

WBTT H&S

Herramientas de formación en salud y seguridad basadas en la web

2013-1-ES1-LEO05-66909



2014

ÍNDICE

CARACTERIZACIÓN DEL SECTOR SOCIAL	3
LEGISLACIÓN A NIVEL EUROPEO Y NACIONAL	7
Directivas europeas	7
Leyes nacionales generales y específicas	7
RIESGOS QUÍMICOS	9
RIESGOS BIOLÓGICOS	11
RIESGOS FÍSICOS Y CONDICIONES DE TRABAJO	12
ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO Y RIESGOS PSICOSOCIALES	15
Estrés laboral	16
Violencia	16
Alcohol y drogas	17
Riesgos específicos de las mujeres	17
SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL DE LOS TRABAJADORES	18
PREVENCIÓN EN MATERIA DE SEGURIDAD Y SALUD DE LOS TRBAJADORES DEL SECTOR SOCIAL	20
EXPERIENCIAS Y MEJORES PRÁCTICAS	23
METODOLOGÍAS Y HERRAMIENTAS DE FORMACIÓN E INFORMACIÓN	
RECOMENDACIONES Y DESAFÍOS	25
BIBLIOGRAFÍA	25
ANEXO	27

CARACTERIZACIÓN DEL SECTOR SOCIAL

Según los datos europeos, la tasa de accidentes en el sector social, entre trabajadores domésticos o asistentes de ancianos o enfermos, es un 34% superior al promedio de la UE en otras áreas. En Italia, se estima que hay más de dos millones de trabajadores que ofrecen asistencia a la persona.

La situación en toda Europa es todavía considerablemente compleja y diversa. En primer lugar, podemos afirmar sin duda que existen dos formas de satisfacer necesidades similares que se encuentran ampliamente diseminadas en la sociedad italiana (la atención a personas ancianas o discapacitadas en su propio hogar, evitando así el uso de residencias protegidas): la atención domiciliaria y la ayuda domiciliaria.

El sector social, que es uno de los más sectores de empleo más fuertes de Europa, es muy diverso e incluye:

- a) actividades socio médicas,***
- b) actividades de atención domiciliaria,***
- c) actividades educativas y de rehabilitación.***

Los profesionales que trabajan en el sector son numerosos y tienen diferentes labores y obligaciones que los exponen a tipos diversos de riesgos.

La tasa de accidentes laborales en este sector en la UE es significativamente superior a la media, siendo los principales factores de riesgos los relacionados con el estrés musculoesquelético, la exposición a agentes químicos, físicos y biológicos, y los aspectos medioambientales y organizativos.

La atención domiciliaria

La atención domiciliaria puede tener un carácter tanto social como sanitario. Cuando ambos aspectos se complementan, hablamos de atención domiciliaria integrada, concepto que implica, por lo general, la coordinación en virtud de un plan de atención individualizado que incluye intervenciones en el terreno sanitario y social.

Las experiencias de atención domiciliaria se remontan a los años setenta, mientras que la atención domiciliaria integrada se introdujo en la planificación sanitaria nacional a principios de los años noventa. Originalmente dirigida al terreno geriátrico, la atención domiciliaria integrada ofrece actualmente servicio a personas de todas las edades que tienen una necesidad de apoyo permanente tanto en el terreno puramente social como en el ámbito social y sanitario.

Por lo tanto, podemos afirmar que en la actualidad, Italia, la atención domiciliaria puede darse en tres niveles:

1. Un primer tipo de asistencia va dirigido a personas que son parcialmente dependientes o se encuentran en riesgo de exclusión, y que requieren una intervención de apoyo psicosocial y atención a la persona y su propiedad.
2. Un segundo tipo consiste en la realización de intervenciones relacionadas con la salud. Se ofrece a personas dependientes o que han salido recientemente del hospital y que requieren atención de enfermería, rehabilitación o atención médica especializada. Se trata de un tipo de asistencia que pretende evitar la admisión inadecuada en centros hospitalarios y mantener al paciente en su entorno habitual.

3. Un tercer tipo es el relacionado con situaciones más complejas, aquellas que requieren de atención domiciliaria integrada. En este caso, la asistencia médica se coordina con el servicio de bienestar social. Se trata, por tanto, de una fusión real de los dos primeros niveles.

El modelo de gestión más ampliamente utilizado es el siguiente: la atención domiciliaria “social” es gestionada por los municipios, mientras que la asistencia domiciliaria del ámbito de la “salud” es gestionada por las Empresas Sociosanitarias Locales (dependientes de las Regiones). La gestión del servicio puede ser directa (es decir, a cargo de empleados de la Administración Local) o indirecta (a cargo de empresas privadas sin ánimo de lucro, habitualmente cooperativas). Asimismo, se está extendiendo el modelo basado en el uso de “bonos”: a la persona que solicita el servicio se le asigna un “bono” que puede gastar en satisfacer cualquier necesidad usando un servicio privado acreditado por el Estado.

En el caso de la asistencia domiciliaria gestionada por una empresa sin ánimo de lucro, la Ciudad, a través de sus servicios sociales, valida las solicitudes de intervención (activación, terminación, cuantía de la inversión), define el proyecto de intervención, activa la participación de cuidadores de la cooperativa social, realiza la supervisión y evalúa el resultado de las intervenciones. La cooperativa prepara el plan de trabajo diario partiendo del proyecto de intervención, envía asistentes al hogar de los pacientes y coordina las actividades asignadas.

La ayuda domiciliaria

Desde los años noventa se ha extendido el uso directo de la ayuda y el trabajo de cuidadores, conocidos como “badanti”, por parte de los hogares. Casi siempre se trata de mujeres extranjeras que residen de forma permanente en el hogar del paciente. Según las estimaciones, en la actualidad hay en Italia unos 800.000 cuidadores, de los cuales el 90% procede de países extranjeros (el 57% de Europa Oriental, el 34% de Sudamérica, el 5% de Asia y el 4% de África). Destaca el uso de este tipo de ayuda en el norte, donde 1 de cada 10 personas ancianas se beneficia de la presencia de un cuidador, 1 de cada 2 en el caso de las personas discapacitadas. El coste de este servicio es sufragado casi en su totalidad por los hogares (solamente las personas dependientes pueden recurrir a una prestación social relacionada con su estado físico o psicológico). Las familias involucradas gastan entre 9.000 y 10.000 millones de euros anuales. Se trata de un sector caracterizado por dos importantes fenómenos sociales: el extendido uso de mano de obra ilegal (total o parcialmente) y la frecuente condición de residentes ilegales de los cuidadores extranjeros. Basta decir que 1 de cada 3 cuidadores tiene una relación de empleo “sumergida” y se estima que más de 300.000 son mujeres extranjeras sin permiso de residencia.

La atención domiciliaria y la ayuda domiciliaria

Al comparar ambas formas de intervención, que responden a una necesidad social similar, encontramos varios elementos diferentes.

La atención domiciliaria es un servicio profesional, las personas que realizan esta actividad está cualificadas en virtud de programas de formación específicos, las intervenciones se encuentran organizadas en equipos multidisciplinares, los operadores tienen un contrato de trabajo regular (público o privado), las intervenciones se limitan a unas pocas horas semanales y el coste es cubierto principalmente por el público (hay una coparticipación del paciente en virtud de su renta).

Por contraste, la ayuda domiciliaria es un servicio no profesional, los cuidadores no son personal cualificado y, excepto para unas pocas experiencias de formación, no tienen una preparación específica. Además, los cuidadores trabajan solos, no como parte de un equipo ni de una organización (aunque en ocasiones es una cooperativa o una empresa de trabajo temporal quien ofrece sus servicios); como hemos dichos, un tercio de las relaciones laborales son irregulares en parte (la nómina se limita al horario mínimo, pagándose el resto en “negro”) o totalmente.

Aun cuando su forma de trabajar y, en parte, la labor que desempeñan, sea diferente, podemos considerar que los trabajadores que ofrecen atención o ayuda domiciliaria se enfrentan a riesgos idénticos o muy similares en su entorno laboral, en decir, en la vivienda en que realizan su actividad.

Principales factores de riesgo

Los principales factores de riesgo en este ámbito son los relacionados con el estrés musculoesquelético y la exposición a agentes físicos y biológicos nocivos, además de los factores de naturaleza psicosocial (violencia, *bullying* y, especialmente, estrés laboral) y sociodemográfica (como hemos mencionado, hay una presencia creciente de personas extranjeras y no pertenecientes a la UE). La distracción, la prisa, el exceso de confianza o la falta de informaciones necesarias, son factores que conducen con frecuencia a los empleados a realizar acciones inadecuadas o adoptar prácticas laborales incorrectas que pueden provocar lesiones o enfermedades, con consecuencias muy graves para ellos o para el cliente.

Frente a estos riesgos, es necesario señalar un hecho que se pasa frecuentemente por alto: la vivienda en que el operador realiza su trabajo puede ocultar peligros diversos que ocasionen accidentes, lesiones o enfermedades. Pensemos, por ejemplo, en el uso de escaleras de mano o banquetas y el riesgo de caídas que suponen, o el riesgo de resbalar como consecuencia de la presencia de alfombras o elementos similares. Por su parte, el uso de aparatos eléctricos expone al trabajador al riesgo de electrocución, mientras que, especialmente en la cocina, el uso de objetos cortantes, como tijeras o cuchillos, puede provocar lesiones, y el contacto accidental con objetos o sustancias (agua o aceite hirviendo, la llama del gas, etc.) puede provocar graves quemaduras. Además, la atención domiciliaria suele incluir actividades de limpieza y, por tanto, tal como hemos mencionado ya, existe un riesgo derivado de la exposición a productos que contienen sustancias químicas peligrosas (lejía, ácidos, etc.) y que pueden provocar alergias.

Otros riesgos derivan de que, en la interacción con el cliente, el trabajador puede entrar en contacto con gérmenes que provoquen infecciones. Por tanto, es necesario que el trabajador tenga una formación adecuada para poder reconocer situaciones que plantean riesgos de infección y prevenirlas utilizando las necesarias salvaguardias.

Asimismo, es importante tomar en consideración las condiciones de trabajo, que pueden requerir un esfuerzo físico considerable y la adopción de posturas incorrectas que pueden provocar lesiones musculoesqueléticas. En materia de atención personal, el mayor riesgo reside en la interacción con personas ancianas que tienen dificultades de movimiento. Mover a una persona es mucho más difícil que mover un objeto, puesto que la forma del cuerpo es irregular, no en todos los casos existe un punto de agarre seguro y cómodo y, lo que es más importante, el trabajador debe tener cuidado de no dañar a la persona objeto de su atención. Por supuesto, cada caso plantea dificultades diferentes: hay personas que se valen por sí mismas que solamente necesitan ayuda en ocasiones especiales, mientras que cuidar de una persona que está totalmente inmóvil requiere capacidades técnicas considerables y un buen conocimiento de la anatomía, a fin de evitar dolor al moverla. En cualquier caso, podemos decir que los movimientos con un mayor nivel

de riesgo son aquellos realizados para sacar a una persona de la cama o ayudarla a regresar a ella.

Finalmente, debe observarse que el trabajo en el ámbito de la atención domiciliaria implica un riesgo muy alto de enfrentarse a situaciones que provocan estrés. Se trata de un trabajo centrado en la relación entre las personas y, como tal, requiere un nivel especial de atención y sensibilidad, pero también la existencia de un contexto más amplio que pueda apoyar al operador y ofrecerle consejos e ideas para superar las inevitables dificultades. La posibilidad de establecer una buena relación con la persona anciana depende de la capacidad del cuidador para comprender las relaciones que esa persona ha tenido y tiene dentro de su contexto personal. Un primer paso para obtener conocimiento y comprender dicho contexto es que el anciano, o sus familiares, relaten la historia de su vida. Saber escuchar es una gran virtud de todo cuidador. Significa saber establecer prioridades en las necesidades de terceros en una relación y trabajar para satisfacer dichas necesidades. Al mismo tiempo, es importante que el trabajador sepa poner "límites". Puede suceder que el anciano o sus familiares soliciten a un cuidador particularmente receptivo y diligente que realice tareas que escapen al ámbito de sus funciones y capacidades. Ser receptivo en una relación no significa aceptar hacer todo aquello que se pida. En tales casos, el cuidador puede manifestar su incomodidad al enfrentarse a peticiones que no son adecuadas o van más allá de sus obligaciones y funciones.

LEGISLACIÓN A NIVEL EUROPEO

- Directivas europeas
- Leyes nacionales generales o específicas

Las Directivas europeas sobre salud y seguridad en el trabajo y su aplicación al sector

A escala europea, la Directiva Marco 89/391/CEE “relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud de los trabajadores en el trabajo” (Diario Oficial nº L 183, 29.06.1989) y las Directivas que la desarrollan son de aplicación a todos los sectores y, por tanto, también el de la limpieza. Las disposiciones de estas Directivas se aplican en cada Estado miembro a través de la aprobación de leyes de carácter nacional. La Directiva Marco obliga a las empresas a adoptar las medidas necesarias para garantizar la seguridad y salud de los trabajadores en todos los aspectos de su trabajo.

Las Directivas individuales que son relevantes para los cuidadores cubren aspectos diversos como los requisitos mínimos de seguridad y salud en el lugar de trabajo (89/654/CEE), el uso de los equipos de trabajo (89/655/CEE) y los equipos de protección personal (89/656/CEE), la manipulación manual de cargas (90/269/CEE), los agentes carcinógenos (2004/37/CE) y químicos (2000/39/CE y 98/24/CE), los agentes biológicos (2000/54/CE), los agentes físicos, como las vibraciones (2002/44/CE) y el ruido (2003/10/CE), el tiempo de trabajo (93/104/CEE), la protección de las mujeres embarazadas (92/85/CEE), los trabajadores temporales (91/383/CEE) y los jóvenes en el trabajo (94/33/CEE).

El marco legal europeo y los trastornos musculoesqueléticos (TME)

Las Directivas europeas transpuestas en todos los Estados miembro hacen a la empresa responsable de minimizar los riesgos para la salud y la seguridad de los trabajadores. Esto incluye protegerlos frente a los TME y amparar asimismo a aquellos que, como los cuidadores, realicen su labor a tiempo parcial o en virtud de contratos temporales. Destacan particularmente las Directivas siguientes:

La Directiva 89/391/CEE – la “Directiva Marco” – define disposiciones y pautas generales para fomentar la mejora de buenas condiciones de trabajo; constituye la base legal para la legislación de carácter nacional que debe aplicarse en todos los Estados miembro de la UE. No contempla específicamente los TME, pero sí obliga a las empresas a adoptar las medidas necesarias para salvaguardar la seguridad y salud de los trabajadores en todos los aspectos de su labor.

Las Directivas 89/655/CEE y 89/656/CEE cubren la idoneidad de los equipos de trabajo y de protección personal, que deben en todos los casos tomar en consideración las necesidades ergonómicas y el estado de salud del trabajador, y adaptarse correctamente tras los necesarios ajustes.

La Directiva 90/269/CEE describe las obligaciones de la empresa en lo relativo a la manipulación manual de cargas cuando existe el riesgo de sufrir una lesión de espalda, abordándose también en este contexto cuestiones de género y relativas a la protección de los jóvenes en el lugar de trabajo.

La Directiva 93/104/CE afecta a la organización del tiempo de trabajo. Factores como el trabajo repetitivo y monótono y la fatiga pueden aumentar el riesgo de padecer TME. Esta Directiva

establece requisitos relativos a recesos, descansos semanales, vacaciones anuales, el trabajo nocturno, el trabajo por turnos y las pautas de trabajo.

La Directiva 98/37/CE aborda la cuestión de la maquinaria, cuyo diseño debe ajustarse a principios ergonómicos que permitan reducir al mínimo la incomodidad, la fatiga y el estrés psicológico del operador. También deben aplicarse principios ergonómicos a los dispositivos de control, los equipos de protección personal y los asientos de conductor. La maquinaria debe diseñarse de manera que se reduzcan al mínimo los riesgos derivados de las vibraciones. Esta Directiva incluye también información importante sobre protección contra peligros mecánicos como el riesgo de interrupción durante la operación.

La Directiva 2002/44/CE establece límites y valores de exposición a vibraciones por parte de mano/brazo o todo el cuerpo. Las empresas deben evaluar los riesgos, evitar o reducir la exposición y formar e informar a sus trabajadores en materia de medios para minimizar los riesgos derivados de las vibraciones. Esta directiva establece asimismo requisitos relativos a la monitorización de la salud de los trabajadores.

La Directiva 2006/42/CE aborda el tema de la maquinaria, los equipos intercambiables, los componentes de seguridad, los accesorios de elevación, las cadenas, cuerdas y cinturones de seguridad, la eliminación de dispositivos de transmisión mecánica y la maquinaria parcialmente completa. Asimismo, cubre requisitos de salud y seguridad esenciales relacionados con el diseño y construcción de maquinaria.

RIESGOS QUÍMICOS

Aunque la limpieza no sea una de las tareas principales llevadas a cabo por las personas que trabajan en el sector de la atención domiciliaria o familiar, es posible el uso ocasional de determinados productos de limpieza de carácter químico. Estas labores son realizadas por personal de atención domiciliaria que usa productos que hay en la casa y que no han sido suministrados por la empresa. Sin embargo, deben adoptarse medidas de precaución aunque los productos sean de uso doméstico.

Algunas de las medidas que deben adoptarse son las siguientes: leer y seguir las recomendaciones que aparecen en la etiqueta del producto; comprender los pictogramas y símbolos de la etiqueta; no mezclar diferentes tipos de productos de limpieza; conservar los productos en su contenedor original; no fumar ni comer mientras se manipulan estos productos; asegurarse de que existe una ventilación adecuada; usar guantes de protección para evitar irritaciones cutáneas; informar a los usuarios de que es mejor no almacenar productos que no se usan, manteniendo sólo aquellos que son necesarios; si se requiere el uso de insecticidas, la cantidad usada debe ser la mínima imprescindible.

Además de los productos de limpieza utilizados, la propia suciedad que el trabajador pretende eliminar puede ser una fuente de peligros químicos, además de biológicos. Según P. Wolkoff, el proceso de limpieza puede considerarse una reacción química que provoca, dependiendo de las sustancias (polvo, grasa, etc.) objeto de la limpieza, la disolución de depósitos de minerales o sales inorgánicas, es decir, algo equivalente a una reacción ácido-base; una formación compleja de "productos reactivos" solubles con el agua; o la formación de micelas de grasa o polvo a las que se encuentran expuestos los trabajadores de la limpieza durante el proceso de eliminación de la suciedad.

Por lo tanto, al estudiar los riesgos químicos a los que se exponen los cuidadores deben tomarse en consideración las **sustancias químicas presentes en la suciedad, polvo, partículas de hollín, etc.**, que se están eliminando de las superficies objeto de la limpieza, como suelos, muebles, etc., además de los **ingredientes químicos de los productos de limpieza** que usan los trabajadores para limpiar dicha suciedad, polvo, grasa, etc.

Vías de exposición

Las sustancias químicas pueden introducirse en el cuerpo humano de diversas formas, dependiendo de sus propiedades (por ejemplo, líquidos, gas, etc.) y de su método de utilización. Pueden penetrar en el cuerpo a través del sistema respiratorio al inhalar, a través del contacto directo con ojos o piel, o por ingestión accidental.

Exposición dérmica

Las manos son la parte principal del cuerpo en que puede producirse un contacto de la piel con los agentes químicos. Además de las posibles propiedades irritantes o tóxicas, los agentes limpiadores contienen sustancias que pueden desgrasar y eliminar las barreras naturales de la piel. Además, la frecuente exposición al agua (el trabajo en condiciones de humedad) modifica los mecanismos de defensa de la piel, con la consecuencia de que ésta se hace más permeable y más sensible a otras sustancias químicas. El daño de las defensas naturales de la piel puede provocar la aparición de dermatitis de contacto (irritante). La entrada sistemática de sustancias también puede incrementarse si la piel se encuentra dañada. Aunque los guantes protegen la piel de la humedad y el contacto con agentes químicos, pueden provocar paradójicamente problemas cutáneos si no permiten que la piel "respire". El uso de guantes de látex de goma natural puede ser un factor de riesgo en caso de alergia al látex. Además, en la práctica, se usan en ocasiones guantes inadecuados o se prolonga excesivamente el uso de los guantes, que pierden así su

capacidad de protección, lo cual se convierte en un riesgo en sí mismo. Según la Directiva 89/656/CEE, los guantes protectores –así como cualquier equipo de protección individual– deben evaluarse antes de su selección y uso. El uso de cremas protectoras adecuadas, junto con la formación regular y la concienciación de los trabajadores en riesgo, ha sido evaluado positivamente como medida de protección contra el riesgo dérmico. Por último, pero no por ello menos importante, cabe mencionar la necesidad de una adecuada programación del cuidado de la piel, aplicando la necesaria protección, limpieza y atención.

Inhalación

Tal como hemos mencionado anteriormente, los trabajadores están expuestos al riesgo de inhalación de polvo y otras sustancias suspendidas en el aire por efecto de los componentes de los agentes limpiadores y de los productos secundarios generados por la reacción entre las sustancias que componen los agentes limpiadores y las sustancias presentes en el entorno de trabajo. En algunos casos, los trabajadores mezclan diferentes tipos de productos de limpieza para obtener el agente limpiador deseado. Un ejemplo habitual es la mezcla de lejía con amoníaco o ácidos para obtener un agente limpiador para fregar el suelo, lo cual puede generar gases peligrosos de cloro o cloraminas y provocar en los cuidadores dificultades respiratorias graves que pueden requerir atención médica inmediata. Además, según la bibliografía norteamericana fundamentalmente, la mezcla se prepara muy frecuentemente sin seguir las instrucciones relativas a la proporción adecuada de lejía y amoníaco o ácido y el modo seguro de elaborar la mezcla.

Medina-Ramón *et al.* han relacionado los síntomas de la enfermedad pulmonar obstructiva en los trabajadores domésticos con el uso de lejía diluida y otros productos de limpieza irritantes como los aerosoles desengrasantes y los ambientadores, concluyendo que la exposición a determinados productos de limpieza irritantes agrava los síntomas del tracto respiratorio inferior de las trabajadoras domésticas que padecen de asma y bronquitis aguda.

En 2004, Nazaroff y Weschler publicaron una tabla de 13 asociaciones documentadas entre el asma y la alergia y el uso de productos de limpieza. Entre los principales agentes desencadenantes identificados como causa de aparición de enfermedades respiratorias entre los trabajadores destacan el champú para alfombras o los detergentes de limpieza de suelos que tiene la etanolamina como sustancia activa. Los mismos autores, en estudios recientes realizados en España, Finlandia, Brasil y varios estados de EE.UU., indican un aumento de la incidencia de asma ocupacional o relacionada con el trabajo entre los trabajadores de la limpieza. Como muestra un estudio de Zock J.P *et al.*, el uso frecuente de aerosoles de limpieza del hogar de uso común puede constituir un importante factor de riesgo para el asma entre adultos. La evaluación de las actividades de limpieza del hogar de carácter no profesional demostró que el mayor riesgo reside en los aerosoles usados para la limpieza de cristales y muebles, y como ambientadores, mientras que los productos de limpieza no aplicados con aerosoles no presentaron relación alguna con el asma.

Es necesario seguir estudiando el asma en su relación con el mundo laboral e investigando la frecuencia de la aparición de efectos respiratorios adversos entre los cuidadores.

La naturaleza del trabajo de los cuidadores, que ofrecen atención de primera línea a personas con problemas físicos o mentales, y que tienen por tanto una relación con los pacientes, hace imprescindible convertir la salud y la seguridad en objetivo prioritario en este sector.

- Los riesgos químicos representan uno de los muchos factores de riesgo del sector social, pese a haberse reducido considerablemente respecto al pasado.
- Los cuidadores que trabajan en casa de sus clientes pueden estar expuestos a una amplia gama de sustancias químicas diferentes que aparecen en los productos de limpieza, como compuestos orgánicos volátiles, surfactantes, ácidos, biocidas o aditivos, pero también a otras sustancias que aparecen en el polvo, la suciedad o el hollín.
- El mal uso y mezcla de diferentes productos químicos puede dar origen a otros productos químicos tóxicos y carcinógenos.
- La salud y seguridad de los cuidadores puede estar en riesgo si las empresas no ofrecen formación o no implementan soluciones adecuadas para hacer frente a los peligros.

RIESGOS BIOLÓGICOS

Además de los riesgos químicos, los cuidadores pueden estar expuestos a diferentes tipos de agentes biológicos como los microorganismos (bacterias, virus y mohos) y sus productos, como las secreciones fúngicas y las endotoxinas bacterianas presentes en el polvo, así como en aerosoles creados durante el proceso de limpieza, como sucede al utilizar una aspiradora. Las principales vías de exposición son las mismas que en el caso de los riesgos químicos, es decir, la inhalación y el contacto dérmico, aunque pueden darse casos de ingestión.

- El peligro biológico es un factor de riesgo significativo, debido a la exposición a organismos microbiológicos presentes en el polvo y los aerosoles, o a patógenos transmisibles por la sangre, presentes sólo en lugares críticos como hospitales, hogares de ancianos, clínicas sanitarias, etc.
- Es necesario ofrecer formación a los trabajadores en materia de riesgos biológicos. Esta formación no suele ofrecerse, salvo en el caso de los empleados de centros de salud.
- Los trabajadores del sector sanitario están expuestos al riesgo de heridas provocadas por agujas u objetos punzantes, heridas que merecen atención al ser posible foco de infección de patógenos transmitidos por sangre (virus, bacterias, hongos y otros microorganismos).

Los cuidadores también pueden estar expuestos a patógenos transmitidos por sangre –en particular, en los sectores sanitarios y en lugares públicos en que pueden entrar en contacto con agujas y objetos punzantes contaminados–, así como a patógenos presentes en los fluidos corporales. El posible contacto con animales (por ejemplo, animales domésticos, roedores y aves) y sus secreciones y excrementos, así como con insectos (por ejemplo, mosquitos) también puede plantear riesgos para los trabajadores. Los riesgos más habituales son la infección con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y con el virus de la hepatitis B (VHB) o C (VHC). El VIH provoca SIDA y los virus hepáticos causan inflamaciones del hígado. En los estudios se hallaron también indicios de la relación entre las actividades de limpieza y la infección con el virus de la hepatitis A y el norovirus.

La exposición al moho se produce particularmente al vaciar colectores de polvo, filtros, etc. En particular, el contacto con la esporas de moho produce potenciales efectos negativos en la salud de los trabajadores. Los trastornos más comunes son la alergia, el asma y otras enfermedades respiratorias, la irritación de nariz, ojos y garganta, las infecciones fúngicas y el síndrome del edificio enfermo.

La exposición a virus (por ejemplo, el de la hepatitis A) y bacterias (por ejemplo, E.Coli) puede producirse vía fecal oral al tocarse la boca con las manos contaminadas. El estudio de Krüger *et al.* halló dos artículos publicados en 1993 que concluyeron la existencia de alta prevalencia de la hepatitis A entre estos trabajadores, uno en hospitales y otro en jardines de infancia. Un estudio sobre un brote de gastroenteritis en una residencia de ancianos mostró un aumento del riesgo de infección de norovirus en el personal que realizaba trabajo de limpieza (RR = 2,8), similar al que experimentan los cuidadores que tienen un alto nivel de contacto con los residentes (RR = 2,8; 95% CI, 1,1-7,3). También pueden producirse infecciones de salmonella y campylobacter, por ejemplo, a través del contacto directo con animales infectados y sus excrementos, principalmente durante la limpieza de zonas destinadas a animales. Por ejemplo, la limpieza de lugares en que los trabajadores pueden entrar en contacto con plumas y excrementos de palomas puede suponer un riesgo de contaminación con bacterias que podrían provocar diversas enfermedades (por ejemplo, psitacosis, tuberculosis o salmonella). Se ha demostrado que la limpieza regular y efectiva de las manos puede reducir el avance de microorganismos y el riesgo de contaminación por el virus del resfriado común y diversas formas de gripe, por ejemplo.

Asimismo, los cuidadores pueden estar expuestos a agentes biológicos procedentes de la sangre y los fluidos corporales. Los grupos de limpieza más en riesgo son aquellos que trabajan en hospitales, residencias de ancianos, clínicas y laboratorios, puesto que los factores de riesgo biológico más peligrosos para la salud de los trabajadores son los virus que se transmiten por la sangre, como la hepatitis C (VHC) y B (VHB), y el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), tanto VIH-1 como VIH-2. La Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC) ha clasificado la HCV, la HBV y el VIH-1 como carcinógenos para los humanos (grupo 1) y el VIH-2 como posiblemente carcinógeno para los humanos (grupo 2B).

Puede producirse contaminación con patógenos transmitidos por sangre cuando la sangre o fluido corporal infectado entra indirectamente en el organismo a través de una herida en la piel o la membrana mucosa que rodea las cavidades corporales –por ejemplo, la nariz y los ojos– o cuando accede directamente al flujo sanguíneo a través de una herida provocada por una aguja o como consecuencia de pequeñas salpicaduras en los ojos u otras membranas mucosas.

El 17 de julio de 2009, los agentes sociales comunitarios HOSPEEM (Asociación Europea de Empleadores del Sector Hospitalario y Sanitario) y EPSU (Federación Sindical Europea de Servicios Públicos) firmaron un “acuerdo marco para la prevención de las lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes en el sector hospitalario y sanitario” de aplicación a todos los trabajadores de “servicios y actividades directamente relacionadas con el sector hospitalario y sanitario”, incluidos por tanto los cuidadores que trabajan en este sector. En la página web de la Agencia se ofrece una gran cantidad de información práctica sobre cómo evitar las heridas provocadas por agujas y manipular objetos cortantes o punzantes.

RIESGOS FÍSICOS Y CONDICIONES DE TRABAJO

Considerando que el sistema de trabajo tiene 4 componentes, los factores de riesgo asociados al proceso de trabajo se estructuran en 4 categorías:

1. Factores de riesgo específicos de los medios de producción.
2. Factores de riesgo específicos del entorno de trabajo.
3. Factores de riesgo específicos de la tarea desarrollada.
4. Factores de riesgo específicos del ejecutante.

A continuación se presentan los factores de riesgo (de los componentes del sistema de trabajo presentado arriba) para empleos/puestos en los centros de la Dirección General de Asistencia Social y Protección de la Infancia Arges. Los puestos analizados son los siguientes: médico, ayudante médico, instructor, ergoterapeuta y personal/plantilla de agencias de servicios de empleo temporal.

1. Factores de riesgo específicos de los medios de producción

a) Factores de riesgo mecánicos

- equipos de trabajo utilizados; perforaciones/punciones, enganches;
- desplazamientos con medios de transporte (uso de vehículo de empresa, vehículo propio, transporte público hasta y desde el trabajo, accidente de coche);
- caída de equipos/instrumentos médicos anclados debidamente;
- caída de componentes o materiales incorrectamente colocados o como consecuencia de su manipulación;
- lesiones en medios de transporte en el trayecto hasta y desde el trabajo;
- golpes contra mobiliario en el lugar de trabajo;
- resbalones, tropiezos y caídas provocadas por irregularidades en el suelo (escaleras), líquidos derramados, suelos húmedos y brillantes;
- cortes o pinchazos al usar equipos específicos;
- bloqueo/activación inoportuna de movimientos funcionales de equipos técnicos (bicicleta eléctrica, bicicleta ergonómica, prensa, etc.).

b) Factores de riesgo eléctricos:

- electrocución por contacto directo (deterioro de revestimientos);
- electrocución por contacto indirecto (tocar una parte metálica que tiene tensión accidentalmente, deterioro de la instalación de puesta a tierra).

2. Factores de riesgos específicos del entorno de trabajo

a) Factores de riesgo físicos:

- alta temperatura/humedad del aire durante el verano;
- bajas temperaturas durante el invierno;
- corrientes de aire provocadas por la apertura de puertas y la falta de estanqueidad de la habitación;
- bajo nivel de iluminación;
- desastres naturales – incendios, terremotos;
- suelos resbaladizos;
- agresión física – golpes o mordiscos por parte de las personas atendidas.

b) Factores de riesgo químicos:

- trabajar con sustancias químicas, como desinfectantes o antibióticos, que pueden ser nocivas para la piel o el aparato respiratorio.

c) Factores de riesgo biológicos:

- la presencia, en el organismo de los pacientes y en las muestras tomadas de los mismos, de agentes, carcinógenos o productos biológicos;

- la exposición accidental a sangre, líquido biológico contaminado con sangre que contiene agentes patógenos transmitidos por la sangre – el daño de los tegumentos (punciones, cortes), rociando las membranas mucosas o los tegumentos dañados;
- microorganismos suspendidos en el aire: bacterias, virus, spirochaeta, hongos, etc.;
- contraer enfermedades contagiosas por contacto con pacientes enfermos (virosis respiratoria, etc.);
- contraer enfermedades de la piel (contacto directo con la epidermis);
- irritación superficial de la piel por contacto con pomadas, lociones y aceites.

3. Factores de riesgo específicos de la tarea desarrollada

a) **Contenido inadecuado:**

- programar la realización de consultas/tratamientos en áreas insuficientemente iluminadas;
- la provisión insuficiente de medios de protección individuales;
- trabajar con equipos que han superado su fecha de vencimiento (esterilización, etc.).

b) **Sobreesfuerzo físico:**

- adoptar posiciones forzadas al realizar consultas médicas con los pacientes;
- esfuerzo dinámico – repetición de movimientos al ofrecer tratamiento a los pacientes;
- agresión física u oral por parte de pacientes discapacitados – golpes en el cuerpo.

c) **Sobreesfuerzo psicológico:**

- sobreesfuerzo nervioso durante el trabajo (estrés) debido al contacto diario con enfermos (posible agresión física o verbal) o a la relación con compañeros de trabajo, etc.;
- operaciones realizadas con el ordenador;
- sobreesfuerzo físico.

4. Factores de riesgo específicos del ejecutante

a) **Acciones erróneas:**

- caídas al suelo provocadas por resbalones, tropiezos, pérdidas de equilibrio, bloqueo de las vías de acceso;
- trabajar sin el uso de elementos de protección obligatorios;
- ausencia de delimitación de áreas de riesgo biológico y no hacer uso de indicadores de seguridad;
- no asegurar medios que permitan la recogida, depósito y evacuación de residuos con riesgo biológico;
- no aplicar medidas de higiene en relación con el área de tratamiento;
- realizar operaciones no permitidas para restaurar instalaciones/aparatos eléctricos;
- realizar maniobras erróneas, usar inadecuadamente productos medicinales, no seguir instrucciones específicas relativas a seguridad y salud en el trabajo;
- realizar maniobras erróneas con los dispositivos de cultivo medicinal;
- realizar intervenciones inadecuadas para la restauración/eliminación de defectos de aparatos eléctricos.

b) **Omisiones:**

- no usar el equipo de protección individual y otros equipos de protección habilitados;
- no obedecer las normas de higiene persona y laboral – infección de organismos.
- no obedecer las normas de higiene sanitaria.

Condiciones de trabajo físico - Factores de riesgo posturales y ergonómicos

Los riesgos derivados de estos factores son frecuentemente subestimados en este sector. La evaluación con métodos reconocidos no es habitual, pese a que, a la larga, se trata de uno de los factores que más afectan al trabajo. Sin embargo, no hay duda de que la introducción de métodos modernos ha ayudado a reducir la incidencia de estos riesgos.

En general, las empresas no adoptan medidas de prevención ergonómicas, salvo que se elabore un informe ergonómico. Los empleadores son frecuentemente reacios a adoptar medidas higiénicas salvo que sea estrictamente necesario. La adopción de posturas incorrecta al sujetar a los ancianos puede provocar lesiones.

Los riesgos físicos que se observan en el trabajo social incluyen, entre otros, **la caída desde escaleras o plataformas elevadas y en suelos húmedos o resbaladizos, la caída de objetos, el uso de instrumentos cortantes y el movimiento o rotación de piezas de maquinaria**, todo ello en relación no sólo con los equipos de trabajo utilizados sino también con el entorno en que se realiza el trabajo. Es crucial contar con equipos adecuados y tener formación acerca de cómo usarlos correctamente.

Resbalones, tropiezos y caídas

Los resbalones, tropiezos y caídas provocados por superficies húmedas o el uso de escaleras pueden tener graves consecuencias, causando lesiones graves como fracturas óseas o traumatismos craneoencefálicos. Se trata de la causa más común de lesiones graves en el trabajo.

Los principales factores de riesgo de resbalones, tropiezos y caídas son los siguientes:

- el deficiente estado de mantenimiento de las escaleras;
- el trabajo en altura (por ejemplo, desde una escalera de mano);
- la existencia de suelos con muy poca resistencia a los resbalones;
- los suelos húmedos o sucios;
- el desgaste de la suela de los zapatos;
- la existencia de obstáculos inesperados (por ejemplo, muebles bajos, papeleras, cables de equipos de limpieza eléctricos u otros equipos eléctricos);
- la deficiente iluminación;
- la ausencia de señales de seguridad.

ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO Y RIESGOS PSICOSOCIALES

Los riesgos organizativos y psicosociales tienen una fuerte presencia en este sector, siendo varios los factores que los alimentan:

- La atención domiciliaria se inicia como un servicio de bajo valor añadido y, por tanto, se considera un elemento auxiliar del negocio básico.
- Especialmente en el actual entorno económico, ha sufrido una pérdida de márgenes debido a que el mercado tiende a requerir un abaratamiento de estos servicios.
- Muchos servicios de atención domiciliaria se subcontratan, por lo que los cuidadores tienen dificultades para negociar mejores condiciones de trabajo.

- En este contexto, ha surgido la figura del típico trabajador del sector que es mujer o que trabaja de forma marginal a tiempo parcial, tiene un bajo nivel de competencia y está dispuesto a aceptar un horario reducido con un salario bajo.
- El trabajo se realiza con frecuencia en horas de máxima actividad, por la mañana temprano o a última hora de la tarde.
- El mercado se caracteriza por la alta incertidumbre y la relación frecuentemente beligerante con compañeros y supervisores.
- Las actividades se desarrollan en soledad y en lugares pequeños y son muy repetitivas.
- Las personas que realizan su actividad en el sector a nivel social se consideran trabajadores de segundo nivel.
- Algunos de los cuidadores son trabajadores inmigrantes que frecuentemente tienen problemas de comunicación en lengua portuguesa, lo cual los hace sentirse excluidos.
- Este tipo de trabajo es muy inseguro porque los salarios son bajos, hay un alto nivel de rotación de trabajadores y la actividad es habitualmente de carácter temporal.
- El alto ritmo de trabajo, el escaso apoyo social de compañeros y supervisores y la soledad de la actividad son factores que contribuyen a aumentar el estrés.

Posibilidades de aprendizaje y desarrollo profesional

- En Portugal hay pocas posibilidades de aprendizaje y desarrollo profesional legalmente previstas. En términos generales, cada empleado debería tener garantizado un mínimo de 35 horas anuales de formación, independientemente de su campo de trabajo. En el sector de la atención domiciliaria, el empleador tiene obligación de ofrecer formación, pero la cantidad y contenido de la misma carecen de definición legal.

Estrés laboral

Se experimenta estrés laboral cuando las demandas del entorno laboral superan la capacidad del trabajador de enfrentarse a ellas (o controlarlas), pudiendo afectar a la salud mental y física. El estrés laboral es síntoma de la existencia de un problema organizativo y puede originarse como resultado de un horario de trabajo poco social, la existencia de tareas monótonas y la presión temporal. Las personas que trabajan en el ámbito de la asistencia domiciliaria son particularmente propensas a padecerlo.

Los principales factores de estrés que pudo detectar este estudio son, entre otros:

- la conducta estresante del líder,
- la existencia de un entorno social estresante y la sobrecarga de trabajo,
- la presión temporal,
- la falta de control,
- la falta de participación,
- la ausencia de una atmósfera de trabajo social,
- la falta de apoyo social.

Violencia (*bullying*)

- Se produce cuando el trabajador es objeto de insultos, amenazas o agresiones físicas o psicológicas por parte de sus compañeros o supervisores. Ciertas organizaciones no adoptan medidas para prevenir estas situaciones. Sin embargo, la ley general no permite la violencia en el lugar de trabajo.

Alcohol y drogas

- Los problemas relacionados con la dependencia del alcohol y las drogas en el lugar de trabajo pueden ser de carácter personal, familiar o social, pero también pueden obedecer a situaciones que se producen en el propio lugar de trabajo, particularmente la necesidad de realizar viajes constantes y la consecuente renuncia a tener relaciones sociales normales, con la posibilidad además de que el empleo sea precario o se produzca una situación de desempleo, con trabajo monótono, realizado por turnos o por la noche, o de acuerdo con otras formas de organización que requieren desplazamientos constantes y cambios frecuentes de personal y superiores.

Riesgos específicos de las mujeres

- Los problemas de género son muy importantes al tratarse de un tipo de trabajo desempeñado fundamentalmente por mujeres. Por ejemplo, el personal no siempre es consciente de sus derechos, especialmente en materia de embarazo.

- Hay muchas empresas que no adoptan medidas preventivas y no realizan los cambios necesarios para adecuar el trabajo a las necesidades de las mujeres. En consecuencia, las mujeres se ven obligadas a utilizar parte de su tiempo de trabajo a solucionar cuestiones personales y son despedidas por la empresa. Sin embargo, esto no está legalmente permitido si se tiene un contrato de trabajo regular. Para superar los requisitos legales con frecuencia se ofrecen contratos de trabajo precarios y que no se renuevan en caso de embarazo.

SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL DE LOS TRABAJADORES

Los principales accidentes que se producen en el sector son provocados por descargas eléctricas y/o caídas o malas posturas que pueden causar enfermedades musculares y esqueléticas. La mayor parte del trabajo de atención domiciliaria se realiza manualmente, requiriendo en muchos casos la realización de movimientos repetitivos, la adopción de posturas incómodas, el ejercicio de grandes esfuerzos físicos y la sobrecarga de las extremidades inferiores, lo cual contribuye a la incidencia de lesiones musculoesqueléticas.

Los trastornos musculoesqueléticos (TME) son resultado de la carga repetida de pesos aparentemente moderados a lo largo de un periodo extenso.

Los trabajadores del sector tienen el riesgo de desarrollar TME en espalda, cuello, hombros, codos, manos y extremidades inferiores como consecuencia de su trabajo.

Los cuidadores están en contacto con diferentes personas, lo cual las hace más propensas a contraer enfermedades infecciosas.

La falta de formación y conocimiento sobre la adopción de posturas adecuadas para realizar tareas pesadas provoca lesiones.

No utilizar equipos de protección personal, como guantes y la ropa adecuada, puede ocasionar varias enfermedades.

Los trabajadores que tienen un horario de trabajo diferente cada semana padecen frecuentemente ansiedad y trastornos del sueño.

En los últimos 20 años se ha producido en Italia un cambio profundo en la forma de atender y cuidar de las personas ancianas y discapacitadas: se ha pasado de una situación en que prevalecía la institucionalización del paciente a una situación en que la asistencia, siempre que es posible, se dispensa en el propio hogar.

Los profesionales que participan en los servicios de atención domiciliaria son numerosos:

- 1) personal de atención sanitaria: médicos, enfermeros, terapeutas especializados en rehabilitación;**
- 2) personal social: trabajadores sociales, educadores;**
- 3) personal de apoyo: cuidadores dedicados a actividades de atención diaria del paciente.**

Todas estas personas están expuestas al riesgo de accidente en el trabajo en diferentes niveles, siendo los que más riesgo tienen los cuidadores.

Los riesgos que más afectan a los cuidadores son los siguientes:

- Los riesgos provocados por situaciones de agresión y acoso por la persona asistida y su familia. Este es un riesgo particularmente grave, dada la situación de soledad en que el cuidador realiza su actividad.
- Los riesgos y lesiones derivadas del movimiento físico y la manipulación de la persona asistida (el acto de levantarla y tumbarla en la cama, sujetarla para realizar las actividades de asistencia necesarias, etc.)

- Los riesgos relacionados con el estrés son frecuentes y conocidos entre los cuidadores. La alta tasa de rotación entre estos trabajadores da cuenta de este fenómeno y demanda que se preste mayor atención a este riesgo, que suele acabar por ser infravalorado y carecer de reconocimiento aun hoy, pese a que hay legislación y procedimientos aplicables.
- Los riesgos relacionados con los accidentes que pueden producirse al trasladarse el trabajador de la casa de un paciente a la de otro, y los riesgos asociados con el uso de la luz, el agua y el gas en casa del paciente.

La crisis actual, que ha reducido los recursos públicos y privados disponibles para la atención domiciliaria, ha aumentado los riesgos relacionados con el estrés y los accidentes, debido a la mayor velocidad impuesta a los operadores y la reducción de los dispositivos de protección de estos (guantes, máscaras, andadores, ascensores).

El 2010, un grupo de cooperativas que operan en el contexto de la atención domiciliaria elaboró un proyecto experimental para reducir el riesgo de lesiones en el lugar de trabajo. Una de las mayores dificultades halladas para prevenir los accidentes entre este tipo de trabajadores fue que la cooperativa no era capaz de realizar una evaluación precisa de los riesgos (algo obligatorio por ley) debido a que las condiciones pueden variar dependiendo de las características de la vivienda de los pacientes. Así las cosas, las cooperativas y otras instituciones públicas y privadas que trabajan en este sector se veían limitadas a ofrecer solamente información general, no específica, acerca de los posibles riesgos de los operadores. Para contrarrestar esta situación, se elaboró en el contexto del proyecto una innovadora herramienta aplicable a la atención domiciliaria. Se trata de un mapa de riesgos que se prepara a partir de la situación que se detecta en el hogar del paciente al iniciarse el servicio y se completa con una tarjeta de observaciones personales del cuidador. Las cooperativas deben contar con una base de datos que recoja toda esta información y sus actualizaciones. Las tarjetas se estructuran presentando una lista de fuentes de posibles riesgos y una lista de comprobación que sirve de guía para la identificación de los riesgos reales. Partiendo de los impresos de evaluación de riesgos, la cooperativa puede preparar una formación exhaustiva para los operadores. Las tarjetas, una vez reelaboradas por la empresa, se convierten en parte del Documento de Evaluación de Riesgos – ANEXO I.

PREVENCIÓN EN MATERIA DE SEGURIDAD Y SALUD DE LOS TRABAJADORES DEL SECTOR SOCIAL

La salud y seguridad del personal de atención sanitaria y social (cuidadores)

Los trabajadores empleados en el sector de la atención sanitaria y social tienen que enfrentarse a un amplio abanico de actividades y entornos que plantean amenazas para su salud y los sitúan en posición de riesgo de padecer enfermedades ocupacionales o sufrir accidentes relacionados con su trabajo. Esta sección ofrece información detallada de dichos riesgos y de métodos eficaces para evaluar y eliminar o minimizar los mismos.

Muchos de los entornos en que los cuidadores realizan su trabajo y la multiplicidad de las tareas que realizan pueden presentar una gran variedad de peligros. El sector sanitario tiene un gran tamaño, empleando a aproximadamente el 10% de todos los trabajadores de la Unión Europea. Más de tres cuartas partes de los trabajadores del sector son mujeres.

La naturaleza de su trabajo, sea ofreciendo atención en primera línea a personas físicas o mentalmente discapacitadas o manipulando a pacientes u ofreciendo servicios de limpieza, hace absolutamente esencial que la salud y la seguridad sea una prioridad en el sector. Sin embargo, los datos europeos muestran que la proporción de trabajadores sanitarios que consideran que su salud y seguridad se encuentra en riesgo debido al trabajo que realizan es superior a la media de todos los sectores en la UE. En particular, en comparación con otros sectores, se observa una gran prevalencia de la exposición a amenazas de violencia física o a actos de violencia real perpetrados por compañeros y otras personas.

Entre los riesgos a los que se enfrentan los trabajadores sanitarios están:

- **Los riesgos biológicos, como infecciones provocadas por lesiones ocasionadas por agujas.**
- **Los riesgos químicos, como el contacto con medicamentos usados en el tratamiento del cáncer y con desinfectantes.**
- **Los riesgos físicos, como la radiación ionizante.**
- **Los riesgos ergonómicos, como los derivados de la manipulación del paciente.**
- **Los riesgos psicosociales, como los derivados de la violencia y el trabajo por turnos.**

Prevención contra las lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes en el lugar de trabajo

Los trabajadores del sector sanitario tienen el riesgo de sufrir lesiones provocadas por instrumental cortopunzante, siendo particularmente preocupantes porque pueden ser fuente de infecciones ocasionadas por patógenos transmitidos en sangre (virus, bacterias, hongos y otros microorganismos).

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y la hepatitis B (VHB) o C (VHC) son los riesgos más comunes, pero hay más de 20 enfermedades que pueden transmitirse por la sangre.

En Europa, se estima que hay 1 millón de heridas provocadas por agujas cada año. Esto afecta no sólo a los profesionales médicos, sino también a enfermeros que trabajan en situaciones médicas graves, existiendo asimismo muchos otros trabajadores con un riesgo potencial de sufrir este tipo de heridas. Por ejemplo, el personal auxiliar, como limpiadores y personal de lavandería, se enfrenta también a un riesgo significativo.

Directiva de la UE para la prevención de las lesiones provocadas por instrumentos cortantes y punzantes en el sector hospitalario y sanitario

Para hacer frente a este problema se adoptó la Directiva 2010/32/UE, que implementa el Acuerdo Marco sobre prevención de lesiones con instrumentos cortantes y punzantes en el sector hospitalario y sanitario, firmado por los agentes sociales HOSPEEM (Asociación Europea de Empleadores del Sector Hospitalario y Sanitario) y EPSU (Federación Sindical Europea de Servicios Públicos).

El objetivo de esta directiva es lograr el entorno de trabajo más seguro posible mediante la prevención de lesiones provocadas por todos los instrumentos médicos cortantes y punzantes (como las agujas) y proteger a los trabajadores que se enfrentan a este riesgo en el sector hospitalario y sanitario.

Esto puede lograrse aplicando las siguientes medidas de prevención y protección:

- **Eliminando el uso innecesario de instrumentos cortantes o punzantes.**
- **Proporcionando dispositivos médicos.**
- **Incorporando mecanismos de protección diseñados para garantizar la seguridad.**
- **Implementando sistemas de trabajo seguros.**
- **Implementando procedimientos seguros de uso y eliminación de los instrumentos cortantes y punzantes.**
- **Prohibiendo las agujas reutilizables.**
- **Usando equipos de protección personal.**
- **Aplicando vacunas.**
- **Ofreciendo información y formación.**

Los trastornos musculoesqueléticos

Las actividades desarrolladas en el ámbito del trabajo social pueden ser exigentes físicamente y deben realizarse sin exponer a los trabajadores al riesgo de sufrir accidentes o enfermedades laborales. Sin embargo, numerosas investigaciones han demostrado que estos trabajadores pueden sufrir TME en la espalda, el cuello, los hombros, los codos, las manos y las extremidades inferiores como consecuencia de su trabajo.

Los TME son disfunciones de estructuras corporales como los músculos, las articulaciones, los tendones, los ligamentos, los nervios, los huesos y puntos del sistema de circulación sanguínea,

que son provocadas o agravadas principalmente por el trabajo y por los efectos del entorno inmediato en el que este se desarrolla.

Pueden afectar a cualquier parte del cuerpo. El dolor en la parte inferior de la espalda es un trastorno que se produce en casi todos los trabajos físicamente exigentes. Puede definirse como un dolor crónico o agudo en la zona lumbar o de las nalgas (en ocasiones denominado lumbago), o en la zona superior de las piernas (en ocasiones denominado ciática). El dolor en la parte inferior de la espalda puede producirse como consecuencia de la tensión muscular o ligamentosa, el deterioro de las articulaciones o discos de la columna vertebral o la presión ejercida sobre las raíces nerviosas de la espina dorsal. El levantamiento y transporte de cargas pesadas es una causa principal de esta dolencia, pero también son factores de riesgo las actividades basadas en empujar o tirar o la adopción de flexiones o posturas incómodas durante un periodo prolongado.

También pueden verse afectadas otras partes del cuerpo y las extremidades. Pueden producirse trastornos en el cuello y las extremidades superiores como consecuencia de disfunciones en estructuras corporales como los tendones, los nervios, los músculos, las articulaciones, las bolsas sinoviales o puntos del sistema circulatorio, derivadas principalmente de la actividad laboral y del entorno inmediato en que desarrolla la misma. Esto da origen a múltiples trastornos degenerativos o inflamatorios, como las lesiones en los hombros provocadas por un prolongado uso de las manos por encima de la altura de la cabeza o como las lesiones en las muñecas ocasionadas por el trabajo repetitivo. Entre los síntomas se encuentran el dolor y/o la reducción de la capacidad de funcionar normalmente. Esto puede afectar a cualquier zona del cuello, los hombros, las extremidades superiores, los codos, los antebrazos, las muñecas y las manos.

Prevenir los TME beneficia a todos:

- El trabajador continúa en su puesto y mantiene sus ingresos y salud. La ausencia de dolor de espalda o de otro tipo y la menor fatiga como consecuencia de la inferior carga de trabajo aumenta su bienestar general.
- La empresa se beneficia porque un trabajador sano y en forma trabaja mejor y tiene menos probabilidades de ausentarse del trabajo. Invertir en nuevas herramientas ergonómicas tiene un coste, pero puede ofrecer beneficios que compensen dicho coste.
- El estado se beneficia al no tener que pagar atención sanitaria o prestaciones a aquellos trabajadores que no pueden trabajar.

La prevención de los trastornos musculoesqueléticos: El posible prevenir los TME en trabajadores de la limpieza a través de una gestión eficaz de la salud y la seguridad. Un enfoque europeo para abordar este tipo de trastornos ha sido el siguiente:

- Evitar el riesgo de aparición de TME.
- Evaluar los riesgos que no pueden evitarse.
- Hacer frente a los riesgos en la fuente
- Adaptar el trabajo al individuo.
- Adaptarse a la tecnología cambiante.
- Sustituir lo que es peligroso por lo que es seguro o menos peligroso.
- Desarrollar una política de prevención general coherente, abordando la cuestión de las cargas que sufre el cuerpo.
- **Otorgar prioridad a las medidas de protección colectiva sobre las de protección individual.**
- **Dar instrucciones adecuadas a los trabajadores.**

Y, para mantener a los trabajadores con TME en su puesto de trabajo:

- Ofrecer rehabilitación.
- Reintegrar en su puesto a los trabajadores que sufren o han sufrido TME.

Para hacer una evaluación de los riesgos que no pueden ser evitados es necesario valorar todas las tareas. Esta evaluación deberá tomar en consideración las cargas elevadas y transportadas, las posturas adoptadas, la velocidad a la que se realiza el trabajo, el estado e idoneidad de los equipos de trabajo, el entorno laboral y la capacidad individual (aspectos como el sexo y la edad), a fin de poder garantizar la seguridad y bienestar de los trabajadores.

En Bulgaria es habitual que los empleados reciban el salario mínimo por contrato y que la empresa minimice así su obligación de pago del seguro laboral, recibiendo los trabajadores en realidad un salario superior al que indica el contrato.

EXPERIENCIAS Y MEJORES PRÁCTICAS

Los obstáculos a las mejores prácticas en el sector social son los siguientes:

- El acceso a los servicios sociales es limitado – no todos aquellos que los necesitan tienen acceso a ellos.
- El marco normativo requiere mejoras, como en el caso de la Ley Antidiscriminación, y la aprobación de una Ley de la Empresa Social, una Ley sobre Tráfico Humano, una Ley de Prevención y Protección de las Víctimas de la Violencia, una Ley de Derechos Humanos, etc. Sin embargo, debe abandonarse la adopción de cambios permanentes en el marco normativo por generar confusión en las actividades.
- La ausencia de normas relacionadas con la provisión de servicios sociales, por ejemplo, normas que sirvan para medir la calidad de los servicios.
- La falta de cualificación y motivación del personal, por ejemplo: la necesidad de mayor claridad en los requisitos para el empleo de los cuidadores, estableciendo una correspondencia entre el nivel educativo y el trabajo desarrollado; el fomento de la motivación y la profesionalidad; la adopción de mecanismos de oposición a las motivaciones basadas en el interés propio y el beneficio personal; y la adopción de mecanismos que sirvan para alentar a las personas con iniciativa.

También existen obstáculos de tipo económico:

- La falta de coordinación y cooperación, por ejemplo, entre el Estado y el sector terciario. Los diferentes especialistas no cooperan entre sí. Por ejemplo, en las instituciones sanitarias, los médicos no conocen qué organización ofrece atención domiciliaria a las personas ancianas.
- El nivel insuficiente de descentralización financiera y de gestión.
- El nivel insuficiente de control y la falta de transparencia.
- La ausencia de estudios, análisis y recomendaciones sobre los problemas de los diferentes grupos destinatarios, así como el escaso conocimiento de sus problemas y de los servicios ofrecidos en la comunidad.

Los principales obstáculos hallados al desarrollo de buenas prácticas son los siguientes:

- De nuevo, los servicios financieros y sociales. La renta de los grupos de riesgo es extremadamente baja, lo cual constituye el principal obstáculo. Los clientes no pueden pagar el servicio que necesitan. Si tuvieran el dinero, sería más sencillo, puesto que mejoraría la calidad de los servicios. Asimismo, hay una ausencia de iniciativas para atraer recursos financieros.
- La falta de experiencia de las personas que ofrecen servicios.
- El escaso conocimiento de los problemas del grupo destinatario.
- La deficiente comunicación y el bajo nivel de cooperación.

Los proyectos existentes en el ámbito de las mejores prácticas son:

- - La **campaña de comunicación “SiCura House”**, creada por INAIL en 2012, que ha producido una serie de iniciativas encaminadas a elevar el conocimiento sobre los temas de seguridad y salud entre los cuidadores inmigrantes. En particular, con la participación de asociaciones de inmigrantes e interlocutores sociales, se han distribuido de forma gratuita 15.000 *Diarios 2012*, en cinco lenguas diferentes (rumano, inglés, polaco, español y ruso), con un texto paralelo en italiano, así como 15.000 folletos dirigidos a las familias, con conceptos e instrucciones detalladas para la adecuada conducta en el hogar.
- - El **Proyecto europeo “Pro Domo”**, creado en 2009 por Commune di Parma (Italia) como primer solicitante, y otros socios de Italia, España, Alemania, Reino Unido, Hungría y Eslovenia, <http://www.prodomoproject.eu>.
- - La región de Emilia Romagna ha producido, para las familias y trabajadores inmigrantes, **una serie de folletos en 8 idiomas** (albanés, árabe, francés, inglés, polaco, rumano, ruso y español) sobre las áreas principales de intervención, con los requisitos necesarios para realizar el trabajo de atención domiciliaria, <http://sociale.regione.emiliaromagna.it>
- - **El proyecto “Familia. Vivir con un cuidador”**, creado por la Provincia de Milán, incluye un sitio web <http://www.badanteinfamiglia.it/> con abundancia de contenidos interesantes: folletos interactivos, CD-Rom, videos y documentales y experiencias de teatro, dirigido a informar y ayudar a cuidadores y familias. Además, la web ofrece asesoramiento online.

Buenas prácticas en la formación de operadores en Gestión de Servicios Específicos (SSM) en los centros residenciales y de día:

La existencia de procedimientos adoptados en virtud de la legislación vigente (análisis médico de los trabajadores; revisiones periódicas de la salud de los trabajadores; certificados médicos para trabajadores con problemas de salud que no pueden realizar su actividad en turnos de noche u actividades que implican estrés, factores de riesgo, etc., que podrían poner en peligro su salud y seguridad en el lugar de trabajo). Asimismo el internamiento de los beneficiarios en CR o su

admisión en CZ se ejecuta tras realizar los correspondientes análisis (examen coprobacteriológico y copoparasitológico; exudados faríngeos; examen de VIH y pulmonar; examen de parásitos y pedunculosis), abriendo un archivo médico personal en el que se incluyen las enfermedades padecidas en el corto plazo.

RECOMENDACIONES Y DESAFÍOS

Los cuidadores que trabajan en este campo suelen ser mujeres con un bajo nivel de cualificación. Los contratos de empleo son normalmente independientes, contemplan una remuneración por hora y se pagan el final de cada mes en función de la cantidad de horas trabajadas. Aunque se pretenda mantener una estabilidad en los cuidadores y las personas ancianas atendidas (es decir, que los mismos dos o tres trabajadores roten garantizando el servicio a un cliente dos o tres veces al día, 7 días a la semana), la tendencia es que el número de horas semanales o mensuales fluctúe y, por tanto, en la mayor parte de los casos no exista un salario fijo (por ejemplo, la estancia del cliente en un hospital durante una semana repercute en el número de horas trabajadas y, por tanto, en los ingresos mensuales). La norma es que las horas de trabajo se concentren por la mañana o a última hora de la tarde, o los fines de semana, y que el horario rote frecuentemente. En la mayor parte de las ocasiones, los trabajadores realizan su actividad en varios lugares, superponiéndose con frecuencia los días de trabajo en diferentes organizaciones. Asimismo, es frecuente que el trabajador no cuente con días libres durante la semana (la baja remuneración aumenta el número de horas necesarias para afrontar el coste de la vida).

Recomendaciones

- Considerar el trabajo social como una labor esencial que puede exponer a los trabajadores a peligros específicos.
- Evaluar los riesgos que afrontan los cuidadores e implementar medidas de prevención.
- Compartir información sobre salud y seguridad con todas las partes relevantes, el propietario del edificio y los propios trabajadores.

Desafíos y necesidad de nuevas investigaciones y acciones

El sector continúa enfrentándose a diversos desafíos. Los datos e investigaciones de que se dispone indican claramente una alta prevalencia de problemas de salud entre los trabajadores sociales.

Por tanto, se necesita la realización de estudios científicos que adopten un enfoque global de los riesgos y problemas del sector, tomando en consideración la exposición combinada a diversos factores de riesgo. Debe realizarse un esfuerzo para desarrollar sistemas de control y supervisión de la salud de los trabajadores, teniendo en cuenta los diferentes tipos de empleo, a fin de poder identificar mejor los riesgos, los grupos afectados, los problemas de salud y las necesidades de prevención.

Europa ha incrementado la inversión de fondos para formación en materia de seguridad en el lugar de trabajo. En Italia, los fondos usados en el sector social pueden ser de carácter europeo, nacional y local, además de interprofesional. Incluso desde el punto de vista de la financiación, la

situación italiana en el sector social debería analizarse probablemente atendiendo a los dos aspectos principales que son la atención domiciliaria y la ayuda domiciliaria.

Por último, pero no por ellos menos importante, aunque los agentes sociales colaboran crecientemente a escala europea y luchan por producir y difundir información sobre salud y seguridad para el sector, sigue existiendo la necesidad de mejorar la situación en relación con el acceso de los trabajadores a la formación y el conocimiento sobre salud y seguridad ocupacional.

ANEXO I

Documento de evaluación de riesgos

EJEMPLO DE MAPA DE RIESGOS Y LISTAS DE COMPROBACIÓN

Lista de fuentes de riesgo analizadas:

1. Estado del apartamento (estructura del lugar de trabajo).
2. Entrada, pasillos, puertas y escaleras (de salida y rutas de tránsito).
3. Microclima y ventilación (exposición a agentes físicos).
4. Salas de descanso, cocinas y cuartos de baño (exposición a productos químicos)
5. Uso de equipos y herramientas (equipos de trabajo y equipos de protección personal)
6. Riesgos de manipulación y posturales (riesgos biomecánicos).
7. Enfermedades contagiosas o transmisibles (exposición a agentes biológicos).
8. Riesgo derivado de agua, gas, electricidad y fuego.

1. Estado del apartamento (estructura del lugar de trabajo)

Lista de comprobación:

Las fuentes tomadas en consideración en el análisis de la situación y para la cuantificación del riesgo relativo al estado del apartamento son:

- La presencia y estado de ventanas y tragaluces.
- La presencia y estado de estanterías y altillos en el lugar de trabajo.
- La idoneidad de las instalaciones para acomodar a pacientes discapacitados.
- La iluminación natural y artificial de las salas de trabajo.

2 . Entrada, pasillos, puertas y escaleras (de salida y rutas de tránsito)

Lista de comprobación:

Las fuentes que se han tomado en consideración en el análisis de la situación y para la cuantificación del riesgo relativo a entrada, pasillos, puertas y escaleras (rutas de tránsito y salida) son:

- La posición, tamaño y estado de las rutas de acceso al lugar de trabajo.
- El estado de los suelos y rutas de tránsito de las personas en general.
- El estado y características de uso de puertas y verjas.
- El estado de los parapetos y la seguridad en la viabilidad de las básculas.
- La presencia, estado e información de salidas de emergencia.
- La longitud del mensaje y el estado de las vías de escape.

3 . Microclima y ventilación (exposición a agentes físicos)

Lista de comprobación:

Las fuentes que se han tomado en consideración en el análisis de la situación y para la cuantificación del riesgo relativo al microclima y la ventilación son:

- El nivel, tipo y duración de la exposición de los trabajadores.

- La ventilación natural y artificial del local.
- La temperatura y humedad del local.
- La presencia de sistemas de calefacción y aire acondicionado y su estado.

4 . Salas de descanso, cocinas y cuartos de baño (exposición a productos químicos)

Lista de comprobación:

Las fuentes que se han tomado en consideración en el análisis de la situación y para la cuantificación del riesgo relativo a las salas de descanso, cocinas y cuartos de baño son:

- La presencia de salas de descanso y su tamaño y limpieza.
- La presencia, tamaño, ventilación, iluminación y limpieza de la habitación usado como cocina.
- El número, tamaño, ventilación, calefacción y limpieza de los vestuarios.
- El número, tamaño, ventilación, calefacción y limpieza de las instalaciones sanitarias.
- La disponibilidad de agentes de limpieza y agua en el cuarto de baño.

5 . Uso de equipos y herramientas (equipos de trabajo y equipos de protección personal)

Lista de comprobación:

Las fuentes que se han tomado en consideración en el análisis de la situación y para la cuantificación del riesgo relativo al uso de equipos y herramientas (equipos de trabajo y equipos de protección personal) son:

- Presencia y uso de las instrucciones de funcionamiento de los equipos (básculas).
- Uso de equipos manuales, posiblemente cortantes.
- Peligros derivados del sobrecalentamiento y salpicadura de líquidos a altas temperaturas.
- Cumplimiento de los requisitos reguladores aplicables a los equipos específicos.
- Factores ergonómicos.
- La idoneidad de los equipos de protección personal para hacer frente a las necesidades y rendimiento ergonómico de las tareas.
- La formalización y gestión de los equipos de protección personal.
- La formación y, en su caso, el personal de formación que usará los equipos de protección personal.

6 . Riesgos de manipulación y posturales (riesgos biomecánicos)

Lista de comprobación:

Las fuentes que se han tomado en consideración en el análisis de la situación y para la cuantificación del riesgo derivado de la manipulación y posturas adoptadas por el cuidador son:

- Las características (peso, forma, tamaño, movilidad) de los pacientes a los que debe manipularse manualmente en el ciclo del negocio.
- El modo de ejecución de los movimientos de los pacientes.
- Las características del lugar de trabajo en que se mueve el trabajador.
- Información y formación en materia de manipulación.
- Formación física que necesitan los trabajadores para una manipulación segura.
- Situación hallada: a completar por el hogar del asistente.

7. Enfermedades contagiosas o transmisibles (exposición a agentes biológicos)

Lista de comprobación:

Las fuentes que se han tomado en consideración en el análisis de la situación y para la cuantificación del riesgo relativo enfermedades contagiosas o transmisibles son:

La presencia y clasificación de agentes biológicos en el lugar de trabajo (en relación con posibles enfermedades de los pacientes).

La formación e información de los trabajadores sobre los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos, el uso de los equipos de protección personal necesarios y las medidas de emergencia adecuadas que deben adoptarse en caso de emergencia.

Situación hallada: a completar por el hogar del asistente.

8 . Riesgo derivado de agua, gas, electricidad y fuego e interferencias

Lista de comprobación:

Las fuentes que se han tomado en consideración en el análisis de la situación y para la cuantificación del riesgo relativo al agua, gas, electricidad, fuego e interferencias son:

El tipo de actividad desarrollada.

El uso y/o almacenamiento de productos inflamables.

El estado de los sistemas eléctricos, la calefacción y el aire acondicionado.

El estado de las vías de escape.

El tipo de sistemas de protección contra incendios usado (presencia de extintor).

El cumplimiento de las normas de buenas prácticas por parte de la instalación de sistemas eléctricos (presencia de panel eléctrico, salvavidas o diferencial, lámparas de emergencia, aunque manual).

La idoneidad de los equipos usados (lámparas de mesa o de pie, lámparas de noche).