

**RIESGOS LABORALES EN UNA OCUPACIÓN ALTAMENTE
FEMINIZADA: ATENCIÓN SANITARIA Y SOCIOASISTENCIAL
EN RESIDENCIAS DE LA TERCERA EDAD**

***OCCUPATIONAL RISKS IN A HIGHLY FEMINIZED JOB: HEALTH
AND SOCIAL CARE WORK IN NURSING HOMES***

BEATRIZ AGRA VIFORCOS

*Profesora TU de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social.
Universidad de León*

<https://orcid.org/0000-0002-3649-2532>

Cómo citar este trabajo: Agra Viforcós, B. (2021). Riesgos laborales en una ocupación altamente feminizada: atención sanitaria y socioasistencial en residencias de la tercera edad. *Lex Social, Revista De Derechos Sociales*, 11 (2), 758–779. <https://doi.org/10.46661/lexsocial.5967>

RESUMEN

El perfil profesional de cuantos prestan servicios en residencias de la tercera edad es muy variado. Ahora bien, aun cuando todos desempeñan labores de la máxima importancia para el funcionamiento de estos centros, algunas de las áreas funcionales implicadas están más estrechamente vinculadas al cuidado directo de los ancianos ingresados; en concreto, los trabajos sanitarios y socioasistenciales, desarrollados por médicos, psicólogos, fisioterapeutas, enfermeros, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, técnicos de actividades socioculturales o gerocultores. Se trata, con carácter general, de ocupaciones muy feminizadas y que aparentemente seguirán siéndolo en un futuro próximo, dado el desigual porcentaje de mujeres y hombres en los estudios oficiales asociados a la prestación de estos servicios.

Los trabajadores empleados en estos centros (mayoritariamente trabajadoras, según consta) disfrutaban de la protección proporcionada por la normativa de prevención de

riesgos laborales, incluidas las previsiones al respecto establecidas a través de la negociación colectiva, cuyos resultados ofrecen interesantes disposiciones. Sirva de muestra el extenso capítulo incluido en el Convenio marco estatal aplicable al sector.

La operatividad de esta amplia regulación habrá de servir al objetivo último de salvaguardar la seguridad y salud laboral de estos trabajadores, que en su actividad se enfrentan a múltiples riesgos, entre los que destaca una amenaza “estrella” que alcanza a la totalidad del personal de centros de atención a personas mayores: el psicosocial, en general, y el *burnout* y la violencia, en particular. Este riesgo es transversal, por lo que, sin perjuicio de las diferencias de nivel que pueda presentar, admite un análisis global. Un poco más acotado se presenta otro de los peligros con mayor trascendencia en este ámbito, el biológico (especialmente destacado en el vigente contexto de pandemia por COVID-19), que puede incidir especialmente en aquellos trabajadores que mantienen relación directa con los usuarios. En fin, ningún análisis en la materia puede obviar la posible incidencia de trastornos musculoesqueléticos, que como problema específico de las residencias se vincula de forma singular con funciones muy concretas: la movilización de personas dependientes, que debería acometerse reduciendo al máximo los levantamientos manuales y optando siempre por instrumentos mecánicos o electrónicos de ayuda.

PALABRAS CLAVE: residencias de ancianos, trabajos sanitarios y socioasistenciales, trabajos feminizados, riesgos laborales, violencia externa, *burnout*, COVID-19, trastornos musculoesqueléticos.

ABSTRACT

Professional profiles in nursing homes are very varied. Although all of them carry out tasks of great importance for the operation of these centers, some of the functional areas are more related to the direct care of admitted elderly; specifically, health and social care work, developed by doctors, psychologists, physiotherapists, social workers, technicians of socio-cultural activities or geriatric nurses. They are highly feminized jobs and apparently will remain so in the near future due to the unequal percentage of women and men in the official studies associated with the development of these jobs.

The workers in these centers (mostly female workers, as recorded) are protected by the regulations on the prevention of occupational risks, including the provisions of collective agreements, which can be very interesting. An example is the extensive chapter included in the national collective agreement applicable to the sector.

The application of this extensive regulation will serve to protect the occupational health and safety of workers, who face multiple risks. It highlights a risk that threatens all workers in nursing homes: psychosocial risk; especially burnout and

violence. This danger is transversal, so, without prejudice to the differences in level that it may present, it admits a global analysis. Another of the most important dangers in this area is biological risk (especially in the current context of the COVID-19 pandemic), which can have a significant impact on workers who maintain direct relationships with users. Lastly, the possible incidence of musculoskeletal disorders should not be forgotten, which in nursing homes are linked in a special way with very specific functions: mobilization of dependent people; activity that should be carried out reducing manual lifting and always opting for mechanical or electronic assistive instruments.

KEYWORDS: nursing homes, health and social care work, feminized jobs, occupational risk, external violence, burnout, COVID-19, musculoskeletal disorders.

SUMARIO

I. Introducción: tipología de ocupaciones en residencias de la tercera edad.

II. Perfil femenino de las ocupaciones sanitarias y socioasistenciales.

III. Riesgos laborales en el trabajo de cuidados en residencias de ancianos.

1. Riesgos laborales del personal sanitario y socioasistencial de residencias de ancianos: planteamiento general.

2. Riesgos psicosociales, con especial atención a la violencia externa y al burnout.

3. Riesgos biológicos, en general, y el COVID-19, en particular.

4. Riesgos ergonómicos derivados de la movilización de usuarios.

IV. Los avances técnicos como ayuda frente al riesgo.

Bibliografía

Anexo

I. Introducción: tipología de ocupaciones en las residencias de la tercera edad

Una visión inicial del personal que presta servicios en las residencias de ancianos ofrece una imagen en la que confluyen grupos sometidos a diversos estamentos legales y que presentan un perfil profesional muy variopinto, “resultado de incluir en un mismo espacio físico y conceptual políticas sociales, laborales y empresariales que obedecen a distintos intereses”¹.

¹ GÓMEZ MARTÍNEZ, C.S. *Análisis de las relaciones de los agentes sociales que operan en residencias de personas mayores en la región de Murcia*. Tesis doctoral. P. Echevarría Pérez y J. Rivera Navarro (dirs.). Murcia: Universidad Católica de San Antonio, 2016, p. 202 [consulta: 20 febrero 2021]. Disponible en: <http://repositorio.ucam.edu/handle/10952/2046>

A fin de alcanzar un superior nivel de concreción, resulta indudable que el convenio colectivo aplicable ofrece una pauta esencial para la identificación de las categorías y grupos de trabajadores de estos centros. De entre la gran diversidad de documentos de posible consulta (pues la negociación se desarrolla en distintos niveles territoriales), parece adecuado seleccionar como referente aquel cuyo ámbito de aplicación es el estatal; a saber, el VII Convenio colectivo marco estatal de servicios de atención a las personas dependientes y desarrollo de la promoción de la autonomía personal (residencias privadas de personas mayores y del servicio de ayuda a domicilio), suscrito en julio de 2018². Esta norma estructura el sistema de clasificación profesional en tres grandes áreas de actividad: en primer lugar, gestión, administración y servicios generales; en segundo término, servicios socioasistenciales, y, por último, servicios residenciales.

Desde un enfoque no normativo, sino doctrinal, dentro del grupo de trabajadores de una residencia cabe identificar cuatro subgrupos claramente diferenciados: el de dirección, el de equipo técnico (formado por profesionales titulados superiores -médico, enfermero, fisioterapeuta, psicólogo, terapeuta ocupacional y trabajador social- y algunos intermedios -responsable de ocio y tiempo libre-), el de auxiliares de geriatría y, por último, el de servicios básicos (cocina, lavandería, limpieza y mantenimiento)³.

Aun cuando todos ellos desempeñan labores de la máxima importancia para el funcionamiento de las residencias, algunas de las áreas funcionales indicadas están más estrechamente vinculadas al cuidado directo de los ancianos ingresados: los servicios sanitarios y socioasistenciales en sentido estricto. En definitiva, y siguiendo el organigrama convencional, titulados superiores y especialistas (médico y psicólogo), mandos intermedios (coordinador de enfermería, enfermero, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional y trabajador social), personal cualificado (técnico en actividades socioculturales) y personal auxiliar (solo gerocultor⁴, pues al margen deben quedar los profesionales de la ayuda a domicilio y la teleasistencia). De entre todos ellos, el mayor peso cuantitativo corresponde a cuantos desarrollan funciones de auxiliar de enfermería, que representan el 49,2% del personal ocupado en la actividad de asistencia en establecimientos residenciales para personas mayores y con discapacidad física⁵.

² Resolución de 11 de septiembre de 2018, de la Dirección General de Trabajo, por la que se registra y publica el VII Convenio colectivo marco estatal de servicios de atención a las personas dependientes y desarrollo de la promoción de la autonomía personal (residencias privadas de personas mayores y del servicio de ayuda a domicilio (BOE núm. 229, de 21 de septiembre de 2018). Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2018-12821

³ GÓMEZ MARTÍNEZ, op. cit., p. 405.

⁴ Un interesante repaso a como esta categoría ha sido recogida en los sucesivos convenios colectivos estatales (hasta llegar al VI Convenio Colectivo marco estatal de servicios de atención a las personas dependientes y desarrollo de la promoción de la autonomía personal, del año 2012), en una evolución que hace patente tanto su creciente importancia como su perfil sociosanitario, en GÓMEZ MARTÍNEZ, op. cit., pp. 80-84.

⁵ INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO. *Siniestralidad en la actividad de asistencia en establecimientos residenciales 2016* [en línea]. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, 2017, p. 12 [consulta: 20 febrero 2021]. Disponible en: <https://www.insst.es/documentacion/catalogo-de-publicaciones/siniestralidad-en-la-actividad-de-asistencia-en-establecimientos-residenciales>

II. Perfil femenino de las ocupaciones sanitarias y socioasistenciales

Realizada esta acotación, procede poner de relieve el carácter feminizado de las citadas ocupaciones. Resulta ya un lugar común la afirmación de una destacable prevalencia de mujeres en la prestación de cuidados informales, realidad que se vincula históricamente con la existencia de un reparto de roles en el seno de las familias⁶.

En efecto, en España, como en el resto de Europa (sobre todo en los países del sur), el cuidado informal (no remunerado) de niños, mayores, enfermos... ha sido y todavía es una actividad claramente femenina, pues la inmensa mayoría de personas cuidadoras son mujeres, con carácter general pertenecientes al propio núcleo familiar⁷. Los datos lo corroboran, pues según algunos estudios, el 74% de cuantos asumen la responsabilidad principal de cuidar a alguien dependiente de su entorno son mujeres⁸. De hecho, y afinando un poco más, “el perfil típico de la persona cuidadora... es una mujer de entre 45 y 64 años de edad, que reside en el mismo hogar que la persona que cuida, de nivel socioeconómico bajo y sin trabajo remunerado”⁹.

Así las cosas, la división sexual del trabajo que tradicionalmente ha existido en el ámbito del hogar (que afecta a las labores de cuidado familiar y del hogar en sentido amplio) ha alcanzado al reparto de ocupaciones en el mercado laboral, donde la incorporación de la mujer se ha realizado de forma desigual, centrándose en los trabajos no son sino prolongación de las tareas socialmente adjudicadas a ellas¹⁰ y que ponen de manifiesto la persistencia de estereotipos de género. A resultas de este proceso ha venido existiendo una sobre-representación femenina en sectores como educación, asistencia social, sanidad, hostelería o limpieza¹¹ que todavía persiste y que aparentemente lo seguirá haciendo en el futuro de atender a los números que revelan las administraciones educativas.

Un repaso a los datos de matrícula en Formación Profesional en el curso 2017/2018 muestra un predominio absoluto de alumnas en determinadas titulaciones. Dejando a un lado los estudios relacionados con trabajo de manufactura y fabricación (donde el sesgo

⁶ DEL RÍO LOZANO, M^a. *Desigualdades de género en el cuidado informal y su impacto en la salud*. Tesis doctoral. M^a.M. García Calvente y F. Entrena Durán (dirs.). Granada: Universidad de Granada, 2014, p. 75 [consulta: 20 febrero 2021]. Disponible en: <https://digibug.ugr.es/handle/10481/34181>

⁷ GARCÍA CALVENTE, M^a.M., DEL RÍO LOZANO, M^a. y EGUIGUREN, A.P. Desigualdades de género en el cuidado informal de la salud. En: *Inguruak: Revista Vasca de Sociología y Ciencia Política*. 2007, n^o 44, p. 292.

⁸ GARCÍA CALVENTE, M^a.M., DEL RÍO LOZANO, M^a. y MARCOS MARCOS, J. Desigualdades de género en el deterioro de la salud como consecuencia del cuidado informal en España. En: *Gaceta Sanitaria*. 2011, Vol. 25, Supl. 2, p. 101.

⁹ GARCÍA CALVENTE, M^a.M. *et al.* Análisis de género en las percepciones y actitudes de los y las profesionales de atención primaria ante el cuidado informal. En: *Gaceta Sanitaria*. 2010, Vol. 24, n^o 4, p. 300.

¹⁰ VILCHES ARRIBAS, M^a.J. La acción positiva como instrumento para la igualdad de oportunidades; una perspectiva sindical. En: *Cuadernos de Relaciones Laborales*. 1995, n^o 6, p. 36.

¹¹ Como han constatado desde hace tiempo, entre muchos, FRAU LLINARES, M^a.J. *Mujer y trabajo. Entre la producción y la reproducción*. Alicante: Universidad de Alicante, 1999, p. 174 o ELDER, S. y JOHNSON, J. Los indicadores laborales por sexo revelan la situación de la mujer. En: *Revista Internacional del Trabajo*. 1999, Vol. 118, n^o 4, p. 518.

de género, por cierto, es también digno de mención) y centrándose en el sector servicios, los resultados son sumamente reveladores, situándose a la cabeza de la lista con mayor presencia femenina tres familias profesionales: imagen personal (89'7% de mujeres en grado medio y 94'1% en grado superior), servicios socioculturales y a la comunidad (85'8% y 87'1% respectivamente) y sanidad (73'2% y 75%)¹².

En el caso de los estudios universitarios, las cifras son también esclarecedoras. Las mujeres representan un 55'2% del total de alumnos matriculados en el curso 2018/2019, pero su porcentaje se eleva al 70'3% en el caso de Ciencias de la Salud. Por cuanto hace a los egresados 2017/2018, un 59'8% son mujeres, pero en la rama indicada este número se eleva al 70'8%¹³.

Ya en el ámbito laboral, los datos de 2019 proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística reflejan que, del total de mujeres ocupadas, un 14,2% lo estaban en actividades sanitarias y servicios sociales (solo un 3'7% de los hombres). Cifra solo superada por comercio y reparación de vehículos, respecto a la cual las diferencias son mucho más moderadas: se empleaban en estas actividades un 16'7% del total de trabajadoras y un 14'5% del de trabajadores. El tercer puesto correspondió, con idéntico porcentaje del 10'2%, a educación y hostelería, que emplearon, respectivamente, al 4'2% y al 7'4% del total de ocupados varones¹⁴.

En fin, pueden servir para completar esta imagen los números relativos a colegiación a fecha 31 de diciembre de 2019, pues, si bien es cierto que la diferencia entre médicos puede considerarse mínima (un 51'6% del total eran mujeres), en el caso de los diplomados en enfermería la feminización es absoluta, pues, de entre los colegiados, casi un 84'2% son enfermeras¹⁵.

¹² Datos especialmente relevantes si se tiene en cuenta que en Grado Medio las mujeres representan un 56'6% del total y en Grado Superior un 52'6%, MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y FORMACIÓN PROFESIONAL. *Datos y cifras. Curso escolar 2019/2020* [en línea]. Madrid: Ministerio de Educación y Formación Profesional, 2019, p. 25 [consulta: 20 febrero 2021]. Disponible en: ede.educacion.gob.es/publivena/datos-y-cifras-curso-escolar-20192020/ensenanza-estadisticas/23109. Asimismo, MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y FORMACIÓN PROFESIONAL. *Igualdad en cifras. MEFP 2020. Aulas por la igualdad* [en línea]. Madrid: Ministerio de Educación y Formación Profesional, 2020, pp. 22-23 [consulta: 20 febrero 2021]. Disponible en: <http://www.educacionyfp.gob.es/gl/mc/igualdad/igualdad-cifras.html>

¹³ Con parecidos datos en el caso de estudios de Máster, MINISTERIO DE UNIVERSIDADES. *Datos y cifras del Sistema Universitario Español. Publicación 2019-2020* [en línea]. Madrid: Ministerio de Universidades, 2019, pp. 25-27 [consulta: 20 febrero 2021]. Disponible en: https://www.ciencia.gob.es/portal/site/MICINN/menuitem.26172fcf4eb029fa6ec7da6901432ea0?vgn_extoid=364e006e96052710vgnVCM100001d04140aRCRD. También, MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y FORMACIÓN PROFESIONAL (2), op cit., pp. 25-26.

¹⁴ INE. *Hombres y mujeres en España* [consulta: 20 febrero 2020]. Disponible en: https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INEPublicacion_C&cid=1259924822888&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios/PYSLayout¶m1=PYSDetalleGratis¶m4=Ocultar

¹⁵ En el caso de diplomados en enfermería con título de matrona la diferencia es aún más destacada, pues casi el 93'4% de colegiados eran mujeres, INE. *Estadística de profesionales sanitarios colegiados* [consulta: 20 febrero 2021]. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176781&menu=ultiDatos&idp=1254735573175.

Por cuanto hace al concreto ámbito de las residencias de la tercera edad, la feminización del personal se constata, por ejemplo, en la investigación desarrollada en el año 2005 en los centros de Castilla y León, que incluyó el análisis de los riesgos laborales que afectaban a los puestos de enfermería, medicina y fisioterapia, auxiliar sanitario, atención psicosocial al paciente, restauración, lavandería y limpieza y personal de servicios. El trabajo de campo realizado en veinte residencias de Comunidad Autónoma consistió en sendos cuestionarios; uno general, dirigido a la gerencia de los diferentes centros (dieciocho), y otro específico, a cumplimentar por los trabajadores. El número de empleados participantes fue de ciento ochenta y tres, de los cuales un 78'73% fueron mujeres; dato especialmente relevante de tener en cuenta que el volumen de sujetos encuestados trae aparejada una significatividad alta a nivel estadístico, con un error global aproximadamente del siete por ciento¹⁶.

Análogos estudios afrontados en otros ámbitos geográficos conducen a unos resultados muy similares. Sirva de muestra el 89'62% puesto de manifiesto en un trabajo vinculado a la provincia de Valencia y que llega al 93'59% en el caso del personal de atención directa o, lo que es igual, una vez excluidas las tareas administrativas y los servicios auxiliares¹⁷. Asimismo, una investigación circunscrita a la Comunidad de Madrid concluye, en el ámbito de los servicios de atención a mayores dependientes, y para los concretos puestos de gerocultor, auxiliar de enfermería y auxiliar de ayuda a domicilio, que estos son desempeñados mayoritariamente por mujeres, pues así ocurre en el 93'46% de los casos¹⁸.

Por si duda hubiere, el Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo constata a nivel nacional la general feminización del sector de asistencia en establecimientos residenciales, con un peso porcentual de mujeres situado en el 87%, que en el concreto espacio de los centros para personas mayores y con discapacidad física alcanza un porcentaje del 89'3%, “siendo globalmente este sector uno de los más feminizados de nuestra economía”¹⁹.

¹⁶ JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN. *Prevención de riesgos laborales en residencias de la tercera edad* [en línea]. Valladolid: Consejería de Economía y Empleo, 2005, pp. 5-15 [consulta: 20 febrero 2021]. Disponible en: <https://trabajoyprevencion.jcyl.es/web/jcyl/TrabajoYPrevencion/es/Plantilla100Detalle/1284382916653/11/1260365801366/Redaccion>

¹⁷ INVASSAT. *La prevención de riesgos laborales en el sector de asistencia en residencias de la tercera edad de la provincia de Valencia* [en línea]. Valencia: Instituto Valenciano de Seguridad y Salud en el Trabajo, 2017, pp. 34 y 36 [consulta: 20 febrero 2021]. Disponible en: http://invassat.gva.es/es/novedades/-/asset_publisher/IGQb4NYQG1sK/content/id/165150855

¹⁸ IDEARA. *Estudio de los riesgos ergonómicos en la movilización de residentes/usuarios en centros de atención a personas mayores dependientes* [en línea]. Madrid (Instituto Regional de Seguridad y Salud en el Trabajo), 2014, p. 22 [consulta: 20 febrero 2021]. Disponible en: https://idearainvestigacion.es/ft_portfolio/riesgos-ergonomicos-en-la-movilizacion/

¹⁹ INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, op. cit., pp. 11-12 y 23.

III. Riesgos laborales en el trabajo de cuidados en residencias de ancianos

En el trabajo desarrollado en las residencias de ancianos rige plenamente la normativa general de seguridad y salud (Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de riesgos Laborales -LPRL- y sus reglamentos de desarrollo en relación con la gestión, con los lugares y los equipos de trabajo y protección, con los riesgos específicos, etc.), sin perjuicio de las singularidades aplicables a los centros públicos y sus empleados, sean funcionarios o laborales, pero que en nada afecta al derecho de estos a trabajar en un entorno seguro.

Además, será preciso tener en cuenta, de forma especial, las disposiciones convencionales pactadas por los agentes sociales. En este sentido, y como prueba de la importancia que la salud laboral presenta en el sector, el ya citado VII Convenio Colectivo marco, operativo solo en centros privados, destina a la materia ocho artículos (arts. 31 a 38), incluidos en un extenso Capítulo V (“Prevención de riesgos laborales y salud laboral”) cuyo repaso resulta imprescindible.

Comienza con una alusión expresa a la LPRL que sirve para dejar constancia del derecho de los trabajadores a su seguridad y salud y del correlativo deber empresarial de garantizarlo adoptando cuantas medidas sean precisas (entre otras, formación del personal y entrega previa al mismo de un protocolo de actuación), así como de la obligación de aquellos de velar por el cumplimiento de cuantas medidas se implementen al respecto.

Tras estos principios, se otorga singular relevancia a los aspectos colectivos; más en concreto, a la participación de los trabajadores a través de diversos órganos, destacando, primero, los delegados de prevención, base sobre la que se estructura aquella participación y figura especializada en materia preventiva. Haciendo uso de la habilitación conferida por el art. 35.4 LPRL para alterar el sistema legal de elección (“por y entre los representantes del personal”), el convenio modifica tanto la legitimación activa como la pasiva para permitir que sea nombrada “cualquier persona trabajadora que la representación unitaria o sindical del personal del centro estime”. El tiempo destinado a la formación de estos delegados será considerado, en todo caso, como tiempo de trabajo efectivo.

En segundo lugar, sin aportar nada nuevo más allá de una remisión a los términos legales, se efectúa una somera mención al comité de seguridad y salud, órgano paritario y colegido de participación periódica, conformado, en virtud del art. 38.2 LPRL, “por los delegados de prevención, de una parte, y por el empresario y/o sus representantes en número igual al de los delegados de prevención, de la otra”.

En tercer término, y haciendo uso de nuevo de la regla de disponibilidad contemplada en el art. 35.4 LPRL, se crea un órgano de participación específico, los delegados sectoriales de prevención, nombrados, hasta un máximo de cinco, por las organizaciones sindicales firmantes del convenio en proporción a su representación en la comisión paritaria y llamados a actuar en el ámbito de todas las empresas incluidas en aquel. Sus competencias y facultades son equiparadas a las de los delegados de prevención (cuyo papel asumirán

en las empresas que no dispongan de ellos), pero sin que en ningún caso sus actuaciones puedan prevalecer sobre las de los elegidos en el ámbito empresarial (con los que deben colaborar).

Por último, la propia comisión paritaria del convenio, a la que se atribuye la tarea de elaborar estudios sobre los riesgos laborales en el conjunto del sector a fin de proporcionar una información de base para el establecimiento de medidas dirigidas a lograr unas mejores condiciones laborales. A ello se añaden otras funciones específicas en materia preventiva; entre otras, promover la difusión de la legislación al respecto aplicable al sector (con especial atención a los riesgos ergonómicos y psicosociales), establecer un catálogo de puestos para personas con discapacidad y la adaptación de los mismos para la adecuada protección de los trabajadores especialmente sensibles, elaborar un programa de actuación en el ámbito de las drogodependencias, asumir las funciones del delegado de prevención donde no exista y colaborar con él donde sí o, por no seguir, vigilar las obligaciones legales de la empresa en relación con la seguridad y salud laboral, en especial respecto al diseño y aplicación de planes y programas, participación en los servicios de prevención, evaluación de riesgos, formación e información, vigilancia de la salud, investigación de accidentes y enfermedades, epidemiología laboral y protección de la maternidad y la lactancia y de los trabajadores nocturnos y a turnos. A ello procede añadir la atribución en bloque de las competencias y facultades definidas en los arts. 38 y 39 LPRL para los comités de seguridad y salud (art. 13).

El resto del capítulo se destina a ciertos aspectos concretos enfocados de forma monográfica: drogodependencias, vigilancia de la salud (donde el único añadido a las exigencias legales es la previsión de una revisión anual para el personal sometido a riesgo específico y en relación, precisamente, con este), medidas de emergencia (reiteración parcial del art. 20 LPRL con remisión expresa a la normativa autonómica vigente aplicable a los centros de atención para mayores), gestión y protección medioambiental, ropa de trabajo, protección de la maternidad (sin mayor trascendencia) y tutela de trabajadoras víctimas de violencia de género.

En relación con el consumo de drogas, tras la constatación de su incremento y de los riesgos que trae aparejado, se establece un plan integral (preventivo, asistencial y reinsertivo) de carácter voluntario, carente de carácter sancionador y presidido por el afán de que en su diseño e implantación se garantice la participación -concretada en un derecho de consulta- de los representantes unitarios o sindicales de los trabajadores o, en su defecto, de los propios empleados. El diseño del concreto programa de actuación, tal y como ya se avanzó, corresponde a la comisión paritaria del convenio.

Las previsiones sobre medioambiente, por su parte, no pasan de una declaración de intenciones, en tanto los negociadores, primero constatan que “la defensa de la salud en los lugares de trabajo no puede ser eficaz si al mismo tiempo no se asume la responsabilidad propia en relación con la gestión de la repercusión medio ambiental de las actividades laborales y no abarca la defensa del medio ambiente”, motivo por el cual “hay que evaluar y prevenir las condiciones en las que se desarrolla el trabajo y también

las repercusiones del mismo sobre este”, y, acto seguido, establecen que “esta responsabilidad exige que las empresas establezcan y pongan en práctica políticas, objetivos y programas en materia de medio ambiente y sistemas eficaces de gestión medio ambiental, por lo que deberá adoptarse una política en este sentido que contemple el cumplimiento de todos los requisitos normativos correspondientes, así como las responsabilidades derivadas de la acción empresarial en materia de medio ambiente”.

La alusión a la ropa de trabajo constituye un lugar común en la negociación colectiva; por lo general incluyéndola en el apartado destinado a salud laboral, aunque, en principio, la cuestión nada tenga que ver con la prevención de riesgos, sino únicamente con la uniformidad exigida por la empresa. Así ocurre en el presente caso cuando se señala que “las empresas están obligadas a facilitar al menos dos uniformes, incluyendo una prenda de abrigo siempre y cuando [los trabajadores] estén obligados a salir uniformados al exterior”. Ahora bien, sí entra plenamente en el marco de la seguridad y salud en el trabajo el resto de la disposición, donde la citada obligación de entrega se extiende a “los medios de protección personal de carácter preceptivo adecuados para el ejercicio de sus funciones, entre los que se encontrarán el calzado y los guantes homologados que sean necesarios”, además de imponer al personal la obligación de usar y cuidar dichos elementos.

Algo parecido (al menos por cuanto hace a una ubicación en el seno del convenio que puede resultar ocasionalmente confusa) ocurre con la protección de las víctimas de violencia de género, cuya inclusión en el capítulo destinado a la prevención de riesgos laborales parece fuera de lugar cuando las únicas previsiones consisten en remitir a la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, y/o incorporar parte de su contenido, sea de forma literal, sea de manera resumida. En el caso analizado, se reproduce el tenor legal para hacer hincapié en lo relativo al tiempo de trabajo, la movilidad geográfica y la suspensión o extinción del contrato, sin añadir ninguna previsión de naturaleza preventiva, como pudiera ser la consideración de estas trabajadoras como especialmente sensibles a los riesgos.

Ya fuera del citado Capítulo V, existen algunas otras alusiones dispersas que deben ser oportunamente referenciadas: primero, la citada atribución a la comisión paritaria de las competencias y facultades propias de los comités de seguridad y salud (art. 13); segundo, el recordatorio de que representantes unitarios y sindicales conservan sus funciones en relación con la organización y racionalización del trabajo contempladas no solo en el Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores (ET), sino también en la LPRL (art. 15); tercero, la inclusión de la específica formación preventiva como objetivo formativo de la empresa (art. 28); cuarto, la reiteración de los derechos de información, vigilancia y control que en materia de siniestralidad y riesgos establece el art. 64 ET para los representantes unitarios (art. 59); quinto, el establecimiento como falta grave o muy grave, según el caso, del incumplimiento de las normas y medidas de seguridad y salud laboral (art. 60) y, sexto, la posible inclusión en los planes de igualdad de “medidas para detectar y corregir

posibles riesgos para la salud de las trabajadoras, en especial de las mujeres embarazadas, así como acciones contra los posibles casos de acoso moral, sexual y por razón de sexo” (art. 67).

1. Riesgos laborales del personal sanitario y socioasistencial de residencias de ancianos: planteamiento general

Tal y como se ha indicado en páginas precedentes, uno de los rasgos característicos del sector de las residencias de ancianos es la presencia de trabajos de diversa índole, circunstancia que, sin duda alguna, afectará tanto a la naturaleza de los riesgos a los que el trabajador puede verse expuesto, como a las medidas preventivas y de protección a implementar. Ahora bien, también es cierto que muchas de las amenazas que afectan a estos empleados “confluyen en los diferentes puestos de trabajo”, por lo que es posible adoptar un enfoque global, aunque sea abierto a especificidades²⁰. Esta confluencia resulta especialmente destacada, como no podía ser de otro modo, de circunscribir el análisis al personal estrictamente vinculado al cuidado de los usuarios, delimitado por el carácter sanitario o socioasistencial de sus funciones, debidamente descritas en el convenio colectivo de referencia.

Además, preciso es indicarlo, la aludida delimitación funcional, pese a resultar clara en el plano formal, en la práctica dista de ser tan precisa. Sirva de ejemplo el trabajo de enfermería para constatar que esta ocupación, al igual que el resto, no es plenamente homogénea, pues las tareas y funciones de este personal varían de una residencia a otra: en aquellas que disponen de una plantilla multidisciplinar con médico, trabajador social, psicólogo y fisioterapeuta, el rol laboral de enfermería queda más delimitado que en aquellas otras que no disponen de un equipo tan amplio, en las cuales el personal de enfermería acaba asumiendo “cometidos informativos y asistenciales que podría y debería desarrollar otro perfil profesional”. Circunstancia que, según se puede intuir, unifica todavía más los riesgos a los que se exponen unos y otros trabajadores²¹.

Teniendo esto presente, cabe adelantar que existe un riesgo “estrella” que alcanza a la totalidad del personal de centros de atención a personas mayores: el psicosocial, en general, y el *burnout* y la violencia, en particular. Esta amenaza es transversal, por lo que, sin perjuicio de las diferencias de nivel que pueda presentar, admite una análisis global. Un poco más acotado se presenta otro de los peligros con mayor trascendencia en este ámbito, el biológico (especialmente destacado en el vigente contexto de pandemia por COVID-19), que puede incidir especialmente en aquellos trabajadores que mantienen relación directa con los usuarios. En fin, ningún análisis en la materia puede obviar la posible incidencia de trastornos musculoesqueléticos, que como problema específico de las residencias se vincula de forma singular con funciones muy concretas: la movilización de personas dependientes.

²⁰ JUNTA DE CASTILLA Y LEON, op. cit., p. 3.

²¹ LEKUONA ANCIZAR, P. y CALVO AGUIRRE, J.J. Atención sanitaria y de enfermería en las residencias de mayores de Guipuzkoa. En: *Zerbitzuan. Revista de Servicios Sociales*. 2010, nº 47, p. 43.

Sin perjuicio de la presencia de otros posibles riesgos (físicos, mecánicos o químicos), la particular significación de los indicadores justifica centrar la atención en los mismos.

2. Riesgo psicosocial, con especial atención a la violencia externa y al *burnout*

Tal y como ha resaltado la doctrina, “en los cuidadores formales se mezclan diversos estresantes que convierten su [trabajo en] actividad de alto riesgo”²².

En efecto, las investigaciones realizadas hasta la fecha ponen de manifiesto una especial incidencia derivada de la carga mental del trabajo y de factores organizativos²³, aunque ofrecen diferencias notables en cuanto hace al nivel de riesgo detectado y a los factores generadores. En relación con estos últimos, y sin negar que no existe plena homogeneidad entre todos los puestos, cabe citar, con carácter general, la turnicidad, la nocturnidad, la habitualidad de los imprevistos, el trato con personas con patologías o estados que dificultan las relaciones interpersonales, las actuaciones de los familiares de los usuarios, el desgaste emocional (especialmente destacado en los últimos tiempos, debido al terrible contexto generado en las residencias de ancianos por la incidencia del COVID-19), la repetitividad de algunas tareas... Pero también, en ocasiones, otros vinculados a una deficiente organización (indefinición de tareas y responsabilidades, insuficiencia de personal, etc.), a una situación laboral no óptima o un clima de trabajo poco adecuado, que también contribuyen de forma relevante a la generación de estrés laboral.

Dos aspectos psicosociales merecen ser destacados. En primer lugar, el de la violencia, procedente de los usuarios o de los familiares²⁴, que afectará particularmente a quienes, por su trabajo, mantienen una relación cercana con los ancianos o deben comunicarse con las personas de su entorno²⁵. Se trata de la que ha venido a calificarse como “violencia tipo II” o de servicios; a saber, la desplegada por “clientes”.

En el caso de las agresiones llevadas a efecto de los propios usuarios, la situación puede ser achacada en gran medida a su propia condición mental o médica, pero también a un sentimiento de maltrato, agravio o vulnerabilidad; en la que proviene de su círculo cercano puede guardar relación también con la frustración, sensación de engaño o resentimiento en el marco de la relación “comercial” establecida con los administradores del servicio o los profesionales sociosanitarios. A ello cabe añadir cuestiones relacionadas

²² CARRASCO TEMIÑO, M^a.A. El estrés y la salud de cuidadores formales en residencias de mayores. En: *Eur. J. Health Research*. 2019, Vol. 5, nº 2, p. 110.

²³ Más elevada en las residencias privadas que en las públicas, pues “la carga mental es más moderada y la autonomía temporal es mayor” en los trabajadores de estas últimas; asimismo, “el interés por el trabajo es también más elevado en el sector público, además parece que en el sector privado no se los valora tanto y tienen una menor motivación”, JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN, op. cit., pp. 29-30.

²⁴ No se trata pues de violencia procedente de un compañero, sino de terceros vinculados de algún modo a la unidad productiva, PÉREZ BILBAO, J. y NOGAREDA CUIXART, C. *Nota Técnica de Prevención 489. Violencia en el lugar de trabajo* [en línea]. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, 1998 [consulta: 20 febrero 2021. Disponible en: https://www.insst.es/ntp-notas-tecnicas-de-prevencion?p_r_p_resetCur=true&p_r_p_querydoc=&p_r_p_categoryIds=&p_r_p_year=1998

²⁵ Destaca el riesgo en enfermeros y auxiliares, LAMEIRO VILARIÑO, C. *et al.* Violencia laboral en Instituciones sanitarias Análisis de un perfil cambiante. En: *Enfermería del Trabajo*. 2013, Vol. 3, nº 2, p. 24.

con la organización del centro y del trabajo que pueden agravar el problema y que tienen que ver con el tiempo de espera, la falta de información, deficiencias de señalización, espacios comunes o disconformidad con la atención profesional o el trato recibido²⁶. En cualquier caso, los factores varían de un centro a otro en función de la localización, el tamaño y el tipo de cuidados²⁷.

Procede hacer notar en este punto que en el concreto ámbito de la sanidad la cuestión de la violencia resulta, de hecho, un problema estratégico y estructural, tal y como afirmaron la Organización Internacional del Trabajo (OIT), el Consejo Internacional de Enfermería (CIE), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Internacional de Servicios Públicos (ISP), en sus *Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud*. A nivel interno, la reforma del Código Penal en el año 2015 para incluir como actos de atentado a la autoridad las agresiones contra docentes o sanitarios lo confirma²⁸.

Por todo ello, y sin perjuicio de incidir especialmente en los puestos con superior nivel de riesgo, son convenientes algunas acciones generales que incluyan mejoras en la visibilidad y la iluminación; una adecuada disposición de las zonas de espera, recepción y atención; la garantía de un volumen de plantilla adecuado a las necesidades del centro y para el desarrollo de cada tarea; la rotación en las labores con un riesgo más elevado, destinando a estas un número superior de trabajadores o, en fin, la formación del personal en el reconocimiento de los indicios de violencia y en su manejo.

El segundo riesgo a destacar es el *burnout* (“síndrome psicológico que consiste en el desgaste profesional, estudiado por numerosos autores y de difícil conceptualización”²⁹), no en vano es una problemática que, por su propia naturaleza, se vincula de forma relevante con el desarrollo de labores de tipo asistencial. Este síndrome del trabajador quemado afecta al personal de residencias de ancianos debido a la naturaleza misma de estas instituciones, que implican un trato continuado con personas enfermas, cercanas a la muerte y a menudo deprimidas³⁰; pero la amenaza (condicionada por la propia resiliencia del trabajador³¹) se ve incrementada por factores como la elevada

²⁶ Según recoge la Resolución de 26 de noviembre de 2015, de la Secretaría de Estado de Administraciones Públicas, por la que se publica el Acuerdo del Consejo de Ministros de 20 de noviembre de 2015, por el que se aprueba el Protocolo de actuación frente a la violencia en el trabajo en la Administración General del Estado y los organismos públicos vinculados o dependientes de ella. Publicado en el BOE, núm.295 (jueves 10 de diciembre de 2015).

²⁷ MIRET MAS, C. y MARTÍNEZ LARREA, A. El profesional en urgencias y emergencias: agresividad y *burnout*. En: *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 2010, nº 33, Supl. 1, p. 193.

²⁸ CANTARERA, L.M., CERVANTES, G. y BLANCH, J.M. Violencia ocupacional: el caso de los profesionales sanitarios. En: *Papeles del Psicólogo*. 2008, Vol. 29, nº 1, p. 50.

²⁹ CARRASCO TEMIÑO, M^a.A., op. cit., p. 110.

³⁰ La labor de cuidado de adultos mayores es “una profesión que favorece las condiciones para el desarrollo del estrés ocupacional y el desgaste profesional o *burnout*”, HERNÁNDEZ ZAMORA, Z.E. y EHRENZWEIG SÁNCHEZ, Y. Percepción de sobrecarga y nivel de *burnout* en cuidadores formales del adulto mayor institucionalizado. En: *Enseñanza e Investigación en Psicología*. 2008, Vol. 13, nº 1, p. 130.

³¹ Los cuidadores con baja resiliencia parecen verse más afectados por la indiferencia y el agotamiento en el trabajo, mientras que los que cuentan con alta resiliencia ven reducida su vulnerabilidad frente a riesgos laborales como el *burnout*, MENEZES DE LUCENA CARVALHO, V.A., et al. Resiliencia y el modelo *Burnout-Engagement* en cuidadores formales de ancianos. En: *Psicothema*. 2006, Vol. 18, nº 4, p. 795.

responsabilidad de las labores realizadas, la sobrecarga de trabajo, la ambigüedad y el conflicto de rol, el diseño del sistema de turnos o el trabajo nocturno, las obligaciones derivadas de la conciliación de vida laboral y familiar o el exceso de precariedad laboral (sobre todo derivado de la temporalidad).

En fin, aunque el *burnout* puede estar presente en todos los grupos profesionales de estos centros, existen diferencias respecto a sus dimensiones, pues en el marco del personal sanitario y socioasistencial no suelen presentarse problemas en relación con la realización en el trabajo³², sino más bien manifestaciones de cansancio emocional y despersonalización³³.

Sea como fuere, se trata de un riesgo psicológico de gran envergadura y que puede traer aparejadas consecuencias muy negativas tanto en la salud de los trabajadores, como en la calidad del servicio asistencial prestado a los ancianos, motivo por el cual es importante afrontarlo con solvencia y rigor. A estos efectos, será menester recurrir a los métodos existentes y científicamente testados, que operan en diversos planos: el personal o individual, el interrelacional o social y el organizativo.

Aun cuando suele ser habitual que la intervención sea puramente reactiva (cuando el problema ya se ha manifestado en bajas, errores, etc.), debe abogarse por una intervención sistemática que aglutine acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria y no se ciña solo a dar respuestas *a posteriori* o a facilitar a los trabajadores instrumentos para afrontar la singular fuente de estrés ante la que se encuentran; la clave está en mejorar las condiciones de trabajo, la organización y las redes de apoyo social, minorando así el riesgo³⁴. Afirmación, la precedente, útil en el ámbito del *burnout*, pero también en relación con el riesgo psicosocial en general.

3. Riesgo biológico, en general, y el COVID-19, en particular

El riesgo biológico, sin ser exclusivo del personal sanitario que opera en la residencia, sí tiene especial incidencia en el colectivo, no solo por la cercanía con los usuarios, sino también por posibles lesiones derivadas del manejo de agujas y otros instrumentos cortopunzantes que pueden traer aparejado el contagio de patógenos muy peligrosos (hepatitis en distintas variables, VIH...). Con todo, la transmisión vía respiratoria, que amplía el alcance del peligro también a otras categorías profesionales, ocupa en la actualidad un lugar destacado debido a la situación de pandemia, que ha venido a añadir la amenaza del COVID-19 a otras preexistentes.

³² Según lo manifestado por los encuestados en el estudio realizado en Castilla y León y varias veces citado, “el trabajo requiere la utilización de las capacidades al máximo, en especial para enfermeros, médicos y fisioterapeutas, aunque el resto de trabajadores también consideran lo mismo pero no en la misma medida”; las citadas ocupaciones sanitarias también “dan la mejor puntuación en la motivación para trabajar, mientras que el personal de servicios la peor”, JUNTA DE CASTILLA Y LEON, op. cit., p. 37.

³³ DA SILVA, M.J. *et al.* Evaluación de la presencia del síndrome de *burnout* en cuidadores de ancianos. En: *Enfermería Global*. 2009, nº 16, 2009, p. 9.

³⁴ Por extenso, CAMINOS CASADO, L. *Burnout, conflicto, clima laboral y otros factores organizacionales en auxiliares de enfermería que trabajan en residencias de ancianos*. Tesis doctoral. A. Amutio Careaga y R. Alzate Saez de Heredia (dirs.). País Vasco: Universidad del País Vasco, 2017 [consulta: 20 febrero 2021]. Disponible en <https://addi.ehu.es/handle/10810/25348>

Si en un ámbito resulta especialmente importante la prevención primaria, este es el de los peligros biológicos, respecto a los cuales destacan como acciones imprescindibles la vacunación, el escrupuloso respecto a las normas higienicosanitarias, el empleo de elementos de protección (gafas, guantes, batas, mascarillas...) o la manipulación correcta de los objetos punzantes y cortantes; mera muestra ejemplificativa dentro del elenco mucho más amplio que derivará de la aplicación del RD 664/1997, de 12 de mayo, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo, y normas conexas.

Mención expresa merece la amenaza del COVID-19, toda vez que, pese a las recomendaciones vertidas³⁵ y a las medidas adoptadas en las residencias de ancianos desde los inicios de la pandemia por coronavirus³⁶, aquellas han sido uno de los espacios más afectados por la enfermedad, tal y como constata el “Informe del Grupo de Trabajo COVID 19 y residencias” (presentado el 2 de diciembre de 2020 al Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia), donde se constata, por una parte, que “la gravedad de lo acaecido entre marzo y mayo es la evidencia palmaria de que la protección a las personas que están en centros residenciales, por su vulnerabilidad frente a la infección, debe ser considerada absolutamente prioritaria en la gestión global de la pandemia” y, por otra, que “la amenaza... sigue estando ahí y la evitación del contagio de las personas con mayor vulnerabilidad ante el virus es un elemento crucial para salvar vidas y para evitar la congestión del sistema sanitario”.

Si bien es cierto que las afirmaciones precedentes guardan relación con la situación de las personas usuarias del servicio, es decir, los ancianos, es fácil intuir también la conexión con la salud laboral del personal encargado del cuidado y atención de aquellos, tanto a nivel psicosocial como en cuanto hace al riesgo de contagio por contacto estrecho con los enfermos. De hecho, algunos de los factores que contribuyeron a empeorar la situación en las residencias de la tercera edad fueron, entre otros muchos referenciados por el citado Informe, el “colapso funcional debido al gran número de bajas del personal” (si bien es cierto que en ocasiones derivadas de cuarentenas sin contagio confirmado) y el uso inadecuado de los equipos de protección individual, pues en estos espacios, siendo habitual el empleo de guantes y batas, no lo era, sin embargo, el uso de mascarillas, pantallas, etc., ni el cumplimiento de las otras medidas que hoy se consideran fundamentales para evitar la transmisión del SARS-CoV-2 en entornos sanitarios y hospitalarios.

³⁵ Así, la *Guía de prevención y control frente al COVID-19 en residencias de mayores y otros centros de servicios sociales de carácter residencial* o el documento técnico *Recomendaciones a residencias de mayores y centros sociosanitarios para el COVID-19*, elaborados ambos por el Ministerio de Sanidad.

³⁶ A resultas de normas como la Orden SND/275/2020, de 23 de marzo, por la que se establecen medidas complementarias de carácter organizativo, así como de suministro de información en el ámbito de los centros de servicios sociales de carácter residencial en relación con la gestión de la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.

La gravedad de la situación se hace aún más patente una vez la Estrategia de vacunación frente a COVID-19 en España definió como grupo 1 (primer destinatario de las vacunas) al conformado por “residentes y personal sanitario y sociosanitario que trabaja en residencias de personas mayores y de atención a grandes dependientes”.

4. Riesgos ergonómicos derivados de la movilización de usuarios

Según datos del Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, del total de accidentes en la ocupación de asistencia en establecimientos residenciales para personas mayores y con discapacidad física el mecanismo del mismo fue, en el 60’8% de los casos, un sobreesfuerzo físico sobre el sistema musculoesquelético³⁷. Parece tratarse, además, de un problema que afecta con especial intensidad a las mujeres, sobre todo en la zona lumbar³⁸.

Los trastornos musculoesqueléticos hacen referencia a las “alteraciones que sufren estructuras corporales como los músculos, articulaciones, tendones, ligamentos, nervios, huesos y el sistema circulatorio, causadas o agravadas fundamentalmente por el trabajo y las características del entorno en el que este se desarrolla”³⁹, motivo por el cual muchas de estas dolencias están asociadas a tareas u ocupaciones concretas⁴⁰. Pueden ser el resultado de un traumatismo agudo, pero también (y es lo más habitual) ser la consecuencia de la exposición prolongada al factor de riesgo, evolucionando como lesiones que comienzan de forma insidiosa y cuyos efectos negativos van aumentando progresivamente. En cualquier caso, es importante señalar que estas lesiones musculoesqueléticas no derivan únicamente de las exigencias físicas del puesto (esfuerzos, posturas, movimientos...), sino que también es preciso tener en cuenta aspectos organizativos y psicosociales, la propia individualidad del sujeto y, por supuesto, elementos extralaborales. Así pues, en realidad, pueden confluir en estos daños múltiples factores que dificultan la identificación del origen y el diseño de soluciones adecuadas⁴¹.

En el concreto caso de las residencias de ancianos, parte de estas lesiones guardan relación con el proceso de movilización de las personas dependientes (levantarles, acostarles, cambiarles de postura, asearles, trasladarles...), actividad en la que está implicado de un modo u otro un porcentaje muy elevado del total de trabajadores de estos centros, sobre todo en actividades propias de auxiliar de enfermería y gerocultura, pero también en

³⁷ INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, op. cit., p. 17. A análoga conclusión llegan, en el caso de la Comunidad Autónoma de Madrid y de la provincia de Valencia, respectivamente, los estudios IDEARA, op. cit., pp. 34 e INVASSAT, op. cit., p. 36.

³⁸ “Valorando los aspectos ergonómicos, podemos ver rápidamente que las mujeres sufren, por lo general, más lesiones que los hombres. La lesión más generalizada es en la zona lumbar”, JUNTA DE CASTILLA Y LEON, op. cit., p. 23.

³⁹ AGENCIA EUROPEA PARA LA SEGURIDAD Y LA SALUD EN EL TRABAJO. Introducción a los trastornos musculoesqueléticos de origen laboral. En: *Facts*. 2007, nº 71, p. 1.

⁴⁰ AGENCIA EUROPEA PARA LA SEGURIDAD Y LA SALUD EN EL TRABAJO. Trastornos musculoesqueléticos de origen laboral en Europa. En: *Facts*. 2000, nº 3, p. 1.

⁴¹ “Ningún planteamiento puede aplicarse a todas las situaciones”, AGENCIA EUROPEA PARA LA SEGURIDAD Y LA SALUD EN EL TRABAJO. Prevención de los trastornos musculoesqueléticos de origen laboral. En: *Facts*. 2000, nº 4, p. 1.

fisioterapia, enfermería y terapia ocupacional⁴². Esta labor se vincula con un elevado riesgo de daño dorsolumbar⁴³ que hace especialmente importante el respeto de la normativa específica en la materia, señaladamente, RD 487/1997, de 14 de abril, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas a la manipulación manual de cargas que entrañe riesgos, en particular dorso lumbares, para los trabajadores.

La alternativa óptima pasa por una política de “cero levantamientos” manuales (optando por instrumentos mecánicos o electrónicos de ayuda, de uso generalizado en estos centros) o, de no ser posible, por buscar la máxima reducción de los mismos⁴⁴, así como la ejecución de estas operaciones de conformidad con protocolos adecuados (que dependerán del grado de participación del paciente o su peso, del tipo de maniobra a realizar, del número de personas que colaboran en el proceso...), la formación específica del personal, una adecuada organización de los recursos humanos (evitar que la movilización se realice por una sola persona y facilitar la rotación de tareas para que esta actividad no corresponda siempre a los mismos trabajadores) y la previsión de tiempo y espacio para la realización de ejercicios de estiramiento y calentamiento.

Las medidas más usualmente empleadas para responder a las amenazas puestas de manifiesto en las evaluaciones de riesgos ergonómicos se relacionan, precisamente, con la impartición de formación específica sobre técnicas de movilización, el ofrecimiento de información preventiva y la mejora en el mantenimiento de los equipos y ayudas técnicas utilizadas⁴⁵.

Sin embargo, en la práctica, aunque algunos estudios proporcionan conclusiones positivas, al revelar que “los trabajadores conocen bastante bien las posturas correctas y los métodos para mejorar los movimientos”, además de disponer de “medios para mejorar los levantamientos”⁴⁶, otros reducen el optimismo, al constatar bien deficiencias en la evaluación de los riesgos derivados de la movilización de dependientes⁴⁷, bien una falta de medios humanos y materiales para su levantamiento, junto con una insuficiente información y formación del personal encargado de tal tarea⁴⁸.

⁴² Un estudio que incluyó a 116 residencias geriátricas determinó que el colectivo de implicados en la movilización de personas mayores dependientes representa el 72'4% del total de trabajadores de las residencias; asimismo, estableció que del total de accidentes o enfermedades profesionales registradas en el período de referencia, el 61'29% se debieron a lesiones músculo-esqueléticas derivadas de dicha movilización, IDEARA, op. cit., pp. 17 y 18 y 63.

⁴³ Así lo demuestran aquellos estudios en los que se hace patente que, para los profesionales de atención directa en residencias de ancianos, las molestias son mayores para la región dorsolumbar (78%) y cuello (72%), siendo el personal auxiliar el que presenta mayor cantidad de problemas de esta índole, sobre todo en las zonas corporales indicadas (80% y 75%, respectivamente), INVASSAT, op. cit., p. 84.

⁴⁴ IDEARA, op. cit., p. 27.

⁴⁵ IDEARA, op. cit., p. 54.

⁴⁶ Sobre todo en las residencias públicas, JUNTA DE CASTILLA Y LEON, op. cit., pp. 23 y 29.

⁴⁷ Planteando la existencia de distintos métodos (entre los que aboga por el MAPO) y concluyendo que los generalmente empleados no resultan demasiado adecuados, IDEARA, op. cit., pp. 31-40, 69 y 74-75.

⁴⁸ INVASSAT, op. cit., p. 90.

IV. Los avances técnicos como ayuda frente al riesgo

La primera imagen que ofrecen las nuevas tecnologías en relación con la seguridad y salud en el trabajo es su consideración como amenaza. Siendo cierto, también es preciso detenerse siquiera un momento a valorar su importancia para avanzar hacia entornos de trabajo más seguros o hacia nuevos mecanismos e instrumentos destinados a prevenir los riesgos o a proteger a los trabajadores frente al daño.

Son múltiples los beneficios esperables de las nuevas tecnologías en este ámbito: robotización de las tareas más peligrosas⁴⁹, implementación de nuevos medios preventivos y de protección colectiva o individual⁵⁰, nuevos formatos para la información y formación de los trabajadores gracias a los procesos de digitalización⁵¹, utilidades específicamente sanitarias (sirviéndose de la nanomedicina, la telemedicina, los accesiones y aplicaciones diseñados para supervisar las funciones fisiológicas, las historias clínicas digitalizadas que permiten su uso para un análisis global tipo *big data*...) ⁵², herramientas brindadas por las TICs a los prevencionistas para el desarrollo de su actividad cotidiana (redes sociales, blogs, aplicaciones para dispositivos móviles con distintas funcionalidades, infografías...) ⁵³ o, en fin, instrumentos que permiten mejorar la gestión gracias a la realización de evaluaciones de riesgos más personalizadas, continuas y en tiempo real, al permanente control de los derivados de cambios dinámicos en los puestos y a la facilidad e inmediatez para informar (incluso formar) al trabajador sobre los peligros de su actividad⁵⁴.

En el concreto sector ahora analizado, destacan, por una parte, los avances técnicos y científicos relacionados con los equipos de protección frente al riesgo biológico, y, por otra, y dada la importancia de las afecciones dorsolumbares, destacan las posibilidades tecnológicas existentes para la ayuda en la movilización de dependientes, ámbito donde son precisos instrumentos cuyo nivel de complejidad resulta muy variopinto, pero que siempre están abiertos a una mejora continua acorde con la evolución de la ciencia: sábanas deslizantes que hacen más fáciles los desplazamientos longitudinales, deslizadores para ayudar a trasladar a la persona desde la silla hasta la cama o a la inversa, camas y camillas de altura regulable (y con barandillas móviles o extraíbles), sillas de

⁴⁹ LÓPEZ PELÁEZ, A. Mejoras en la seguridad y en la salud a través de la aplicación de estrategias de automatización avanzada. En: *Prevención, Trabajo y Salud*. 2003, nº 24, pp. 11 y ss.

⁵⁰ GÓMEZ-CANO ALFARO, M^a., BESTRATÉN BELLOVÍ, M. y GAVILANES PÉREZ, C. Revolución 4.0: el futuro está presente. En: *Seguridad y Salud en el Trabajo*. 2018, nº 94, p. 13.

⁵¹ Además, los vigentes sistemas “contribuyen a transportar contenidos dirigidos a un grupo destinatario específico y a una determinada edad”, FES. Digitalización y el Futuro del Trabajo. Sinopsis del estudio ‘Trabajar 4.0’ elaborado por el Ministerio Federal de Trabajo de Alemania. En: *Análisis*. 2017, nº 20, p. 12.

⁵² Debe reconocérsele su virtualidad para “ofrecer un tratamiento personalizado o mejorar la gestión de patologías para grupos poblacionales enteros”, BUHR, D. et al. *¿Hacia el Bienestar 4.0? La digitalización del Estado de bienestar en el mercado laboral, la asistencia sanitaria y la política de innovación: comparación europea*, 2017, pp. 23 y 34 [consulta: 20 febrero 2021]. Disponible en: <http://fes-madrid.org/pages/publicaciones.php>

⁵³ Por extenso, ÁLVAREZ MARTÍNEZ, J. Las actuales TICs y la prevención de riesgos laborales. En: *Revista del Instituto Asturiano de Prevención de Riesgos Laborales*. 2015, nº 26, pp. 52 y ss.

⁵⁴ GÓMEZ-CANO ALFARO, M^a.; BESTRATÉN BELLOVÍ, M. y GAVILANES PÉREZ, C.: “Revolución 4.0: el futuro está presente”, *Seguridad y Salud en el trabajo*, núm. 94, 2018, pág. 15.

ruedas, bipedestadores, trapecios o barras de apoyo que permiten al sujeto colaborar en la manipulación, arneses y grúas, discos de rotación, sillas eléctricas de levantamiento o camillas de evacuación (para reincorporar a una persona que se ha caído), dispositivos eléctricos para mover camas o camillas, plataformas elevadoras, etc.

En este contexto, el mal estado de las ruedas y los frenos, el difícil acceso a controles y manivelas de camas o sillas, la utilización de equipos y dispositivos mecánicos de levantamiento muy viejos o el hecho de que estos sean difíciles de operar, incómodos o peligrosos (todo ello unido al mal diseño estructural de los espacios, la existencia de obstáculos y la presencia de suelos en mal estado) constituyen factores con especial importancia en la producción de trastornos musculoesqueléticos⁵⁵. Agrava la situación la falta de concienciación por parte de algunos trabajadores respecto al necesario empleo de ayudas y equipos técnicos o a la insuficiente formación para su manejo⁵⁶.

Bibliografía

ÁLVAREZ MARTÍNEZ, Javier. Las actuales TICs y la prevención de riesgos laborales. En: *Revista del Instituto Asturiano de Prevención de Riesgos Laborales*. 2015, nº 26, pp. 52-57.

BUHR, D. et al. *¿Hacia el Bienestar 4.0? La digitalización del Estado de bienestar en el mercado laboral, la asistencia sanitaria y la política de innovación: comparación europea*, 2017 [consulta: 20 febrero 2021]. Disponible en: <http://fes-madrid.org/pages/publicaciones.php>

CAMINOS CASADO, Leire. *Burnout, conflicto, clima laboral y otros factores organizacionales en auxiliares de enfermería que trabajan en residencias de ancianos*. Tesis doctoral. A. Amutio Careaga y R. Alzate Saez de Heredia (dirs.). País Vasco: Universidad del País Vasco, 2017 [consulta: 20 febrero 2021]. Disponible en <https://addi.ehu.es/handle/10810/25348>

CANTARERA, Leonor M., CERVANTES, Genís y BLANCH, Josep María. Violencia ocupacional: el caso de los profesionales sanitarios. En: *Papeles del Psicólogo*. 2008, Vol. 29, nº 1, pp. 49-58.

CARRASCO TEMIÑO, María Aránzazu. El estrés y la salud de cuidadores formales en residencias de mayores. En: *Eur. J. Health Research*. 2019, Vol. 5, nº 2, pp. 100-118.

DA SILVA, María Josefina et al. Evaluación de la presencia del síndrome de *burnout* en cuidadores de ancianos. En: *Enfermería Global*. 2009, nº 16, 2009, pp. 1-11.

DEL RÍO LOZANO, María. *Desigualdades de género en el cuidado informal y su impacto en la salud*. Tesis doctoral. M^a.M. García Calvente y F. Entrena Durán (dirs.).

⁵⁵ INVASSAT, op. cit., p. 89.

⁵⁶ IDEARA, op. cit., p. 70.

Granada: Universidad de Granada, 2014 [consulta: 20 febrero 2021]. Disponible en: <https://digibug.ugr.es/handle/10481/34181>

ELDER, Sara y JOHNSON, Lawrence Jeffrey. Los indicadores laborales por sexo revelan la situación de la mujer. En: *Revista Internacional del Trabajo*. 1999, Vol. 118, nº 4, pp. 501-519.

FES. Digitalización y el Futuro del Trabajo. Sinopsis del estudio ‘Trabajar 4.0’ elaborado por el Ministerio Federal de Trabajo de Alemania. En: *Análisis*. 2017, nº 20, p. 1-19.

FRAU LLINARES, María José. *Mujer y trabajo. Entre la producción y la reproducción*. Alicante: Universidad de Alicante, 1999. ISBN 978-84-7908-437-0.

GARCÍA CALVENTE, M^a.M. *et al.* Análisis de género en las percepciones y actitudes de los y las profesionales de atención primaria ante el cuidado informal. En: *Gaceta Sanitaria*. 2010, Vol. 24, nº 4, pp. 293-302.

GARCÍA CALVENTE, María del Mar, DEL RÍO LOZANO, María y EGUIGUREN, Ana Pamela. Desigualdades de género en el cuidado informal de la salud. En: *Inguruak: Revista Vasca de Sociología y Ciencia Política*. 2007, nº 44, p. 291-308.

GARCÍA CALVENTE, María del Mar, DEL RÍO LOZANO, María y MARCOS MARCOS, Jorge. Desigualdades de género en el deterioro de la salud como consecuencia del cuidado informal en España. En: *Gaceta Sanitaria*. 2011, Vol. 25, Supl. 2, pp. 100-107.

GÓMEZ-CANO ALFARO, María, BESTRATÉN BELLOVÍ, Manuel y GAVILANES PÉREZ, Cecilia. Revolución 4.0: el futuro está presente. En: *Seguridad y Salud en el Trabajo*. 2018, nº 94, pp. 6-17.

GÓMEZ MARTÍNEZ, Carmelo Sergio. *Análisis de las relaciones de los agentes sociales que operan en residencias de personas mayores en la región de Murcia*. Tesis doctoral. P. Echevarría Pérez y J. Rivera Navarro (dirs.). Murcia: Universidad Católica de San Antonio, 2016 [consulta: 20 febrero 2021]. Disponible en: <http://repositorio.ucam.edu/handle/10952/2046>

HERNÁNDEZ ZAMORA, Zoila Edith y EHRENZWEIG SÁNCHEZ, Yamilet. Percepción de sobrecarga y nivel de *burnout* en cuidadores formales del adulto mayor institucionalizado. En: *Enseñanza e Investigación en Psicología*. 2008, Vol. 13, nº 1, pp. 127-142.

LAMEIRO VILARIÑO, Carmen *et al.* Violencia laboral en Instituciones sanitarias Análisis de un perfil cambiante. En: *Enfermería del Trabajo*. 2013, Vol. 3, nº 2, pp. 18-26.

LEKUONA ANCIZAR, Pilar y CALVO AGUIRRE, Juan José. Atención sanitaria y de enfermería en las residencias de mayores de Guipuzkoa. En: *Zerbitzuan. Revista de Servicios Sociales*. 2010, nº 47, pp. 37-47.

LÓPEZ PELÁEZ, Antonio. Mejoras en la seguridad y en la salud a través de la aplicación de estrategias de automatización avanzada. En: *Prevención, Trabajo y Salud*. 2003, nº 24, pp. 11-17.

MENEZES DE LUCENA CARVALHO, Virginia A. *et al.* Resiliencia y el modelo *Burnout-Engagement* en cuidadores formales de ancianos. En: *Psicothema*. 2006, Vol. 18, nº 4, pp. 791-796.

MIRET MAS, Carles y MARTÍNEZ LARREA, Alfredo. El profesional en urgencias y emergencias: agresividad y *burnout*. En: *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 2010, nº 33, Supl. 1, pp. 193-201.

PÉREZ BILBAO, Jesús y NOGAREDA CUIXART, Clotilde. *Nota Técnica de Prevención 489. Violencia en el lugar de trabajo* [en línea]. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, 1998 [consulta: 20 febrero 2021]. Disponible en: https://www.insst.es/ntp-notas-tecnicas-de-prevencion?p_r_p_resetCur=true&p_r_p_querydoc=&p_r_p_categoryIds=&p_r_p_year=1998

VILCHES ARRIBAS, María Jesús. La acción positiva como instrumento para la igualdad de oportunidades; una perspectiva sindical. En: *Cuadernos de Relaciones Laborales*. 1995, nº 6, pp. 35-43.

Anexo

AGENCIA EUROPEA PARA LA SEGURIDAD Y LA SALUD EN EL TRABAJO. Trastornos musculoesqueléticos de origen laboral en Europa. En: *Facts*. 2000, nº 3, pp. 1-2.

AGENCIA EUROPEA PARA LA SEGURIDAD Y LA SALUD EN EL TRABAJO. Prevención de los trastornos musculoesqueléticos de origen laboral. En: *Facts*. 2000, nº 4, pp. 1-2.

AGENCIA EUROPEA PARA LA SEGURIDAD Y LA SALUD EN EL TRABAJO. Introducción a los trastornos musculoesqueléticos de origen laboral. En: *Facts*. 2007, nº 71, pp. 1-2.

IDEARA. *Estudio de los riesgos ergonómicos en la movilización de residentes/usuarios en centros de atención a personas mayores dependientes* [en línea]. Madrid (Instituto Regional de Seguridad y Salud en el Trabajo), 2014 [consulta: 20 febrero 2021]. Disponible en: https://idearainvestigacion.es/ft_portfolio/riesgos-ergonomicos-en-la-movilizacion/

INE. *Hombres y mujeres en España* [consulta: 20 febrero 2020]. Disponible en: https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INEPublicacion_C&cid=1259924822888&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios/PYSLayout¶m1=PYSDetalleGratuitas¶m4=Ocultar

INE. *Estadística de profesionales sanitarios colegiados* [consulta: 20 febrero 2021]. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176781&menu=ultiDatos&idp=1254735573175.

INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO. *Siniestralidad en la actividad de asistencia en establecimientos residenciales 2016* [en línea]. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, 2017 [consulta: 20 febrero 2021]. Disponible en: <https://www.insst.es/documentacion/catalogo-de-publicaciones/siniestralidad-en-la-actividad-de-asistencia-en-establecimientos-residenciales>

INVASSAT. *La prevención de riesgos laborales en el sector de asistencia en residencias de la tercera edad de la provincia de Valencia* [en línea]. Valencia: Instituto Valenciano de Seguridad y Salud en el Trabajo, 2017 [consulta: 20 febrero 2021]. Disponible en: http://invassat.gva.es/es/novedades/-/asset_publisher/IGQb4NYQG1sK/content/id/165150855

JUNTA DE CASTILLA Y LEON. *Prevención de riesgos laborales en residencias de la tercera edad* [en línea]. Valladolid: Consejería de Economía y Empleo, 2005 [consulta: 20 febrero 2021]. Disponible en: <https://trabajoyprevencion.jcyl.es/web/jcyl/TrabajoYPrevencion/es/Plantilla100Detalle/1284382916653/11/1260365801366/Redaccion>

MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y FORMACIÓN PROFESIONAL. *Datos y cifras. Curso escolar 2019/2020* [en línea]. Madrid: Ministerio de Educación y Formación Profesional, 2019 [consulta: 20 febrero 2021]. Disponible en: ede.educacion.gob.es/publiventa/datos-y-cifras-curso-escolar-20192020/ensenanza-estadisticas/23109

MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y FORMACIÓN PROFESIONAL (2). *Igualdad en cifras. MEFP 2020. Aulas por la igualdad* [en línea]. Madrid: Ministerio de Educación y Formación Profesional, 2020 [consulta: 20 febrero 2021]. Disponible en: <http://www.educacionyfp.gob.es/gl/mc/igualdad/igualdad-cifras.html>

MINISTERIO DE UNIVERSIDADES. *Datos y cifras del Sistema Universitario Español. Publicación 2019-2020* [en línea]. Madrid: Ministerio de Universidades, 2019, pp. 25-27 [consulta: 20 febrero 2021]. Disponible en: <https://www.ciencia.gob.es/portal/site/MICINN/menuitem.26172fcf4eb029fa6ec7da6901432ea0/?vgnnextoid=364e006e96052710VgnVCM1000001d04140aRCRD>