de planificar, dirigir, desarrollar y evaluar el cumplimiento de los objetivos que se plantean y coordinarse con el responsable técnico del proyecto de la entidad promotora (AP), a fin de lograr una adecuada implementación y desarrollo del servicio. Y, por su parte, el **Responsable del Centro de Atención** es la persona que se ocupa de la dirección del personal de ese centro (del Centro de Atención), del funcionamiento del equipamiento tecnológico, de la gestión de las llamadas para movilizar, si es necesario, los recursos propios o ajenos que la situación de emergencia requiera.

En cuanto al **Coordinador**, sus funciones son muy similares a las del trabajador/a de esta misma categoría en el servicio de Ayuda a Domicilio. Sus tareas más importantes tienen que ver con la coordinación y control del servicio entre la entidad, las personas usuarias y los técnicos de servicios sociales; realizar la primera visita al domicilio, así como posteriores visitas de seguimiento, y facilitar información actualizada sobre el movimiento de altas, bajas e incidencias en el servicio.

Por su parte, **el Técnico instalador** es el personal encargado de realizar la instalación, retirada, reparación, mantenimiento y sustitución de los equipamientos técnicos del servicio, (UCR, terminales

y dispositivos periféricos en su caso) y el **Oficial de Unidad Móvil** es el responsable de dar una primera respuesta en el domicilio, tras haberse producido una llamada que requiera el desplazamiento de este recurso para prestar apoyo personal a la persona usuaria.

En cuanto al **Responsable de llaves**, conviene señalar que es la persona que custodia las llaves de la vivienda de los usuarios y las entrega al técnico u oficial cuando se requiere la intervención en el domicilio. Asimismo, será el encargado de recogerlas de nuevo una vez regularizada la situación.

Y por último, el **Personal Operador** es el que gestiona las llamadas, dando respuesta en segundos, de acuerdo con las instrucciones, protocolos y pautas de actuaciones personalizadas que estén establecidas. Es, por tanto, el encargado del contacto permanente con los usuarios llamándoles para: ver como están, recordarles medicación, prestarles ayuda ante cualquier problema cuyo nivel no requiera desplazamiento al domicilio y solicitar la intervención directa del responsable del Centro de Atención o del Coordinador/a del servicio cuando, por la complejidad de la situación, no pueda resolverla por sí mismo.



## CONDICIONES DE TRABAJO Y SALUD

### PRINCIPALES RIESGOS DEL PERSONAL DE AYUDA A DOMICILIO Y TELEASISTENCIA

Los riesgos laborales a los que, por lo general, están expuestos los trabajadores y trabajadoras del servicio de Ayuda a Domicilio y de Teleasistencia (en adelante AD)<sup>13</sup> dependen directamente de las tareas que desarrollan cada una de las categorías profesionales y del lugar donde se realiza el trabajo. Nos encontramos, por tanto, con dos grupos muy definidos, los que realizan el trabajo administrativo y de telefonía (personal de administración, operadores, responsables de proyecto o de centro, etc.) ubicados en un entorno de oficina, y los que para realizar sus tareas tienen que desplazarse al domicilio del usuario (auxiliares de Ayuda a Domicilio y de Teleasistencia, oficiales de unidad móvil, coordinadores...).

Los riesgos más importantes, por tanto, serán los derivados del lugar de trabajo para los que trabajan en oficina y los derivados

---

<sup>13</sup> Nomenclatura empleada en el Libro Blanco: Atención a las Personas en situación de Dependencia en España, Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales, diciembre de 2004, para referirse, entre otros, a los trabajadores/as de ayuda a domicilio y Teleasistencia.

<http://imsersomayores.csic.es/documentacion/documentos/libro-blaco-dependencia.htm>

de las tareas de asistencia y cuidado para los realizan labores de atención domiciliaria *in situ*.

No obstante, existen muy pocas diferencias por sector, es decir, entre los riesgos a los que están expuestos los trabajadores/as del sector de Ayuda a Domicilio y de Teleasistencia. Es por eso que se van a analizar todos los riesgos presentes en tareas, con independencia de los trabajadores/as y categorías profesionales a los que corresponda el desarrollo de las mismas.

El objetivo no es otro que simplificar el análisis de los riesgos y evitar la repetición innecesaria. Si bien, para tener presente cuáles son los riesgos más comunes en unos y otros, al final de este capítulo se incluirá un cuadro donde se especifiquen aquéllos.

### Resumen: Riesgos del personal de AD

<p><b>RIESGOS ERGONÓMICOS</b></p> <p>Manipulación manual de cargas Sobreesfuerzos Posturas forzadas Movimientos repetitivos</p>	<p><b>RIESGOS DE SEGURIDAD</b></p> <p>Relacionados con el lugar de trabajo</p>
<p><b>RIESGOS DE HIGIENE</b></p> <p>Riesgo químico Riesgo biológico Ruido</p>	<p><b>RIESGOS PSICOSOCIALES</b></p> <p>Relacionados con la organización del trabajo Agresiones</p>

### Riesgos ergonómicos

Cuando hablamos de riesgos ergonómicos nos referimos al conjunto de requerimientos físicos a los que están expuestos los trabajadores/as y que, si no son controlados, pueden tener consecuencias negativas en la salud de las personas.

Los riesgos ergonómicos están directamente relacionados con las condiciones de trabajo y el diseño del puesto y son la causa de numerosos trastornos musculoesqueléticos; en este sentido, los esfuerzos, posturas o movimientos llevados a cabo durante la tarea pueden estar condicionados por el diseño del puesto, la tipología de las tareas desarrolladas y la organización del trabajo, pudiendo aparecer tanto en el desarrollo de trabajos pesados (manipulación de cargas) como en trabajos que, en un principio, requieren un menor esfuerzo.

Dentro de estos riesgos, los que afectan en mayor medida a la población trabajadora objeto de este estudio, a saber, los trabajadores/as de Ayuda a Domicilio y de Teleasistencia, son: **la manipulación manual de cargas, las posturas forzadas y los movimientos repetitivos.**

#### MMC: Manipulación Manual de “Carga”

El Real Decreto 487/1997 define la manipulación manual de cargas como *“cualquier operación de transporte o sujeción de una carga por parte de uno o varios trabajadores, como levantamiento, colocación, empuje, tracción o desplazamiento, que por sus características o condiciones ergonómicas inadecuadas entrañe riesgos para los trabajadores, en particular riesgos dorsolumbares”*.

Este mismo Real Decreto establece cuáles son aquellos factores de riesgo que hay que tener en cuenta para reducir el riesgo que entraña la manipulación, atendiendo a:

- **Las características de la carga:**

- Demasiado pesada o demasiado grande.
- Voluminosa o difícil de sujetar.
- Está en equilibrio inestable o su contenido corre el riesgo de desplazarse.
- Está colocada de tal modo que debe sostenerse o manipularse a distancia del tronco o con torsión o inclinación del mismo.
- Debido a su aspecto exterior o a su consistencia, puede ocasionar lesiones al trabajador/a, en particular en caso de golpe.

• **El esfuerzo físico necesario:**

- Es demasiado importante.
- No puede realizarse más que por un movimiento de torsión o de flexión del tronco.
- Puede acarrear un movimiento brusco de la carga.
- Se realiza mientras el cuerpo está en posición inestable.
- Se trata de alzar o descender la carga con necesidad de modificar el agarre.

• **Las características del medio de trabajo:**

- El espacio libre, especialmente vertical, resulta insuficiente para el ejercicio de la actividad de que se trate.
- El suelo es irregular y, por tanto, puede dar lugar a tropezos o bien es resbaladizo para el calzado que lleve el trabajador/a.
- La situación o el medio de trabajo no permite al trabajador/a la manipulación a una altura segura y en una postura correcta.
- El suelo o el plano de trabajo presentan desniveles que implican la manipulación en niveles diferentes.
- El suelo o el punto de apoyo son inestables.
- La temperatura, humedad o circulación del aire son inadecuadas.
- La iluminación no sea adecuada.
- Exista exposición a vibraciones.

• **Las exigencias de la actividad:**

- Esfuerzos físicos demasiado frecuentes o prolongados en los que intervenga en particular la columna vertebral.
- Período insuficiente de reposo fisiológico o de recuperación.
- Distancias demasiado grandes de elevación, descenso o transporte.
- Ritmo impuesto por un proceso que el trabajador/a no pueda modular.

Como se ve, este Real Decreto, aunque en ausencia de otra norma más específica, se viene aplicando a la manipulación manual de personas, está pensado y elaborado exclusivamente para la manipulación manual de cargas (con independencia del tamaño y la forma) y en entornos de trabajo “tradicionales”, sean cuales sean éstos (oficinas, industria, comercio, etc). Pero no está concebido para el manejo de personas ni, mucho menos, para el trabajo en domicilios particulares.

Por tanto, a la hora de valorar el riesgo de manipulación manual de personas al que están expuestos estos trabajadores y trabajadoras, hay que tener en cuenta:

- 1. Que el personal de AD manipula personas, que no pesos.** Por tanto, a los requerimientos preventivos que necesitan la manipulación manual de “cargas” habría que añadir las particularidades de estar manipulando a una persona: características de cada individuo (peso, edad, facultades psíquicas, personas semi-dependientes que pueden colaborar en la movilización o personas dependientes que no pueden).
- 2. Que dentro de este colectivo de AD existen diferencias,** pues el personal de Ayuda a Domicilio realiza tranSferencias, movilizaciones y/o cambios posturales de usuarios, como parte de un servicio ordinario que cubren, y el personal de Teleasistencia también puede realizar movilizaciones de personas, pero en situaciones de emergencias (caídas, enfermedades repentinas, situaciones de desorientación de la persona...), lo que puede dificultar aún más la movilización.
- 3. Que la movilización es en un domicilio particular y no en un centro de trabajo al uso.** Por lo que las condiciones de trabajo dependerán de su ubicación, dimensiones y estado, pero rara vez cumplirán con las condiciones exigidas en el Real Decreto 486/97, sobre condiciones mínimas de los lugares de trabajo. Así, es fácil que los trabajadores/as de AD se encuentren con espacios reducidos, suelos resbaladizos y/o irregulares, escaleras en mal estado, ausencia de ascensor en el edificio, exceso de mobiliario o mala ubicación del mismo, escasa iluminación, instalaciones eléctricas deficientes, etc.
- 4. Que este domicilio cambiará continuamente,** pues en el caso de los Auxiliares de Ayuda a Domicilio cada trabajador/a tiene adjudicados una media de cuatro o cinco servicios, ello implica que a lo largo de la jornada este personal realice su trabajo en condiciones muy diversas y con características muy diferentes. Y algo similar ocurre en el

caso de los trabajadores/as de Teleasistencia que acuden a domicilios según se les requiere por cercanía (si están fuera del centro base desde el que se desplazan) o por asignación previa, según zona.

Algunos ejemplos de movilización se concretan en tareas tales como:

- Cambios de postura en personas encamadas.
- Levantar y acostar al usuario en la cama y/o suelo, en el caso de que haya sufrido, por ejemplo, una caída inesperada.
- Traslado al usuario a una silla o camilla.
- Empuje de usuarios en camillas o en sillas de ruedas.

### Sobreesfuerzos

Se denomina sobreesfuerzo al trabajo físico que se realiza por encima del esfuerzo normal que una persona pueda desarrollar en una tarea determinada. Las condiciones de trabajo se ven seriamente alteradas cuando se requiere realizar esfuerzos físicos superiores a los límites de actividad normales.

El riesgo de sobreesfuerzos en los trabajadores y trabajadoras de Ayuda a Domicilio y Servicio de Teleasistencia está íntimamente relacionado con los trabajos que implican la movilización de usuarios. La fuerza que requieren en la manipulación de los éstos, el hecho de que la manipulación sea a una persona y no una carga con agarres consistentes, por ejemplo, junto con el tiempo de que disponen (dadas el resto de las múltiples tareas que han de hacer, en el caso de los auxiliares de Ayuda a Domicilio, o la premura de la emergencia que les hace acudir a los trabajadores/as de Teleasistencia) y la falta de ayuda mecánica son variables que inciden en la magnitud de este riesgo.

### Posturas forzadas

Una postura forzada es aquella posición del cuerpo que provoca una desviación de la posición natural de confort para pasar a una posición forzada, que genera sobrecarga en músculos, tendones y articulaciones. Son muchas las tareas en las que el trabajador/a puede verse obligado a adoptar una postura inadecuada.

En el sector de la dependencia, las tareas relacionadas con hacer camas, las tareas de higiene y alimentación de los usuarios y las labores de limpieza del domicilio pueden implicar la adopción de posturas forzadas. En concreto conllevan: flexión continua de columna, postura de rodillas, movimientos de elevación y extensión de brazos, movimientos de flexo-extensión, desviación radial- cubital y pronación/supinación de muñeca.

También la movilización de personas puede acarrear la adopción de posturas forzadas debidas a la existencia de camas muy bajas, habitaciones o baños pequeños y pasillos estrechos y/o con obstáculos. Esta falta de espacio también puede impedir la ayuda de otro trabajador/a o el uso de equipos auxiliares. Por otra parte, el diseño inadecuado o la falta de mantenimiento de los equipos, cuando existen y hay espacio suficiente para usarlos, pueden causar sobreesfuerzos al sostenerlos o manipularlos (sillas con ruedas y/o frenos en malas condiciones, alcances difíciles en las manivelas de las grúas, etc...). Todo esto obliga a realizar inclinaciones y giros de columna de forma continua y, en muchas ocasiones, con un grado de giro y rotación excesivos.

Las posturas forzadas comprenden, también, las posiciones del cuerpo fijas, como las que han de adoptar los trabajadores y trabajadoras que realizan tareas administrativas y los teleoperadores, que desarrollan su trabajo en posición de sedestación prolongada. Estas posturas producen carga estática en la musculatura.

También se consideran como tales las que adoptan los trabajadores/as instaladores de Teleasistencia encargados de la instalación, mantenimiento y reparación de terminales que requieren, en muchos casos, la adopción de posturas asimétricas que sobrecargan, igualmente, los músculos y tendones.

Al igual que ocurre con los trabajadores y trabajadoras que desarrollan los trabajos asistenciales, más allá de los riesgos que se derivan de las tareas de administración, telefonía e instalación y mantenimiento, el entorno laboral de estos trabajadores/as condiciona los riesgos a los que están expuestos: la falta de espacio, por ejemplo, obliga al uso de posturas estáticas y forzadas. Igual de importante es que el entorno disponga de espacio suficiente para facilitar los movimientos y los cambios de postura. El uso de mobiliario dise-

ñado ergonómicamente y la correcta ubicación de los equipos informáticos utilizados en la tarea tienen una importante influencia, no sólo en la comodidad y eficacia en el trabajo, sino también en algo tan importante como es la salud de los trabajadores y trabajadoras de este colectivo. Un diseño inadecuado de los mismos produce lesiones musculoesqueléticas, alteraciones visuales e incide negativamente en la fatiga mental y el estrés.

### Movimientos repetitivos

La realización de movimientos repetitivos es constante para los trabajadores y trabajadoras de Atención Domiciliaria, ya que los trabajos realizados requieren la realización de múltiples movimientos de corta duración realizados de manera consecutiva y repetida. La atención de las necesidades domésticas o del hogar (limpiar, planchar, cocinar...), los cuidados al usuario (aseo personal, cambio de ropa, alimentación...), las tareas administrativas (uso de ordenadores, atención telefónica...) y trabajos con los terminales de Teleasistencia (instalación de equipos, reparación, limpieza de componentes...) implican movimientos repetitivos de la mano, muñeca, antebrazos y tronco.

### Riesgos seguridad: relacionados con el lugar de trabajo

Son factores de riesgo de seguridad los elementos presentes en los lugares de trabajo que pueden dar lugar a un accidente. Se pueden derivar de los lugares y equipos de trabajo, entre otras condiciones.

Estos riesgos pueden estar presente en cualquier lugar de trabajo, si bien resulta más difícil de prevenir y controlar en el caso de los trabajadores y trabajadoras que se dedican a la Atención Domiciliaria, ya que éstos desarrollan su labor en las viviendas de los usuarios, viviendas que tienen diferentes características y entrañan diferentes riesgos.

Ya se comentó en el apartado anterior que este hecho condicionaba las condiciones ergonómicas en las que estos trabajadores y trabajadoras se ven obligados a desarrollar su actividad. Pero también determina las condiciones de seguridad a las que se ven sometidos aquéllos y que pueden acarrear accidentes laborales tales como:

caídas, aplastamientos, cortes, golpes y quemaduras. Estos accidentes están motivados, en su mayoría, por la existencia de cables, objetos, suelos mojados y por la utilización de escaleras en mal estado u otros objetos que hacen la función de escalera y no tienen la resistencia adecuada.

Además, en el desarrollo de los trabajos generales de atención al hogar, el auxiliar de ayuda a domicilio utiliza una serie de máquinas (electrodomésticos) y herramientas (cuchillos, etc.) de uso generalizado que si no están en buen estado pueden entrañar riesgo de electrocución e incendio.

También los Oficiales de Unidad Móvil pueden estar sometidos a riesgos de seguridad relacionados con el estado de los vehículos, ya que muchas veces adolecen de un mantenimiento adecuado.

## Riesgos de higiene

### Riesgo químico

Los trabajadores y trabajadoras del sector de Atención Domiciliaria están expuestos al riesgo químico, fundamentalmente, cuando realizan labores de limpieza y desinfección en la vivienda del usuario. Aunque la exposición a este riesgo no se suele considerar importante, el uso de estos productos implica una serie de riesgos que hay que conocer y evitar, haciendo un uso responsable y seguro de los mismos. Para lo cual es fundamental que el trabajador/a esté formado e informado sobre el riesgo químico y conozca las herramientas de que dispone para conocer la peligrosidad del producto (la etiqueta de seguridad del producto y, en su caso, la ficha de datos de seguridad, que habrá de proporcionar el proveedor del mismo) y las medidas preventivas a aplicar (uso de EPI's, actuación en caso de derrame y/o emergencia, etc).

El problema al que se enfrentan los trabajadores y trabajadoras de este sector es que los usuarios no siempre tienen productos que cumplan con estas condiciones de seguridad (etiquetado, almacenamiento...), lo que dificulta el uso seguro al que se aludía con anterioridad.

### Riesgo biológico

El riesgo biológico puede definirse como la posible exposición a microorganismos que puedan dar lugar a enfermedades, motivada por la actividad laboral.

Este riesgo es, sin duda, uno de los más importantes del sector de Atención Domiciliaria, pues estos trabajadores/as están expuestos a riesgo de contagio de enfermedades infecciosas. La exposición a agentes biológicos se da básicamente en las tareas de aseo personal. Pero también está presente en cualquier otra que suponga el contacto con fluidos de la persona a la que se atiende (intervenciones en caso de caída, por ejemplo, o el contacto con resto de curas o basura y utensilios utilizados por personas enfermas).

Las medidas de prevención y control deben estar en relación con el tipo de agente biológico al que se está expuesto, a la fuente de infección y al modo de transmisión de la enfermedad; la transmisión de los agentes infecciosos puede seguir una o más vías (respiratoria, digestiva, sanguínea, piel o mucosas). Además, cuando se atiende a personas mayores debe tenerse en cuenta que son un grupo de riesgo para determinadas enfermedades contagiosas (gripe, herpes zóster, hepatitis B).

En algunas situaciones puede haber conflicto entre el derecho de protección de las personas trabajadoras frente a los riesgos derivados de enfermedades contagiosas de los usuarios y el derecho a la confidencialidad de los datos médicos de estas personas. Sin embargo, el respeto a estos derechos no debería utilizarse como excusa para dejar desprotegidos al personal laboral que está expuesto al riesgo biológico, sino que deberían garantizarse ambos derechos: el de confidencialidad de unos y el de la protección de la seguridad y la salud de los otros. La solución que respeta ambos derechos es que la información médica quede en manos del personal médico, y que la empresa garantice a los trabajadores/as las medidas de prevención necesarias en función de las enfermedades. Independientemente de que exista una serie de medidas preventivas básicas, que hay que insistir en su cumplimiento.

El riesgo biológico puede derivarse, además, de las propias características del domicilio. Pensemos, por ejemplo, el caso de las personas que sufren de síndrome de Diógenes, que les lleva a acumular

todo tipo de objetos sin control, o aquéllas otras que tienen animales de compañía sin vacunar y/o con falta de medidas de higiene.

Y, por último, este riesgo también puede estar presente por el uso de determinados elementos que requieren de un uso personal para evitar el contagio de enfermedades. Tal es el caso de la utilización de auriculares y micrófono que, en algunas ocasiones, utilizan los teleoperadores/as. Estos elementos facilitan la tarea y mejoran las condiciones de trabajo desde el punto de vista ergonómico, pues evitan determinadas posturas forzadas, sobre todo a nivel cervical. No obstante, pueden suponer un riesgo biológico, pues con frecuencia los auriculares que utilizan los trabajadores/as durante todo su turno, son compartidos por los compañeros/as del turno siguiente, lo que genera riesgo de enfermedades en el oído. Lo mismo ocurre con los micrófonos que se utilizan para la atención telefónica y cuya posición correcta es frente a la boca, para así evitar ruidos de retorno. Al igual que ocurre con los auriculares, si su uso no es individual, pueden suponer un vehículo de transmisión de enfermedades.

### Ruido

Dentro del sector de Atención Domiciliaria, uno de los riesgos laborales que afecta en exclusiva a los teleoperadores/as es el ruido. El problema, en muchos casos, es que el nivel de ruido ambiental de estos centros de trabajo, por lo general por encima de los 52 decibelios, hace que los trabajadores y trabajadoras tengan que elevar el nivel de sus audífonos para poder entender adecuadamente a quien les habla. El elevado nivel de ruido se debe a la alta concentración de trabajadores/as en un mismo área, lugares de trabajo con espacios diáfanos y construidos con materiales poco absorbentes del ruido y, en consecuencia, muy reverberantes.

### Riesgos psicosociales

Los riesgos psicosociales son aquéllos que tienen su origen en la organización del trabajo y que generan respuestas de tipo fisiológico (reacciones neuroendocrinas), emocional (sentimientos de ansiedad, depresión, alienación, apatía, etc.), cognitivo (restricción de la percepción, de la habilidad para la concentración, la creatividad o la toma de decisiones, etc) y conductual (abuso de alcohol, tabaco, drogas, violencia, asunción de riesgos innecesarios).

sarios, etc). Estas reacciones son conocidas popularmente como “estrés” y, como se verá más adelante, pueden ser precursoras y/o desencadenantes de enfermedades cuando determinadas condiciones de trabajo están presentes con una intensidad, frecuencia y duración en el tiempo excesivas.

Conviene insistir que los riesgos psicosociales no son un problema individual, de personalidad o que responda a circunstancias personales o familiares concretas, sino que tienen su origen en condiciones laborales derivadas de una organización del trabajo inadecuada. También conviene desmitificar ciertos aspectos referidos al estrés: no es bueno, no es algo consustancial a la vida, ni necesario para hacer bien el trabajo. No es un resultado inevitable del trabajo o que afecte sólo a los débiles. Existe una diferencia muy clara entre el estímulo y el reto, algo positivo que debería formar parte del trabajo y que incide en una mejora de la salud psicológica de los trabajadores y trabajadoras y en su rendimiento, y la presión y/o el trabajo monótono y aburrido, cuya incidencia sobre la salud física y psicológica es siempre negativa, repercutiendo directamente, además, sobre la eficacia y eficiencia del trabajo.

Se pueden diferenciar los riesgos psicosociales en **5 grupos diferentes**:

- Por **exceso de exigencias psicológicas en el trabajo** que pueden ser **cuantitativas**, cuando ritmo de trabajo es tan rápido que es imposible de llevar al día, y también pueden tener relación con la distribución temporal irregular de las tareas; así como **emocionales**, que son aquellas que afectan nuestros sentimientos, sobre todo cuando requieren de nuestra capacidad para entender la situación de otras personas que también tienen emociones y sentimientos que pueden transferirnos, y ante quienes podemos mostrar comprensión y compasión. También puede darse la exigencia de tener que esconder nuestras emociones. Son ejemplos de exigencias psicológicas:
  - Tener que realizar demasiadas tareas para el tiempo del que se dispone, con un excesivo número de usuarios a los que atender durante la jornada, emergencias a las que acudir o llamadas que atender.
  - La asistencia en emergencias. Los oficiales de unidades móvi-

les de los servicios de Teleasistencia tienen que intervenir con cierta urgencia para atender las necesidades de un usuario que requiere ayuda. Y esa sensación de “necesidad inmediata de asistencia” genera siempre un grado de estrés.

- La asistencia a esas emergencias en coche. Lo que supone la exposición a las características de la vía, condiciones del tráfico e inclemencias del tiempo, así como a la conducción de otras personas; condiciones todas ellas que no siempre facilitan la llegada al domicilio con la celeridad deseada.
  - La inevitable implicación, en cierta medida, con la problemática de los usuarios y usuarias. La simple escucha activa implica un cierto grado de desgaste emocional.
  - Los posibles conflictos y diferencias que pueden surgir en la relación con familiares y/o con los propios usuarios/as.
  - La supervisión de personas que requieren de un cuidado “especial”; personas con discapacidad psíquica y/o afectadas de Alzheimer, por ejemplo, que requieren una atención constante, causando mayor fatiga psicológica en el trabajador/a.
  - Afrontar la muerte de personas a las que se ha cuidado de manera intensa, continua y de forma integral. Esta situación puede afectar al cuidador/a si se repite con frecuencia, no se deja espacio para dejar aflorar los sentimientos que este duelo supone en la persona, ni tiempo para encajarlo de forma saludable.
- La **falta de influencia y de desarrollo en el trabajo** hace referencia a la falta de autonomía de las personas sobre la manera de realizar su trabajo, a la imposibilidad de aplicar las habilidades individuales y los conocimientos que se poseen y a las escasas o nulas posibilidades de promoción de los trabajadores y trabajadoras.
  - La **falta de apoyo social y de calidad del liderazgo**. Cuando hay que trabajar sin apoyo de superiores o compañeros/as, con las tareas mal definidas o sin la información adecuada y a tiempo. En este sector, el riesgo se puede manifestar, por ejemplo, en:

- La falta de definición de funciones en Atención Domiciliaria. Cuando no hay concordancia entre lo que se ordena realizar a los trabajadores/as, las peticiones de familiares y las necesidades del usuario/a.
- El conflicto que surge, en ocasiones, por no tener bien definidas las tareas de los/as distintos/as profesionales. ¿En qué consiste exactamente, por ejemplo, “realizar un mantenimiento de limpieza o ayuda a la limpieza de la vivienda”, como establece el convenio?
- La rotación, el trabajo en solitario y/o a turnos. Es positivo que los trabajadores y trabajadoras tengan posibilidades de mantener relaciones sociales en el trabajo, así como también es positivo el sentimiento de pertenencia a un grupo que desarrollan. Sin embargo, esto no siempre es posible en el sector de Atención Domiciliaria, donde la rotación dentro y fuera de la empresa es muy alta y en el que la mayoría de los trabajos y las tareas se realizan en solitario, es decir, sin la ayuda y compañía de un compañero/a. Así, por ejemplo, la ayuda a domicilio o la asistencia en caso de emergencia se suele hacer en solitario. También el trabajo a turnos de los trabajadores/as de Teleasistencia y el nivel de actividad de los teleoperadores/as incide en la dificultad de ambos colectivos para establecer y/o mantener relaciones entre compañeros/as.
- Las **escasas compensaciones del trabajo**, o lo que es lo mismo, la falta de respeto, inseguridad contractual, el cambio de puesto o servicio contra la voluntad del trabajador/a, el trato injusto, la inexistencia de reconocimiento, el salario bajo, etc... En este sector son frecuentes los puestos de trabajo de carácter temporal y con salarios precarios. Esto, unido a la falta de reconocimiento en el trabajo, supone un riesgo psicosocial importante. La escasa valoración por parte de la empresa está presente desde la contratación, ya que para acceder al puesto de trabajo no se requiere, en muchos casos, la formación específica y, en realidad, es necesaria para el buen desempeño de las tareas.
- El factor de la **Doble Presencia** hace referencia a las desigualdades entre hombres y mujeres respecto a las condiciones de trabajo (las mujeres se ocupan mayoritariamente en sectores con condiciones laborales más precarias) y a la cantidad de trabajo

(las mujeres asumen la mayor parte del trabajo doméstico y familiar). Además, el trabajo de Atención Domiciliaria es realizado, en mayor proporción, por mujeres. De manera que las exigencias importantes del ámbito doméstico familiar que éstas asumen (ser responsable principal y ocuparse de la mayor parte de las tareas familiares y domésticas), la falta de tiempo y de margen de autonomía sobre la ordenación del tiempo de que adolecen las trabajadoras de este sector implican graves problemas de conciliación de las necesidades derivadas del ámbito doméstico-familiar con las del ámbito laboral. Lo que incide directamente en el aumento del estrés y de los daños a la salud asociados al mismo.

### Agresiones

Como consecuencia de las enfermedades que sufren muchos usuarios de servicios de dependencia y/o de las personas que pudieran convivir con él, tales como Alzheimer, demencia senil u otro tipo de enfermedades psíquicas, pueden aparecer conductas alteradas con estados emocionales de tensión, ansiedad y agitación, que provoquen acciones o reacciones agresivas hacia las personas que les atienden, en forma de agresiones físicas y/o verbales y, en algunos casos incluso de índole sexual. Estas agresiones pueden traducirse en empujones, golpes, tiro-nes de pelo, bofetadas, mordiscos, insultos, amenazas, etc...

Este riesgo es aún más acusado en los trabajadores y trabajadoras dedicados a la Atención Domiciliaria, debido a que es muy frecuente que el trabajador o la trabajadora se encuentre solo con los usuarios del servicio y/o sus familiares.

También conviene señalar que el riesgo de agresiones no se produce sólo por las anormales conductas de los usuarios y/o de las personas que pudieran convivir con él, sino de la zona donde se ubica la vivienda. El personal de coordinación de los trabajadores/as de Atención Domiciliaria son los primeros en acudir a la vivienda del usuario y no conocen, *a priori*, las condiciones de la misma, su ubicación geográfica o el estado psico-físico de sus ocupantes. Estas condiciones suponen un aumento del estrés, pues el trabajador/a no conoce lo que se puede encontrar. Al mismo tiempo, puede estar exponiéndose a un riesgo de agresiones, no sólo por los usuarios y/o las personas que convivan con él, sino por personas ajenas a los mismos, pues las viviendas pueden estar situadas en zonas de una alta conflictividad.

Resumen: Riesgos más comunes por categorías del personal de AD

Riesgos	Categorías del personal de Atención Domiciliaria									
	Personal de Ayuda a Domicilio					Persona de Teleasistencia				
	Oficial y auxiliar administrativo	Coordinador y ayudante de coordinación	Auxiliar de Ayuda a Domicilio	Responsable de proyecto y del centro de atención	Personal coordinador	Técnico instalador y responsable de llaves	Oficial de unidad móvil	Personal operador		
Manipulación manual de cargas			✓				✓			
Sobreesfuerzos			✓				✓			
Posturas forzadas	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Movimientos repetitivos	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Riesgos de seguridad relacionados con el lugar de trabajo	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Riesgo químico			✓							
Riesgo biológico			✓				✓			
Ruido	✓	✓		✓	✓			✓		
Riesgos Psicosociales	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Agresiones			✓				✓			

## PRINCIPALES DAÑOS A LA SALUD DEL PERSONAL DE AYUDA A DOMICILIO Y TELEASISTENCIA

Los daños a la salud que padecen con mayor frecuencia y gravedad los trabajadores y trabajadoras de ayuda domiciliaria son los trastornos musculoesqueléticos (TME) y se derivan de los riesgos ergonómicos a los que estos trabajadores/as pueden estar expuestos, es decir, la manipulación de usuarios, las posturas forzadas y los movimientos repetitivos.

*El manejo de usuarios es una de las principales causas de lesiones musculoesqueléticas en este sector.*

(Testimonio de un Oficial de Teleasistencia)

Pero, ¿qué son los trastornos musculoesqueléticos? Se trata de un conjunto de alteraciones sobre cuya denominación ni siquiera los científicos se ponen de acuerdo. La OMS los define como: “*los problemas de salud del aparato locomotor, es decir, de músculos, tendones, esqueleto óseo, cartílagos, ligamentos y nervios. Esto abarca todo tipo de dolencias, desde las molestias leves y pasajeras hasta las lesiones irreversibles y discapacitantes*”.

Incluyen, pues, un amplio abanico de signos y síntomas que pueden afectar a distintas partes del cuerpo (manos, muñecas, codos, nuca, espalda), así como distintas estructuras anatómicas (huesos, músculos, tendones, nervios, articulaciones). Estas alteraciones no siempre pueden objetivarse clínicamente, dado que el síntoma clave, el dolor, es una sensación subjetiva y representa muchas veces la única manifestación. Tampoco es extraño que no se puedan catalogar con un diagnóstico preciso: cervicalgia (dolor cervical) o lumbalgia (dolor lumbar) sólo indican la localización anatómica de un síntoma. Por último, su origen multifactorial y su carácter acumulativo a lo largo del tiempo añaden dificultades a una definición precisa y, en muchas ocasiones, ambas cuestiones (el origen multifactorial y el carácter acumulativo) dificultan su relación con el trabajo e incluso se utilizan como herramientas para no relacionarlo con el mismo.

Sin embargo, diferentes estudios sobre las condiciones de trabajo ponen de manifiesto la existencia de daños a la salud como con-

secuencia de unas condiciones de trabajo lesivas desde el punto de vista ergonómico. Estudios tales como el que realiza periódicamente el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT), de cuya VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo de 2011 se desprende que son los trabajadores/as de las actividades sanitarias y sociales los que más sienten alguna molestia musculoesquelética (83,3%).

Este dato se justifica por la continua manipulación manual de personas a las que atienden los trabajadores/as de Atención Domiciliaria, las posturas forzadas y los movimientos frecuentes, rápidos y repetitivos que han de realizar, junto con la presión de tiempo y el uso de equipos deteriorados o las carencias de medios auxiliares que provocan daños a la salud relacionados con TME.

Por otra parte, conviene señalar que las lesiones laborales de tipo musculoesquelético tienen un marcado componente de diferenciación por género debido a la asignación desigual de trabajos a hombres y mujeres en nuestra sociedad. Así, mientras las tareas que suponen manipulación de cargas pesadas se asignan generalmente a hombres, la exposición de las mujeres a tareas de ciclo corto y repetitivo es muy superior a la media de la población trabajadora. Esta segregación horizontal del trabajo asalariado, en general, y la mayor presencia de mujeres en el sector de Ayuda Domiciliaria, en particular, explica que las lesiones musculoesqueléticas sean el componente esencial del patrón de daños laborales de las trabajadoras, agravado por la sobreexposición al riesgo adicional que supone en muchos casos el trabajo doméstico.

Otros daños a la salud importantes para el sector objeto de este estudio son los relacionados con los riesgos psicosociales a los que están expuestos con frecuencia: la sobrecarga de trabajo, la falta de tiempo para su ejecución, los ritmos elevados y el trabajo para/con otros (usuarios y familiares) son exigencias que pueden tener efectos muy negativos sobre la salud física, psicológica y social del trabajador/a.

*Te agobias sólo de ver tantas agendas por persona o tantas llamadas al mismo tiempo.*

(Teleoperador/a de Teleasistencia)

Estos daños se manifiestan a corto plazo, a través de procesos conocidos como “estrés” e influyen en diversos aspectos de la salud, tanto física como mental y social. Se trata de mecanismos:

- **Emocionales:** ansiedad, depresión, apatía, etc...
- **Cognitivos:** dificultades para memorizar, pensar con claridad, concentrarse, tomar decisiones, etc...
- **Del comportamiento:** pérdida de interés por las relaciones sociales, de estar con gente, sentirse agobiado, infeliz, insomnio, trastornos alimenticios, consumo abusivo del alcohol, tabaco, etcétera...
- **Fisiológicos:** problemas de estómago, dolor en el pecho, tensión en los músculos, dolor de cabeza, mayor sudoración, mareos, falta de aire, etcétera...

Mención aparte merece el síndrome de Burnout o síndrome de estar quemado por el trabajo (SQT), siendo conveniente aclarar algunas cuestiones relativas a la traducción del término al castellano, en qué consiste el síndrome y porqué puede afectar a los trabajadores/as de este sector.

Según el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, en una Nota Técnica de Prevención que desarrolla al efecto, aclara que *“teniendo en cuenta las diversas denominaciones que se le han venido dando al síndrome de burnout en nuestro país y basándose en criterios de traducción literal, semántica y de sinonimia del término con el estrés laboral, se puede concluir y proponer que la mejor denominación de este proceso de daño a la salud es “síndrome de estar quemado por el trabajo” (SQT)<sup>14</sup>*. Esta denominación centra la atención en el verdadero problema que origina el síndrome, es decir, el trabajo y no estigmatiza al individuo. Al mismo tiempo, permite distinguir este fenómeno de otros como el estrés, el desgaste emocional, la fatiga, la ansiedad, etcétera.

Muchos trabajadores y trabajadoras identifican “estar quemado” con estar a disgusto, descontentos, sentirse agobiados, tener un mal

<sup>14</sup> NTP 704: Síndrome de estar quemado por el trabajo o “burnout” (I): definición y proceso de generación.

día en el trabajo, etc., si bien esto no se corresponde exactamente con padecer dicho síndrome. Como se verá más adelante, la verdadera sintomatología del síndrome se caracteriza por su cronicidad e intensidad en el tiempo así como su afectación, fundamentalmente, en determinados trabajos asistenciales como el del personal de Ayuda Domiciliaria.

Pero, ¿qué es el SQT? La misma Nota Técnica a la que se aludía más arriba define el SQT como *“una respuesta al estrés laboral crónico integrada por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Esta respuesta ocurre con frecuencia en los profesionales de la salud y, en general, en profesionales de organizaciones de servicios que trabajan en contacto directo con los usuarios de la organización.”*

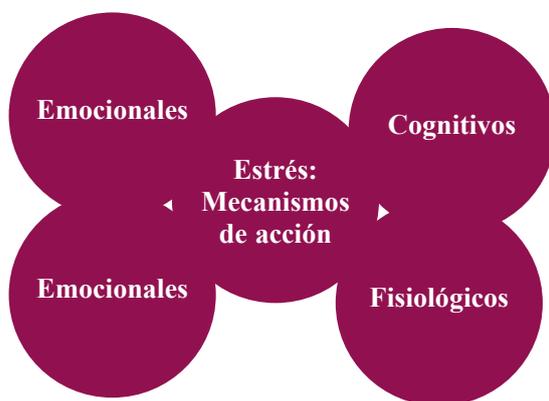
Por tanto, es importante resaltar que esta patología es consecuencia de la exposición a unas determinadas condiciones de trabajo estresantes y no está originada por una deficiencia en la personalidad del individuo. En concreto, se debe a factores de riesgo psicosocial (carga de trabajo excesiva, falta de control sobre el propio trabajo y autonomía en su realización, ambigüedad y conflicto de rol, malas relaciones en el trabajo, falta de apoyo social, falta de formación para desempeñar las tareas, descompensación entre responsabilidad-recursos-autonomía, etc.) en trabajos en los que su contenido tiene unas demandas emocionales importantes y de prestación de servicios a personas.

El origen del SQT se sitúa, pues, en las demandas de interacción que se producen en el entorno de trabajo, fundamentalmente, con los usuarios y los familiares, cuando esas exigencias son excesivas y conllevan una tensión en el aspecto emocional y cognitivo. Por aspecto emocional del trabajo se entiende las exigencias que afectan a los sentimientos del trabajador/a, sobre todo cuando requieren de su capacidad para entender la situación de otras personas implicadas (los usuarios y/o sus familiares), que también tienen emociones y sentimientos, y mantener un equilibrio entre la comprensión y la compasión, entre la escucha activa y no involucrarse en la situación. Por su parte, el aspecto cognitivo del trabajo hace referencia a la necesidad de memorizar datos y controlar varias cosas al mismo

tiempo, a tener que tomar decisiones y proponer ideas nuevas. No se trata en sí misma de una exigencia nociva si la organización del trabajo facilita las oportunidades y proporciona las herramientas para desarrollar el trabajo. Pero en caso de que estas oportunidades y herramientas no se den, puede significar una carga a añadir a las exigencias cuantitativas propias del trabajo.

Por tanto, cuando las exigencias del trabajo son excesivas y conllevan una tensión importante en el aspecto emocional y cognitivo se pueden generar las condiciones propicias para que también las fuentes de estrés mencionadas con anterioridad actúen y produzcan en el trabajador/a un patrón de respuestas que constituyen los síntomas del SQT. Esta es la razón de que los profesionales que trabajan con personas, como son los trabajadores y trabajadoras del sector de Atención Domiciliaria, sean susceptibles de padecer dicho síndrome.

### **Estrés: mecanismos de acción**



Todos estos procesos están estrechamente relacionados entre sí, y pueden ser precursores (alarmas) de enfermedad bajo ciertas circunstancias de intensidad, frecuencia y duración.

Los efectos de la exposición a los riesgos psicosociales son tanto los relativos a la salud mental como a la física. Los daños a la

salud física son los más documentados. A pesar de ello, el discurso dominante se centra en la salud mental, para fundamentar una falsa excesiva complejidad y legitimar la parálisis en este ámbito de la prevención.

Otra fuente de estrés es, como se adelantó, la exposición a conductas violentas que, según la VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo, genera una mayor manifestación de sintomatología de corte psicosomático en los trabajadores y trabajadoras que están expuestos a estas conductas que quienes no son objeto de tales comportamientos, siendo los daños a la salud más comunes dolores de cabeza, problemas para conciliar el sueño, estrés, ansiedad o nerviosismo. Además de poder sufrir otras lesiones derivadas de las conductas alteradas de los usuarios y/o personas de su entorno como son: lesiones por caídas al recibir empujones, lesiones cervicales por tirones de pelo y otras agresiones físicas de diversa índole (golpes, mordeduras, etc).

*En las visitas a los domicilios es frecuente recibir agresiones por parte de los usuarios, sobre todo de los enfermos de Alzhéimer. También se producen situaciones en las que nos cierran con llave y no nos dejan salir.*

(Auxiliar de Ayuda a Domicilio)

Por otra parte, los teleoperadores/as, además de ser susceptibles de padecer daños a la salud relacionados con las características ergonómicas de su puesto (molestias en cuello y hombros y a nivel de columna y rodillas) y las condiciones psicosociales del mismo, pueden sufrir afecciones laríngeas y faríngeas por el uso continuado de la voz, unido a otros factores como ruido de fondo, acústica de la sala, condiciones de temperatura y humedad así como diferentes situaciones de riesgo psicosocial como el estrés y la sobrecarga de trabajo.

*Se da el caso de estar hablando con un usuario y éste está escuchando la conversación de otro compañero.*

(Teleoperador/a de Teleasistencia)

Todas estas condiciones pueden provocar disfonías (alteración de una o varias de las cualidades de la voz: intensidad, tono y/o timbre), molestias en la garganta de diferente intensidad, nódulos en la garganta, edema de Reinke, quistes de garganta, etc. También son frecuentes las molestias relacionadas con la actividad visual intensa: dolor de cabeza, irritación y sequedad ocular, fatiga visual y mareos. Y como consecuencia del ruido del lugar de trabajo y del uso de auriculares los teleoperadores/as pueden experimentar molestias en los oídos como zumbidos, pérdida auditiva temporal y dolor.



## EXPERIENCIAS GRUPALES. LA VOZ DE LOS Y LAS TRABAJADORAS

Con objeto de obtener una mayor información relativa al entorno laboral y conocer de primera mano la realidad que viven trabajadores y trabajadoras del colectivo de Atención Domiciliaria (Ayuda a domicilio y Teleasistencia), se han llevado a cabo distintas experiencias grupales con delegadas y delegados de prevención de ambos servicios.

El grupo de discusión es una técnica cualitativa basada esencialmente en el diálogo y la conversación entre personas. Persigue el intercambio de opiniones, en un ambiente permisivo, mediante una discusión relajada, confortable y a menudo satisfactoria para los participantes. Exponen sus ideas y comentarios en común, retroalimentándose de los distintos compañeros y respondiendo a las cuestiones que surgen de la propia discusión.

El objetivo es identificar cuál es su percepción respecto a los riesgos laborales a los que están expuestos, sus causas y efectos en la salud, a través del análisis de dichas opiniones, de su lenguaje, sus expresiones y de la forma en la que construyen su discurso.

## CARACTERÍSTICAS DE LOS GRUPOS

Hemos realizado dos grupos de discusión:

- uno, bastante homogéneo, en el que sólo estaba presente el servicio de ayuda a domicilio, con la participación de 15 delegadas de prevención representantes de cinco empresas privadas del sector, todas de la categoría profesional de auxiliar de ayuda a domicilio y todas mujeres;
- otro, más heterogéneo, con representación mayoritaria del servicio de Teleasistencia, en el que participaron 10 delegados y delegadas, tanto de personal como de prevención de las distintas categorías profesionales existentes (coordinadoras, oficiales de Teleasistencia, oficial de unidad móvil, operadoras del centro de atención) y con presencia de representantes varones, en un colectivo muy feminizado, como hemos visto.

## ÁREAS Y TEMAS

Los temas tratados en el desarrollo de las experiencias grupales pretenden dar respuesta a las cuestiones que aparecen en los siguientes bloques:

### 1. ¿Mejoras de la Ley de Dependencia para la organización del trabajo?

El problema de la coordinación, la definición de tareas y funciones.

¿Cuándo finaliza la jornada de trabajo? Horario efectivo y horas extras.

La realidad en la conciliación de la vida laboral y personal

### ¿Mejoras de la Ley de dependencia para la organización del trabajo?

El problema de la coordinación, la definición de tareas y funciones

Una de las primeras cuestiones a analizar para conocer la situación de los trabajadores y trabajadoras del sector de Atención Domiciliaria es saber si realizan las funciones y tareas que establece su convenio, y conocer en primera persona cómo las realizan, lo que está directamente relacionado con los riesgos a los que están expuestos.

La Ley de Dependencia potencia el avance del modelo de Estado social y el compromiso de todos los poderes públicos para promover y dotar los recursos necesarios para hacer efectivo un sistema de servicios sociales de calidad, garantista y plenamente universal. Este objetivo global se pone en entredicho con las primeras declaraciones de los trabajadores y trabajadoras.

La **coordinación y la definición de tareas** es uno de los mayores obstáculos que manifiestan y que luchan por cambiar hace tiempo. Según el organigrama de Ayuda a domicilio, las auxiliares dependen y mantienen contacto directo con el ayudante de coordinación, pero no existe relación ninguna con los y las trabajadoras sociales, salvo excepciones, porque ahora esa ya no es su función. Antes de surgir la Ley de Dependencia esto no era así.

*Hace muchos años, la auxiliar iba con el usuario a hablar con la trabajadora social, que nos preguntaba qué es lo que necesitaba realmente el usuario [...] Ahora ya no, ahora va el usuario a hablar con la trabajadora social y pide lo que tenga que pedir.*

*... Salvo que acompañes a la usuaria porque no tiene familia a la trabajadora social, que es el momento que aprovechas para conocerla y darte a conocer.*

*Y era una medida muy buena, por cierto. Es una función que nosotras hemos pedido como auxiliares.*

Cuando empezó la ayuda a domicilio, antes de la Ley de Dependencia, si se producía un alta, se reunían en el domicilio del usuario la trabajadora social y la auxiliar. En esta reunión se clarificaban las necesidades y tareas a realizar. Por otra parte, cuando la trabajadora social se reunía con el usuario, también asistía la auxiliar, para intercambiar opiniones y necesidades, se le preguntaba al usuario sobre su grado de satisfacción y la auxiliar exponía cuáles eran las tareas que realizaba y las posibles necesidades.

Actualmente, cuando se da un alta, la coordinadora acompaña a la auxiliar al domicilio, en raros casos junto a la trabajadora social, hacen las presentaciones correspondientes, firman y explica a la

auxiliar lo que tienen que hacer. A partir de ahí no vuelven a tener reuniones conjuntas, a no ser que exista algún problema.

Es verdad que existen diferencias entre territorios, especialmente en aquellos que no obedecen a la Ley de Dependencia, como es el caso de localidades pequeñas o ayuntamientos de los pueblos.

*En los pueblos hay casos en los que la trabajadora social hace ir mensualmente o quincenalmente a la auxiliar para que hable con el usuario [...] Esto hoy en día se hace, aunque no es nuestra función. Y esto es lo ideal.*

Tanto el convenio colectivo como el pliego de condiciones clarifican cuáles son las **funciones del auxiliar**. En general, las tareas que realizan son actividades básicas de la vida diaria (*aseo, doméstico y acompañamiento*), según las necesidades del usuario, de su estado o limitaciones. Y atienden a todo tipo de usuarios: mayoritariamente personas mayores, pero también niños, menores, jóvenes, personas con problemas físicos, de salud mental, familias en exclusión social o con necesidad de cuidados paliativos.

*Tenemos de todo, somos chicas para todo.*

*El pliego lo dice bien claro. No se prestará un servicio de limpieza, eso es complementario. La ayuda es al dependiente para su aseo, paseo y si sobra tiempo se arreglarán sus dependencias. Pero la realidad es que primero limpias, segundo limpias y tercero limpias.*

El convenio también establece funciones que no deben hacer como curas, limpiezas a fondo, limpiar ventanas, pintar habitaciones, mover muebles o electrodomésticos, podología... Pero, en realidad, se enfrentan permanentemente a la demanda del usuario respecto a las tareas a realizar. Algunas compañeras acceden a dichas peticiones para agradar al usuario y a la empresa, surgiendo así un motivo constata de conflicto.

*Estamos luchando porque el problema nuestro es que no se deben hacer ciertas cosas. Pero tú vas a un domicilio, les acostumbras, les educas... y mañana llega una*

*persona nueva que quiere agradar al usuario... y luego vuelves tú al día siguiente y el usuario se encara contigo. [...] Tú no me lo haces porque eres una vaga porque viene fulanita y sí lo hace.*

La Ley de Dependencia nace de la necesidad de atención y ayuda al dependiente en su quehacer diario para dotarle de autonomía. Pero muchos usuarios no entienden la profesión de los auxiliares. Además, cuando viven con familiares o tienen una persona interna, el conflicto se multiplica, ya que son éstos los que intentan modificar sus tareas.

*Nos encontramos con muchos obstáculos,... porque al usuario le tienes que asear lo principal y luego le ayudas... Pero es que los usuarios no quieren eso, quieren una asistenta...*

*Es horroroso porque vas a asearles y te dicen: No, tú me limpias esto, lo otro, lo otro, lo otro... que ya me lavo yo o mi hija cuando venga...*

*Nos encontramos usuarios que tienen hijos completamente capacitados y otros con una persona interna. Y llegas al domicilio y te dicen: Me planchas esto de mi hijo, me haces el baño [...]*

*Hay compañeras que han llegado a hacer el cuarto de la interna. Es una minoría, porque ya nos encargamos las delegadas de “educarlas”, pero cabrea mucho.*

Para evitar estos abusos es imprescindible retomar las reuniones de coordinación entre la auxiliar, la coordinadora y la asistente social que actualmente se han eliminado. Pues esta falta de coordinación provoca falta de información de todas las personas implicadas, usuarios, coordinadores y auxiliares, y a su vez un conflicto en la definición de tareas, como hemos visto.

*Para evitar esto sería muy bueno estar en contacto las auxiliares, coordinadoras y la trabajadora social. [...] Ese contacto con la trabajadora social no sé por qué lo han quitado.*

*Con ley de dependencia te dicen: Mañana tienes que ir a esta casa, a esta calle y ya está. Los usuarios no saben las normas, les mandan una carta y hay muchos que son analfabetos... otros ni la leen.*

Al intentar saber la causa de este cambio en la organización del trabajo, la respuesta es clara. Actualmente, el sector se ha masificado, se está deteriorando el trabajo y económicamente no es rentable contratar a más personal o dedicar tiempo a estas funciones de coordinación.

*Este tipo de trabajo se está deteriorando cada vez más, el sector se ha masificado, no hay dinero para pagar a tanto trabajador social.*

Acaban siendo las auxiliares las que forman e informan a los usuarios en qué consiste la Ayuda a Domicilio, ya que nadie les clarifica ni a ellos ni a sus familiares cuáles son sus funciones, ni les explican que las tareas que tienen encomendadas están claramente definidas. Cuando llevan cierto tiempo en el mismo domicilio, terminan por entenderlo y el problema desaparece, pero consideran que no forma parte de sus funciones y reeducar al usuario o a sus familiares.

Por lo general, ante esta problemática no reciben ningún tipo de apoyo por parte de la empresa ni de la Administración y vuelve a aparecer el fantasma de la Ley de Dependencia como espada de Damocles en la organización del trabajo.

*Los usuarios entienden que con la Ayuda a Domicilio me vienen a fregar y si sobra tiempo, me duchan. Tenemos que ser nosotras las que les informemos de que no somos asistentas, somos auxiliares [...] Porque desde la administración ni desde la empresa ayudan. Al contrario, a veces la coordinadora te dice: ¿Y qué más te da hacer lo que te piden?*

*Tenemos que ser nosotras las que nos lo curremos desde el minuto uno. Y exigir que desde el momento que el usuario se salga del renglón decirle: Mira, llamamos a la oficina y hablas con la coordinadora que te explique cuáles son mis funciones.*

*Nosotras estamos educadas desde hace muchos años y hacemos que los usuarios se adapten, pero no es nuestra labor. La labor tendría que ser de arriba y explicarles a ellos claramente qué es esto y nosotras ejecutarlo.*

*Una diferencia: por parte de la ley de dependencia lo que a nosotras se nos traslada es que a los usuarios se les dan unas horas para ciertos servicios, pero ellos son los que las gestionan como quieren. En cambio, lo que es ayuda a domicilio del ayuntamiento, de alguna manera toda la vida ha sido como muy explicado y muy claro, si eran estas prestaciones son estas prestaciones y punto.*

*Ahora claramente se nos dice, como es de dependencia tienes que hacer lo que ellos quieran [...] y al final el aseo lo termina haciendo el hijo, el hermano o no se hace... y nosotras limpia que te limpia, limpia que te limpia...*

### ¿Cuándo finaliza la jornada de trabajo?: horario efectivo y horas extra

La jornada de trabajo en el sector de Ayuda Domiciliaria no es homogénea, ni se reparte por igual en las distintas empresas que lo componen. Lo que sí parece común es que manifiesta una organización del trabajo bastante deficiente en muchas ocasiones.

Para las auxiliares de ayuda a domicilio la jornada de trabajo suele constar de una serie de servicios, de máximo 3 horas y mínimo 15 minutos de duración, dependiendo de las necesidades del usuario: por ejemplo, para una recogida en ruta se suelen destinar 15 minutos, para un cambio de pañal y el correspondiente aseo disponen de media hora o una hora, dependiendo, pues hay usuarios que tienen tres servicios al día. Inician la jornada en el primer domicilio al que acuden y, en alguna de las empresas, tienen que fichar a la entrada y a la salida de cada servicio que realizan.

*Los servicios personales de media hora se te quedan cortos... con ponerte la bata, los guantes y preparar lo que sea, o asearle si está encamado, se te va el tiempo, ...*

*y hay que hacer la cama del señor, recoger el baño y que lo tienes que sacar a la ruta...*

A lo largo del día atienden entre cuatro y siete usuarios, con todo lo que ello supone en cuanto al ritmo de trabajo, que analizaremos más adelante. Teniendo en cuenta, además, que en algunas empresas, a pesar de lo que dice el convenio, los traslados entre domicilios ahora ya no son computados como **horario efectivo de trabajo**. Es tiempo que tienen que descontar del que dedican al usuario y con ello, a la calidad del servicio que prestan que, no olvidemos, son personas. Es una situación que han tenido que llevar a los tribunales.

*¿Los traslados? Ja, ja, ja, ja... antes sí, ahora ya no... La lucha eterna... El convenio dice que sí, que es tiempo efectivo, pero no nos lo dan.*

*Esto siempre se ha considerado tiempo efectivo de trabajo, toda la vida. Pero desde que hemos pasado a Ley de Dependencia se hizo ahí un vacío legal [...] Un vacío legal, no, un “vacío de morro”...por el tema de que el precio hora es tan bajo, hicieron ahí una chapuza y te dicen: Quitate 10 minutos al usuario que es lo que se está haciendo actualmente. Y lo hemos denunciado y hemos ganado. Estamos a la espera de que se ejecute la sentencia.*

*Hay que pelearlo ¿eh?, pero hay empresas que sí te pagan desplazamiento y en otras no, en otras hay que denunciarlo.*

Para el personal de Teleasistencia las condiciones de trabajo no son mucho mejores. Cada vez se les exige realizar más tareas en menos tiempo. En una jornada de 7 horas, los/as oficiales llegan a realizar hasta 11 visitas, con 20 minutos para cada una, que en muchas ocasiones no es suficiente, dependiendo de la situación que se encuentren en los domicilios. En el caso de las operadoras del centro de atención, se realizan una serie de tareas a lo largo del día teniendo que cumplir ciertos ratios que controlan su actividad. Por ello, el tiempo dedicado a cada llamada está limitado y muchas veces no hay margen para atender al usuario con la calidad que ellos quisieran.

La lucha de los delegados y las delegadas de prevención también se hace notar en la organización de la jornada de trabajo aunque, en determinadas empresas, no consigan modificar situaciones, cuanto menos absurdas, que esta deficiente organización les obliga a llevar a cabo en su día a día.

*Tenemos horarios buenos que, después de mucho pelear, los hemos conseguido... ¡después de cuatro años peleando! Ahora solo trabajamos un sábado al mes, cuando yo empecé trabajábamos todos los sábados. No nos lo creemos... yo estoy como tonta... Y ni domingos ni festivos se hace seguimiento.*

*...y nosotras hasta el 25 de diciembre y el 1 de enero estamos llamándoles para saludarles y desearles que pasen buen día [...] Y ellos están preparando la comida de Navidad, muchos se van a casa de sus hijos y tú les estás diciendo que a las tres de la tarde vas a ir a visitarles. ¡A las tres de la tarde!*

Entendiendo que se está prestando un servicio social es fácil suponer que una jornada de trabajo se alargue y se sobrepase el horario laboral. Sin embargo, aunque se reconozca que ese tiempo se pueda disfrutar en otro momento, en realidad no se computa como **horas extra**, justificando que depende de las necesidades del servicio.

*Otra batalla... Nuestro “amadísimo ser supremo” dice que es casuística inherente al puesto de oficial salir tarde... Vamos que casi he firmado que voy a salir tarde cuando las circunstancias lo requieran.*

*No se compensa de ninguna manera. Incluso te castigan, porque te lo apuntan pero no te lo puedes coger cuando quieras, ni te lo pagan como horas extras, ni nada.*

### La realidad de la conciliación de la vida laboral y personal

Las empresas del sector de Ayuda domiciliaria establecen su jornada de trabajo en distintos turnos, por lo que es importante disponer y establecer unas buenas pautas de conciliación de la vida laboral, familiar, personal e incluso social.

Sin embargo, la realidad no es ésta en la mayor parte de los casos. Aunque llama la atención que dentro de la misma empresa, dependiendo del departamento, y por el buen hacer de algunos coordinadores, las normas no parecen ser las mismas.

*Tuve un niño, estaba en el turno de tarde, su padre también estaba en el turno de tarde, y cuando me reincorpore pedí la conciliación con seis meses de antelación para que ellos tuviesen un “planing”... y me dijeron que en principio sí, que me podían poner en la mañana [...] pero a los quince días me dieron una carta de recursos humanos de que no era viable y que tenía que volver a mi turno de tarde. Entonces lo tuve que denunciar y luego ya sí me dieron el turno de mañana.*

*En nuestra empresa no hay conciliación de ningún tipo. Ha habido ahora una chica que se ha tenido que ir por lo mismo. Hay madres que han querido coger licencias no retribuidas (tenemos siete) y les ponen pegas o les hacen cogerse las siete seguidas, les ponen trabas para que no haga nada.*

*Sin embargo, en nuestro departamento de coordinación dentro de la misma empresa es rarísimo que se deniegue, tanto para cursos y estudios te adaptan el horario, somos millones de madres, todas tenemos reducción...*

Las denegaciones por parte de la empresa se hacen también extensibles en los casos en los que se les solicita coger días de vacaciones por motivos familiares o adaptaciones de puesto por motivos de salud y prescripción médica.

*Por norma general la política de empresa es no. Incluso la ley les da igual. Si se tienen que complicar pensando un poco, entonces lo deniegan. Han tenido que denunciar cosas que sabían que iban a perder.*

*Nosotros tenemos que conciliar con nuestra empresa, no con nuestra familia.*

## 2. Riesgo higiénico

Productos de limpieza y riesgo químico

La falta de control en la exposición a agentes biológicos

Ruido como factor de estrés

### Riesgo higiénico

#### Productos de limpieza y riesgo químico

La exposición a productos químicos viene determinada por las labores de limpieza y desinfección que los trabajadores y las trabajadoras del sector realizan en los domicilios de los usuarios y las usuarias. Por norma general, utilizan los productos que hay en los domicilios.

*Están obsesionados con la lejía y el amoníaco, esos les encantan... ¡mientras no los mezclen!... y los inventados. ¡Ah sí! y el KH-7, pero no el de marca, el del chino que es peor... que nada más sacar la botella ya te pica la garganta. Kiriko se llama.*

La única indicación de las empresas, a través del servicio de prevención, es que no utilicen productos nocivos y sólo excepcionalmente, en domicilios donde se necesite, la lejía, pero nunca el amoníaco. Además se establecen pautas para que sean las auxiliares las que manipulen los productos. Como siempre, la realidad que se encuentran es otra.

*... Pero el amoníaco es como el agua.*

*Existen pautas por parte de la empresa de que los productos los tenemos que echar nosotras, pero muchas veces vas al domicilio y te encuentras... “Es que ya te he echado yo en el barreñito, que tú no echas mucho”.*

Por parte de las empresas no hay ni evaluación de riesgos, ni formación a las trabajadoras, ni información a los usuarios sobre qué productos utilizar. Como en otras cuestiones, acaban siendo las auxiliares las que les explican qué productos no pueden usar y cuáles deben comprar por ser más seguros. Normalmente no hay

problema y el usuario accede a facilitar lo que se le pide, pero si alguien se niega no pueden hacer nada.

Solo en caso de patologías diagnosticadas con informes médicos, como es el caso de alguna alergia, es la coordinación la que informa al usuario para explicarle que el trabajador/a no puede estar en contacto con determinadas sustancias.

*Con este tema les tenemos controlados. Pero como te cuesten más de 1 euro no te lo compran.*

*Yo tengo alergia a la lejía y cuando llego a los usuarios le explico que no puedo usar lejía y no tengo ningún problema. Al día siguiente me compran el producto que yo quiera.*

*Somos nosotras las que educamos en todos los aspectos, realmente.*

#### La falta de control en la exposición a agentes biológicos

La exposición a agentes biológicos es uno de los riesgos más significativos del sector de Atención domiciliaria, no por ello bien gestionado en las empresas del mismo.

Como hemos visto, en el caso de posibles contagios de enfermedades infecto-contagiosas, el derecho de protección de los datos médicos de los usuarios se contraponen con la obligación de proteger la salud de los trabajadores y las trabajadoras frente a los riesgos biológicos. Saben que no tienen que ser informados de la patología concreta del usuario, pero cuando existe este riesgo de contagio la empresa ni siquiera les comunica el tipo de infección al que se exponen, si hay riesgo por contacto, al respirar, etcétera.

Cuando la empresa conoce que existe este tipo de riesgo, recomienda extremar las precauciones y defiende que con que se apliquen las medidas de protección universal y utilicen los EPIS que les proporcionan (guantes, batas y mascarillas) están suficientemente protegidos.

*No disponemos de los medios preventivos adecuados para este tipo de riesgo, de aislamiento de contacto...*

*Sabemos que no es suficiente porque las mascarillas las dan con cuentagotas. [...] Nosotras ni doble guante llevamos. Mascarilla y guantes... y puedes ir con bata.*

La gestión es claramente insuficiente. No se les facilita ningún medio de protección adicional, la ropa de trabajo la lavan en los domicilios particulares, no disponen de material desechable en los casos en que el riesgo de contagio así lo requiera.

*La ropa de trabajo la lavamos nosotros en el domicilio, con la ropa de tus hijos y tus hermanos... Es que hay pluses por lavado de ropa, que te la lavas tú en vez de dejar que te la laven.*

El problema se agrava cuando ni siquiera la empresa conoce la situación de los usuarios o se realizan suplencias, pues les mandan a un servicio sin dar ningún tipo de explicación sobre las características del usuario.

*Se dan las altas y realmente ni la trabajadora social ni la coordinadora sabe lo que hay dentro de ese servicio.*

*Mandan suplentes y no se les informa de nada, esa lucha la tenemos. Te dicen: mañana tienes una suplencia en tal sitio, tú vas y te puedes encontrar lo que sea. Yo tenía una usuaria con una enfermedad muy contagiosa. Ha ido una compañera, le ha cortado las uñas, le ha hecho sangre y no tenía ni idea de cómo era esa persona. La culpable es la coordinadora.*

*Algún compañero se ha enterado a la semana de haber ido a una casa, de que ha estado expuesto durante 3 horas a una persona que tenía tuberculosis, y entonces te dicen... y ahora ¿para qué vas a ir a la mutua? Pero si nos recomiendan ir al médico de la Seguridad Social.*

En otras ocasiones, la falta de información procede de los propios usuarios, por las características personales de cada uno o también por la mala coordinación en el registro y actualización de casos.

*Estamos en contacto con personas que tienen unas patologías que unas veces por mal registro y otras veces*

*porque son situaciones nuevas, no se nos comunican. Unas veces porque ellos mismos no saben que las tienen, otras porque se les han diagnosticado hace poco y no se ha actualizado...*

*Ellos mismos no pueden controlar su vida, como para acordarse de que tienen que comunicar que tienen cierta enfermedad, ... a veces por pudor pues no la comunican, porque parece que se aíslan más y otras veces no se comunica adecuadamente tampoco.*

El riesgo biológico también está presente, según las condiciones en que se encuentran los domicilios (atienden a muchos usuarios con síndrome de Diógenes) e incluso por estar en contacto con animales domésticos que desconocen si están o no vacunados, por el riesgo de mordeduras.

*A veces han contado las compañeras que hay ratas por el domicilio, cucarachas, que se han tenido que subir a las sillas porque así no podían atender a nadie.*

### Ruido como factor de estrés

En el caso concreto de los teleoperadores del centro de atención del servicio de Teleasistencia, el ruido no es solo un riesgo en sí sino que es, además, un factor de estrés laboral.

Realizan su trabajo en locales diáfanos pero sin suficiente espacio para todos, apiñados, con alarmas que no paran de sonar y todas las conversaciones a la vez. Los niveles de ruido y la contaminación acústica son tan altos que en ocasiones se da el caso de estar hablando con un usuario y que dicho usuario esté escuchando la conversación de otro compañero.

*Tanto ruido de compañeros, los gritos, el ruido de las alarmas... A mí por ejemplo el ruido me provoca muchísimo estrés... Los días en que estoy en un ambiente más tranquilo, me marcho más relajada.*

*Estamos todas tan apiñadas que hay veces que las abuelas están escuchando a la persona de al lado... Te*

*dice un compañero ¡adiós!... “bueno hija, pues sí ya me quieres colgar”... ¡qué no! Que no he sido yo...*

### 3. Riesgos ergonómicos

Movilización de usuarios

Sobreesfuerzos y posturas forzadas

#### Riesgos ergonómicos

##### Movilización de usuarios

Las particularidades que se han descrito para valorar el riesgo de manipulación manual de personas en los trabajadores y las trabajadoras del sector de Ayuda Domiciliaria, se ponen de manifiesto en cada uno de los testimonios analizados: movilizan personas, no pesos o cargas, personas que se mueven, les agarran y no colaboran; realizan manipulaciones para aseos de usuarios y en situaciones de emergencia, ante caídas...; actúan en domicilios particulares, normalmente con espacios reducidos, mobiliario excesivo y poco adaptado; las condiciones varían a lo largo de la jornada según las visitas que realizan.

*Básicamente es que son domicilios.*

*Nos dedicamos a acudir al domicilio ante cualquier situación social y sanitaria [...] Sobre todo actuamos ante caídas, sin ningún método preventivo más allá de la lógica y algunas posturas que elegimos mejor, intentamos levantar al usuario. [...] El peso que tenemos que levantar encima es un peso inestable, ... y son personas que, hasta que no los levantas, no sabes cuánto van a colaborar o si se dejan caer...*

*Las camas son como tatamis... Unos tienen unas casas muy adaptadas, muy buenas, pero la minoría... Tienes gente con recursos muy bajos que tienen un camastro, o los tienes que lavar en un sillón cama...*

*Como se quede uno solo, bien sea hombre o mujer, la habitación de matrimonio se ha quedado cerrada y se van a la pequeña [...] Tú pones la cama pegada a la pared, y ya no puedes hacer nada, tienes que hacer todo de este lado.*

*Y si es cama de matrimonio también tienes un problema, si es un encamado y no tiene movimiento, te tienes que subir a la cama... es un trabajo muy peliagudo.*

*Se niegan a quitar ni una maldita silla. Tiene que estar todo como hace 25 años, aunque arrastren los pies y las alfombras...*

*Es complicado mentalizarles de que tienen que modificar la casa, su casa de toda la vida, de sus padres, sus abuelos... es muy complicado.*

### **Sobreesfuerzos y posturas forzadas**

Las ayudas para evitar sobreesfuerzos y posturas forzadas, íntimamente relacionados con la movilización de usuarios, no siempre están presentes o son viables en todos los servicios que realizan los trabajadores y trabajadoras del sector. Dependiendo del servicio, acuden de dos en dos a los domicilios o, a veces, existen ayudas técnicas (como grúas, camas adaptadas...) para facilitarles el trabajo, aunque no siempre pueden utilizarlas.

*Posturas forzadas siempre vamos a tenerlas... A no ser que te encuentres un domicilio con la cama alta, que los hay, que dices ¡Madre mía, qué maravilla!*

*Hay usuarios que se niegan a dejarte usar la grúa.*

Las circunstancias son distintas en el caso de una emergencia, por la premura y en muchas ocasiones, el desconocimiento *a priori* del servicio que se va a prestar. Al igual que ocurre con las suplencias mal gestionadas donde, como hemos visto, se pone de manifiesto hasta qué punto no son informados de lo que se pueden encontrar.

*Muchas veces se nos envía un número de oficiales inferior al que se necesitaría por peso para levantarlos, muchas veces incluso uno solo, bastantes veces, para un peso a lo mejor de 70 kilos, 60 kilos...*

*Tienes que hacer una suplencia de una hora. Tienes que ir, recoger al usuario de la ruta y darle un paseo. Vale, perfecto... Llego yo y el usuario en silla de ruedas... y había que subirle dos pisos. Le habían endosado unos sedantes para calmarle, no movía absolutamente nada. Tuve que subir al usuario como pude,... subía un escalón y me sentaba,... Bajaba un señor, ¿le ayudo? Sí, por favor... Ellas (la coordinación) probablemente no sabían tampoco cómo estaba ese servicio.*

Les afectan también las posturas forzadas relacionadas con posiciones del cuerpo fijas, especialmente al personal del centro de atención del servicio de Teleasistencia, a conductores o administrativos, que pasan su jornada en sedestación prolongada. Además, son lugares de trabajo donde el espacio no es el adecuado ergonómicamente, el mobiliario no está adaptado ni cumple las mínimas condiciones.

*Las operadoras en el edificio que estamos, las condiciones nos afectan y nos provocan estrés... A mi estar a 27 grados de temperatura me crea agresividad... El que estemos todas tan apiñadas, la falta de luz natural, el ruido... [...] El mobiliario no se ajusta, las sillas están en mal estado, no se adapta bien la espalda...*

#### 4. El eterno olvidado: riesgo psicosocial

Ritmo de trabajo y estrés

Miedo: zonas conflictivas, agresiones y robos

Complejas relaciones de trabajo: con los mandos, con los compañeros, con el usuario

Falta de participación en la toma de decisiones

Nulo reconocimiento social e institucional

#### El eterno olvidado: riesgo psicosocial

##### Ritmo de trabajo y estrés

El ritmo de trabajo en el sector de Ayuda Domiciliaria en general es agotador en todas las categorías y perfiles profesionales, lo que influye negativamente en la salud de los trabajadores y las trabajadoras.

*Yo tengo una media hora que es levantar al señor, asear al señor, vestir al señor, hacer la cama del señor y dejarle en la puerta que viene la ruta.*

¡Es terrible! Cuando empiezas un servicio si son las 8 de la mañana, a las 8 y media ya estás estresada no, lo siguiente... como para que el siguiente te toque las narices.

Estos profesionales soportan una fuerte carga física y mental, no les da tiempo a descansar ni a realizar pausas, ejecutan los servicios siempre corriendo. En el caso de las auxiliares de ayuda a domicilio, tan solo en los servicios más largos consiguen parar y sentarse a hablar con los usuarios que se lo permiten, para relacionarse con ellos y poder trasladar posteriormente a la coordinación la situación de esa persona.

*Yo en la casa de dos horas y media diarias, yo me siento un rato a hablar con la abuela, si te da esa posibilidad... Porque es igual de importante, que te sientes 10 minutos o cuando te vas, ... y te tienes que relacionar con una persona que es frágil y tú eres sus manos, sus pies y su cabeza.*

*Mentalmente fatal... Yo tengo 7 servicios diarios, desde media hora hasta tres horas y media. Resulta que al de media hora le tienes que tratar de una manera... Al que va siguiente, al que va siguiente, al que va siguiente,...*  
*Y a eso añádele la coordinación, que tienes que pelear con ella.*

*Muchas personas no se cogen descansos porque no les da tiempo.*

Las operadoras de Teleasistencia tienen que atender un número determinado de llamadas, independientemente de que éstas sean emergencias, sociales (para saber que tal están los usuarios) o averías. Por eso, en muchas ocasiones no les da tiempo a recoger toda la información que deben transmitir a sus compañeros, que acuden después a los domicilios sin el expediente completo, si es que lo hay.

Tantas prisas inciden directamente en la calidad del servicio que prestan, no olvidemos, un servicio asistencial a personas, lo que para estos profesionales incrementa aún más la carga emocional propia de su actividad diaria. La falta de calidad se materializa tanto en el trato a dichas personas como en la información que necesitan para atender cada servicio en los domicilios.

*Si antes te dedicabas a hacer alarmas, ahora tienes que alternar. Si está sonando la alarma, coges la alarma y cuando acabas coges una llamada de seguimiento. Si estás atendiendo una llamada de seguimiento, pero suena una alarma, cuelga rápidamente la llamada de seguimiento porque tienes que coger la alarma... e incluso dejar en espera a la persona o decir que se ha cortado.*

*No toleras igual la frustración,... estás trabajando con todo el estrés, te viene la abuela, te dice la pobre no sé qué, ya empiezas a dar golpes en la mesa,... y eso es porque no controlas la frustración, no estás controlando el estrés.*

*Estas atendiendo a personas y no le puedes dar la calidad que quieres, porque hay otra presión.*

Tanto al personal de averías como al de emergencias se les exige acudir a muchos domicilios con horarios determinados.

*Ellos (oficiales) están en una emergencia y les llaman para que se vayan corriendo a otra, cuando están atendiendo a una persona... así no les llega el parte de la información, porque si están en una casa y se tienen que ir a la otra y no pasan por la base...*

*Luego el estrés de cuando van con los vehículos, que van como locos con el coche, de un lado para otro,... dónde aparco...*

La situación, lejos de mejorar, ha cambiado a peor en los últimos años (¿otra vez la Ley de Dependencia?)

*Ha cambiado a peor. Hay poco personal, cada vez menos. Te piden mucha más productividad con muchísimo menos personal.*

*Si hubiese más personal, todo el estrés de tener unos horarios y unos tiempos disminuiría, podríamos realizar descansos y estaríamos más relajados, menos agobiados, pero es imposible por la cantidad de trabajo.*

¡Qué no te pagan para que te agobies!...Pero yo ver ahí “trocientas” agendas, pues a mí me agobia, no lo puedo remediar.

### **Miedo: zonas conflictivas, agresiones y robos**

Otro de los problemas con los que se encuentran estos profesionales son los servicios que realizan en **zonas conflictivas**, especialmente en Teleasistencia. La empresa no dispone de ningún tipo de protocolo de actuación en estas situaciones, tan solo establece ciertas pautas.

*Es cierto que se nos dan cursos de formación sobre cómo actuar en determinados casos (agresiones físicas o verbales, robos). Pero cada usuario es un mundo y hasta que no estás en el servicio no conoces la situación real.*

Además, como todo depende del personal disponible en cada momento, acaba siendo la coordinación o el responsable de llaves quien finalmente utiliza los recursos sin tener en cuenta las posibles situaciones conflictivas y de riesgo con las que se pueden encontrar, que son muchas (enfermos psíquicos, familiares conflictivos, casos de violencia de género, suicidios, usuarios con historial clínico serio, zonas de realojo, etc.) Estas situaciones de inseguridad se incrementan cuando el servicio se realiza de noche.

*Se va a zonas conflictivas sin ningún tipo de precaución ni nada por el estilo. Solo a veces van dos, pero depende... dicen que no somos guardias civiles para ir en pareja. Solo pasa cuando es un expediente muy recurrente.*

*En averías va uno solo siempre y no sabe lo que se va a encontrar... Y en las primeras conexiones, el ayuntamiento no les da información de cómo está esa persona... ¡Ale! Vete al domicilio y ahí te las apañes... Y puede tener lo que sea que no lo van a saber, porque no tienen el historial de esa persona.*

*Puede ser una alarma sin respuesta que no sabes quién ha pulsado ese botón, ni el motivo por el que se ha pulsado... Vamos que los riesgos son infinitos.*

En las visitas a los domicilios, es común el miedo a recibir **agresiones** de los usuarios, pues existe un alto grado de enfermos conflictivos, sobre todo por Alzheimer o esquizofrenia. Se producen situaciones complicadas, incluso de encerrarles y no dejarles salir de los domicilios.

*A veces no te dejan salir... porque la abuela echa la llave y no te quiere dejar salir. [...] Una vez la coordinadora lo pasó mal, llamó para que vinieran a buscarla, en la Cañada Real. Y ella sola, que no podía salir de la casa.*

Ante esto, la solución de alguna empresa deja mucho que desear, aunque depende de la implicación de la persona encargada de la coordinación.

*Y te dicen, bueno, como está por la zona otro compañero, que te acompañe a la próxima visita hasta que te relajes y luego ya sigues sola.*

*También va en la persona, que hay coordinadoras que están muy implicadas en que las cosas sean como tienen que ser. [...] Y si estás en un domicilio y te insultan o te faltan al respeto, la coordinadora es la primera que te dice que abandones el domicilio.*

El **acoso sexual** es otra de las agresiones que a veces tienen que soportar, pero lo más grave no es que no lo reciban de un usuario mayor o demenciado, sino que proceda de los propios familiares que conviven con ellos.

*Intentan meternos mano, te ofrecen dinero... [...] Hay usuarios que les estás bañando y te agarran una teta, y te hacen un daño... porque ellos van a la teta o a la entrepierna. [...] Pero a mí eso no me preocupa tanto como el familiar que lo intenta.*

Los **robos** son también motivo de conflicto. En ocasiones han tenido que soportar robos de sus pertenencias, ante lo que la empresa, lejos de actuar, solo les recomienda llevar el dinero imprescindible a los domicilios. Y demostrarlo documentalmente ante el Ayuntamiento y la empresa para poder denunciarlo.

Otras veces, tienen que soportar la humillación de ser ellas las acusadas de robar en el domicilio, cuando es muy habitual que sea el usuario, por su edad o su patología, el que guarde algo y luego no recuerde dónde. Sin embargo, tanto éste como la familia tienden a acusar a la auxiliar directamente, lo que además les puede suponer el despido.

*Te ves vendida. Te acusan de robo y automáticamente te vas a la calle. Te roban a ti ¿y tienes que demostrar que te han robado? ¡Vamos, por favor!*

*Nos roban... Aunque lo más normal es que los usuarios nos denuncien porque nosotros les robamos. Y llega la hija y dice, pues la única que ha estado es la auxiliar, y*

*ya no registran más nada, ya eres tú... y ha podido ser un despiste. Pues no, la culpa siempre se la va a llevar la auxiliar, la extraña de la familia.*

Relaciones de trabajo: con los mandos, con los compañeros, con el usuario

### Con los mandos

Por norma general, la relación con **mandos intermedios y superiores** es nula en las empresas del sector, son inaccesibles. Es un hecho directamente relacionado con el estilo directivo autoritario, dictatorial y la organización piramidal del trabajo.

*Nula totalmente, ni con el inmediatamente superior... Es el estilo directivo, es que se nota, que es autoritario y punto.*

En el caso de Atención a domicilio, la estrategia es que se destinan los servicios más complicados a aquellas auxiliares que han demostrado ser buenas profesionales, resolutivas y que manejan bien las situaciones, o a trabajadoras eventuales que entran nuevas a la empresa.

*Tuve siete meses solo tres servicios diarios: al entrar un toc (paso a dependencia y se paralizó el servicio), después un síndrome de Diógenes y una abuela demenciada que acabó en una residencia. A los cinco meses llegué a la oficina a solicitar un cambio de servicio porque no podía más. ¡Estaba hasta el pico la boina de tener las joyas de la corona!*

En caso de conflicto entre el usuario o la familia y el o la profesional, la empresa siempre apoya al usuario pues lo ve como un cliente al que hay que darle la razón. Son los delegados y delegadas las que tienen que defender a los trabajadores y trabajadoras, con la ayuda de algunos coordinadores/as que tienen claro cuáles son sus competencias y no toleran los abusos o las situaciones que soportan en determinados casos.

### Con los compañeros

Las relaciones entre **compañeros** cada vez son peores, especialmente en el servicio de Teleasistencia. Las empresas tienen en cuenta parámetros de productividad en un sector asistencial en el que debería primar la calidad del servicio antes que el número de llamadas atendidas o las visitas realizadas, lo que al final se genera gran competitividad entre los trabajadores y las trabajadoras.

*¿Con los compañeros? Cada vez peor. Están consiguiendo que haya más competitividad entre la gente cuando no están vendiendo ni produciendo nada.*

Por su parte, en Ayuda a domicilio, el trabajo es muy solitario. Aunque existen reuniones de coordinación entre los y las auxiliares, suelen echar en falta momentos para compartir experiencias, recibir apoyo o ayuda ante situaciones problemáticas, etc. El contacto, por las características de su trabajo, acaba siendo vía teléfono y a distancia, a través de las nuevas tecnologías.

*Nos conocemos menos que en otros sectores porque trabajamos cada una en un sitio,... y hay mucha eventualidad también.*

*Yo con el grupo de whatsapp no me desahogo. [...] No tienes a nadie con quien desahogarte en ese momento. No te vas a descargar con el usuario...*

### Con el usuario

La relación con los **usuarios** y, sobre todo con sus familiares, es muy compleja, especialmente en el sector de Ayuda a domicilio, donde se llegan a establecer lazos afectivos entre dichos usuarios y los profesionales que les atienden.

*Mis usuarios son mis compañeros de trabajo.*

Partiendo de este testimonio, como en cualquier otra relación personal, existen momentos buenos y malos, penas y alegrías.

Los conflictos casi siempre vienen derivados de la falta de conocimiento en cuanto a las funciones y tareas de las auxiliares.

Como hemos visto, ni los usuarios ni sus familias entienden la profesión de las auxiliares de ayuda a domicilio. Las ven como “chicas” que van a ayudarles, pero que por muy bien que hagan su trabajo, nadie lo va hacer mejor que ellos.

*Yo creo que el problema son las familias muchas veces. Hay familias muy majas que apoyan mucho. Pero luego tenemos la que te dice “Tú eres una guarra y una inútil que no sabes cómo hacer esto a mi madre”.*

*Está la lista de la hija, el tonto del hijo, y el abuelo que igual apoya a uno o a otro.*

*No hay cultura de explicarles cuáles son las funciones reales de la auxiliar, nos ven como chicas de la limpieza, punto pelota, ese es el problema.*

El cambio que se produjo en la ayuda municipal cuando se creó la Ley de Dependencia hizo que se quedaran con el servicio un perfil de usuarios de edad avanzada pero totalmente capacitados, que realizan actividades culturales y de ocio, a los que se les asignó un número de horas de limpieza demasiado elevado para sus limitaciones. Con la crisis económica hubo un recorte en la asignación del servicio a este tipo de usuarios, que no crea precisamente bienestar en las auxiliares.

*Yo con las personas mayores estoy encantada, me siento muy a gusto y muy realizada porque les ayudo. Pero, voy a una señora joven que la veo que va a hacer baile y tal [...] y me manda a mí a limpiar; pues la verdad, es que me joroba cantidad, me siento como una criada, como una mierda.*

Sin embargo, a pesar de la falta de valoración y de apoyo por parte de las familias en muchas ocasiones, en general, se sienten realizadas y orgullosas con su trabajo y no lo cambiarían por otro.

*La recompensa total es la ayuda y el usuario que te lo agradece en el momento.*

*Yo no me voy. Tendría que trabajar con gente, igual que en esto. En una oficina ganando el doble no me iría, fíjate lo que te digo ¡el doble! ¿Eh?*

La parte afectiva y humana les compensa, pero, sobre todo, trabajan por la satisfacción que supone sacar adelante a alguien que está pasando por una situación complicada de dependencia. Les enriquece saber que es gracias a ellas, ni por empresas ni por ayuntamientos, por lo que estas personas salen adelante; saber que su trabajo y para lo que se han formado les permite ayudarles, tanto en las tareas básicas diarias como a nivel psicológico y personal.

*A un abuelo es relativamente fácil ganártelo con un poco de mimo, cariño y comprensión, que es lo que necesitan ellos. Tú les escuchas los problemas que tienen de soledad, ... y están deseando contártelos.*

*Tenemos muchos abuelos que están totalmente abandonados. Si no fuera por nosotros... Somos su único contacto.*

*Yo, como hija o como nuera, no soy tan perceptiva con los problemas de mi madre o de mi suegra. Pero en mi trabajo, no sé por qué, se desarrolla algo que soy muchísimo mejor con las personas mayores en mi trabajo que en casa.*

### Falta de participación en la toma de decisiones

Como hemos visto, la organización de las empresas de Atención Domiciliaria es totalmente piramidal, con un estilo de mando autoritario que no da pie a la participación activa de la plantilla trabajadora.

Los auxiliares de Ayuda a Domicilio no tienen ninguna autonomía ni capacidad de decisión. Sus opiniones no cuentan. Lo que repercute muy negativamente en la organización del trabajo, como no podía ser de otra manera. La coordinación les encomienda unas tareas y cuando llegan al domicilio se encuentran con realidades y situaciones que en ocasiones no se ajustan ni al horario del que disponen, ni a las necesidades reales.

En Teleasistencia, los trabajadores y trabajadoras tampoco disponen de ningún margen de autonomía para organizar las tareas, excepto

cierta capacidad de organización del personal de coordinación, asumiendo ciertas pautas de la empresa. En emergencias o averías es imprevisible saber cuánto trabajo habrá, hay días en que el número de avisos es muy numeroso y otros un poco más relajado, pero no pueden prever de antemano el número de servicios a realizar para organizar el trabajo diario.

*Antes podías organizarte, ahora ya nada, por lo menos en el CA (centro de atención). No tenemos ninguna capacidad decisoria para organizar y distribuir las tareas. En avisos es que es imprevisible.*

*Todos los departamentos estamos sometidos a las necesidades del servicio.*

#### **Nulo reconocimiento social e institucional**

Las empresas del sector no valoran el trabajo de estos profesionales ni reciben ninguna compensación por ello (ni reconocimiento, ni promoción, ni incentivos, ni buenos salarios). Nunca se potencia ni valora el trabajo bien hecho, tan solo se dirigen a los trabajadores/as para recriminarles cuando algo no se hace adecuadamente.

*La empresa solo se dirige a ti cuando haces algo mal. Pero ¿agradecimiento? Cero pelotero.*

No hay ninguna posibilidad de promoción en la empresa, las promociones solo implican un cambio a la hora de asumir funciones de mando, pero no cambian el resto de condiciones como el salario, el horario, etc. Se crean puestos para personas concretas y a dedo. No existe igualdad de oportunidades en los ascensos.

*Aquí no hay promoción interna, es a dedo.*

La falta de apoyo y reconocimiento empieza desde la propia Administración, que sería la encargada de informar y sensibilizar a toda la sociedad sobre cuáles son las verdaderas funciones de estos profesionales, con lo que desaparecerían multitud de conflictos que día a día tienen que soportar.

*Defender nuestra profesión porque no nos ven como verdaderas profesionales, nos ven como “chachas”... No tenemos ese respaldo que tenía que venir; no ya de nuestras empresas, sino desde arriba, ¡por favor! Para inculcarles qué es esta profesión.*

Existen casos muy extremos, de exclusión social, servicios en domicilios con una gran problemática social y/o sanitaria que sobrepasan las competencias de la Ayuda a Domicilio. En esas situaciones las trabajadoras y trabajadores tampoco cuentan con el apoyo necesario por parte de instituciones o empresas, por lo que al final son ellas las que están al pie del cañón, y acaban asumiendo problemas límite que no les corresponden.

En estos casos sería necesario incorporar a otro personal adicional cualificado y acorde a las necesidades, pero no se hace nada, nuevamente por la citada falta de coordinación entre todos los estamentos implicados.

*Esa gente necesita ayuda, aunque sea muy duro y te machaques, habría que cambiar mucho de auxiliar, ir dos personas... Aunque ahí, ¿no tendría que entrar un educador social?*

*Mientras que el servicio no lo corte alguien, seguimos yendo quien sea. ¿Qué pasa ahí con los servicios sociales? ¿Qué pasa ahí con el ayuntamiento? ¿Qué pasa para que en una causa tan inminente y tan grave no se corte desde el principio? Son personas y necesitan ayuda... pero no me hagas a mí cargar con ciertas cosas que no son de mi competencia.*

## 5. Riesgos de seguridad

### Riesgos de seguridad

Las condiciones y elementos presentes en el lugar de trabajo que pueden provocar un accidente son factores de riesgo de seguridad, entre ellos, lugares y equipos de trabajo.

La falta de criterio o diseño ergonómico en los domicilios donde se desarrollan los servicios de Ayuda Domiciliaria también implica riesgos en seguridad, pues existe la posibilidad de caídas, aplastamientos, cortes, golpes o quemaduras, debidas al mobiliario hacinado, por cables, objetos en medio, alfombras, suelos mojados, etcétera.

Por su parte, la falta de mantenimiento en los coches de los oficiales de unidad móvil de Teleasistencia supone un claro riesgo de seguridad para los trabajadores y las trabajadoras, que en ocasiones se ha materializado en accidentes de tráfico.

*El estado de los coches deja bastante que desear a nivel de seguridad, el mantenimiento que realiza la empresa no es el adecuado.*

## 6. Daños a la salud y bajas médicas asociadas

### Daños a la salud y bajas médicas asociadas

Los trastornos musculoesqueléticos (sobrecarga, lumbalgias, problemas cervicales...) son uno de los daños más frecuentes que sufren los trabajadores y trabajadoras del sector de Atención Domiciliaria, derivado principalmente del manejo de usuarios, de las posturas forzadas y de los movimientos repetitivos.

*Degenera mucho este trabajo. Las cervicales, las lumbares, los huesos todos hechos polvo... Los encamados todos tienen sobrepeso y aunque vayas dos, es un sobreesfuerzo muy grande.*

*En el centro de atención hay muchos problemas de tipo articular, porque aparte de las exigencias, el poco personal, las personas no se cogen sus descansos, ni visual siquiera... están trabajando sin parar, venga, venga, ... pues hay mucho dolor de manos, de muñecas, de columna vertebral, de ojos... A nivel musculoesquelético hay bastantes dolencias y ahí sí se quejan muchas personas. Y el dolor de cabeza es habitual desde que entras hasta que sales.*

*Sobre todo la gente sufre de piernas, rodillas, espalda, malas posturas a la hora de llevar el coche, golpes en accidentes de tráfico (conductor de unidad móvil).*

Las bajas médicas, sin embargo, no reflejan en número la realidad del daño físico que soportan estos trabajadores y trabajadoras, unas veces porque no se gestionan correctamente en la mutua, como analizaremos más adelante, y otras, porque aguantan las condiciones sin acudir al médico por los descuentos salariales que les supone estar de baja.

*Las bajas no son tantas, el ratio de bajas es muy bajo en comparación con los daños.*

El otro grupo importante de daños a la salud es el relacionado con el estrés, la ansiedad, los problemas psicosociales. En este caso, los trabajadores y trabajadoras no suelen estar de baja médica por problemas de estrés.

*Una baja por depresión no, pero sí, a lo mejor, una depresión encubierta en afonía, un dolor de espalda,...*

Hay casos concretos y situaciones que les afectan mucho emocionalmente y aunque han aprendido a desconectar una vez finalizada la jornada y llegar a casa, no siempre lo consiguen. Algunas compañeras han tenido que dejar el trabajo temporalmente porque no podían con determinadas situaciones.

*Al principio cuesta mucho ¿eh?... y hay casos concretos que a todos nos afectan.*

*Emocionalmente, esto a la larga te trae problemas, porque hay gente que se ha tenido que coger licencias o excedencias porque no aguantaba más,... de estar todo el día oyendo enfermedades y problemas, nos los creamos nosotras... Se han tenido que coger bajas.*

*He tenido compañeras que lo han tenido que dejar porque estaban acabando un poco mal.*

## 7. Gestión de la prevención

Delegados y delegadas de prevención y Comités de Seguridad y Salud

¿Y los Servicios de Prevención?

Gestión con las Mutuas

Falta de Formación e información sobre los riesgos

Adaptación de puestos: riesgo por embarazo y/o lactancia

Vigilancia de la Salud

Adaptación de puestos. Embarazo y lactancia

## Gestión de la prevención

Delegados y delegadas de prevención y Comités de Seguridad y Salud

Las malas relaciones y el trato injusto que existe, en general, entre mandos superiores y trabajadores/as se agravan cuando se refieren a delegados/as o miembros del Comité. En algunas empresas, se les llega a discriminar a nivel laboral, excluyéndoles de posibles proyectos o de determinadas funciones, alegando que por disponer de horas sindicales no se puede contar con ellos.

*Al Comité nos trata (la coordinadora) como si fuésemos apestados, nos ignora, ni los buenos días nos dan... y te mira con una cara de asco... ¡Si yo no la he hecho*

*nada! Y a nivel trabajo, si hay un proyecto, no cuentan con nosotras para nada.*

*La antigua directora general nos lo dijo, que por ser del comité no íbamos a llegar nunca más allá. Nos quieren para coger llamadas y punto.*

Al principio de ser elegidos/as, delegados/as percibían también distanciamiento de algunos de sus propios compañeros, que evitaban estar en contacto con ellos por miedo a represalias de la empresa. Incluso para consultarles alguna duda procuraban hacerlo cuando nadie les viese.

*Hay de todo, hay gente que no te habla o que tiene miedo ... O te hablo por fuera, pero que no me vean que me acerco a ti, eso se vive mucho.*

*Muchas tardes no se sienta nadie al lado... No sea que la subrogación no me pille a mí.*

Muchos compañeros creían, a veces potenciado por los mandos intermedios, que las horas sindicales las dedican a sus propios asuntos personales o a cogerse el día libre. Esta situación, con el tiempo, ha ido cambiando y cuando han visto realmente el trabajo que hacen, cada vez son más respetados, reconocen su labor y recurren más a ellos a consultarles o hacerles sugerencias.

*Cada vez hay más cercanía y confianza por parte de los trabajadores, se acercan más a preguntarte, o si hay que hacerles un apoyo de un escrito, están más participativos que antes.*

### ¿Y los Servicios de Prevención?

La relación de los técnicos de prevención con los delegados y delegadas es diferente según de qué empresa se trate y del servicio que presten dentro del sector.

En el caso de las empresas de Atención a Domicilio el problema básico es que, por lo general, los técnicos del servicio de prevención no evalúan los riesgos que existen en los domicilios de los usuarios, solo van cuando se ha producido un accidente o cuando los

delegados o trabajadores lo solicitan. Son los trabajadores los que, cuando detectan un riesgo, se lo comunican a la empresa o a los técnicos para que actúen.

La evaluación se elabora en base a los accidentes producidos, es decir, el servicio de prevención actúa una vez que se ha producido el daño a la salud. Los técnicos no evalúan todos los domicilios para conocer *a priori* los riesgos particulares de cada servicio. Sólo intervienen cuando los delegados de prevención avisan para que evalúen casos concretos en los que se detecta una problemática.

En las reuniones del Comité de Seguridad y Salud, que se realizan cada tres meses, las delegadas plantean los problemas detectados, por lo que acaban haciendo ellas las funciones del técnico de prevención.

*Pero no todos los técnicos acuden a todos los domicilios a evaluar. Van a los domicilios en los que exista una problemática y haya que poner unas medidas preventivas.*

*Si alguien se ha lesionado, como nos dan los informes de accidentes y luego también la investigación, pues ahí tú lo ves. Si pone cama bajita, pues pedimos enseguida que pongan elevadores.*

*Nos reunimos cada tres meses con la empresa y la técnica, les llevamos nuestras propuestas y los casos conflictivos...*

Se detecta de nuevo una falta de coordinación en el organigrama preventivo, pues sería función de las coordinadoras descubrir, en las primeras visitas, posibles problemas o características de riesgo concretas de los domicilios en los que se presta el servicio, para poder comunicarlo a los técnicos de prevención y que se establecieran medidas preventivas adecuadas.

*A las coordinadoras les pasa lo que a nosotras. Nunca se cumple el pliego de condiciones y están sobrecargadas, ni pueden hacer visitas a los domicilios, ni nos pueden atender en condiciones...*

*Yo me tengo que poner en contacto con ella a través de correo electrónico, pero es que tengo compañeras ¡que ni siquiera tienen ordenador!*

Como trabajadoras/es no tienen contacto directo con los técnicos/as de prevención, como delegadas/os sí, salvo en una empresa en concreto donde a los/as delegados/as de prevención se les ha prohibido incluso reunirse con los técnicos o acompañarles en las evaluaciones, lo que es completamente ilegal y contrario a la propia Ley de Prevención.

*Me dijo la jefa que lo que diga la técnica va a ser lo que diga ella y como la que decide es ella, que lo que le tenga que transmitir se lo diga a ella. Que los técnicos no iban a venir nunca.*

Por su parte, las empresas de Teleasistencia representadas cuentan con servicios de prevención propios con los que, en algunos casos, existe una buena relación de colaboración entre técnicos y delegados, mientras que en otros, las relaciones son muy malas e incluso nulas.

También, dependiendo del caso, tienen dificultades para conseguir que la empresa les facilite toda la información que necesitan para llevar a cabo su labor como delegados/as de prevención, o para que se pongan en marcha medidas preventivas. En estos casos es más efectiva la relación de los delegados con el técnico de prevención, que les consulta y con el que participan.

*Nuestra relación es pésima, malísima. A nosotros nos cuesta mucho que nos dé la información de lo que le pedimos.*

*El técnico de prevención es mucho más accesible que la propia empresa, viene a todas las reuniones, se preocupa de todo, las cosas que están mal hechas las reconoce, intenta mejorar.*

### Gestión con las Mutuas

Cuando un trabajador de Atención Domiciliaria sufre una lesión como consecuencia de su actividad diaria (contracturas, esguinces, lumbalgias, etc.), suele tener muchas dificultades para que la mutua lo reconozca como accidente laboral. En la mayoría de los casos, no causan baja y les recetan antiinflamatorios para que continúen con su trabajo. Es común también, como en la mayor parte del resto de empresas, que la mutua les remita a la Seguridad Social alegando que este tipo de lesión del trabajador o la trabajadora es consecuencia de un problema de salud anterior.

En el caso concreto de problemas de tipo psicosocial, éstos no existen ni para la mutua ni para la empresa.

*Vas porque te has hecho daño al coger a alguien en el domicilio y no te dan la baja. Te dicen que es por coger al perro. O te ha dado una ciática y es porque tienes artrosis.*

*Nosotros (coordinadoras) que andamos mucho, un par de veces he ido a la mutua por una torcedura de pie y luego he tenido problemas para que contemplaran esa baja como laboral, mejor a la seguridad social, eso ya sería un problema tuyo del pie de antes...*

Muchos trabajadores y trabajadoras recurren directamente a su médico de familia, unas veces, por desconocimiento, y otras, porque la mutua, como siempre, no les resuelve nada.

### Falta de formación e información sobre los riesgos

A lo largo del análisis ha quedado patente la falta de formación e información sobre los riesgos del puesto a los trabajadores y trabajadoras de Atención Domiciliaria.

La empresa, incumpliendo una de sus principales obligaciones en prevención, no ofrece a su plantilla ningún tipo de pautas ni protocolo de actuación para evitar los riesgos. Solo en algunos casos han recibido algún curso de formación, pero no existe ninguna otra información ni sensibilización sobre cómo prevenir los riesgos (biológicos, de seguridad, psicosociales).

*Se dan las altas y, realmente, ni la trabajadora social ni la coordinadora saben lo que hay dentro de ese servicio. Porque tú sabes muchas veces que hay una patología de salud mental porque estás viendo la medicación y lo deduces, pero no porque a ti te hayan dicho nada. Nadie nos informa ni nos da pautas de cómo actuar en cada uno de los casos.*

*La única formación que hemos recibido de riesgos laborales es la típica hoja sobre posturas que debemos utilizar, cómo sentarte...*

*A los oficiales una vez nos dieron un curso sobre manipulación de cargas, que estuvo bien.*

La falta de formación es mayor según el tipo de riesgo. Por ejemplo, en caso de posible contagio de alguna enfermedad por un usuario, los trabajadores y trabajadoras desconocen qué es lo que tienen que hacer y dónde acudir.

*Un trabajador si lo sabe es por sentido común. Nosotros sabemos lo que hay que hacer porque somos del comité, e iríamos a la mutua. Cualquier otro trabajador no va a la mutua, ni se le pasa por la cabeza.*

#### **Adaptación de puestos: riesgo por embarazo y/o lactancia**

La obligación de toda empresa de proteger a la trabajadora embarazada y/o en periodo de lactancia natural brilla por su ausencia en las empresas analizadas. Ni la evaluación de riesgos contempla esta posibilidad, ni existe un protocolo de actuación de puesto por riesgo de embarazo o lactancia, ni un listado de puestos exentos de riesgo para mujeres en dichas circunstancias.

Cuando se da un caso de embarazo y la trabajadora acude al servicio de prevención, este emite informes que no se ajustan a la realidad y a los riesgos a los que la trabajadora está expuesta: no tienen en cuenta el riesgo biológico, ni los posibles casos de agresiones, ni el peso real de los usuarios...

*Yo luché y no conseguí nada.*

*Con prevención fue todo negativo. Te hacen salir a la calle visitando, da igual que haga calor, que haga frío, que nieve, que llueva, que vayas a sitios conflictivos... y cuando intenté decirles que uno de los riesgos era el biológico se rieron de mí en mi cara, literalmente.*

*Les da igual que vayas cargando con el ordenador todo el día, con los terminales en la mano, que te tengas que agachar para poner un cable no pasa nada con un bombo así...*

*Tuve que discutir con la de prevención que me decía que de 10 a 15 kilos sí podía coger [...] pero podía coger una carga estable, una caja... pero una persona con Alzheimer que se me agarra y me tira del pelo mientras que la levanto, que la levanto yo sola y que no pesa 20 kilos, a poco que pese... [...] Ahora sé que tenía que haber denunciado.*

Cuando en algún caso se denuncia el caso y se consigue la adaptación del puesto de la trabajadora embarazada, esta adaptación se realiza en función de los huecos que tiene la empresa y de lo que consideran en el momento, no con criterios preventivos ni protocolos de actuación establecidos.

La empresa, además, acostumbra a culpabilizar a las trabajadoras embarazadas que solicitan la adaptación de puesto y presionarlas para que acudan a su médico de familia para que les dé la baja.

*Lo que queríamos intentar era que adaptasen el puesto de las embarazadas para que estuviesen en oficinas, sentadas, pero no conseguimos nada. Y el problema de todo no es que no haya puesto para ti.*

*Los comentarios que se escuchan de los supervisores eran que si tú embarazada dejabas de visitar, estás perjudicando al resto de tus compañeros. Están con el chantaje emocional todo el día.*

*Y yo en ningún momento pedí que a las 20 semanas me dieran la baja, porque si yo me encuentro bien, ¿por qué tengo que dejar de trabajar? Quiero que me acondicionen el puesto de trabajo.*

*La respuesta de mi jefa fue: Pues date la baja por la Seguridad Social, evidentemente para que pierdas dinero, o cógete el resto de tus vacaciones.*

Ya hemos visto cómo las adaptaciones de puesto por motivos de salud y prescripción médica tampoco las adoptan y la negativa de la empresa es la norma, aunque existan supervisores en algún departamento que gestione mejor estas cuestiones. Está claro que la ley no les importa.

*Hay una chica que tiene problemas de estómago y le han dicho que tienen que hacer muchas comidas muy ligeras al día. Ella sale a la calle y no puede llevar ese orden para encontrarse mejor. Solicitó que la dejen un tiempo hasta que mejore en oficinas, que hay trabajo para darle... le han dejado nada y ahora ya está otra vez en la calle. Y porque está en ese departamento que tienen un poco de más permisividad. Me pasa a mí y les da igual.*

### Vigilancia de la Salud

El objetivo principal de la Vigilancia de la salud persigue aportar la información necesaria para que se adopten medidas preventivas que eviten los riesgos y, con ello, los daños a la salud de los trabajadores y las trabajadoras. En el sector de Atención Domiciliaria este objetivo no se cumple y la vigilancia de la salud muestra demasiadas carencias.

En los reconocimientos les preguntan por sus dolencias pero las pruebas médicas que se realizan, si se realizan, no son específicas y, en ocasiones, no se aplican todos los protocolos que necesitarían según los riesgos a los que está expuesta la plantilla trabajadora.

*El reconocimiento lo hacen general, a todos el mismo. Aunque a las operadoras les miran más los oídos. Y, ¿te*

*duele el cuello? Sí. Y te miran así por encima y te dicen, no pasa nada.*

*A mí el último año me preguntaron lo de la lipoatrofia, pero no me miraron si la podía tener o no.*

*Y para riesgo biológico que te pongas unos guantes y mascarilla. Pero ni calendario de vacunación, que sería lo mínimo, ni hepatitis B, ni gripe por lo menos, nada. Ni te lo preguntan.*

## 8. Escuchando sus propuestas

### Escuchando sus propuestas

Los trabajadores y trabajadoras de Atención Domiciliaria tienen claro qué podían hacer las **empresas** para que la situación analizada pudiese mejorar, tanto para ellos como para los usuarios y usuarias: más personal, mejor clima laboral, mayor consulta y participación de la plantilla en la organización de las tareas...

*Más personal, que haya dos oficiales siempre en todos los servicios.*

*Un clima laboral más agradable, más respirable, mayor empatía...*

*Hacer desaparecer la jerarquía es fundamental.*

*Mayor feedback, que escuchen, que lo que se pide se tenga en cuenta, que haya comunicación, que no hay, que la comunicación no sea estéril.*

*Que nos informen de las cosas, de por qué se hacen, no por impulsos, y por escrito den la sesión y a todos los departamentos igual.*

*Lo primordial es que se tenga en cuenta a los usuarios.*

*Que dejen de pensar que trabajamos con números y no con personas que es realmente el cometido de este servicio.*

*En las reuniones de comité damos ideas para mejorar el servicio y no nos escuchan. Encima te contestan que muchas gracias por ayudarles a gestionar la empresa, pero que no lo necesitan.*

También la **Administración** tiene gran parte de responsabilidad en las condiciones de trabajo del sector.

*La administración también tiene que empatizar con los trabajadores, que nos escuche porque sin nosotros no harían nada.*

*A la administración pública lo único que le interesa es si los usuarios están contentos, realmente las condiciones en las que esté el trabajador les da exactamente igual. Y se basan en precio, les da lo mismo la calidad que la no calidad.*

*Aumentar auditorías o alguna forma de control para las empresas para que se cumplan las condiciones que tú como concesionario de ese servicio pides.*

*Campañas informativas que contaran a la sociedad cuál es nuestra función.*

En el caso concreto de Ayuda a Domicilio, la petición hacia la Administración es clara, recuperar reuniones que, como hemos visto, se hacían antes de la implantación de la Ley de Dependencia y ahora han desaparecido.

*Consideramos imprescindible y es una de nuestras reivindicaciones, el retomar las reuniones de coordinación con las trabajadoras sociales, ya que con ello se contribuiría a la mejora de la calidad de nuestro trabajo y se evitarían muchos “mal entendidos”.*

Los **usuarios y usuarias** del servicio deberían poder poner su granito de arena, aunque es difícil por su perfil de edad y sus patologías.

*Los usuarios que se quejen a la administración pública, no a la empresa, pero se lían y no lo entienden, se piensan que nosotros somos el Ayuntamiento o que venimos de la Comunidad de Madrid.*

*Casi todos los usuarios son mayores de 80, que ya tienen sus problemas de salud y son gente de antes, que ven que juegan con un puesto de trabajo si se quejan... Además, tienen ya por lo menos un botón que llamas y vamos, alguien aparece ahí, entonces no se van a quejar del servicio.*

Y al **sindicato...**

*Al sindicato que nos escuche también y nos ayude más.*

*Hay mucho desconocimiento. Nadie sabe muy bien lo que hacemos. El problema es que no hay nadie, una referencia en Teleasistencia, y estamos muy perdidos.*



## MEDIDAS PREVENTIVAS PARA EVITAR LOS DAÑOS A LA SALUD

De todo lo hasta aquí expuesto, una vez analizados los riesgos a los que se ve sometido este colectivo de trabajadores, los daños a la salud que se pueden derivar de su exposición y la percepción de los y las protagonistas se hace necesario reflexionar sobre las medidas preventivas que las empresas han de implantar para proteger la seguridad y la salud de los trabajadores y trabajadoras a su cargo y dar cumplimiento, así, a la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

- **Evaluar**

En general, para mejorar las condiciones de trabajo de los auxiliares de Ayuda a Domicilio y de Teleasistencia y proteger su seguridad y su salud las empresas deberían **estudiar y evaluar específicamente las características de cada usuario y de su domicilio**. Nos referimos al grado de movilidad y autonomía de la persona, sus condiciones psicofísicas, su situación de convivencia (si la persona vive sola o, si por el contrario, convive con otra persona), las condiciones psicofísicas de otra persona, en caso de que conviva con alguien y, por último, las condiciones de la vivienda; es decir, acceso a la misma (ascensor...), espacio de las dependencias del domicilio, condiciones del mobiliario (cama articulada o no, presencia de otras ayudas mecánicas como silla de ruedas...) y condiciones de las distintas dependencias (plato de ducha...).

En definitiva deberán ser evaluados todos y cada uno de los riesgos a los que estos trabajadores/as se ven expuestos: riesgos de seguridad, agentes químicos, físicos y biológicos, y por último, factores de riesgo ergonómicos y psicosociales.

Las empresas, tradicionalmente, se han escudado en el hecho de que el lugar de trabajo al que acuden sus trabajadores y trabajadoras es un domicilio particular para incumplir con su obligación de proteger a las personas trabajadoras y hacer una prevención “en papel” que desvirtúa el espíritu de la ley y deja al trabajador/a totalmente desprotegido. Si bien recabar esta información por parte del personal que acude a los domicilios a un primer contacto con el usuario (como son los coordinadores de AD) es relativamente sencillo si la empresa les proporciona las herramientas necesarias para que puedan desarrollar esta toma de datos de forma correcta; fundamentalmente, **formación** para llevar a cabo esta tarea (centrada, fundamentalmente, en cuáles son las condiciones psicofísicas del usuario y del domicilio que resultan relevantes a la hora de valorar ambas condiciones), **tiempo para llevarla a cabo** y proporcionarles algún **soporte para la recogida sistemática de esta información** (cuestionarios, etc.)

### • Aplicar medidas técnicas y organizativas

A la vista de la información recogida por estos trabajadores y trabajadoras se podrá valorar, con la participación directa de coordinadores/as y auxiliares, o a través de sus representantes, los delegados/as de prevención, si los hubiera, y con el asesoramiento de los técnicos del servicio de prevención la necesaria implantación de medidas preventivas tales como:

- Acudir a un determinado domicilio dos o más asistentes.
- Dotar al servicio de **ayudas técnicas** (andadores, sillas de ruedas, grúas...) o **mobiliario adecuado** (camas articuladas y regulables, grúas).
- **Adecuar el tiempo para la realización del servicio y fijar el número de servicios** a los que han de acudir los trabajadores/as en función de las condiciones del usuario y de su domicilio.

- Establecer pausas durante y entre servicios.

Asimismo, **la empresa debería encomendar a los usuarios el cumplimiento de determinadas condiciones** que facilitarán la labor de los auxiliares y mejorará el servicio. En concreto debería instarles a que mantengan las estancias despejadas, evitando el mobiliario y los objetos que impiden o dificultan la movilidad y provocan golpes innecesarios, así como la disponibilidad de productos químicos que cumplan con las normas necesarias mínimas que aseguren que no se pone en peligro la salud del trabajador/a: almacenamiento adecuado, contenido en su envase original y con la preceptiva etiqueta de seguridad, evitar el uso de productos químicos peligrosos y sobredimensionados en su elección para el fin que persiguen, en general, la limpieza y desinfección de la vivienda, el lavado de la ropa, etc.

Además, **la información sobre las condiciones de dichos usuarios y de su vivienda debería actualizarse periódicamente** para que se ajuste a la realidad de cada momento, que puede ser cambiante a lo largo del período en el que se presta el servicio.

### • Controlar el riesgo biológico

Tal y como se comentó en el apartado relativo al análisis de los factores de riesgos, los trabajadores/as del sector de AD están expuestos a riesgo biológico y la empresa ha de proporcionarles las **medidas de prevención necesarias en función de las enfermedades, que en su caso, pudieran padecer los usuarios** y que necesariamente han de conocer la persona o personas con responsabilidades preventivas en la empresa (personal sanitario del servicio de vigilancia de la salud y técnicos en prevención, fundamentalmente). Estas medidas podrán ser, aparte las medidas universales de prevención del riesgo biológico, campañas de vacunación, por ejemplo.

Asimismo, la empresa debería proporcionar los **equipos de protección individual** necesarios: bata, mascarilla y guantes, fundamentalmente. No se trata, pues, de que el trabajador/a conozca la enfermedad concreta del usuario, pero sí si éste padece una enfermedad transmisible por vía aérea, por contacto o a través de sangre o fluidos.

Y, por último, se debería **formar e informar al personal de cómo proceder en caso de que el trabajador/a sufra un daño a la salud derivado de este riesgo** (corte o pinchazo con un elemento contaminado, síntomas de padecer una enfermedad que pudiera derivarse del contagio con un usuario, etc). Nos referimos a la necesidad de que ante una situación de estas características el trabajador/a sepa dónde acudir para ser atendido, es decir, **a la mutua de que se trate** (como entidad colaboradora de la Seguridad Social que la empresa ha de tener contratada para gestionar las contingencias profesionales) o **al INSS**, en su caso (si en lugar de contratar la empresa con una mutua la gestión de estas contingencias lo hace a través del INSS). El objetivo es que el trabajador/a sea atendido por un facultativo de la mutua o entidad colaboradora para que le haga las pruebas pertinentes y así detectar posibles contagios y/o tratar, en su caso, la enfermedad de que se trate. Al mismo tiempo que se reconocerá el origen laboral del daño. Este reconocimiento implicará la necesaria investigación del accidente por parte de la empresa para implantar, en su caso, medidas preventivas que eviten otros accidentes similares y tendrá efectos positivos para el trabajador/a que requiere asistencia médica: a efectos de cotización (no se requiere periodo de cotización previo para ser tratado) y, en el caso de que el daño a la salud impida temporalmente trabajar, tendrá derecho a cobrar un subsidio que será mayor si la consideración de la contingencia es de origen laboral.

### • **Cumplir con las condiciones mínimas que se les exige a los lugares de trabajo**

En lo que a los puestos de trabajo de oficina se refiere y que ocupan los teleoperadores/as y el personal administrativo de AD, fundamentalmente se hace necesario dar cumplimiento a lo establecido en el Real Decreto 486/97, sobre las condiciones mínimas de los lugares de trabajo. De manera que las empresas deben proporcionar **mobiliario y equipos diseñados ergonómicamente** (mesas, sillas y reposapiés, si fuera necesario, ordenadores con pantallas, teclados, ratones) posibilitar una **correcta ubicación de los equipos informáticos** utilizados en la tarea, así como proporcionar **otros instrumentos** (como auriculares y micrófonos) **que habrán de ser de uso total o parcialmente personales** para evitar el riesgo biológico antes visto.

Las **condiciones de temperatura, humedad e iluminación y ruido** también deberán ser adecuadas. Con respecto al ruido señalar que el INSHT (Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo) recomienda que los niveles de ruido en oficinas no superen los 50 dBA<sup>15</sup>.

Todas estas condiciones de trabajo tienen una importante influencia, no solo en la comodidad de la población trabajadora, sino también en su eficacia en el trabajo y en su estado de salud física y mental.

### • **Formar e informar**

En otro orden de cosas resulta imprescindible **diseñar planes de formación e información específicos** dedicados a cuestiones de **ergonomía**, nuevas técnicas a emplear en movilidad de usuarios, posibles lesiones, etc. Formación e información que, de otro lado, son obligaciones que la empresa necesariamente ha de cumplir<sup>16</sup>.

Al mismo tiempo resulta necesario implantar, dentro de esos planes, programas de **mejoras de la condición física** (ejercicios de prevención de problemas musculoesqueléticos, escuela de espalda, higiene postural...) que sirvan para crear una mayor conciencia sobre el necesario cuidado de la salud física para gozar de una mejor vida laboral y extralaboral. Y por último, se deberá formar al personal para la adquisición de **herramientas que permitan afrontar de forma saludable las exigencias emocionales** del trabajo (manejo de las relaciones personales con los usuarios, desarrollo de habilidades para afrontar el duelo...), además de **fomentar el apoyo de compañeros/as, mandos intermedios y dirección de empresa**.

Ahora bien, **conviene recalcar que si la formación no va acompañada de la adopción de otras medidas colectivas y organizativas** (ayudas técnicas, trabajo en parejas, pausas y tiempos de descanso para los ejercicios de prevención de daños

<sup>15</sup> NTP 503: Confort acústico: el ruido en oficinas.

<sup>16</sup> Artículos 18 y 19, Ley 31/95, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.

y para superar situaciones de carga emocional, apoyo de mandos intermedios y de la dirección de la empresa) **la formación e información no servirá de nada**. Más allá de la posibilidad empresarial de justificar “en papel” que cumple con la obligación de formar e informar a los trabajadores y trabajadoras, tal y como establece la Ley de Prevención.

Por otra parte, también los coordinadores/as deberían recibir una **formación específica** en aras a realizar su trabajo de forma eficaz y saludable, especialmente en lo concerniente a la **gestión de equipos humanos y capacidad de liderazgo** de cara a mejorar la comunicación con y entre los trabajadores/as y a potenciar la participación de éstos.

### • **Controlar los riesgos psicosociales**

Como ya se comentó con anterioridad los riesgos psicosociales están muy presentes en el trabajo del colectivo objeto de este estudio. Todos los trabajadores/as de AD soportan unas condiciones de trabajo donde están presentes todos o la mayoría de los riesgos psicosociales más importantes: el exceso de exigencias psicológicas, la falta de influencia y desarrollo en el trabajo, la falta de apoyo social y de calidad de liderazgo, las escasas compensaciones en el trabajo y la doble presencia. Teniendo en cuenta el gran abanico de daños a la salud que estos riesgos provocan en las personas, algunos de ellos de muy lenta y difícil recuperación para la salud del afectado, se hace necesaria la intervención en la eliminación de éstos y el control de aquéllos que no puedan evitarse. El desgaste psíquico y físico, el estrés, la ansiedad, etc. son daños a la salud que causan bajas que repercuten directamente en la calidad y buena marcha del servicio.

Algunas de las medidas preventivas y/o protectoras son las siguientes:

- **Definir claramente cuáles son las funciones de los trabajadores y trabajadoras**, cumpliendo rigurosamente con lo establecido en el convenio colectivo y concretando aquellas cuestiones que queden más indefinidas, siempre con la premisa de cumplir con la obligación de proteger la seguridad y la salud en el trabajo.

- **Dar a conocer a los usuarios y a sus familiares, en su caso, cuáles son esas funciones** para evitar conflictos en este sentido.
- **Controlar la carga de trabajo**, teniendo una información clara como se apuntó más arriba, de cuáles son las necesidades de cada servicio para hacer el trabajo compatible con las capacidades de las personas teniendo en cuenta los recursos de que se dispone.
- **Proporcionar los recursos (materiales y humanos) y el tiempo que sea necesario para realizar la tarea de forma satisfactoria**, evitando plazos de ejecución incompatibles con la realización de un trabajo seguro y saludable.

Para establecer “ese tiempo” es imprescindible permitir la consulta y participación de los trabajadores/as y/o sus representantes sobre la organización y requerimientos de los servicios y la asignación de tiempos.

- **Establecer rotación de tareas y funciones** en actividades monótonas o en las más exigentes, por sus condiciones particulares.
- **Reconocer la labor** que desarrollan los trabajadores/as y potenciar la motivación y satisfacción por el trabajo que se realiza. Este reconocimiento incrementa el sentido hacia el trabajo y puede hacerse efectivo visualizando la contribución de las tareas concretas a la función del trabajo (mejorar la salud de los usuarios, ayudar a los usuarios), y de la relación que esta función pueda tener con los valores de cada persona.
- **Facilitar las relaciones sociales en el trabajo** entre todos los niveles jerárquicos de la empresa. El apoyo entre compañeros/as, así como con los mandos intermedios y sus superiores, generan un clima de cooperación en el trabajo y de resolución conjunta de problemas que mejora el clima laboral, ofrece soluciones más eficaces y creativas y repercute, al mismo tiempo, en la mejora de las condiciones laborales y en la salud de las personas trabajadoras.
- **Diseñar medidas que posibiliten la conciliación de la vida personal y laboral.** En este aspecto resulta vital contar,

una vez más, con la participación activa de los trabajadores y trabajadoras y/o sus representantes, los delegados/as de prevención. Pues sólo con su intervención se aplicarán medidas viables y ventajosas para todos y todas. No olvidemos que las medidas de conciliación van más allá de la consabida flexibilidad horaria o el teletrabajo; medidas que, por otra parte, parece que sólo tienen sentido y aplicabilidad en puestos de trabajo de oficina y/o de gran responsabilidad en la empresa. Y tampoco son medidas únicamente necesarias para mujeres trabajadoras con hijos, sino que todas las personas trabajadoras, con independencia del género, la edad y el puesto de trabajo que ocupan, necesitan tener la posibilidad de compatibilizar su vida laboral y extralaboral. Es por eso que las empresas del sector, en función de su realidad concreta y de las necesidades específicas de su personal, deberían arbitrar acuerdos y medidas para facilitar la conciliación. Algunas de estas medidas podrían ser:

- Asignación de servicios próximos al domicilio del trabajador/a.
  - Posibilidad de disfrutar de vacaciones fuera del período vacacional ordinario; especialmente interesante para trabajadores y trabajadoras de procedencia extranjera y de países lejanos que quieran visitar su país de origen, así como a familiares y amigos, en otras fechas fuera del habitual período estival.
  - Facilitar el disfrute de permisos legales retribuidos para atender responsabilidades familiares y ampliar el período de los mismos: maternidad, paternidad, cuidado de familiares, etc.
  - Negociar permisos no contemplados en la legislación y/o la negociación colectiva: excedencias por motivos familiares, personales o sociales y las reducciones de jornada.
  - Flexibilizar la asignación de turnos para que los propios trabajadores/as puedan acordar entre sí cambios.
- **Ofrecer un trabajo digno y la máxima transparencia en los posibles cambios que se puedan producir en la empresa.** Una organización del trabajo saludable debería proveer a las personas de un empleo de calidad, digno y justo. Es decir, unas condiciones de trabajo que permitan a los trabajadores y trabajadoras tener un control sobre sus propias vidas. En este

sentido, resulta imprescindible la estabilidad en el empleo y el cumplimiento estricto de la normativa en prevención de riesgos laborales, de manera que trabajar no sea incompatible sino sinónimo de gozar de una buena salud física y mental.

Por otra parte, de la misma manera que para realizar adecuadamente el trabajo se necesita información clara y precisa, también se necesita conocer con antelación las posibles futuras reestructuraciones, nuevas tecnologías, cambios en jornadas y horarios, etc. La falta de previsibilidad y de información en tiempo y forma a este respecto se ha relacionado con los peores indicadores de salud mental y de actitud positiva hacia el trabajo. La estrategia empresarial, en este sentido, debería orientarse al desarrollo de políticas y herramientas de comunicación y participación efectiva de los trabajadores/as y/o los delegados/as de prevención.

### • Consultar y dar participación a los trabajadores y trabajadoras

Se hace necesario, pues, contar con **la participación activa de los trabajadores y trabajadoras y de sus representantes; los delegados y delegadas de prevención**, en aquellas empresas donde exista representación sindical y no sólo porque esta participación sea una obligación de las empresa para con sus trabajadores/as<sup>17</sup>, sino que resulta fundamental en temas referentes al desarrollo diario del trabajo y en temas que pueden ser relevantes para los trabajadores/as, pues éstos pueden aportar ideas sobre la realización y el modo de trabajar.

Hay que tener en cuenta que los verdaderos protagonistas en prevención son, en primer lugar, las personas que realizan el trabajo y no sólo quien lo organiza, coordina o supervisa. De manera que obviar la opinión de aquéllos supone la pérdida de una información muy valiosa que, quizás, ninguna otra persona de la organización pueda aportar. Además, en el ámbito de la prevención, la máxima de “entre todos sumamos mucho más” es una realidad que pone en valor el trabajo conjunto y ofrece soluciones más creativas, eficaces y con un mayor compromiso para conseguir que el trabajo

<sup>17</sup> Artículo 18, Ley 31/95, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.

sea seguro y saludable. Así, la participación en el trabajo permite aplicar y compartir las habilidades y conocimientos individuales que se tienen y desarrollar y aprender otros nuevos, lo que incide en la mejora de la salud y en el bienestar del personal.

En las empresas donde existe representación sindical, el delegado/a de prevención es la persona idónea a través de la cual los trabajadores/as podrán canalizar sus propuestas y ejercer su derecho de participación en todo lo relativo a la prevención de riesgos laborales. Ahora bien, en aquellas organizaciones en las que no exista representación legal de trabajadores/as, las empresas deberán, igualmente, articular medios de comunicación que faciliten e incentiven la participación de los trabajadores/as. Por ejemplo, a través de reuniones periódicas entre responsables y trabajadores/as y con los técnicos del servicio de prevención, recogida de sugerencias, etc.

### • “Vigilar” la salud

Las empresas deben proporcionar una **vigilancia de la salud específica que cumpla con el objetivo establecido en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales de detectar precozmente posibles dolencias relacionadas con el trabajo**<sup>18</sup>.

Esta vigilancia de la salud ha de formar parte de la planificación de la prevención dentro de las empresas, pues su función primordial es la de aportar la información necesaria para adoptar medidas convenientes para eliminar o reducir los riesgos laborales antes de que se produzcan daños en la salud de las personas trabajadoras. También debe ser útil para adaptar el trabajo a aquellas personas que presenten alguna especial sensibilidad a alguna de las condiciones de su trabajo.

Las pruebas médicas, que constituyen parte de la vigilancia de la salud, se deberán realizar mediante protocolos médicos de vigilancia de la salud que reflejen los riesgos a los que están expuestos los trabajadores y las trabajadoras. Es por ello que se ha de ser muy riguroso a la hora de evaluar los riesgos de todos los trabajadores y trabajadoras del sector de AD para que la vigilancia de la salud sea

<sup>18</sup> Artículo 22, Ley 31/95, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.

realmente específica. Cabe hacer hincapié en el hecho de que los protocolos médicos son guías de actuación dirigidas a profesionales sanitarios encargados de la vigilancia de la salud para realizar los reconocimientos médicos. Los trabajadores/as han de conocer las pruebas médicas que se les van a realizar y los objetivos de las mismas. Y, los delegados/as de prevención, si los hubiera, deben tener acceso al contenido de los protocolos para hacer las consideraciones oportunas a la empresa sobre los mismos, pues éstos pueden resultar inadecuados por defecto (falta de revisión de un ítem, por ejemplo, identificado en la evaluación de riesgos) como por exceso (que realicen pruebas sin justificación, como control de drogas en sangre u orina); de ahí que permitir la participación de los delegados/as de prevención resulte imprescindible, además de obligatoria<sup>19</sup>.

Algunos de los protocolos que deberían aplicarse, necesariamente, a los trabajadores/as de AD son:

- Manipulación manual de cargas.
- Posturas forzadas.
- Neuropatías por presión.
- Dermatitis.

Además, al personal de Telesistencia también se le deberá aplicar los siguientes protocolos:

- Pantallas de visualización de datos.
- Ruido.

## • Proteger la maternidad y lactancia

Las empresas deben cumplir con la protección de la trabajadora embarazada y/o en período de lactancia natural<sup>20</sup>. En concreto, están obligadas a:

- Contemplar en la **evaluación de riesgos** laborales la posibilidad de que el puesto de que se trate puede ser ocupado por una mujer embarazada y/o en período de lactancia natural.

<sup>19</sup> Artículo 36, Ley 31/95, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.

<sup>20</sup> Artículo 26, Ley 31/95, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.

- Establecer una **relación de puestos de trabajo exentos de riesgo**, previa consulta con los delegados y delegadas de prevención, si los hubiera.

Tras la comunicación de embarazo o lactancia por parte de la trabajadora, el empresario deberá adoptar las siguientes medidas preventivas:

#### Adaptar las condiciones de trabajo

Si los resultados de la evaluación revelan un riesgo para el embarazo, el empresario deberá adoptar las medidas necesarias para evitar la exposición a dicho riesgo a través de una adaptación de las condiciones o tiempo de trabajo. Dichas medidas incluirán, cuando resulte necesario, la no realización de trabajo nocturno o de trabajo a turnos.

Las adaptaciones en el sector de AD pueden no ser tan complicadas. Por ejemplo, en las trabajadoras de Teleasistencia, que han de acudir a los domicilios, la adaptación podría consistir en evitar que éstas acudan solas a servicios de zonas especialmente conflictivas, ir siempre acompañadas, limitar el número de servicios a los que se ha de acudir, etc.

Este es sólo un ejemplo, en realidad, las adaptaciones y/o cambios deberían estudiarse según el caso. Si bien con esta ejemplificación sólo se pretende señalar que las adaptaciones pueden no ser difíciles, siempre que haya voluntad por parte de la empresa de llevarlas a cabo y si se cuenta con la participación de los trabajadores/as y/o sus representantes, en aras a proteger a la trabajadora embarazada o lactante.

#### Cambiar de puesto de trabajo a la trabajadora

Si la adaptación de las condiciones de trabajo suponen que la trabajadora desempeñe un puesto diferente o función distinta, este cambio se hará conformidad con las reglas y criterios de movilidad funcional del art. 39 del Estatuto de los Trabajadores, teniendo la trabajadora derecho a la retribución correspondiente a las funciones que realice. Y si no existiese puesto de trabajo o función compatible, la trabajadora podrá ser destinada a un puesto no correspondiente a su grupo o categoría equivalente, conservando las retribuciones de su puesto de origen.

**Solicitar la suspensión del contrato por riesgo durante el embarazo o durante la lactancia natural**

Si el cambio de puesto no resultara técnica u objetivamente posible, o no pudiera razonablemente exigirse por motivos justificados, podrá declararse el paso de la trabajadora afectada a la situación de suspensión del contrato por riesgo durante el embarazo o durante la lactancia natural, contemplada en el art. 45.1 d) del Estatuto de los Trabajadores.

Esta suspensión, que habrá de solicitar la trabajadora en la Mutua con los informes que la empresa le proporcione sobre la imposibilidad de ubicarla en otro puesto a asignarle otras funciones que no pongan en peligro su salud, supone la interrupción temporal de la prestación laboral sin que por ello se extinga el contrato entre la empresa y la trabajadora; conlleva el cese temporal de las principales obligaciones de las partes: trabajar y remunerar el trabajo. La prestación económica pasa a cargo de del Mutua o del INSS y consiste en un subsidio equivalente al cien por cien de la Base Reguladora.



## A MODO DE CONCLUSIONES

En España, al igual que en el resto de países, el envejecimiento de la población ha aumentado considerablemente como consecuencia de la mejora de la calidad de vida y del bienestar propio de las sociedades desarrolladas. Dicho aumento en la esperanza de vida ha contribuido al desarrollo del sector de ayuda domiciliaria, como la mejor alternativa para la integración y el desarrollo de la persona en su entorno.

En nuestro país, el sector de la atención a la dependencia se ha caracterizado por presentar importantes diferencias territoriales con respecto a la distribución de los recursos y servicios de atención, así como el nivel de cobertura de las personas atendidas.

Ante el crecimiento del empleo del sector, una de las cuestiones que se plantea es saber cuáles son las condiciones de trabajo, ya que las condiciones laborales de los trabajadores y trabajadoras dedicadas a la atención a la dependencia constituyen uno de los factores que más influyen en la prestación de un servicio de calidad, ya que sus consecuencias exceden del ámbito estrictamente laboral y repercuten decisivamente en la atención recibida por los usuarios.

La fuerte presencia de las mujeres es uno de los rasgos característicos del sector de la atención domiciliaria. La incorporación de la mujer al mercado laboral a lo largo de las últimas décadas ha estado

íntimamente ligada al desarrollo de los servicios públicos, sobre todo en relación a la educación, la sanidad y los servicios sociales. No obstante, la situación de las mujeres con respecto a las condiciones laborales dista mucho de ser la más idónea: reflejan una alta incidencia de temporalidad en el empleo y una fuerte concentración en los puestos de trabajo de baja cualificación.

Durante mucho tiempo, las normas internacionales pioneras en tratar la salud laboral de las mujeres lo hacían pensando básicamente en políticas de salud laboral estrictamente biológicas y por tanto centradas en el embarazo y la maternidad, sin prestar la atención necesaria a otros aspectos de las condiciones laborales que también pueden afectar a su salud.

Es imprescindible dar a todas las actuaciones sobre salud laboral el enfoque de género, ya que avanzar hacia la efectividad y eficacia de las medidas de prevención de riesgos laborales, incorporando la perspectiva de género, nos permitirá dar un paso muy importante para mejorar las condiciones de trabajo, alcanzar la igualdad de oportunidades de todas las personas trabajadoras y desarrollar la competitividad de nuestra sociedad y nuestras empresas.

Otra de las características de este sector es la existencia de un peso relevante de los trabajadores y trabajadoras de más de 45 años. Este grupo de edad es especialmente vulnerable a los riesgos laborales, teniendo en cuenta que las actividades que realizan comportan ciertas tareas (movilización de enfermos, desplazamientos, etc.) que pueden ser difícilmente realizadas por personas de esta edad. Además, se trata de un grupo de trabajadores y trabajadoras que ya tienen, en muchos casos, su salud deteriorada como consecuencia del trabajo realizado y soportado durante años, lo que ha dado lugar a daños y problemas osteomusculares y de carácter psicosocial.

La alta temporalidad en el empleo es otro de los elementos sobre el cual es necesario incidir para su reducción. La falta de estabilidad en el empleo de los trabajadores/as acentúa la rotación del personal del sector, que no favorece la prestación de un servicio de atención de calidad. Los cuidados que precisan la mayor parte de las personas en situación de dependencia no son solo sanitarios, ni tampoco únicamente sociales. La atención se basa en la prestación de un servicio continuado de carácter integral tanto social como sanitario que

permita facilitar y potenciar la autonomía de las personas atendidas. Esta cuestión es de vital importancia en el servicio de Ayuda a Domicilio, ya que se trata de un servicio en el que el trabajador o trabajadora tiene una estrecha relación con la persona atendida, con la familia de ésta, así como con otras personas cercanas. Esta relación de continuidad permite al trabajador/a tener mayor conocimiento sobre la situación de la persona atendida y sus necesidades. Por todo ello, la rotación de personal y el cambio de trabajadores/as constituyen un importante obstáculo para la prestación de un servicio de calidad.

La temporalidad en el empleo y la rotación de personal tienen, además, una estrecha relación con la retribución de los trabajadores/as. La mejora de la retribución es un elemento clave que favorece la estabilidad en el empleo, permitiendo con ello mejorar la atención a las personas en situación de dependencia.

Otra característica del sector es la existencia de una fuerte concentración del empleo en puestos de trabajo de cualificación media y baja, en los que se sitúan preferentemente las mujeres y trabajadores/as extranjeros/as.

Es necesario atender la formación de estos trabajadores/as, así como facilitar los instrumentos y protocolos necesarios que permitan facilitar su trabajo y garantizar la calidad asistencial.

Por otra parte, también sería conveniente mejorar los sistemas de acreditación y certificación de titulación específicas para el sector de Atención a la Dependencia. La situación de las cualificaciones profesionales de los trabajadores/as dista mucho de ser la más idónea en relación al trabajo y la importancia de la actividad que realizan.

Finalmente, el sector de la Atención Domiciliaria refleja un importante peso de contratos a tiempo parcial, representados en su mayor parte por mujeres, hecho que se debe básicamente a la mayor necesidad de conciliar la vida laboral con la vida personal y/o familiar que tienen éstas.

En cuanto a lo que a salud laboral se refiere, las diferencias en las condiciones de empleo repercuten en la exposición a diferentes

tipos de riesgos. Los factores de riesgos laborales a los que, por lo general, están expuestos los trabajadores y trabajadoras del servicio de Ayuda a Domicilio y Teleasistencia dependen directamente de las tareas que desarrollan cada una de las categorías profesionales y el lugar donde vienen desarrollando su trabajo.

Por tanto, los riesgos más importantes, serán los derivados del lugar de trabajo para los que trabajan en la oficina y los derivados de las tareas de asistencia y cuidado para los que realizan las labores de atención domiciliaria *in situ*. En el cuadro resumen la página 52 puede observarse los principales riesgos del personal de Ayuda Domiciliaria.

En relación a los daños a la salud, a lo largo de este estudio se ha constatado que la segregación horizontal del trabajo asalariado en general, y la mayor presencia de mujeres en el sector de Ayuda Domiciliaria, en particular, explica que las lesiones musculoesqueléticas (aquellas lesiones que afectan al aparato locomotor, es decir, músculos tendones, sistema óseo, cartílagos, ligamentos y nervios), sean el componente esencial del patrón de daños laborales de estas trabajadoras. Además, hay que sumar la sobrecarga que supone el trabajo doméstico, incluyendo el cuidado de niños y/o personas mayores o enfermas. Las demandas del trabajo doméstico aumentan las horas de exposición a tareas con exigencias físicas, pero también con exigencias mentales, emocionales y de gran responsabilidad. Esta sobrecarga física y psicológica disminuye el tiempo y la calidad del descanso, propiciando la acumulación de fatiga.

Otros daños a la salud importantes para el sector son los relacionados con los riesgos psicosociales a los que trabajadores y trabajadoras están expuestos con frecuencia. La sobrecarga de trabajo, la falta de tiempo para su ejecución, los ritmos elevados, el trabajo para/con otros (usuarios y familiares) o la exposición a conductas violentas son exigencias que pueden tener efectos muy negativos sobre la salud física psicológica y social del trabajador/a.

Estos daños se manifiestan, a corto plazo, a través de procesos conocidos como “estrés” e incluyen diversos aspectos de la salud o comportamiento tales como: ansiedad, depresión, dificultades para memorizar, concentrarse, pérdida de interés por las relaciones sociales, insomnio, trastornos alimenticios, problemas de estómago, dolor de pecho, etc.

Por último, es importante resumir algunas de las propuestas y medidas preventivas que las empresas de este sector deberían implantar para mejorar las condiciones de trabajo de los trabajadores y trabajadoras de Ayuda a Domicilio y Teleasistencia, y proteger, así, su seguridad y salud:

- **Estudiar y evaluar específicamente las características de cada usuario y de su domicilio:** grado de movilidad y autonomía de la persona, sus condiciones psicofísicas, su situación de convivencia e informar a los trabajadores y trabajadoras de estas características.
- **Aplicar medidas técnicas y organizativas.** Tras la información recogida por estas trabajadoras/es se podrá valorar algunos aspectos tales como:
  - Acudir a un determinado domicilio con dos o más asistentes.
  - Dotar el servicio de ayudas técnicas (andadores, sillas de ruedas, grúas...) o mobiliario adecuado (camas articuladas y regulables).
  - Adecuar el tiempo de trabajo para la realización del servicio y fijar el número de servicios a los que han de acudir los trabajadores/as en función de las condiciones del usuario y su domicilio.
  - Establecer pausas durante y entre servicios.
- **Controlar el riesgo biológico,** proporcionando las medidas de prevención necesarias (medidas universales, campañas de vacunación...) en función de las enfermedades, que en su caso, pudieran padecer los usuarios. Asimismo, la empresa debería proporcionar los equipos de protección individual necesarios y formar e informar al personal de cómo proceder en caso de que el trabajador/a sufra un daño a la salud derivado de este riesgo.
- **Cumplir con las condiciones mínimas que se les exige a los lugares de trabajo.** En lo que a los puestos de trabajo de oficina se refiere y que ocupan los teleoperadores/as y el personal administrativo se hace necesario dar cumplimiento a lo establecido en el Real Decreto sobre Lugares de Trabajo, (486/1997), de manera que las empresas deben proporcionar

mobiliario y equipos diseñados ergonómicamente, posibilitar una correcta ubicación, condiciones de temperatura, humedad, ruido, iluminación, etc.

- **Formar e informar.** Resulta imprescindible diseñar planes de formación e información específicos dedicados a cuestiones de ergonomía, nuevas técnicas a emplear en movilidad, posibles lesiones, etc., así como programas de mejora de la condición física. Es conveniente recalcar que si la formación no va acompañada de la adopción de otras medidas colectivas y organizativas, no servirá para nada.
- **Controlar los riesgos psicosociales, definiendo claramente las funciones y tareas de cada trabajador/a;** controlando la carga de trabajo; proporcionando los recursos y el tiempo necesarios; reconociendo la labor que desarrollan los trabajadores/as y potenciando la motivación y satisfacción por el trabajo realizado; facilitando las relaciones sociales en el trabajo entre todos los niveles jerárquicos de la empresa; etc.
- **Diseñar medidas que posibiliten la conciliación de la vida personal y laboral,** contando con la participación activa de los trabajadores y trabajadoras y/o sus representantes, los delegados/as de prevención.
- **Dignificar el trabajo y ofrecer la máxima transparencia** en los posibles cambios que se puedan producir en la empresa. Una organización del trabajo saludable debería proveer a las personas de un empleo de calidad, digno y justo. Es decir, unas condiciones de trabajo que permitan a los trabajadores y trabajadoras tener el control sobre sus vidas.

**Consultar y dar participación a los trabajadores y trabajadoras.** En las empresas en las que existe representación sindical, el delegado o delegada de prevención es la persona idónea a través de la cual los trabajadores/as pueden canalizar sus propuestas y ejercer su derecho de participación en todo lo relativo a la prevención de riesgos laborales.

- **Controlar el impacto que las condiciones de trabajo tienen sobre la salud** realizando una vigilancia de la salud específica

que cumpla con el objetivo establecido en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, de detectar precozmente posibles dolencias relacionadas con el trabajo y en la que se apliquen los protocolos médicos que reflejen los riesgos a los que están expuestos los trabajadores y trabajadoras.

- **Proteger la maternidad.** Las empresas deben cumplir con la protección de la trabajadora embarazada o en periodo de lactancia natural. En concreto, están obligadas a: contemplar en la evaluación de riesgos laborales la posibilidad de que el puesto evaluado pueda ser ocupado por una mujer embarazada o en periodo de lactancia; y establecer una relación de puestos de trabajo exentos de riesgos, previa consulta con los delegados/as de prevención.



## BIBLIOGRAFÍA

- *Libro Blanco: Atención a las Personas en situación de Dependencia en España*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, diciembre 2004.
- *Las condiciones laborales en el sector de la atención a las personas en situación de dependencia: una aproximación a la calidad en el empleo*. Fundación 1º de Mayo. 2006.
- *Los servicios de Atención a Domicilio en España: Antecedentes. Evolución histórica y Marco Normativo*. Francisco Martínez López. Doctor Ciencias Políticas y Sociología. Universidad Autónoma de Madrid (UAM).
- *El servicio de Atención Domiciliaria en la encrucijada*. Gustavo García Herrero. 2009.
- *Prácticas Ergonómicas Preventivas. Sector de la Dependencia*. Foment del Treball Nacional.
- *XVI Dictamen del Observatorio. Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales* (Febrero, 2016).
- *Informes Estadísticos del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia* (Situación a 31 agosto de 2016). Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO)
- *Resumen de la Gestión de Dependencia*. Comunidad de Madrid. Sistema de Atención a la dependencia (SAAD). Datos a 30 de junio de 2016.

- *Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia.*
- *Ley 31/1995, 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.*
- *Real Decreto 487/1997, sobre Manipulación Manual de Cargas.*
- *Real Decreto 486/1997, sobre condiciones mínimas de los Lugares de Trabajo.*
- *Real Decreto 88/2002, 30 de mayo, por el que se regula la prestación de Ayuda a Domicilio del Sistema de Servicios Sociales de la CAM (Actualizado a 12 de agosto de 2005).*
- *Convenio Colectivo del Sector de Ayuda a Domicilio de la Comunidad de Madrid (2014-2016).*
- *Convenio Colectivo Estatal de Servicios de atención a las Personas Dependientes y Desarrollo de la Promoción de la Autonomía Personal. 2012*
- *Estatuto de los Trabajadores.*
- *NTP 704: Síndrome de estar quemado por el trabajo o “Burnout”.*
- *NTP 503. Confort acústico: el ruido en oficinas.*
- *VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo (2001).*
- *Artículo de opinión. Atención domiciliaria a personas dependientes: un trabajo con serios problemas de salud laboral. Revista Pex. Dossier trabajo y salud.*

La atención a las personas en situación de dependencia es un fenómeno que ha cobrado gran auge en los países desarrollados en las últimas décadas, debido, entre otros factores, al progresivo envejecimiento de la población y al aumento de las personas con discapacidad.

Es una actividad laboral en expansión, poco regulada, poco visible y que entraña riesgos específicos en condiciones de trabajo muy particulares. Esta actividad es pagada por la Administración Pública pero la llevan a cabo empresas privadas en régimen de subcontratación. Además, gran parte de la atención a las personas dependientes se realiza en los domicilios y se hace necesario mejorar muchos aspectos de este colectivo, desde las condiciones sociolaborales hasta los protocolos de información sobre los usuarios que atienden.

En este contexto surge el presente estudio, cuyo objetivo es realizar una aproximación a la realidad del sector de ayuda domiciliaria (en el que se incluyen el servicio de Ayuda a Domicilio y el servicio de Teleasistencia) que sirva para conocer mejor las condiciones de trabajo de estas trabajadoras y trabajadores, los riesgos a los que se ven expuestas/os a diario y los daños a la salud que derivan de éstos, promoviendo medidas preventivas y recomendaciones para que la atención domiciliaria deje de ser un trabajo con graves problemas de salud laboral.



Instituto Regional de Seguridad  
y Salud en el Trabajo  
CONSEJERÍA DE ECONOMÍA,  
EMPLEO Y HACIENDA

**Comunidad de Madrid**



**comisiones obreras de Madrid**  
[www.ccoomadrid.es](http://www.ccoomadrid.es)