



# **CUIDAR** **a quienes cuidan** *Aragón*

**ESTUDIO**

**CONSUMO DE FÁRMACOS Y SALUD LABORAL  
EN EL SECTOR DE RESIDENCIAS,  
UNA APROXIMACIÓN CUALITATIVA**

[Documento Resumen]

## CONSUMO DE FÁRMACOS Y SALUD LABORAL EN EL SECTOR DE RESIDENCIAS, UNA APROXIMACIÓN CUALITATIVA. – Documento Resumen

---

[Campaña sindical de prevención de daños a la salud relacionados con el consumo de determinados medicamentos entre la población laboral del sector de residencias]

Actuación realizada por CCOO Aragón a partir de una encuesta realizada en 2020, y en el marco de un Programa para la promoción de la salud y prevención de las drogodependencias y otras adicciones que cuenta con la colaboración de la Dirección General de Salud Pública del Gobierno de Aragón.

Zaragoza, año 2021

## ÍNDICE

- PRESENTACIÓN
- METODOLOGIA
- INFORME DE RESULTADOS
  1. SOBRE EL CONSUMO DE FÁRMACOS
  2. PROBLEMAS DE SALUD
  3. FACTORES DE RIESGO
  4. PREVENCIÓN DEL RIESGO
  5. SU VISIÓN
  6. SUS PROPUESTAS
- CONCLUSIONES

# PRESENTACIÓN

---

## MARCO DE PARTIDA

La Unión Confederal de CCOO, en coordinación con la Federación de Sanidad y Sectores Sociosanitarios, inició en 2018 una campaña dirigida a recoger información y generar debate y propuestas en torno a los consumos de sustancias entre la población trabajadora en establecimientos residenciales. Esta campaña se realizó de manera coordinada en las distintas comunidades autónomas, con la misma metodología y características, para obtener una “foto” de la situación del sector a nivel estatal.

Esta campaña ha propiciado un marco de trabajo que hemos aprovechado desde CCOO Aragón para profundizar, reproduciendo una acción similar en el ámbito de nuestra comunidad autónoma, pero ampliando la diversidad de los centros. Para ello hemos diseñado un programa de trabajo que abarca todo el territorio y contemple las diferentes titularidades (residencias privadas, concertadas o públicas; residencias en grandes ciudades o pequeñas localidades).

## PORQUÉ ESTE ESTUDIO

El módulo laboral de la Encuesta EDADES 2013/2014 (Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías, 2015), contempla que el consumo de hipnosedantes en los sectores de los servicios sociales y sanitarios se ha visto incrementado con respecto al mismo estudio de 2007, de 5.7% al 8.6%. Se señala como grupo prioritario el mujeres mayores de 45, con jornada reducida, nocturna y a turnos, con insatisfacción con el trato de los superiores, con daños iniciales para la salud (estrés o tensión durante el trabajo y agotamiento posterior) y con realización de tareas monótonas entre otros riesgos.

Los establecimientos residenciales de asistencia, enmarcado en el sector de actividad con mayor prevalencia de consumo de hipnosedantes, es un ejemplo muy representativo. Se trata de profundizar en el conocimiento de los consumos de sustancias entre el personal laboral de las residencias como gerocultoras, auxiliares enfermería, TCAE y otros. Acercarnos a qué se consume, sus causas, formas e indicaciones así como en el diseño y ejecución de prácticas y estrategias preventivas.

## OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Desde CCOO hemos querido acercarnos a esta realidad poniendo el foco en el ámbito laboral ¿qué situaciones de trabajo podrían invitar al uso tan intenso de fármacos?

Las personas no estamos programadas para hacernos daño. Por esto, una situación de abuso en el consumo de medicamentos nos informa de la existencia de problemas de salud no resueltos y que deben ser atendidos.

Con la realización del estudio se pretende:

- Confirmar el elevado consumo de fármacos en personas que trabajan en el sector de residencias
- Identificar modos de consumo y un posible riesgo de adicción
- Conocer las causas que motivan dichos consumos
- Indagar sobre la percepción del riesgo de un alto consumo de fármacos
- Explorar las respuestas habituales ante los problemas de salud en el contexto laboral
- Observar si se dan respuestas de auto-cuidado para recuperar la salud o prevenirla
- Comprender la situación que lleva a una medicación excesiva
- Acercarnos a cómo viven las trabajadoras/es esta situación
- Conocer qué soluciones proponen

## METODOLOGIA

---

Se trata de un estudio cualitativo que se adentre en comportamientos, percepciones, creencias, vivencias y expectativas. Se han empleado dos técnicas complementarias: grupo de discusión y entrevistas semiestructuradas a personas clave.

### **GRUPOS DE DISCUSIÓN**

La técnica de grupos de discusión es una de las recomendadas para adentrarse en los discursos grupales y el conocimiento colectivo, así como el espacio que permite confrontar las percepciones personales a las grupales. Es una dinámica abierta, en la que se invita a exponer a todas las personas participantes tras la formulación de una serie de cuestiones o preguntas concretas que se repiten en el mismo orden en todos los grupos. La intervención de la persona que modera es muy baja y de forma puntual, para formular las preguntas o realizar para reconducir cuando el debate de grupo se dispersa en discusiones solapadas.

Se considera la técnica para conocer y poder analizar los discursos y percepciones de quienes trabajan en residencia, dado que pueden surgir en el debate aspectos delicados personales y siendo que no se conocen entre sí ni a la moderadora, favorece un clima de encuentro entre 'iguales' con la misma finalidad.

### **ENTREVISTA**

A través de la entrevista hay una solicitud explícita a la persona entrevistada sobre su percepción y experiencia, se realiza poniendo en base a su posición de persona observadora de la situación del colectivo objeto de estudio. Se sigue una pauta similar en todas las entrevistas: mismas preguntas, enfocadas a complementar la información de los grupos de discusión.

### **DISEÑO**

Se realizaron 9 grupos de discusión y 3 entrevistas. Participaron 64 personas trabajadoras de las cuales 23 eran de centros privados, 25 de centros de titularidad pública con gestión privada y 16 de centros con gestión pública.

Proceden de centros localizados en 9 municipios diferentes de Aragón y son de diferentes tamaños: desde residencias pequeñas de menos 40 plazas hasta de más de 200 plazas.

Todas las sesiones fueron grabadas en audio con previa información y consentimiento de los y las asistentes. Posteriormente fueron transcritas para su análisis y la elaboración del presente documento.

# INFORME DE RESULTADOS

---

## 1. SOBRE EL CONSUMO DE FÁRMACOS

### CUÁNTOS FÁRMACOS SE CONSUMEN

- ✓ Se confirma el consumo de fármacos es un como algo habitual entre las trabajadoras.
  - En los grupos de trabajo, de las 64 personas sólo 6 confirmaron no haber tomado nada en el último mes.
  - De las restantes, la mayor parte de las participantes informa tomar pastillas todas las semanas y, apuntan, casi todos los días.
- ✓ Es generalizada la afirmación de que casi todas las personas que trabajan en residencias terminan tomando fármacos para tratar dolores y lesiones musculo-esqueléticas.
- ✓ Se afirma que esto depende de la edad y los años que lleva trabajando.
  - Estiman que las personas jóvenes comienzan a tomar algo (no continuado) pasados dos o tres años trabajando en residencias.
- ✓ El consumo casi diario es más común en las personas que llevan más de ocho años trabajando en este sector.
  - Entre las que consumen a diario o casi todos los días comentan que llevan más de ocho años salvo tres que llevan cuatro años, seis y siete respectivamente.

### QUÉ FÁRMACOS SE CONSUMEN

- ✓ Se observa como dinámica general de todos los grupos respuestas que informan sólo de los tratamientos para tratar el dolor o lesiones musculoesqueléticas, dando por supuesto que el resto de problemas de salud no tiene que ver con el trabajo.
  - Los medicamentos para tratar dolores musculares son los primeros que se nombran. Es una relación entre el consumo de fármaco y el ámbito laboral. También se informa de analgésicos, tanto suaves como fuertes.
  - Sólo se informa de otros medicamentos como como hipnóticos, ansiolíticos o hipertensivos cuando se solicita información al respecto o alguna persona pregunta si también pueden nombrar éstos.
  - Los últimos en surgir son los antidepresivos, se recoge su consumo en seis de los nueve grupos. Se relaciona con una 'debilidad' personal para hacer frente a los problemas que puedan tener, tanto dentro o fuera del trabajo.
    - *“aunque no sea por trabajo”.*

- ✓ Los medicamentos nombrados de forma recurrente en los grupos, por tipo de medicamento y de mayor a menor son: antiinflamatorios, analgésicos, ansiolíticos, hipnóticos, antihipertensivos.
  - Las personas nombran de forma indistinta bien el principio activo, bien el nombre comercial o bien para qué sirven
  - De más a menos nombrados son, literalmente, los siguientes: Ibuprofeno, Paracetamol, Enantyum®, Orfidal®, Lorazepam, para dormir, Alprazolam®, Diazepam, relajante muscular, Zaldiar®, Nolotil®, Tramadol, Yurelax, Valsartan, Antalgin®, para la tensión, Valium®, Imigran®, Noctamid®, Zoming®, para migrañas, Escitalopram, Hemovas®, Lyrica®, Citalopram, Metotrexato®, Elontril® y otros.

## COMO SE OBTIENE EL MEDICAMENTO

- ✓ Los medicamentos se obtienen en este orden: la gran mayoría son pautados desde la atención médica, sea pública o privada, una parte importante se obtiene directamente en las farmacias. El resto se obtiene en los mismos centros residenciales o a través de compras online (por la web).
- ✓ La mayoría de los medicamentos ha sido pautado desde atención primaria o la mutua.
  - Hay casi unanimidad en la respuesta desde la atención médica de las mutuas por lesiones musculares: informan de que el problema no es de origen laboral, recetan medicación e inyectan un calmante o antiinflamatorio.
  - Hay casi unanimidad en la respuesta desde atención primaria: tras la exploración médica se receta medicación y, si corresponde, se deriva a especialista o se da baja.
- ✓ Una parte importante de los medicamentos se obtiene directamente en las farmacias.
  - Suelen solicitarlos directamente las personas usuarias
  - Se citan: ibuprofeno, paracetamol, termalgin, aspirina y similares.
- ✓ Una pequeña parte –sólo sale en cuatro grupos por pocas personas- de los medicamentos se adquiere en los propios centros residenciales.
- ✓ Sólo dos personas informan buscar medicamentos a través de la web, ambas en sitios seguros y legales.
  - Una persona no especifica el qué, la otra compra online una pomada para calmar el dolor de muñeca-antebrazo que contiene un derivado del cannabis.
- ✓ No hay constancia de solicitudes online en webs ilegales.
- ✓ Se cita la compra online de otros productos: hierbas, complejos vitamínicos, minerales.

## PROCESO DE CONSUMO

- ✓ Hay un patrón de consumo que se repite, pasando de la toma de sustancias de forma puntual y con precaución a un aumento gradual del consumo y poco a poco normalizándolo, después la ocurrencia de un problema más importante de salud y la instalación de un tratamiento farmacológico pautado más severo que irá siendo recurrente en el tiempo.
- ✓ El factor determinante para que el consumo de fármacos se instale como habitual es la presencia continua de dolor y el empeoramiento de la salud.
- ✓ Se dan ejemplos de personas que advierten a tiempo el proceso y se obligan a aplicar medidas preventivas, bien sea de cuidados físicos (fortalecimiento muscular y otros), o búsqueda de atención psicológica.

## EFFECTOS BUSCADOS

- ✓ Las personas acuden al centro sanitario para resolver los problemas de salud.
- ✓ Las trabajadoras afirman no buscar los medicamentos, cuando acuden a la atención médica lo hacen para “curarse”: sanar la lesión, recuperar capacidad muscular, su fuerza, la energía frente al cansancio, el buen humor frente al derrotismo, etc... Entienden que paliar el dolor es importante, pero que atender los síntomas no es suficiente: hay que curar.
- ✓ En general, las personas trabajadoras consumen medicamentos con el fin de resolver simultáneamente tres aspectos:
  - a) calmar su malestar (dolores, cansancio, ..),
  - b) poder realizar todas las tareas que le corresponden, y
  - c) conservar el buen humor y la capacidad de tratar de forma amable a residentes.
- ✓ Se aprecian diferencias según la etapa en el patrón de consumo descrito.
  - En las primeras etapas se consume para calmar el dolor y los síntomas de manera puntual, o para conciliar el sueño y descansar para recuperarse.
  - En etapas más avanzadas hay consumos con fines ‘preventivos’: se toman antes de que aumente el dolor cuando por experiencia se sabe que ocurre así, o para poder estar de buen humor ante los usuarios, etc.
  - En estas segundas etapas también se consumen para regular los momentos de sueño y vigilia, especialmente entre aquellas personas con turnos cambiados.

## EFFECTOS NO DESEADOS

- ✓ Entre los problemas de salud identificados, algunos responden a esos efectos no deseados de los medicamentos.
  - Hipertensión
  - Problemas digestivos, erosiones gástricas
  - Afecciones al riñón
  - Habitación al consumo

- ✓ La medicación es una vía para conseguir los tres objetivos: calmar dolor, poder hacer las tareas y estar de buen humor en el trabajo. Esto refuerza el consumo, sin pensar en los efectos secundarios.
- ✓ El apoyo en la medicación para “resolver” los problemas conduce a no buscar otras alternativas que podrían ser a la larga más eficaces y saludables.
- ✓ De manera inversa, las barreras existentes para recuperar la salud provocan una reincorporación temprana al trabajo, sin haber curado, tener resistencia o fuerza muscular. Ante los mismos esfuerzos o gestos, aumenta el riesgo de sufrir lesiones mayores. La situación ‘obliga’ a trabajar con medicación.
  - Tras un accidente o lesión, si la cita para rehabilitación se retrasa semanas o meses, la persona reincorporará al trabajo antes.
  - A pesar de sufrir lesiones se opta por no coger la baja por no cargar al resto de compañeras con su trabajo.
  - ..
- ✓ Entre la medicación se encuentran sustancias psicoactivas con riesgo de adicción – como las opioides y otras-, sin embargo hay que hacer notar que también se ha observado un uso excesivo de otros fármacos no catalogados como hipnosedantes.
- ✓ Las pautas de conducta encontradas en este estudio parecen indicar que no sólo existe un riesgo de adicción por el tipo de sustancia sino que se percibe un riesgo de habituación al consumo como una respuesta adaptativa al contexto.

## PERCEPCIÓN DEL RIESGO

- ✓ La percepción del riesgo de sufrir otros problemas de salud relacionados con los efectos secundarios de los fármacos es alta.
  - Se admite que no es muy bueno tomar tanto fármaco, aunque hay que tomarlo mientras sigan los síntomas (dolor)
  - Se identifica que pueden provocar daños en el estómago y otros problemas en el sistema digestivo.
  - La percepción es que puede ocurrir, pero no lo relacionan con sus propios problemas gastrointestinales o de tensión arterial.
- ✓ La percepción del riesgo de adicción por consumo de sustancias psicoactivas en los medicamentos es media
  - Se identifica este riesgo con el consumo de opioides
  - No se identifica con ninguna otra sustancia
  - No se identifica el comportamiento de consumo habitual –incluso preventivo- con un hábito instalado que, a modo de ‘zona de confort’, evita tener que enfrentarse a medidas más conflictivas
- ✓ La “normalización” de un patrón de consumo habitual es un factor de alto riesgo para la adicción.

- Se detecta un patrón conductual de consumo habitual preventivo, un hábito instalado que, a modo de ‘zona de confort’, evita tener que enfrentarse a medidas más conflictivas
  - Los problemas de salud y conflictos que surgen con el no-consumo son mayores
- ✓ Está asumido que los dolores que se sufren tienen que ver con la edad.
  - Este tema genera mucho debate, entre quienes asumen que con los años se pueden hacer menos esfuerzos y quienes dicen que en otros trabajos no es así
- ✓ Hay unanimidad en que los dolores son inherentes al trabajo: los va a sufrir todo el mundo.
- ✓ Completa ausencia de referencias a los servicios de prevención de riesgos laborales.
  - En las conversaciones no surge en ningún momento que, ante estos problemas de salud, las empresas deben activar medidas preventivas.

## EL CUIDADO DE LA SALUD

- ✓ Se percibe como algo complementario al consumo de medicamentos, y necesario para recuperarse, lo siguiente:
  - Acudir a tratamiento fisioterapeuta para eliminar contracturas
  - Realizar ejercicios de rehabilitación muscular
  - Acudir a un psicólogo
- ✓ Estos servicios se consideran “un lujo” que no está al alcance de todas las personas.
  - Son servicios costosos (requieren varias sesiones)
  - Los sueldos son muy bajos (media de 980€/mes sector privado)
  - Las obligaciones familiares y laborales dejan poco margen de tiempo
- ✓ Como cuidado preventivo (antes de que aparezca el daño) se identifican las siguientes actividades:
  - Los ejercicios físicos para fortalecer musculatura, ser más resistente, etc.
  - Hacer pilates y estiramientos.
  - Practicar yoga, meditación o similar
- ✓ En general se valora la importancia del descanso (dormir suficiente) y la alimentación saludable.
- ✓ No se percibe de manera clara la importancia de recuperar totalmente una lesión antes de realizar de nuevo la actividad que pudo generarla. Cuando el dolor se hace llevadero, se solicita volver al trabajo sin caer en la cuenta de que es peor, que habrá una recaída con riesgo de provocar una lesión mayor.

## 2. PROBLEMAS DE SALUD

- ✓ Los problemas de salud son:
  - A) (más comunes): muculoesqueléticos relacionados con dolores o lesiones en espalda, cervicales, muñecas, brazos y hombros; afecciones en el sistema cardiovascular y el sistema digestivo; sensación de fatiga y cuadros de ansiedad o depresivos.
  - B) Tras éstos, hay una larga relación de otras situaciones como problemas oculares, dérmicos y muchos otros, incluso el cáncer.
  
- ✓ Los problemas de sesgo psicosocial están siempre presentes
  - Alta coincidencia de sentimientos de preocupación, tensión o angustia relacionados con la capacidad de ejecución de tareas
  - Coincidencia de pensamientos de autoreproche, baja autoestima relacionados con la percepción de demandas de servicio no atendidas y la falta de capacidad de realizarlas, bien por tiempo, recursos, habilidad funcional,.. o porque es función de otras personas que tampoco llegan.
  - Coincidencia de sentimiento de preocupación relacionados con la ejecución de tareas que le han sido encomendadas y para las que no han recibido formación.
  - Coincidencia de sentimiento de tristeza relacionados con la percepción de que la atención a residentes debería ser mejor.
  - Coincidencia de sentimientos de impotencia y tristeza relacionados la falta de capacidad de resolver situaciones que consideran injustas
  - Enfado, tensión o rabia relacionado con conflictos que suceden entre compañeros/as
  
- ✓ Se considera que los problemas de salud siguientes identificados en el grupo de estudio pueden tener relación con la exposición a los riesgos de naturaleza psicosocial atendiendo a la relación entre estrés y enfermedad publicada por la OMHS
  - Corazón y circulación sanguínea: arritmias, hipertensión,
  - Aparato respiratorio.
  - Afecciones en el sistema inmunológico
  - Problemas gastrointestinales.
  - Dolores osteomusculares.
  - Reacciones dérmicas: erupciones y pruritos en cuello y brazos.
  - Problemas oculares: derrame de ojo, desprendimiento de retina.
  - Problemas de salud mental. Ansiedad, depresión.

### 3. FACTORES DE RIESGO

#### **SOBRESFUERZOS y MANIPULACIÓN DE CARGAS**

- ✓ Se realizan sobreesfuerzos en movilización de residentes no válidos, trabajos de levantar, acostar, cambiar (de ropa o cambio higiénico), trasladar y asear (ducha o baño). Sobre todo se cita:
  - Movilización de pacientes.
  - Deficiente uso de las grúas. El uso de grúas es diferente según centros. En algunos no hay grúas en buen estado. En otros falla el espacio para colocarla para el aseo. Por falta de tiempo (es más rápido movilizar a pulso). Por problemas para acceder a la grúa (está lejos, en un cuarto cerrado, en otro piso, ...)
  - Las grúas no resuelven todos los movimientos
  - En menos ocasiones se hace referencia a la falta de ternas, camas muy bajas o camas sin ruedas.
  
- ✓ En los trabajos de terapia ocupacional a usuarios no válidos y/o con cuadros psiquiátricos.
  - Esfuerzos físicos para defenderte de los gestos de personas que no controlan la fuerza o la incomodidad que generan.
  - Posturas forzadas para mantener en posición a la hora de realizar actividades como vestirles, asearles o enseñarles ejercicios ocupacionales, dada la corpulencia y peso de muchos de los usuarios.
  
- ✓ En los trabajos de lavandería.
  - Movimientos forzados, no ergonómicos, para introducir o retirar la ropa a las lavadoras. Son aparatos industriales de elevada capacidad, algunas ubicadas en alto para aprovechar el espacio. Las cestas de traslado no ergonómicas para el vaciado. Manipulación de cargas de unos 40 kilos en seco, más en mojado. La ropa se puede introducir por partes pero suele salir liada, esto exige sacar todo el peso de vez. Son varios ciclos al día todos los días, llegando a manipular unos 300 kg. por persona y día.
  - Movimientos repetitivos en trabajos de planchado.
  
- ✓ En los trabajos de cocina
  - Sobreesfuerzos y posturas forzadas en manipulación de las ollas llenas, en los trabajos para su lavado manual
  - Manipulación de pedidos y su colocación en estantes (cajas grandes de congelados, de frutas, patatas, etc..). Desempeño de los trabajos por una sola persona, sin carros o plataformas que reduzcan el esfuerzo.

- ✓ En trabajos de limpieza y retirada de residuos
  - En limpieza, mover camas (son camas muy pesadas) para las labores de **limpieza y** cambio de ropa.
  - Limpieza: movimientos de rotación de brazos repetitivos.
  - En retirada de residuos: sobreesfuerzos sobre todo en levantamiento y manipulación de los sacos grandes hasbasuras al contenedor

## **FACTORES DE RIESGO:**

### **2. FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL**

- ✓ Exigencias psicológicas en el trabajo.
  - Esfuerzo emocional por trabajar día tras día con personas que dependen de la persona trabajadora para poder hacer sus funciones básicas o poder acceder a los servicios básicos necesarios.
  - Esfuerzo emocional que se realiza para no mostrar sentimientos, opiniones, ante determinadas situaciones
  - Falta de capacitación suficiente para la ejecución de trabajos que no corresponden a su categoría
  - Necesidad de atender con el mismo número de trabajadoras más tareas, a causa de que el número de residentes válidos es cada vez menor y aumenta el de personas dependientes o muy dependientes.
  - Falta de tiempo suficiente para la ejecución de los trabajos. Las altas cargas de trabajo provocan tensión, miedo por no poder realizar todo lo que tienen encomendado
  - Esfuerzo emocional por empatizar con situaciones personales de las personas residentes.
  - El contacto diario con usuarios y los trabajos de cuidados provocan efectos de apego, lo que afecta emocionalmente cuando ocurre cualquier suceso y cambio en los mismos.
  
- ✓ Dificultad de conciliación trabajo con la vida familiar y personal
  - Cambios de turnos, trabajo de tardes, trabajos fines de semana o festivos
  - No disponer de permisos para acompañar a familiares dependientes, atención hijos/as, acudir a entierros de familiar cercano o muy cercano,...
  - No poder disfrutar de medidas de conciliación para el cuidado de hijos/as (sector privado).
  
- ✓ Percepción de demandas de servicio no atendidas de forma correcta o suficiente unido a la falta de capacidad de realizarlas (sea por tiempo, recursos, habilidad funcional,.. o porque sea función de otras personas que tampoco llegan).

- ✓ Falta de capacidad de control sobre el trabajo:
  - No participar en la toma de decisiones relacionado con el trabajo propio a realizar, como la cantidad, el orden, el modo de ejecutarlo, ...
  - No poder aplicar nuestros conocimientos y habilidades en el desempeño del trabajo.
  - No poder plantear sugerencias para mejorar el servicio que recibe el usuario.
  
- ✓ Trabajos en solitario unido a trabajos nocturnos
  - En los casos en que se queda una persona sola para atender toda una planta sin posibilidad de pedir refuerzos en caso de necesidad para atender cualquier accidente que pueda tener los usuarios
  
- ✓ Ejecución de tareas que le han sido encomendadas y para las que no han recibido formación.
- ✓ Coincidencia de sentimiento de tristeza relacionados con la percepción de que la atención a residentes debería ser mejor.
  - Coincidencia de sentimientos de impotencia y tristeza relacionados la falta de capacidad de resolver situaciones que consideran injustas
  - Enfado, tensión o rabia relacionado con conflictos que suceden entre compañeros/as
- ✓ Falta de claridad en las tareas que corresponden a cada persona trabajadora y su modo de coordinación.
- ✓ Riesgo de acoso sexual
- ✓ Riesgo de abuso sexual
- ✓ Riesgo de acoso en el trabajo.
- ✓ Bajo reconocimiento al trabajo. Por familiares de usuarios, por la dirección del centro, y bajo reconocimiento social.
- ✓ Bajos salarios.
- ✓ Nulas expectativas de recibir formación o capacitación para la mejora continua.
- ✓ Baja justicia organizacional relacionada con la discriminación de trato y confianza entre compañeros/as y la falta de confianza en la dirección.
- ✓ Falta de información. Falta de comunicación para la prevención de riesgos en determinadas habitaciones con pacientes con enfermedades contagiosas y que requieren ejecución especial: EPIs, protocolos de limpieza y desinfección, retirada y lavado de ropa, etc.

## 4. SU VISIÓN

### TRABAJAR EN RESIDENCIAS VA VINCULADO A VIVIR CON DOLOR AL CABO DE UN TIEMPO

- ✓ Es un sentir generalizado que con el trabajo en las residencias viene asociado el tener dolores y daños a la salud. Es como algo inherente al trabajo.
- ✓ Tras esa afirmación se reacciona de dos maneras encontradas: o asumir la situación (es lo que hay) o revelarse para provocar un cambio.
- ✓ Quienes asumen que es normal tener dolores por trabajar identifican el papel del cuidado como algo sacrificado y con un componente altruista.

### ES ASÍ PORQUE SOMOS MUJERES

- ✓ Al preguntar ¿Por qué tiene que ser así? hay clara conciencia en identificar el trabajo de las residencias como una labor de cuidados, algo que tradicionalmente ha sido propio de las mujeres y que por ello tiene menos reconocimiento social (salario incluido).
  - *“Este es un sector femenino, si fuera masculino seguramente estaríamos hablando de otra manera, no estaríamos aquí”*
  - *“Tenemos que levantar bolsas de basura más grandes que yo. Si fuéramos hombres, ya tendríamos un mecanismo elevador con hidráulicos y botoncicos”* (Limpiadora, 57 años, R Grande Pública)
- ✓ Se está de acuerdo en que ellas mismas se “conforman”.
- ✓ También identifican que los problemas de división entre personas, enfrentamientos entre compañeras en lugar de cooperar lo achacan también a su condición femenina.
- ✓ Entre los hombres, dos afirman que ellos cobran más, pero que el trabajo es exigente para todo el mundo (hombres y mujeres). El tercero informa sufrir serios problemas de salud.

### NO SE NOS RESPETA

- ✓ Transmiten su cercanía con los residentes, cómo trabajan para que estén bien día tras día, les conocen, les ayudan a comer, a sentarse, a afeitarse, etc. Pero que no están reconocido su labor:
  - No son preguntadas cuando vienen los familiares (sobre qué tal se desenvuelven, cuánto ha comido, si duerme bien, etc.)
  - Sí son acusadas cuando se identifica alguna anomalía, como cuando la residente no encuentra sus pendientes o está mal abrochada la chaqueta.
  - No son informadas en caso de enfermedades contagiosas
  - Sí reciben trato difícil de pacientes con problemas psíquicos o mentales
  - No reciben formación y cuentan con recursos de apoyo

- Sí se les exige resolver las tareas con diligencia
  - No se les facilita medios o medidas.
- ✓ Siempre se repite la misma queja: la falta de respeto y de reconocimiento de su trabajo.

## **SOMOS INVISIBLES**

- ✓ La percepción de que no son comprendidas o entendidas, sobre las exigencias de sus trabajos en el contexto de las residencias surge en todos los grupos de discusión.
- ✓ Invisibles para nuestros jefes. Se informa de la falta de respuesta a la altura de las necesidades identificadas por parte de los responsables de los centros residenciales, falta de coordinación de los trabajos y de recursos por no tener constancia del contenido de los mismos.
- ✓ Invisibles para los servicios médicos. Las referencias son a los servicios médicos, tanto de mutuas como de atención primaria también son recurrentes:
  - Las participantes cuentan que al comunicar que trabajan en residencias el médico/a lo ve como un trabajo menos doloso y tienen que argumentar en atención primaria los esfuerzos, gestos y tareas que realizan para sentirse comprendidas. (Este punto es recurrente en cinco de los nueve grupos)
  - Las/los participantes coinciden con la falta de conocimiento y la falta absoluta de escucha por parte de las mutuas, que les derivan a atención primaria para que se trate como enfermedad común (Este punto es unánime en todos los grupos).
- ✓ Invisibles para la administración.
  - Su trabajo ha cambiado, dado que ahora hay una mayor parte de personas residentes no válidas, algunas muy dependientes y con problemas mentales, las ratios de trabajadoras por residentes deben evaluarse.
  - Sienten que (en referencia a centros con gestión privada) están siendo explotadas y no va inspección. Cuando a veces va alguien de inspección avisa previamente, habla sólo con dirección y valoran cómo están atendidas las personas residentes en un nivel diferente, valoran las ratios generales, no preguntan a delegadas o trabajadores/as de estas categorías profesionales, no preguntan por sus condiciones de trabajo.
- ✓ Invisibles para sociedad. En cinco de los nueve grupos sale a relucir la mala fama que tienen las personas que trabajan en las residencias por algún programa emitido por televisión.

## 5. SUS PROPUESTAS

---

### PROPUESTAS RECOGIDAS EN LOS GRUPOS DE TRABAJO

- ✓ Más personal en los centros
- ✓ Actualizar las valoraciones de residentes pues están obsoletas (válidos, no válidos)
- ✓ Mejora de ratios por categorías profesionales (contemplando sobre todo las categorías profesionales cuyo trabajo dependen directamente de la cantidad y validez de las personas residentes)
- ✓ Claridad en la definición de las funciones, mejor coordinación y organización del centro.
- ✓ Organización de los equipos de trabajo, incidiendo en las estrategias de coordinación entre todas las personas del mismo, con la participación y propuestas de las mismas.
- ✓ Participación de trabajadores/as en aspectos relacionados con la ejecución de su trabajo
- ✓ Justicia a la hora de establecer turnos de trabajo: no utilizarlo como estrategia de castigo
- ✓ Facilitar medios y tecnologías suficientes para la ejecución de trabajos (y tiempo para realizarlos):
  - Camas articuladas con carro elevador
  - Grúas de traslado en buen estado y suficientes.
  - Ternas
  - Sistemas elevadores para manejo de la ropa o bien sistemas que requieran trasladar menos carga de golpe.
  - Sistemas o mecanismos que faciliten el transporte y manejo de las bolsas de basura y residuos hospitalarios, para evitar sobreesfuerzos y riesgo de contaminación.
  - Sistema de bandejas comidas que permita la puesta y retirada sin riesgo a caídas
  - Otros
- ✓ Formación en prevención de riesgos para la salud.
- ✓ El servicio de fisioterapia y rehabilitación de la residencia podría extenderse también a las trabajadoras
- ✓ Que la atención de las mutuas sea justa, reconozca sus problemas de salud y sobre todo no las trate como si estuvieran engañando a la mutua o estuvieran mintiendo sobre lo que les pasa.
- ✓ Que las citas para rehabilitación de la seguridad social sean antes y no tarden tantos meses (ayudaría a ir a trabajar sin haberse curado)
- ✓ Reconocimiento de las categorías profesionales
- ✓ Reconocimiento salarial
- ✓ Reconocimiento social
- ✓ Visibilizar la labor de los y las trabajadoras de residencias.

# CONCLUSIONES

---

## CONCLUSIONES

Una gran parte de las personas que trabajan en las residencias consumen medicamentos pasados unos años de trabajo. Los medicamentos son pautados generalmente para tratar el dolor y las lesiones musculoesqueléticas, daños relacionados con sobreesfuerzos, movimientos repetitivos y alta carga de trabajo.

Se aprecia que una vez originado el daño no hay cambios en los modos de trabajo. Si el problema exige baja ésta se produce, pero las trabajadoras suelen solicitar el alta antes de tiempo. Se sigue con la misma actividad actividad, medicándose para paliar el dolor.

Al no modificar los modos de trabajo, las causas que generan el dolor o el problema inicial siguen actuando, por lo que el daño se acentúa con el riesgo de convertirse en un problema crónico o producir lesiones irreversibles.

El aumento de la medicación y la dosis responde a la lesión generada y a otros problemas que aparecen como consecuencia: son los problemas para dormir, la sensación de fatiga, sentimientos de culpabilidad, rabia o ansiedad, así como los problemas en sistema digestivo y sistema cardiovascular – incluida hipertensión- que aparecen con el tiempo.

Es patente la diferencia entre lo que las personas trabajadoras buscan y lo que reciben cuando acuden a un centro sanitario. Ellas declaran el deseo de resolver su enfermedad, el origen que causa los síntomas, a través de recursos como rehabilitación, inmovilización local, atención psicológica u otro tipo de atención personalizada.

Hemos encontrado unanimidad sobre la actuación de las mutuas ante toda persona que acude con un problema de salud desde el trabajo:

- negación al origen laboral del daño y derivación a la persona a los centros de atención primaria y
- administración un calmante inyectado (si la persona consiente) unido a la expedición de recetas para atender los síntomas.

La respuesta en los centros de atención primaria es muy diversa, que podrían agruparse en tres tipos de respuestas:

- un grupo plantea dudas de que los daños descritos por las trabajadoras tengan que ver con las tareas que realizan en los centros residenciales,

recetando calmantes para atender los síntomas, con la recomendación de no realizar esfuerzos;

- otro grupo interpreta que las personas tienen algún tipo de alteración mental, recetando un tratamiento acorde con esto (ansiolíticos y otros; si procede también calmantes) no entrando a valorar otras exploraciones o pruebas diagnósticas relacionadas con problemas cardiovasculares o lesiones musculoesqueléticas,..
- un tercer grupo atiende los problemas descritos en su globalidad, con las exploraciones necesarias y se procede a recomendar la baja para recuperar y extendiendo tratamiento correspondiente

Las personas trabajadoras consumen medicamentos con el fin de resolver simultáneamente tres aspectos:

- a) calmar su malestar (dolores, cansancio, ..),
- b) poder realizar todas las tareas que le corresponden, y
- c) conservar el buen humor y la capacidad de tratar de forma amable a residentes.

Se observa que la medicación es la única vía que, hasta el momento, está ayudando a alcanzar –al menos en parte- estos tres objetivos. Por ello, el consumo se refuerza y se normaliza.

Se observa un patrón común de consumo. Se observa que en muchos casos termina usándose el medicamento como “medida preventiva” tomándolo en el desayuno, antes de ir al trabajo, antes de que aparezcan los dolores más fuertes y no se puedan mover.

Entre la medicación se encuentran sustancias psicoactivas con riesgo de adicción – como las opioides y otras-. Aunque es un estudio cualitativo se puede afirmar sin lugar a dudas que la prevalencia de consumo medio entre las personas trabajadoras de residencias es mucho mayor que la prevalencia de consumo de la población española (que se publican anualmente en la encuesta EDADES el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones).

Es relevante indicar que sobre todo se ha observado un uso excesivo de otros fármacos no catalogados como hipnosedantes. Las pautas de conducta encontradas en este estudio parecen indicar que no sólo existe un riesgo de adicción por el tipo de sustancia sino que se percibe un riesgo de habituación comportamental, posiblemente relacionada con la respuesta efectiva al contexto y la situación de confort que se genera al normalizarlo.

Los problemas de salud están claramente relacionados con las condiciones de trabajo.

Destacan los riesgos ergonómicos de sobreesfuerzos, posturas forzadas, trabajos repetitivos.

Pero sobre todo destacan los riesgos psicosociales relacionados con las altas cargas de trabajo, baja posibilidad de las personas en influir en la propia labor, falta de claridad de funciones, falta de coordinación de trabajos.

La medicación facilita que se puedan seguir desempeñando los trabajos, esto hace que nada cambie y se matengan las causas que originan los problemas de salud, a modo de círculo vicioso.

Las propuestas de solución de las personas asistentes insisten mucho en mejorar las ratios por categorías profesionales para lo que proponen: evaluar para actualizar el grado de dependencia de residentes y valorar tanto el número de personas necesarias para un buen servicio en todas las categorías, un tiempo suficiente a la ejecución de tareas y la coordinación de los equipos. Otras exigencias van dirigidas a la mejora de recursos que reduzcan los riesgos ergonómicos, tiempos de descanso suficiente, conciliación, formación y sueldo digno.

Finalmente la propuesta coincidente al concluir las sesiones es *“ser visibles a la sociedad”, “un reconocimiento a la labor que realizamos, todos antes o después seremos mayores y queremos que nos cuiden bien”*.

## **VALORACIÓN FINAL**

Estamos ante una situación grave de salud laboral de un colectivo y que esta situación no es conocida y por lo tanto no está debidamente atendida.

Se confirma el abuso en el consumo de fármacos y la instalación de un patrón de conducta de habituación del consumo. Consideramos que este comportamiento debe ser atendido, aspecto que se deja para la valoración por parte de personas u organismos con competencias en ello.

Si el consumo es una respuesta ante problemas de salud con origen laboral, donde la medicación consumida es generalmente pautada, la reacción lógica es preguntarnos por qué se está haciendo en materia de prevención de riesgos laborales en estos centros de trabajo.

No nos consta de que tanto el consumo de fármacos y como los problemas de salud relacionados estén incorporados en las actividades de Prevención de Riesgos laborales de las empresas en los centros de trabajo, al menos a través de los estudios realizados.

Se identifica necesidad de abordar acciones en diferentes ámbitos.

1. Laboral, dirigidas a trabajadoras/es. Sensibilización sobre los riesgos del consumo elevado de fármacos. Capacitación para un cuidado activo de la salud. Formación en prevención de riesgos y derechos laborales.
2. Laboral, obligaciones de las empresas. **Aplicación de la norma sobre prevención de riesgos laborales**, realizando las obligatorias evaluaciones de riesgos, de todos los riesgos, incluyendo los psicosociales. Esto implica la evaluación de las ratios por

categorías, de la organización del trabajo, de los factores ergonómicos, etc. Fomento de medidas de promoción de la salud. Exigir responsabilidades a las mutuas.

3. Sanitario. Fomentar la atención integral de la salud. Atención a los problemas biológicos resultantes de la somatización de vivencias estresantes y viceversa. Fomentar la figura de personal médico especializado en las enfermedades relacionadas con la actividad laboral (red de médicos/as centinela)
4. Social, comunitario. Valor del conocimiento y la información y la defensa del derecho a la salud como un valor para la prevención de daños relacionados con las adicciones. Dar visibilidad al sector de trabajos en residencias. Poner en valor los trabajos de cuidados. Informar y sensibilizar para un consumo respetuoso en el uso de los medicamentos. Fomentar el cuidado de la salud.

Zaragoza, abril de 2021.



**Cuidar a quienes cuidan** es una campaña de CCOO para la prevención de daños relacionados con el consumo de medicamentos y la mejora de la salud laboral en el sector de los cuidados.