

Estudio CuidémoNos

AUXILIARES DE AYUDA A DOMICILIO EN ESPAÑA, 2022

Riesgos laborales y estado de salud

María Isabel Fernández Cano
Albert Navarro Giné
María Feijoo Cid
Sergio Salas Nicás

Estudio CuidémoNos

**Auxiliares de ayuda a
domicilio en España, 2022**

Riesgos laborales y estado de salud

Barcelona, Febrero 2023

© Universitat Autònoma de Barcelona.

POWAH grupo de investigación en riesgos psicosociales, organización del trabajo y salud de la Universitat Autònoma de Barcelona.

GREMSAS (Grup de Recerca Multidisciplinar en Salut i Societat, UAB-IDIAP).

Autoría (han contribuido con el mismo grado de responsabilidad):

Albert Navarro i Giné (POWAH-UAB, Facultad de Medicina)

María Isabel Fernández Cano (UAB, Departamento de Enfermería, Facultad de Medicina; GREMSAS)

María Feijoó Cid (UAB, Departamento de Enfermería, Facultad de Medicina; GREMSAS)

Sergio Salas Nicás (POWAH-UAB; BuNeD-Esade)

Proyecto parcialmente financiado por:

Fundación Prevent: XV Convocatoria de Becas I+D en Prevención de Riesgos Laborales.

Cómo citar este informe:

Fernández-Cano M.I., Navarro A., Feijoo-Cid M., Salas-Nicás S. **Estudio CuidémoNos. Auxiliares de ayuda a domicilio en España, 2022. Riesgos laborales y estado de salud.** Barcelona: POWAH, GREMSAS, UAB; 2023.

Diseño y maquetación: Alicia Romero Fernandez

Este trabajo está sujeto a la licencia Creative Commons de Reconocimiento No Comercial.



P O W A H
Research Group



Proyecto parcialmente financiado por:



ÍNDICE

8	ÍNDICE DE TABLAS
8	ÍNDICE DE FIGURAS
8	ABREVIATURAS
10	PRÓLOGO
12	INTRODUCCIÓN
13	El modelo de cuidados a personas dependientes en España
16	La ocupación de auxiliar de ayuda a domicilio
20	Exposición a riesgos laborables de las auxiliares de ayuda a domicilio
24	Contextos de vulnerabilidad entre las auxiliares de ayuda a domicilio
25	Estado de salud de las auxiliares de ayuda a domicilio
26	OBJETIVOS
27	Objetivo general
27	Objetivos específicos
28	MÉTODOS
29	Población de estudio
29	Diseño de estudio
29	A. Componente cuantitativo
31	B. Componente cualitativo
34	ASPECTOS ÉTICOS
36	RESULTADOS
37	Perfil sociodemográfico de la muestra
38	Condiciones laborales
39	Descripción de las participantes en los grupos focales
40	Sobre la prevención de riesgos laborales
45	Exposición a riesgos psicosociales
57	Violencia y acoso
61	Estado de salud de las auxiliares de ayuda a domicilio
65	Consumo de fármacos
66	DISCUSIÓN
67	Prevención de riesgos laborales
69	Riesgos psicosociales
75	Contexto de vulnerabilidad: violencia y acoso
77	Estado de salud
82	PROPUESTAS DE MEJORAS DE LAS PARTICIPANTES
86	CONCLUSIONES
88	AGRADECIMIENTOS
90	BIBLIOGRAFÍA

**ÍNDICE DE
TABLAS**

**ÍNDICE DE
FIGURAS**

ABREVIATURAS

- TABLA 1. Definición de perfiles según criterios seleccionados.
- TABLA 2. Características sociodemográficas de los participantes en el estudio cuantitativo.
- TABLA 3. Características de las condiciones laborales de las participantes.
- TABLA 4. Características de los participantes según grupo focal.

- FIGURA 1. Domicilios con evaluación de riesgos.
- FIGURA 2. Prevención de riesgos laborales.
- FIGURA 3. Tipo de ayuda en la movilización de personas.
- FIGURA 4. Exposición a riesgos psicosociales de AAD.
- FIGURA 5. Exposición a riesgos psicosociales según la experiencia de la AAD.
- FIGURA 6. Violencia y acoso según tipo.
- FIGURA 7. Violencia y acoso según quien la ejerce.
- FIGURA 8. Violencia y acoso según país de nacimiento.
- FIGURA 9. Violencia y acoso según experiencia laboral.
- FIGURA 10. Enfermedades crónicas frecuentes entre auxiliares de ayuda a domicilio.
- FIGURA 11. Salud general autopercebida y burnout.
- FIGURA 12. Salud general autopercebida y burnout según experiencia laboral.
- FIGURA 13. Consumo de fármacos en los últimos 30 días según el motivo.

AAD: Auxiliar de Ayuda a Domicilio.

EPI: Equipo de Protección Individual

LAPAD: Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.

LPRL: Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

RDS: Respondent Driving Sampling

SAD: Servicio de Ayuda a Domicilio.

PRÓLOGO

Pese a la creciente importancia social y económica del sector de los cuidados a las personas en sus domicilios, y si bien la pandemia por COVID-19 ha puesto de relieve la importancia de los cuidados para la sostenibilidad de la vida y la escasa visibilidad y reconocimiento que tiene este sector en nuestras sociedades, la evidencia científica en nuestro país de la situación de las trabajadoras sobre las que recae la atención directa de las necesidades de las personas dependientes, es muy escasa.

Efectivamente, poco es conocido sobre la exposición a riesgos laborales, y mucho menos aún sobre la salud y los contextos de vulnerabilidad de las auxiliares de ayuda a domicilio (SAD), pieza angular del sistema de dependencia. En nuestro país, la evidencia empírica se reduce a poco más de dos informes coordinados por equipos de los sindicatos mayoritarios, CCOO (ISTAS, 2018) y UGT (Franco Rebollar & Ruiz, 2018), ambos publicados en 2018, que mediante análisis de tipo cualitativo aportan resultados muy relevantes de la situación de este colectivo en fase prepandémica. Como se verá, la parte introductoria del informe que aquí se presenta bebe en buena parte de estos dos informes.

Por otro lado, existe además un informe reciente elaborado por investigadoras de la Universidad de Oviedo, del año 2022, que supone un intento más que meritorio para generar evidencia en cuanto a las condiciones laborales y el estado de salud de las auxiliares de ayuda a domicilio. A partir de una encuesta iniciativa de la *Plataforma Unitaria SAD*, ofrece las únicas estimaciones cuantitativas que pueden encontrarse sobre estos temas para este colectivo, si bien hay que tener en cuenta que se basan en una muestra sin base probabilística (Dema Moreno & Estébanez González, 2022).

En este contexto, el equipo investigador de este proyecto, al que llamamos *CuidémoNos*, consideró necesario generar evidencias sólidas que permitieran complementar y enriquecer las pocas existentes hasta el momento, con el fin de hacer un diagnóstico actualizado sobre la situación de este colectivo y las desigualdades en salud a las que está expuesto, visibilizar sus condiciones y vulnerabilidades, todo ello para mejorar su situación y ayudar a avanzar hacia un nuevo modelo de cuidados más justo e igualitario.

INTRODUCCIÓN

El modelo de cuidados a personas dependientes en España

La atención y cuidados a las personas vulnerables en situación de dependencia, por la pérdida de su autonomía física o mental, supone uno de los principales retos en política social de los países desarrollados. El Consejo de Europa en 1998 definió la dependencia como «*la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana*», o, de manera más precisa, como «*un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal*» (Consejo de Europa, 1998).

La dependencia puede afectar a personas de cualquier edad, desde el nacimiento hasta la vejez, pero hay una elevada asociación entre la edad y las limitaciones en la capacidad funcional y por ello la dependencia se asocia mayoritariamente al envejecimiento. En España, según el último informe anual del Sistema Nacional de Salud, el 24,3% de las mujeres y el 13,3% de los hombres de más de 65 años tienen dificultad para realizar las actividades básicas de la vida diaria (asearse, vestirse, levantarse, alimentarse, etc.), incrementándose este porcentaje con la edad, al 60% de las mujeres y el 39,3% de los hombres a la edad de 85 y más años (Instituto Nacional de Estadística, 2021b).

En los países de la Unión Europea, y especialmente en España, buena parte de los cuidados a estas personas se realizan de manera no profesionalizada, especialmente por las mujeres, a través de una organización familiar que asume de manera informal los cuidados de sus miembros dependientes (Garcés et al., 2010). Los cambios demográficos y sociales acaecidos en las últimas décadas han condicionado el desarrollo de leyes y programas que den cobertura a las necesidades de la población en situación de dependencia. El envejecimiento progresivo de la población y un aumento de la esperanza de vida a los 65 años, condicionan que la proporción de personas con dependencia haya aumentado progresivamente. En 2005 se publicó el *Libro Blanco de la Dependencia en España* (IMSERSO, 2005), donde se daba una visión completa de la situación de las personas dependientes en España y que sirvió como base para la implementación de un Sistema Nacional de Dependencia regulado por la *Ley 39/2006 sobre la Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (LAPAD)* (Gobierno de España, 2006). Dicha Ley desarrolla los derechos de protección social recogidos en la Constitución

¹ Compartidas entre el Estado y las Comunidades Autónomas. Por un lado, el Estado tiene la competencia exclusiva de regular y garantizar las condiciones básicas y esenciales que permitan la igualdad de toda la ciudadanía española con respecto del ejercicio de sus derechos. Y, por otro, las Comunidades Autónomas pueden asumir competencias en el ámbito de la asistencia social, así como también se reconoce la participación de las entidades locales en el servicio de ayuda a domicilio.

española, concretamente, en sus artículos 49 (para personas con algún tipo de diversidad funcional) y 50 (para personas mayores). Su implementación constituyó un importante logro en el sistema de protección social y estableció las competencias de las Administraciones Públicas¹, la configuración de la red de provisión coordinada y los diferentes tipos de servicios y prestaciones económicas para cubrir las necesidades de las personas dependientes y de sus familias, según su grado de dependencia. El sistema integró la acción de los distintos niveles de la administración pública (ámbito Estatal, Comunidades Autónomas y Entidades Locales), teniendo en cuenta sus competencias, con la participación tanto de centros públicos como privados. Los servicios establecidos fueron:

- *Servicio de Teleasistencia*: servicio de atención en caso de emergencia, inseguridad o soledad para las personas dependientes consistente en un dispositivo que le conecta por el teléfono de su domicilio a un centro de ayuda.
- *Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD)*: servicio prestado por un/una profesional cualificado/a en el propio domicilio de la persona dependiente y que puede incluir cuidados personales y atención de las necesidades del hogar.
- *Servicio de Centro de Día y de Noche*: centros que ofrecen atención durante parte de las horas del día a la persona dependiente (servicio de comida, higiene, rehabilitación, atención médica especializada, actividades de ocio, etc.)
- *Servicio de Atención Residencial*: centros en los que la persona dependiente vive de forma permanente o temporal y en el que se le da soporte para cubrir sus necesidades.

También se prevén las prestaciones económicas periódicas que se adjudican en caso de que no se tenga acceso al servicio público o concertado que le correspondería por su grado de dependencia. Esta prestación ha de destinarse al pago del servicio de atención en el domicilio de la persona usuaria por un familiar u otra persona.

El procedimiento se inicia con la solicitud voluntaria de valoración del grado de dependencia por parte del usuario. Cada Comunidad Autónoma decide el organismo competente para la realización de la valoración en base a criterios técnicos estandarizados. Existen tres grados de dependencia (moderada, severa y gran dependencia) y en función de esta se elabora el Plan Individual de Atención (PIA) donde se detallan los servicios y prestaciones asignados. Las Comunidades Autónomas son las que regulan la prestación de servicios y los Ayuntamientos locales quienes establecen las ordenanzas de regulación. Así, los servicios pueden ser prestados por la propia entidad local o mediante el contrato de gestión de servicios con empresas o entidades.

El número de personas beneficiarias ha aumentado considerablemente desde los aproximadamente doscientos mil en 2008, hasta alcanzar más de millón y medio en la actualidad, si bien sigue habiendo personas demandantes en lista de espera. Según datos recientes del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), en julio de 2022, un total de 1.268.906 personas contaban con un PIA donde se le asignaban uno o más servicios y/o prestación económica para ser atendido en el entorno familiar. El 69% de las personas dependientes recibían soporte en forma de servicios (Teleasistencia, SAD, Centros de Día/noche, Atención Residencial) y el 31% recibían prestaciones económicas para ser atendidos en el entorno familiar. El SAD se incluyó en la atención de 308.552 personas (IMSERSO, 2022).

A pesar del innegable aumento en la cobertura de personas usuarias y otros avances derivados de la implementación de la LAPAD, varios son los estudios que evidencian cierto fracaso en la profesionalización de los servicios de cuidados a la dependencia, explicándose por las dificultades que provienen tanto de la lógica de las profesiones existentes como de los imaginarios colectivos sobre el ideal de cuidados en la sociedad española (Moreno-Colom, 2021), haciendo hincapié, además de los factores económicos y políticos, en los factores socioculturales como parte de la explicación de las dificultades para redistribuir la responsabilidad del trabajo de cuidados, redefinir las relaciones sociales que lo rodean y profesionalizar el sector laboral (Torns et al., 2014).

La implementación de programas para asegurar los derechos sociales en relación con los cuidados a personas en situación de dependencia de larga duración, efectivamente ha supuesto un crecimiento destacable del sector de los cuidados profesionalizados, que se caracteriza por ser altamente desregulado, con un nivel de protección en cuanto a derechos sociales y laborales manifiestamente inferior a muchos otros sectores, sometido a condiciones salariales y laborales claramente discriminatorias (Parella Rubio, 2021).

Así pues, se da la paradoja que cada vez son más las personas que por edad, dependencia o discapacidad, tienen limitada su autonomía para realizar las actividades básicas de la vida diaria y no pueden resolver su bienestar físico, material, emocional y social por sí mismas y, a la vez, las personas que proporcionan el cuidado no tienen la posibilidad de hacerlo de forma satisfactoria y bajo condiciones dignas y equiparables al resto de ocupaciones. En definitiva, se produce una creciente brecha entre las necesidades de cuidado y los recursos con los que se cuenta para poder proveer dicho cuidado (Parella Rubio, 2021), lo que se ha venido a llamar la “crisis de los cuidados” (Dowling, 2021).

La ocupación de auxiliar de ayuda a domicilio

CARACTERIZACIÓN DEL COLECTIVO

Según el Informe del Mercado de Trabajo Estatal con datos del 2020 (SEPE, 2021), la ocupación de “Trabajador de cuidados a domicilio” se encuentra entre las más solicitadas y con mayor número de afiliaciones en nuestro país. Entre las figuras profesionales del servicio de atención a domicilio, destacan las coordinadoras del servicio, las ayudantes de coordinación del servicio y las auxiliares de ayuda a domicilio (AAD)². Es sobre estas últimas en quien recae la atención directa (cuidado físico y continuado) de las necesidades de quienes no son capaces de llevar a cabo las actividades básicas y esenciales de su vida cotidiana, garantizándoles su autonomía y la posibilidad de permanecer en su domicilio llevando una vida digna.

A nivel general, como colectivo, tiene unas características sociodemográficas bien marcadas: altamente feminizado, con escasa presencia de jóvenes y una proporción de personas nacidas fuera de España más elevada que en otras ocupaciones³. Así, se trata de un colectivo atravesado por desigualdades de género, de clase y étnico-raciales, que facilita la invisibilización de sus trabajadoras y perpetúa su distribución desigual (Pérez Orozco & Artiaga Leiras, 2014; World Health Organization, 2017). En cuanto a sus condiciones de ocupación, hay un porcentaje importante de trabajadoras AAD con contratos fijos, la mayoría con una jornada laboral a tiempo parcial, y otro porcentaje menor de contratos eventuales, también a tiempo parcial. Parece que la tendencia es el aumento de estos últimos reduciendo todavía más las horas. En el caso de las AAD, los convenios laborales fijan percepciones que implican ingresos por debajo de la renta media por hogar del conjunto de España, con salarios que no se alejan a los niveles de riesgo de pobreza. En una investigación basada en estudio de casos y coordinada por la Secretaría de la Mujer y Políticas Sociales del sindicato UGT (Franco Rebollar & Ruiz, 2018) se afirma que *«Son, por lo tanto, trabajadoras pobres, que forman parte de lo que ya se denomina precariado. En ocasiones ellas mismas son usuarias de los servicios sociales, o incluso, han sido cooptadas por las empresas a partir de convenios con ONG entre población vulnerable de programas de promoción del empleo»*. Según las mismas autoras, se puede identificar dos grandes perfiles de trabajadoras AAD:

- a. aquellas con experiencia superior a los diez años, que suelen ser de origen español y que se incorporaron a pequeñas empresas, cooperativas, o iniciativas de Ayuntamientos, muchas de ellas sin estudios relacionados que convalidaron su experiencia previa o consiguieron un certificado de

2

En Barcelona
reciben el nombre de
trabajadoras familiares.

3

Algunas autoras
y autores definen el
background migratorio como
un eje articulador del régimen
de cuidados español, en el
que existe un reclutamiento
activo de mujeres migrantes
por parte de las fuerzas de
mercado desde los países del
Sur Global y de Europa del
Este hacia el Norte Global
(Parella Rubio, 2021).

- profesionalidad. Su edad actual está en torno a los 50 a 64 años, suelen tener contratos fijos a tiempo completo o parcial con un número alto de horas, y cuya salud física se ve resentida por años de trabajo, sin haber recibido reconocimiento de sus lesiones como enfermedades laborales.
- b. aquellas con cinco años o menos de experiencia, con mayor presencia de población migrante (especialmente en grandes ciudades, en concreto en Madrid), contratadas de forma eventual y a tiempo parcial con edades y formación muy variada.

SOBRE SU FORMACIÓN

Precisamente en cuanto a la formación, la LAPAD estableció en su artículo 36, como medidas para garantizar la eficacia y la calidad de atención del sistema, que las administraciones públicas competentes en materia de educación, sanidad, laboral y de asuntos sociales, debían determinar de forma coordinada la formación y cualificación profesional de estas trabajadoras. Sin embargo, se constata que tras la publicación de la LAPAD todavía no se ha conseguido que todas las AAD estén en disposición de acreditar su cualificación profesional. Para conseguir este objetivo, durante estos años el Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (CTSAAD), ha ido estableciendo diferentes acuerdos para adaptar el catálogo de cualificaciones profesionales, actualizando títulos y certificaciones profesionales, estableciendo habilitaciones excepcionales en base a experiencia profesional y prorrogando la exigencia de habilitación. En el último acuerdo de 2017 se estableció como fecha límite el 31 de diciembre de 2022 para que en todo el territorio de España las AAD dispusieran de algún tipo de acreditación reglada. Las diferentes moratorias han provocado una relajación que tiene consecuencias en la calidad del servicio que se presta a los usuarios y en el escaso reconocimiento social y laboral que tienen las AAD. En este sentido (Franco Rebollar & Ruiz, 2018), afirman que, sin embargo «*las empresas muestran dificultades para captar a auxiliares de ayuda a domicilio con la formación o la experiencia suficientes y “relajan” las condiciones de entrada. Contratan a personas sin formación, de manera precaria, que, finalmente, cuentan con poco tiempo y motivación para mejorar su formación pero que se encuentran “atrapadas”. Es parte del círculo que profundiza en la vulnerabilidad de las mujeres que trabajan en la ayuda a domicilio*». Dicha “relajación” podría haberse intensificado ante la necesidad de mano de obra provocada por la eclosión de la pandemia de COVID-19, y el hecho de que en este período un número considerable de AAD pudieran haber cambiado su trabajo a domicilio por el institucionalizado.

SOBRE SUS TAREAS

4 Tal y como se ha comentado anteriormente, la ayuda a domicilio puede ser uno de ellos.

Las tareas que las AAD deben realizar deberían estar indicadas claramente en un PIA elaborado por un/a profesional de los servicios sociales de dependencia, especificando las prestaciones y servicios⁴ que corresponden a cada persona usuaria, y que se agruparían, según el artículo 23 de la LAPAD (Gobierno de España, 2006), en:

- *Servicios relacionados con la atención personal en la realización de las actividades de la vida diaria* (aseo, comida, acompañamiento...).
- *Servicios relacionados con la atención de las necesidades domésticas o del hogar*: limpieza, lavado u otros. Estos servicios sólo podrán prestarse juntamente con los señalados en el apartado anterior.

SOBRE LA PROFESIONALIZACIÓN

A pesar de la creciente importancia social y económica del sector y la consiguiente necesidad de sus servicios, no es aventurado afirmar que el colectivo de AAD goza de poco, o muy poco, reconocimiento por parte de la sociedad en general. En parte se debe a las dificultades para profesionalizar dicha ocupación en España. Tal como se expone en el artículo de (Recio Cáceres et al., 2015), la prestación de cuidados en nuestra cultura se entiende como una externalización del trabajo doméstico tradicional, con poco valor social, baja remuneración y mínimas posibilidades de desarrollo profesional. Además, se añaden otras barreras como las exigencias por parte de las personas usuarias y sus familias de cómo quieren ser cuidados o el domicilio privado como espacio de trabajo, lo que conlleva a que se anteponga las necesidades de unos a los derechos de otros.

Las dificultades para la profesionalización, pues, serían causa de un conglomerado de factores que pueden agruparse principalmente en dos bloques: por un lado, factores relacionados con los imaginarios sociales sobre el contenido del cuidado y sobre quién debe prestarlo; y, por otro, factores asociados al reconocimiento de las cualificaciones y las estructuras jerárquicas dentro de la profesión (Recio Cáceres et al., 2015). Con relación al primer bloque, el imaginario del cuidado familiar, la división sexual del trabajo y la vinculación del cuidado al ámbito privado y del hogar dificulta la percepción de profesionalización y el consiguiente reconocimiento. En cuanto al segundo bloque, la cualificación necesaria para el buen desempeño del trabajo de cuidados no logra convertirse en cualificación formalmente reconocida, con lo que no se valoran los conocimientos y habilidades indispensables para el

buen cuidado de los usuarios. En este sentido, aunque las tareas que conlleva el trabajo de cuidados en la atención directa pueden implicar procesos de capacitación técnica y posibles mejoras en las condiciones de empleo y un mayor reconocimiento, parece persistir la desigualdad en la estructura jerárquica profesional, es decir, entre las AAD que ejercen la atención directa y aquellas personas empleadas en tareas de gestión y organización de los cuidados.

En resumen, tal como señala (Moreno Colom, 2021) las dificultades para profesionalizar el trabajo de cuidados «están relacionadas, entre otras cuestiones, con: *el modelo de gestión público-privado que se consolida sin garantías de control; y, los discursos que ignoran la relación entre condiciones de empleo y calidad del servicio al considerar, siguiendo el imaginario socialmente compartido, los cuidados una responsabilidad femenina*».

Exposición a riesgos laborales de las auxiliares de ayuda a domicilio

Las AAD atienden a varias personas usuarias a lo largo de una misma jornada laboral en el domicilio particular de cada una de ellas. Precisamente estos dos factores, esto es, la multiplicidad de lugares de trabajo y especialmente el carácter privado de los domicilios donde realizan sus servicios, son elementos que en la práctica dificultan la evaluación de los riesgos a los que se exponen, impidiendo a menudo el ejercicio de un derecho del que deberían gozar como cualquier otro trabajador o trabajadora, tal como obliga la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL) (Ley 31/1995, de 8 de Noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales., 1995).

El estudio realizado por (ISTAS, 2018) concluye que las actuaciones prioritarias sobre aspectos relacionados con la gestión preventiva de las empresas son la formación y las evaluaciones de riesgos, donde se encuentran las mayores deficiencias.

El contenido y la organización del trabajo realizado por las AAD condicionan los principales factores de riesgo a los que se exponen, que son variados, desde los que se derivan de la realización de las tareas de cuidado de la persona usuaria y del hogar a los asociados con la organización del trabajo⁵, intensificados por el hecho de que el trabajo se lleva a cabo en un entorno poco orientado a la minimización del riesgo laboral y donde la AAD tiene muy poco control o capacidad de cambio.

RIESGOS LABORALES ASOCIADOS A LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS DE CUIDADO

Los principales factores de riesgo se asocian a la seguridad, como distribución de espacios (espacios pequeños, puertas estrechas, superficies resbaladizas, escaleras...), manipulación de material cortante (menaje de hogar como tijeras o cuchillos), manipulación de productos químicos (productos de limpieza del hogar); factores de riesgo asociados a la exposición a agentes biológicos capaces de producir infección o alergia en caso de que el usuario tenga una enfermedad transmisible, la trabajadora sea susceptible y además se dé el mecanismo de transmisión adecuado (por aire o gotas de secreciones respiratorias, contacto con el usuario o con sus fluidos corporales, como sangre, secreciones mucosas, heces, orina...). Pero sin duda los más frecuentes son los factores de riesgo de tipo ergonómico: la movilización de personas, posturas forzadas, sobresfuerzos, movimientos repetitivos o estar de pie y caminando durante toda la jornada se relaciona con la aparición de enfermedades musculoesqueléticas⁶. Muchas

5 También podría incluirse los accidentes laborales de tráfico, tanto los que se producen in itinere (entre el trabajo o lugar donde desempeñe sus funciones, y su lugar de residencia, tanto de ida como de vuelta) o bien los que tienen que ver con los desplazamientos entre los diversos servicios que se realizan en una misma jornada laboral. Dado que en este estudio no se abordó esta problemática, no se incluye mayor descripción de estos.

6 De hecho, la mayor parte de bajas laborales entre el colectivo es por motivos musculoesqueléticos como lumbalgias, lesiones musculares, artrosis, fibromialgias, hernias en la espalda, roturas de ligamentos, etc. En algunos casos se trata de bajas muy largas o de enfermedades recurrentes y a menudo cuando son dadas de alta tienen dificultades para reincorporarse al trabajo (Franco Rebollar & Ruiz, 2018).

de estas problemáticas podrían evitarse adaptando el lugar de trabajo (adaptar los baños, reducir mobiliario para facilitar la movilización en el domicilio, etc.) y contando con los mecanismos de ayuda pertinentes (grúas, camas articuladas, discos giratorios, etc.). Desafortunadamente, en España no suele suceder que los domicilios estén adaptados y que las AAD cuenten con las ayudas técnicas suficientes⁷.

Si bien no existe un registro específico de la siniestralidad de las AAD durante el desempeño de su trabajo, ya que se les incluye en el sector de “Actividades sociales sin alojamiento”⁸, en el que son mayoría, pero donde también se incluye a otros profesionales como personal administrativo o trabajadoras sociales, las estadísticas de este sector pueden servir de orientación. En 2020 se declararon 7.594 accidentes durante la jornada. Las causas de accidentes principales fueron por movimiento con sobreesfuerzo en 3.005 accidentes, resbalón y caída 1.642 accidentes, por accidente de tráfico en desplazamientos durante la jornada 312 accidentes y por violencia 275 accidentes. El 60% de lesiones como consecuencia del accidente durante la jornada fueron problemas musculoesqueléticos (dislocaciones, esguinces, distensiones y fracturas), afectando principalmente a la espalda y las extremidades⁹ (Ministerio de Trabajo y Economía Social. Subdirección General de Estadísticas y Análisis Sociolaboral. Gobierno de España, 2021).

RIESGOS LABORALES ASOCIADOS A LA ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO

Los riesgos llamados psicosociales tienen su origen en cómo está organizado el trabajo y que, bajo determinadas circunstancias y a través fundamentalmente del estrés, incrementan, entre otros, el riesgo de padecer trastornos mentales o enfermedades cardiovasculares (Niedhammer et al., 2021), y que en su mayor parte son evitables mediante una organización del trabajo saludable¹⁰. Los dos informes ya mencionados anteriormente, coordinados por equipos de los sindicatos mayoritarios (Franco Rebollar & Ruiz, 2018; ISTAS, 2018), son las únicas fuentes en España que aportan mediante análisis de tipo cualitativo, evidencia empírica sobre la exposición a riesgos psicosociales a los que están expuestas las AAD, concretamente para algunos factores en particular:

- *Doble presencia:* es decir, las exigencias sincrónicas, simultáneas del ámbito laboral y del ámbito doméstico-familiar. En el caso de las AAD, según (Franco Rebollar & Ruiz, 2018), se da la circunstancia de que «*muchas auxiliares expresan que su trabajo tiene como ventaja la posibilidad de conciliar su vida personal y laboral. En realidad, son un*

7 Aunque algo antiguo, puede servir de referencia un estudio de 2007 que estimaba que menos del 13% de las casas reunía las condiciones adecuadas, poco más del 6% disponía de cama articulada y únicamente un 16% contaba con agarraderas en el plato de ducha (citado en (Chulvi, 2007)).

8 Código CNAE 88 (Clasificación Nacional de Actividades Económicas).

9 Si bien no es motivo específico de este proyecto, no se puede pasar por alto una mención a la queja continuada de las auxiliares de ayuda a domicilio en cuanto a que los accidentes y enfermedades que sufren debido a su trabajo difícilmente son reconocidos de origen laboral por parte de las mutuas, las cuales suelen remitirlas al médico o médica de cabecera donde a menudo se cataloga como contingencia común lo que en realidad es una contingencia profesional.

10 Ciertamente no todos los riesgos psicosociales son totalmente evitables, pero sí cuanto menos se puede reducir su exposición. Las exigencias psicológicas emocionales derivadas del cuidado a las personas, por ejemplo, no se pueden eliminar completamente dado que no se puede hacer “desaparecer” a la persona usuaria, sin embargo, sí se puede dotar a la auxiliar de habilidades específicas y del tiempo suficiente para poder gestionarlas efectivamente.

ejemplo de la doble presencia» y añade posteriormente «confunden conciliación con reducción de horas: la reducción no voluntaria de sus horarios o el incremento de la eventualidad no son, en ningún modo, medidas de conciliación sino de precariedad».

- *Falta de apoyo de superiores:* las AAD no reciben suficiente información para el desarrollo idóneo de su trabajo por parte de sus responsables directas¹¹, los o las coordinadoras, quienes a su vez a menudo tampoco disponen de la información necesaria por parte de la empresa. (Franco Rebollar & Ruiz, 2018) señalan que: «*Estos aspectos de sus condiciones laborales afectan sustancialmente a su motivación hacia la tarea y a su propia percepción como trabajadoras. En muchos casos, es el mayor motivo de queja, por encima de los salarios o del tipo de jornada*». La falta de la información adecuada y a tiempo, por una parte, y el desconocimiento concreto sobre las tareas a realizar, por otra, resultan en una falta de previsibilidad y claridad de rol, respectivamente, que son otros de los factores psicosociales a los que están expuestas las AAD, como se señala más adelante.
- *Exigencias emocionales:* el hecho de que el trabajo de las AAD se realice en los domicilios y de forma continuada con las mismas personas¹², implica, por un lado, posibles conflictos con los familiares y, por otro, la reproducción de las transferencias emocionales que operan en los cuidados familiares (Franco Rebollar & Ruiz, 2018), generando altos niveles de exigencias psicológicas emocionales¹³ que, sostenidas a lo largo del tiempo, suponen un riesgo para la salud.
- *Exigencias cuantitativas:* en el caso de las AAD, se han identificado derivadas de la escasez de personal, así como de un excesivo número de personas usuarias a los que atender durante la jornada, a una mala planificación del trabajo, en concreto de los desplazamientos necesarios para atender a las diversas personas usuarias, que generalmente están infraestimados y en la práctica supone menos tiempo del requerido para realizar el trabajo comprometido (ISTAS, 2018).
- *Falta de previsibilidad:* falta de información sobre las características concretas de las personas usuarias y de su domicilio, desconocimiento de las tareas a realizar o la inexistencia de información sobre cuestiones como la duración del contrato laboral o la promoción profesional (ISTAS, 2018).
- *Baja claridad de rol:* falta de definición de funciones, medios materiales de que se dispone y responsabilidades, la falta de concordancia entre lo que se ordena realizar a las AAD, las peticiones de familiares y las necesidades del usuario o la

11 Un ejemplo de ello ha sido mencionado en el apartado anterior, en relación con el hecho de que a veces no se informa a la auxiliar de que va a atender a una persona con una enfermedad infectocontagiosa.

12 Si bien no siempre es así (de hecho, existen algunos casos, más bien excepcionales, donde se recomienda el cambio de auxiliar cada determinado mes o la aplicación de mecanismos de rotación), el cambio de auxiliar se evita por parte de las empresas dado que es de las quejas más frecuentes de las personas usuarias.

13 En el informe de (ISTAS, 2018) se ejemplifica como sigue: «*Afrontar la muerte de personas a las que se ha cuidado de manera intensa, continua. El cuidado de personas que requieren una dedicación 'especial'; personas con discapacidad psíquica y/o afectadas de Alzhéimer, por ejemplo, que requieren una atención constante*».

carencia de información al usuario y/o sus familiares de las tareas y responsabilidades del personal auxiliar¹⁴.

- *Falta de compensaciones en el trabajo:* salarios bajos, falta de respeto por parte de personas usuarias, familiares o la misma empresa, el poco valor que se da a la profesión o la incertidumbre acerca del futuro en el puesto de trabajo o el cambio de puesto o servicio contra la voluntad de la AAD, son factores que a la larga pueden provocar desmotivación (ISTAS, 2018).
- *Trabajo en solitario:* el informe realizado por (ISTAS, 2018) lo señala como uno de los riesgos a los que están sometidas las AAD, afirmando que «*la gran mayoría de servicios domiciliarios son realizados por una persona por domicilio. Ausencia de relación laboral entre auxiliares*». De hecho, en el trabajo de (Franco Rebollar & Ruiz, 2018) se identifican algunos casos en que se producen bajas laborales por agotamiento o depresión, cuya causa principal se achaca «*a la soledad del trabajo, a que no tienen equipo, a que están dispersas*».

14 Citando lo dicho por una participante del estudio de (ISTAS, 2018): «*Enfrentarse al hecho diario de que vamos a ayudar al usuario y a mejorar sus condiciones, no a planchar las camisas del hijo que vive con ellos*».

Contextos de vulnerabilidad entre las auxiliares de ayuda a domicilio

El factor género más el carácter privado de los domicilios donde trabajan las AAD fomenta contextos de vulnerabilidad catalizadores de situaciones de violencia o acoso. A esto, como se ha dicho, hay que añadir el carácter normalmente solitario de su trabajo, que no hace más que agravar esta posibilidad y acrecentar el sentimiento de desprotección de las AAD ante posibles casos por parte, no solo de las personas usuarias, sino también de familiares (Dema Moreno & Estébanez González, 2022).

De hecho, las participantes del estudio de (Franco Rebollar & Ruiz, 2018) manifiestan la existencia de casos de maltrato psicológico, agresiones físicas, acoso sexual, incluso casos claros de xenofobia perpetrados por usuarios o familiares, que no siempre son denunciados por las AAD que “aguantan” o lo justifican por el deterioro cognitivo de las personas usuarias. Sea como fuere, si bien las empresas a veces se hacen cargo de estos problemas y apoyan a las AAD, esto no pasa siempre, lo cual provoca la queja de las trabajadoras ante la falta de empatía de las empresas y las aboca a una sensación de abandono que afecta a su percepción como trabajadoras.

Estado de salud de las auxiliares de ayuda a domicilio

Casi nada se sabe, mucho menos en forma cuantificada, sobre la salud de las AAD que trabajan en España. Tampoco en la literatura internacional es un tema muy prolífico, si bien puede encontrarse, aunque sin centrarse exclusivamente en trabajadoras formales equivalentes a las auxiliares, evidencias de la alta frecuencia de trastornos musculoesqueléticos (Kim et al., 2010; Ono et al., 1995) y trastornos de salud mental (Geng et al., 2018; Pinquart & Sörensen, 2003) entre la población cuidadora a domicilio. Por otro lado, un estudio realizado en Finlandia (Kouvonnen et al., 2017) muestra que entre el personal del sector de cuidados el consumo de ansiolíticos, antidepresivos y analgésicos es mayor que en el resto de población trabajadora.

En España, entre lo poco disponible, se encuentra un estudio con datos obtenidos entre septiembre de 2020 y marzo de 2021, donde más de la mitad de las AAD manifestaban un estado de salud percibido regular o malo, con abundantes dolencias crónicas, sobre todo de tipo musculoesqueléticas (Dema Moreno & Estébanez González, 2022). Otro estudio llevado a cabo al año de declararse la pandemia por COVID-19 (Llorens-Serrano C et al., 2021) mostró como, para las AAD, el impacto sobre su salud fue generalmente mayor que para el resto de las ocupaciones. Así, casi un 63% de las trabajadoras encuestadas de este sector manifestaron que su salud autopercibida había empeorado (frente al 52,7% del conjunto de población asalariada), un 53% manifestaban tener problemas para dormir muchas veces o siempre (frente al 40,7% global), el 68,7% fueron clasificadas en alto riesgo de mala salud mental (frente al 60,6% global) y alrededor del 40% admitieron haber consumido tranquilizantes y analgésicos en el último mes (frente al 20-24% global). Ambos estudios, realizados en plena pandemia, son de innegable interés por el momento extraordinario en el que se elaboraron, más aún bajo las dificultades inherentes del momento, y sobre todo son importantes por la ausencia de otras evidencias que sirvan de referencia, pero sin embargo tienen la limitación de estar basados en muestras no-probabilísticas, con lo cual hay que ser cautelosos con la interpretación de sus resultados.

OBJETIVOS

Objetivo general

Describir la exposición a riesgos laborales y el estado de salud de las auxiliares de ayuda a domicilio, así como identificar las propuestas de mejora de las condiciones laborales que propone el propio colectivo.

Objetivos específicos

- Estimar la prevalencia de exposición a riesgos psicosociales de las auxiliares de ayuda a domicilio.
- Estimar la prevalencia de mala salud autopercebida y burnout de las auxiliares de ayuda a domicilio.
- Estimar la prevalencia de consumo de tranquilizantes, antiinflamatorios y analgésicos de las auxiliares de ayuda a domicilio.
- Explorar desde la perspectiva de las auxiliares de ayuda a domicilio cómo son y viven sus condiciones de trabajo.
- Conocer las propuestas de las propias auxiliares de ayuda a domicilio para la mejora de sus condiciones de trabajo.

MÉTODOS

Población de estudio

La población está formada por el conjunto de AAD con contrato laboral que desarrollan su labor en España, como única ocupación o simultáneamente con otras, con una experiencia mínima de tres meses (incluye personas en incapacidad temporal, excluye trabajadoras en excedencia).

Diseño de estudio

Se trata de un diseño mixto con un componente cuantitativo, mediante un estudio transversal, y otro cualitativo, a través de la implementación de grupos focales.

La metodología concreta para cada componente se detalla a continuación de forma separada.

A. COMPONENTE CUANTITATIVO

Diseño muestral

Ante la falta de marco muestral, el reclutamiento se realizó mediante el método Respondent Driven Sampling (RDS), en formato online (WebRDS)¹⁵, donde a cada participante se le pedía reclutar a tres nuevas participantes. A partir de la realización de un grupo focal con siete trabajadoras AAD se definieron ocho perfiles de semilla según el sexo, edad, lugar de nacimiento, tamaño de municipio de residencia, tipo de empresa contratadora y tipo de contrato, a las que se añadió una novena una vez empezado el trabajo de campo (Tabla 1).

El trabajo de campo fue realizado entre los meses de abril y junio de 2022. El tamaño muestral final quedó fijado en n=305 trabajadoras AAD, una vez excluidas las semillas.

15 El método RDS es uno de los métodos de referencia para el estudio de poblaciones de difícil acceso. Se basa en un proceso de referencia en cadena donde se comienza con la selección intencionada (no aleatoria) de participantes pertenecientes a la población de interés, llamados semillas, mediante una primera fase llamada formative research que incluye un proceso cualitativo que permite conocer la estructura de la población de interés, la existencia de grupos o clusters y las conexiones entre ellos, con el fin de determinar el perfil de las semillas a escoger. Estas semillas invitan a participar o “reclutan” a otros participantes, quienes a su vez reclutan a otros y así sucesivamente, generando “olas” de reclutamiento. Este proceso continúa durante tantas olas como sea necesario hasta alcanzar el tamaño muestral deseado, las características de los participantes se hayan estabilizado o hasta que las cadenas se extingan. Mediante la monitorización del reclutamiento y la recopilación de información sobre el tamaño de la red o “grado” de cada participante, bajo ciertas suposiciones, el método RDS puede generar estimaciones de población asintóticamente insesgadas (Heckathorn, 1997).

PERFIL REFERENCIAL DE SEMILLA	
Semilla 1	<ul style="list-style-type: none"> • Mujer extranjera. • Edad mayor de 45 años. • Zona geográfica de trabajo urbana intermedia (entre 5.000 y 500.000 habitantes). • Contratada por una empresa privada (subcontratada por la administración). • Contrato laboral temporal o sin contrato. • Situación económica del hogar: único ingreso principal.
Semilla 2	<ul style="list-style-type: none"> • Mujer extranjera. • Edad menor de 35 años. • Zona geográfica de trabajo urbana gran urbe (más de 500.000 habitantes) • Contratada por una empresa privada (subcontratada por la administración). • Contrato laboral temporal o sin contrato.
Semilla 3	<ul style="list-style-type: none"> • Mujer española. • Edad entre 35 y 45 años. • Zona geográfica de trabajo urbana intermedia (entre 5.000 y 500.000 habitantes). • Contratada por una empresa privada (subcontratada por la administración). • Contrato laboral temporal o sin contrato.
Semilla 4	<ul style="list-style-type: none"> • Mujer española. • Edad mayor de 45 años. • Zona geográfica de trabajo urbano (más de 500.000 habitantes) o de ciudad intermedia (entre 5.000 y 500.000 habitantes). • Contratada por una empresa privada (subcontratada por la administración). • Contrato laboral fijo discontinuo.
Semilla 5	<ul style="list-style-type: none"> • Mujer española. • Edad mayor de 45 años. • Zona geográfica de trabajo de ciudad intermedia (entre 5.000 y 500.000 habitantes). • Contratada por una empresa privada (subcontratada por la administración). • Contrato laboral temporal. • Situación económica del hogar: único ingreso principal.
Semilla 6	<ul style="list-style-type: none"> • Mujer española. • Edad mayor de 45 años. • Zona geográfica de trabajo urbano (más de 500.000 habitantes) o de la ciudad intermedia (entre 5.000 y 500.000 habitantes). • Contratada por la administración pública. • Contrato laboral indefinido.
Semilla 7	<ul style="list-style-type: none"> • Mujer española. • Edad mayor de 35 años. • Zona geográfica de trabajo rural (menos de 5.000 habitantes). • Contratada por una empresa privada (subcontratada por la administración). • Con formación asociada al cuidado en SAD.
Semilla 8	<ul style="list-style-type: none"> • Hombre español. • Edad mayor de 35 años. • Zona geográfica de trabajo en una ciudad intermedia (entre 5.000 y 500.000 habitantes). • Contratado por una empresa privada (subcontratada por la administración).
Semilla 9	<ul style="list-style-type: none"> • Mujer española. • Edad menor de 40 años. • Contrato temporal. • Zona geográfica de trabajo en una ciudad de más de 30.000 habitantes).

Recolección de datos

En base a una exhaustiva revisión bibliográfica y después de atender al grupo focal en que se definió a las semillas, el equipo investigador elaboró una propuesta inicial de cuestionario que fue discutido posteriormente en una sesión de trabajo con varias representantes de la Plataforma Unitaria SAD. El cuestionario final contenía 67 preguntas, agrupadas en los siguientes bloques: a) caracterización sociodemográfica, b) condiciones de ocupación, c) exposición a riesgos psicosociales, d) prevención de riesgos laborales y e) estado de salud y consumo de fármacos. Con fines de calidad y comparabilidad se usó, siempre que fue posible, preguntas o escalas incluidas y validadas previamente, de fuentes o instrumentos como la Encuesta de Población Activa (Instituto Nacional de Estadística, 2022b), la Encuesta de Condiciones de Vida (Instituto Nacional de Estadística, 2022a), la Encuesta de Riesgos Psicosociales (Moncada i Lluís et al., 2021), la Encuesta sobre Alcohol y otras Drogas (Plan Nacional sobre Drogas, 2021) o el Copenhagen Burnout Inventory (Molinero Ruiz et al., 2013).

El cuestionario fue implementado en línea mediante el programario web *Limesurvey* (<https://www.limesurvey.org>). Se inició el trabajo de campo enviando el enlace a las semillas. En cada caso, después de cumplimentar la encuesta, se generaba automáticamente un enlace personal preparado para ser remitido por *Whatsapp* o mediante copia directa a los tres contactos que eran invitados por cada participante.

Análisis estadístico

Se estimó la distribución de porcentajes y prevalencias en cada caso, usando técnicas específicas de análisis para muestras obtenidas mediante RDS. Concretamente se utilizó el estimador RDS-II (Volz & Heckathorn, 2008) el cual requiere información sobre la composición de la muestra y los tamaños de la red social de cada participante, mediante la librería “RDS” del software R versión 4.1.3 (R Core Team, Vienna, Austria).

B. COMPONENTE CUALITATIVO

Criterios de selección de las participantes y conformación de grupos focales

Se organizaron 3 grupos focales online para fomentar el debate entre las/os trabajadores/as. Todos los grupos se conformaron buscando la máxima variabilidad en los ejes de edad, tipo de empresa para la que trabaja (pública o privada); tipo de contrato laboral (indefinido o eventual), jornada laboral (jornada completa

o parcial) y ámbito geográfico de trabajo. Se invitó a participar a AAD que previamente habían participado en el cuestionario y que, voluntariamente, dejaron su correo personal. El primer grupo se conformó con *stakeholders* porque aportan una visión más generalizada de la situación de las AAD a nivel estatal, conocen bien sus derechos laborales y tienen un fuerte perfil de activismo político-social. Este fue un grupo mixto de mujeres y hombres. El segundo grupo se conformó sólo con hombres AAD buscando como criterio de homogeneidad el género para explorar si el hecho de ser hombre en esta profesión influye tanto en su salud como en las tareas que se les asignan. El tercer grupo se conformó exclusivamente con mujeres inmigrantes AAD por ser un colectivo especialmente vulnerable. Las características de los grupos focales se presentan en la tabla 2 (apartado de resultados).

Recolección de datos

Tras un primer análisis de los datos cuantitativos, se realizó un guión común de entrevista para los grupos focales. Los temas del guión fueron: 1) salud autopercebida; 2) las condiciones de trabajo (explorando entre otras, la distribución y cantidad de trabajo, medios técnicos y autonomía en la toma de decisiones); 3) prácticas empresariales a las que están sometidas, efecto de dichas prácticas en su vida profesional y personal; y 4) propuestas de mejora de su situación laboral desde su punto de vista.

Los grupos focales se realizaron entre junio y julio de 2022. Una investigadora con experiencia, condujo los grupos focales, en tanto que otra investigadora estuvo de observadora tomando notas de campo. Los grupos fueron audioregistrados y transcritos literalmente.

Análisis

Se utilizó un enfoque de análisis de contenido para los datos cualitativos. Para ello, dos de las investigadoras, MF y MIF leyeron y releyeron las transcripciones y las notas de campo. A continuación, MF codificó la primera transcripción del grupo focal y la discutió con la otra autora hasta llegar a un consenso. El resto de las transcripciones de los grupos se codificaron basándose en los criterios consensuados con la otra autora. En los casos que no estaban claros, se consensuó cómo aplicar los criterios de codificación. Se depuraron los datos y se agruparon jerárquicamente en temas (Graneheim et al., 2017). El análisis final se discutió con el resto del equipo. Todos los datos cualitativos se analizaron con el programa informático Atlas-ti.

ASPECTOS ÉTICOS

Todos los aspectos relacionados con este proyecto han sido validados y aprobados por la Comisión de Ética en la Experimentación Animal y Humana de la Universitat Autònoma de Barcelona (CEEAH-5920).

RESULTADOS

Perfil sociodemográfico de la muestra

RESULTADOS CUANTITATIVOS

El 95% de las AAD son mujeres, el 85% tiene 40 años o más y un 78% declara haber nacido en España. En cuanto a su situación familiar aproximadamente dos de cada tres conviven en pareja y dos de cada cinco tienen personas a cargo, viven o no en el mismo domicilio familiar, la mayoría menores de 6 años (17,5%) o personas de edad avanzada (12,7%). Una de cada cuatro AAD encuestadas trabaja en localidades rurales (menos de 10.000 habitantes). El 11% no pueden permitirse una comida que incluya carne o pescado (o el equivalente para personas vegetarianas) cada dos días y el 22% declara haber recurrido a la familia, amistades o entidades de caridad para adquirir bienes básicos en el último año.

Tabla 2. Características sociodemográficas de los participantes en el estudio cuantitativo.

VARIABLE	CATEGORÍA	%*
Sexo	Hombre	5,3
	Mujer	94,7
Edad	Menos de 40	14,8
	40-54	54,5
	55 o más	30,7
Lugar de nacimiento	España	78,1
	Otros	21,9
Convivencia en pareja	Sí	64,4
	No	35,6
Entorno geográfico	Rural	24,6
	Intermedia	30,5
	Urbana	44,9
Personas a cargo (convivan o no)	Sí	39,7
	No	60,3
Menores de hasta 6 años a cargo	No	82,5
	Sí	17,5
Personas de edad avanzada no autónomas a cargo	No	87,3
	Sí	12,7
Privación material 1 ^{&}	Sin Privación	88,9
	Privación	11,1
Privación material 2 ^{&}	Sin Privación	78,3
	Privación	21,7

* Porcentajes crudos, no incluyen el diseño RDS.

Privación material 1[&]: “¿En su hogar pueden permitirse una comida de carne, pollo o pescado (o equivalente para vegetarianos/as), al menos cada dos días?”

Privación material 2[&]: “En los últimos 12 meses, ¿ha tenido que acudir a familiares, amigos o alguna entidad privada no lucrativa o religiosa para que le proporcionen alimentos, ropa u otros bienes básicos (o dinero para poder adquirirlos)?”

Condiciones laborales

El 88% de las AAD trabajan exclusivamente en esa ocupación y para una sola empresa, el 85% tienen contrato indefinido, el 73% trabajan para una subcontrata de la administración y de las restantes prácticamente todas lo hacen en una empresa privada (21%). En cuanto a su experiencia laboral el 52% tiene más de 10 años de experiencia en el puesto de trabajo. El 63% trabaja a jornada parcial y la mayoría (65%) trabaja de 30 a 40 horas a la semana. Poco más de una de cada cinco afirma que su salario cubre siempre, o muchas veces, las necesidades del hogar, mientras que para el 30,7% no las cubre nunca o solo alguna vez.

Tabla 3. Características de las condiciones laborales de las participantes.

VARIABLE	CATEGORÍA	%
Compagina otros trabajos	SAD exclusivamente (1 empresa)	87,8
	SAD exclusivamente (>1 empresa)	3,7
	Combina SAD con otros trabajos	8,5
Relación contractual	Indefinida	84,8
	Temporal	15,2
Tipo de empresa	Empresa privada	21,2
	Empresa privada subcontratada por la administración	73,0
	La administración	5,8
Experiencia como AAD	Menos de 3 años	15,7
	3 a 10 años	32,1
	10 o más años	52,2
Tipo de jornada	Tiempo completo	36,9
	Tiempo parcial	63,1
Distribución jornada semanal	De lunes a viernes	87,9
	Resto	12,1
Horas semanales reales	Menos de 20	12,8
	20-29	16,1
	30-40	65,1
	Más de 40	6,0
Salario cubre necesidades básicas	Siempre	12,8
	Muchas veces	9,7
	Algunas veces	46,9
	Sólo alguna vez	12,1
	Nunca	18,6
Trabajo (horarios, salario, etc) permite tres comidas completas diarias	Siempre	39,9
	Muchas veces	15,5
	Algunas veces	21,6
	Sólo alguna vez	8,5
	Nunca	14,5

Descripción de las participantes en los grupos focales

RESULTADOS CUALITATIVOS

Un total de 17 trabajadoras/es AAD participaron en 3 grupos de discusión: un grupo de 8 stakeholders, un grupo de 4 hombres y un grupo de 5 inmigrantes. De ellos 13 eran mujeres y 4 hombres cuyas edades oscilaban entre los 36 y los 62 años. Desempeñaban su trabajo en 7 Comunidades Autónomas diferentes y los años de experiencia profesional en el sector estaba entre los 3,5 y los 30 años. En la tabla 4 se recogen las principales características sociodemográficas de los participantes de forma conjunta y de los participantes en cada uno de los grupos.

Tabla 4. Características de los participantes según grupo focal.

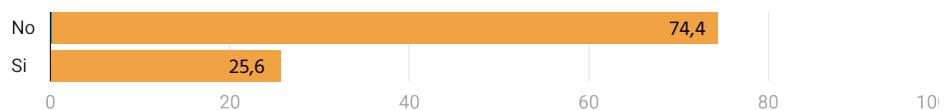
VARIABLE	TOTAL (n=17) n(%)	GRUPO STAKEHOLDERS (n=8) n(%)	GRUPO HOMBRES (n=4) n(%)	GRUPO INMIGRANTES (n=5) n(%)
Edad				
36-50	8 (47,1)	1 (12,5)	4 (100)	3 (60)
51-60	6 (35,3)	4 (50)	0 (0)	2 (40)
>60	3 (17,6)	3 (37,5)	0 (0)	0 (0)
Sexo				
Mujer	13 (76,5)	8 (100)	0 (0)	5 (100)
Hombre	4 (23,5)	0 (0)	4 (100)	0 (0)
Lugar de nacimiento				
España	12 (70,6)	8 (100)	4 (100)	0 (0)
Otros	5 (29,4)	0 (0)	0 (0)	5 (100)
Comunidad Autónoma de residencia				
Andalucía	4 (23,5)	2 (25)	2 (50)	0 (0)
Asturias	6 (35,3)	3 (37,5)	2 (50)	1 (20)
Cataluña	1 (5,9)	0 (0)	0 (0)	1 (20)
Comunidad Foral de Navarra	1 (5,9)	1 (12,5)	0 (0)	0 (0)
Comunidad Valenciana	1 (5,9)	1 (12,5)	0 (0)	0 (0)
Madrid	3 (17,6)	1 (12,5)	0 (0)	2 (40)
Murcia	1 (5,9)	0 (0)	0 (0)	1 (20)
Zona geográfica de trabajo				
Rural (<10.000 habitantes)	1 (5,9)	0 (0)	1 (25)	0 (0)
Urbana intermedia (10.000-500.000 habitantes)	13 (76,5)	7 (87,5)	3 (75)	3 (60)
Urbana gran urbe (>500.000 habitantes)	3 (17,6)	1 (12,5)	0 (0)	2 (40)
Años de experiencia laboral en SAD				
<10 años	3 (17,6)	0 (0)	2 (50)	1 (20)
10-20 años	10 (58,8)	5 (62,5)	1 (25)	4 (80)
21-30 años	4 (23,5)	3 (37,5)	1 (25)	0 (0)
Tipo de empresa				
Pública	4 (23,5)	3 (37,5)	1 (25)	0 (0)
Privada	13 (76,5)	5 (62,5)	3 (75)	5 (100)

Sobre la prevención de riesgos laborales

RESULTADOS CUANTITATIVOS

En uno de cada cuatro casos, las AAD declaran saber que alguno de los domicilios que atienden ha sido evaluado alguna vez por un técnico de prevención de riesgos laborales, figura 1. Esta cifra cae hasta el 11% para aquellas que declaran que todas o la mayoría de las viviendas en que trabajan han sido evaluadas.

Figura 1. Domicilios con evaluación de riesgos.



Solo la mitad (51%) de las AAD declaran haber recibido un curso de formación en prevención de riesgos laborales en su actual puesto de trabajo, en algún momento desde que iniciaron este trabajo. Las AAD manifiestan que, durante el último año, apenas en el 62% de los casos han sido provistas de los equipos de protección individual (EPIs) necesarios para desempeñar su trabajo en el contexto de la COVID19, porcentaje que baja hasta el 56% cuando se pregunta por la provisión de EPIs para el cumplimiento de las precauciones estándar. La cantidad de viviendas adaptadas no llega a la mitad, 47,3%. Asimismo, apenas una de cada tres AAD cuenta con alguna ayuda para la movilización de personas, figura 2, siendo la mayoría medios técnicos y en una pequeña proporción por parte de otros/as compañeros/as, figura 3.

Figura 2. Prevención de riesgos laborales.

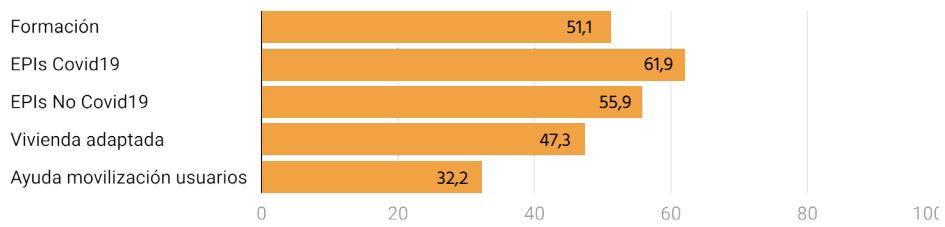


Figura 3. Tipo de ayuda en la movilización de personas.



RESULTADOS CUALITATIVOS

En el tema de prevención surgieron 4 temas principales: los cursos de formación continuada, la disponibilidad de medios técnicos de ayuda (como grúas y transfers), la no evaluación de riesgos laborales en el domicilio del usuario y las consecuencias en su salud.

Las/os trabajadoras/es AAD reconocen los cursos de formación como una estrategia necesaria y útil. No obstante, en los grupos focales refieren que pocas empresas dan esa formación, y si lo hacen no se adapta a sus necesidades y no resulta útil. Según las AAD las empresas ofertan formación porque están obligadas por ley. Además, hacen los cursos fuera del horario laboral sin la devolución de esas horas a las trabajadoras.

.... pero es que sigo pensando que la formación, pero de cualquier tipo es muy necesaria en nuestra profesión, una profesión, una formación continuada (P5_GF_Stakeholders)

Los cursos que dan son de mala calidad, es que ni te apetece hacerlos (...) Yo llevo sin hacer un curso de prevención de riesgos laborales, años (P2_GF_Stakeholders)

..tienes que recibir una formación dentro de tu horario laboral, ya pierdes horas de trabajo, etcétera. (P2_GF_HombresSAD)

Los participantes señalan que los medios técnicos (como grúas) para la realización del trabajo de forma segura son claramente insuficientes. Las empresas que se presentan a concurso público como proveedores de los servicios ofertan medios técnicos, ya que en los baremos para la adjudicación suman más puntos para la posible concesión del servicio. No obstante, en la práctica el número de medios técnicos disponible no cubre las necesidades de la población atendida. La mayoría de las AAD no tienen grúas a pesar de que las reclamen o las soliciten, lo que las expone a riesgo en el desempeño de su trabajo.

El tema de grúa. Por ejemplo, en el pliego de condiciones también aquí (...), este año, cuando hace poco fue el concurso. Sí es verdad que la empresa que ofertara más medios técnicos también obtenía más puntos, pero claro, lo más gracioso es que bueno, sí, venga, pues grúa y bueno, han traído 3, 4 grúas, pero imagínate lo que son 4 grúas para 800 trabajadores aquí. Pues creo que son 3000 usuarios, pueden ser, más o menos. Entonces, claro, hasta que no se muere la persona que está usando, no se va a otro domicilio. Imagínate. No hay... casi nunca. La compra el usuario (...) cuando están muy desesperados, las compran. (P3_GF_HombresSAD)

Las quejas más frecuentes de las trabajadoras AAD son la falta de una evaluación de riesgos laborales específica de sus lugares de trabajo y el no reconocimiento de enfermedades profesionales que padecen a consecuencia de su trabajo. La evaluación de riesgos de sus lugares de trabajo debe hacerse en los domicilios particulares de los usuarios/as para lo que se necesita su permiso.

Nosotros sabemos que la solución está en otro, en otro sitio que se haga un estudio real y eficaz de nuestros riesgos para que se puedan reconocer. ¡Uy! nuestras enfermedades profesionales (...) (P5_GF_Stakeholders)

Los únicos trabajadores que estamos trabajando sin valoración de riesgos laborales, somos nosotras (P3_GF_MujeresMigradas)

Algunas trabajadoras AAD que pertenecen a empresas que facilitan la valoración de riesgos por el técnico comentan que es difícil que esa valoración sea imparcial dado que el técnico pertenece a la empresa y finalmente es la empresa la que decide llegando a condicionar la valoración técnica.

Nosotras, cuando hay estos casos sí que los comunico a la coordinadora, que tiene que venir un técnico de riesgos laborales, que por eso el comité de empresa, (...) se encarga de que venga el técnico. El problema que tenemos es que el técnico es de la empresa, qué pasa, que si la empresa dice no voy a pagar una hora más o no voy a pagar dos trabajadoras, el técnico siempre va a favor de la empresa. (P3_GF_MujeresMigradas)

Pero el permiso del usuario no es el único obstáculo. La mayoría de los usuarios/as del SAD son población vulnerable con pocos recursos económicos, lo que significa que sus viviendas no reúnen las condiciones de seguridad como lugar de trabajo y tampoco pueden asumir los costes de las adaptaciones estructurales en sus domicilios que resulten de la evaluación de riesgos en caso de hacerse. Por tanto, es probable que tras la evaluación de riesgos del técnico no dejaría entrar a las AAD.

..para cuando entren a un delegado de prevención de riesgos laborales a evaluar los riesgos que tenemos, tienen que empezar derrumbando la casa y levantándonos entera. Ese es el problema (...) Se deben invertir en eso, en adaptación a la casa, porque hay dependientes que viven con unas pensiones que no le permiten hacer, vamos, ni ducha. ...Agranda una puerta para que pase el carro, la placa de ducha, una cama con su elevadora, etcétera, etcétera, etcétera, etcétera. (P6_GF_Stakeholders)

Ellas reclaman la necesidad de esa evaluación de riesgos laborales, no tan sólo porque es una cuestión de derecho, sino porque sería de gran utilidad poder identificar qué riesgos son prevenibles y cuáles no, para detectar las enfermedades profesionales asociadas a la profesión de AAD. La identificación y reconocimiento de las enfermedades profesionales y asociadas a su trabajo les permitiría, por un lado, exigir la adaptación del puesto de trabajo y por otro tener derecho a la aplicación de un coeficiente de reducción de la edad de jubilación.

...el identificar qué riesgos hay, para poder relacionarlos con aquellas lesiones que tengamos. Los que se puedan prevenir y los que se puedan resolver, se resolverán y los que no, quedará escrito que estos problemas no se pueden resolver, pero dan estas consecuencias a nuestra salud. Tendríamos unos informes de siniestralidad, como lo tienen todo el mundo, todas las trabajadoras de este país. Menos los que nos... los que atendemos los cuidados en las casas. Tendríamos esos informes que servirían para poder tener un catálogo de enfermedades profesionales y, al mismo tiempo, poder optar a la reducción del epígrafe de la edad de jubilación, por la actividad (P8_GF_Stakeholders)

Cuando van a la mutua por un problema de salud debido a las altas exigencias de su trabajo, se les prescribe un tratamiento sintomático, pero no se realizan pruebas diagnósticas para explorar mejor la causa y alcance de las lesiones. Además, manifiestan que de forma sistemática se asocian sus problemas de salud, sobre todo los musculoesqueléticos, al género, a su edad o a la obesidad, entre otras, y no a la exposición laboral. Esto conlleva que la baja laboral en caso de ser necesaria sea considerada como enfermedad común, con la consiguiente repercusión en su salario.

La mutua me hace gracia (...) “Es que esto es por tus enfermedades degenerativas”, ¡qué coño! yo no he nacido por una artrosis degenerativa, ni una lesión en la rodilla, ni en el hombro y la espalda, ni las cervicales, ni en las muñecas, ni en los tobillos. Es que entramos a domicilio, como bien dicen las compañeras, que no están adaptados, y como bien dice P8, tenemos que aprender a trabajar para no lesionarnos (P7_GF_Stakeholders)

...que te digan que estas enfermedades laborales son por obesidad, yo... es que alucino. Yo alucino (...) el tema de las mutuas de empresa (P3_GF_MujeresMigradas)

Sí, vamos a la mutua, generalmente te dicen que no, que es por ser condición de mujer, por la edad que tienes. Porque si haces deporte es por el deporte; si no lo haces,

es porque no haces, porque tienes una vida sedentaria. Con lo cual terminas con un periplo; la que la que no tiene ganas de luchar va la Seguridad Social y termina asumiendo la Seguridad Social todas esas bajas que son laborales y la que le echa narices, pues mira, con lo mal que estás, haciendo allí mismo una reclamación a la mutua (P8_GF_stakeholders)

Sin embargo, parece que hay diferencias en la atención a los problemas de salud de las AAD según si la empresa para la que trabajan sea privada o no. Cuando las AAD pertenecen al Ayuntamiento la mutua tiene en cuenta su edad y sus lesiones de manera que envían un técnico al domicilio para que valore los riesgos y plantee las modificaciones necesarias en el servicio.

Exacto, igual que aquí en Murcia. O sea, tú tienes tu servicio y entonces, si eres una persona muy grande o si tienes alguna lesión, pues tú hablas con la coordinadora, te envían un técnico de riesgos laborales y ahí ellos deciden en las modificaciones en el servicio. O sea, si te ponen a otro auxiliar, o... o si te... (P2_GF_MujeresMigradas)

Los registros de accidentes desde la mutua muestran que la mayoría son aquellos accidentes que se dan in itinere, pero bien parece que no hubiera accidentes o siniestralidad en el lugar de trabajo, en el domicilio del usuario.

Yo, soy delegada de prevención de riesgos laborales y yo a mi empresa le exijo el parte de siniestralidad trimestral o bimestral. La sorpresa es que cuando a mí me lo dan, siempre los accidentes son itinerarios, nunca son dentro del domicilio. (...) todas somos estupendas, hacemos buen trabajo, pero como locas por la calle. (P1_GF_stakeholders)

Exposición a riesgos psicosociales

RESULTADOS CUANTITATIVOS

A continuación, en la figura 4, se muestra los resultados de la exposición a riesgos psicosociales por parte de las AAD. La figura clasifica en tres niveles o colores la exposición al riesgo (verde para riesgo bajo, naranja para riesgo intermedio, y rojo riesgo alto) tomando como punto de referencia los valores poblacionales establecidos en la validación del instrumento COPSOQ-ISTAS21 v3 para España (Moncada i Lluís et al., 2021). A modo de interpretación, si el colectivo de AAD se comportara igual que el conjunto de la población asalariada española¹⁶, deberíamos observar una distribución homogénea en cada nivel de riesgo (aproximadamente el 33%).

16 Hay que considerar que el estudio que permitió establecer las referencias poblaciones es del año 2016.

Figura 4. Exposición a riesgos psicosociales de AAD.



Las dos primeras barras de la figura recogen las dimensiones psicosociales pertenecientes al grupo de las exigencias. Según los modelos psicosociales clásicos unas exigencias excesivas -en el sentido de tener que realizar una gran cantidad de trabajo en un periodo de tiempo insuficiente-, daña la salud de los trabajadores/as. Como puede observarse en el gráfico ambos riesgos son altamente prevalentes en este colectivo. Tanto la carga de trabajo excesiva como el ritmo elevado afectan a un 89% de las AAD. En su forma más dañina (rojo), la primera afecta al 58% y el segundo al 48%.

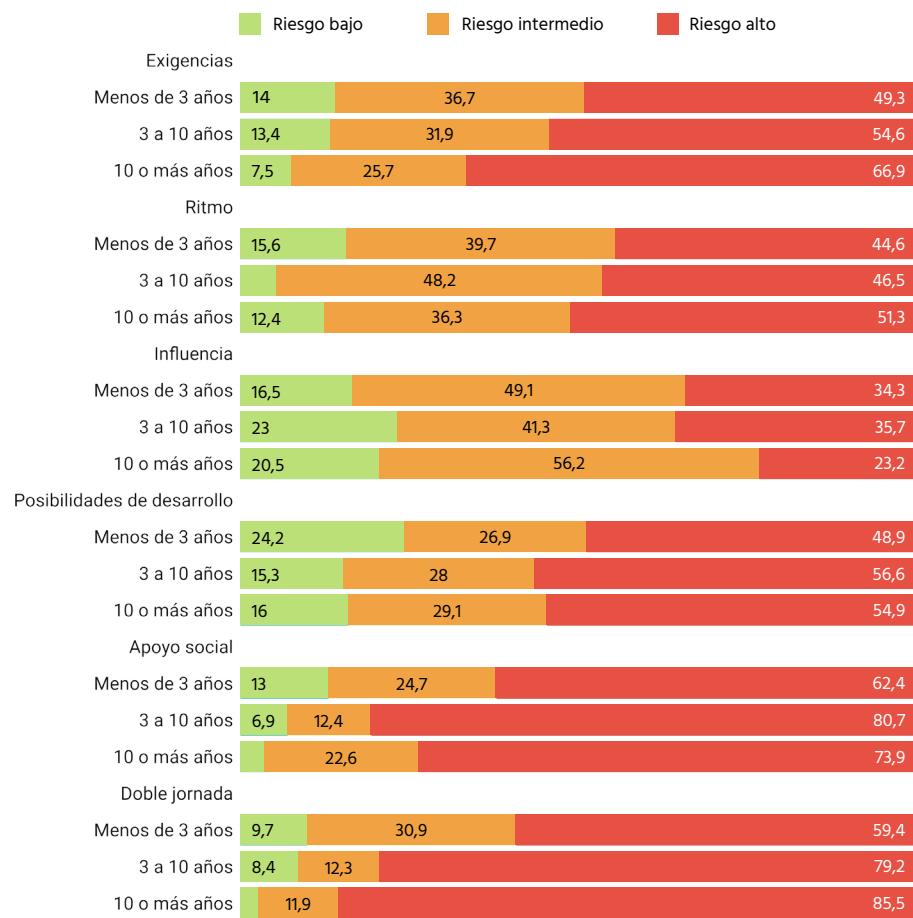
La influencia y las posibilidades de desarrollo forman el grupo de dimensiones psicosociales conocido como control, el cual tiene que ver con la autonomía de que dispone el o la trabajadora para organizar sus tareas en su puesto de trabajo de manera que pueda desarrollar sus habilidades y capacidades acorde a sus intereses y necesidades. La ausencia de control se ha demostrado perjudicial para la salud y el bienestar físico y mental de las personas, especialmente cuando se combina con unas exigencias excesivas. En el caso de las AAD solo un 21 y un 18%

disfrutan de un nivel bajo de riesgo para la salud (verde) para influencia y posibilidades de desarrollo respectivamente. En el otro extremo, un 30 y 54% se sitúan en la categoría de máximo nivel de riesgo (rojo).

Las últimas dos dimensiones psicosociales hacen referencia por un lado al apoyo social recibido por parte de los cargos superiores en la organización y, por otro, al conflicto que se produce entre trabajo remunerado y la vida de las personas fuera del entorno laboral debido a una organización del trabajo que imposibilita compaginar ambas esferas. Estas dos dimensiones son las que presentan la peor situación para la salud. En ambos casos la situación más desfavorable para el trabajador afecta a tres cuartas partes de las AAD. Solo un 7% pueden compaginar el trabajo con su vida fuera del mismo y reciben apoyo por parte de sus superiores.

En la figura 5 se muestra las distribuciones de estos riesgos estratificados según la experiencia de la AAD. En ella puede observarse que los años de experiencia se asocian al grado de exposición al riesgo psicosocial. Las AAD con más experiencia presentan por lo general los peores resultados, excepto en lo relativo a la influencia, la cual mejora ligeramente con la edad. El 67% de las ADD con más de 10 años tienen exigencias demasiado elevadas y un 51% un ritmo de trabajo excesivo, frente al 49 y al 45% de las de menos de 3 años. El resultado más alarmante se produce de nuevo en las dimensiones apoyo social y doble jornada. Ocho de cada diez AAD con una experiencia de entre 3 y 10 años carece de apoyo por parte de sus superiores en la empresa y prácticamente la totalidad de las trabajadoras con 10 o más años de experiencia (97,4%) tienen problemas graves o muy graves para conciliar su vida y su trabajo remunerado.

Figura 5. Exposición a riesgos psicosociales según la experiencia de la AAD.



RESULTADOS CUALITATIVOS

En el siguiente apartado se presentan los resultados cualitativos en base a 4 grandes temas: exigencias, autonomía y desarrollo, apoyo social y conflicto trabajo-vida.

Sobre las exigencias

Las exigencias cuantitativas elevadas están relacionadas tanto con las tareas asignadas como con las condiciones en que deben hacerlas en los domicilios de los usuarios. Mayoritariamente tienen cargas de trabajo altas ya que han de atender a usuarios con gran dependencia en domicilios que no están adaptados, no tienen posibilidades de movilizar al paciente cuidándose la espalda porque no disponen de los medios técnicos necesarios: las camas no están adaptadas o no hay grúas en los domicilios. Cuando las trabajadoras piden a la empresa medios técnicos como grúas o iniciar los trámites para las adaptaciones necesarias del domicilio la respuesta suele ser la misma: no hay grúas ... no hay dinero para las adaptaciones.

Por ejemplo, tienes un encamado, un hombre que es muy corpulento, esté en una cama, yo con 50 y pico de kilos que tengo, pues ya ves, así estoy. Claro, hasta que no te haces daño y te quejas, pues no te mandan otra ayuda. (P3_GF_MujeresMigradas)

Que otra cosa, te llega una persona con una parálisis y la tienes que hacer un aseo. Este, hay veces que dices, bueno, si tienes la suerte de que haya una grúa en el domicilio, que la mitad, el 90%, no hay; ni las empresas las ponen, dices: ¿Y cómo lo, cómo lo hago? (P8_GF_Stakeholders)

Claro. Cuando empecé, pues tenía 3 personas súper dependientes que tenía que, en una hora, hacer todo: afeitarle, levantarme de la cama, limpiar toda la cama, se meaban (...) darles el desayuno en una hora ¡es imposible! Entonces, lo comunicas a la trabajadora social [la necesidad de ayudas técnicas] y te da largas. Es claramente que es un maltrato, porque es imposible físicamente, pero te dejan ahí y sigues y sigues. Y te apañas como puedas, (P2_GF_HombresSAD)

Las excesivas exigencias se reflejan en el discurso de los tres grupos focales: se les pide que hagan bien su trabajo, que los afeiten, que los laven, que les den el desayuno, que solucionen todo con rapidez; que atiendan bien al usuario, que fichen al entrar y al salir; que cuando lleguen se pongan la ropa de trabajo; que cuando salgan se pongan su ropa de calle. Van corriendo de un domicilio a otro preocupadas por llegar a tiempo si van en transporte público o si encontraran aparcamiento al ir en coche.

el “corre corre”, el “no llego”,(P4_GF_Stakeholders)

es corre, corre, corre, corre, corre, corre y eso genera un estrés en el cuerpo, porque, además, ¿cómo nos controlan? En Google Maps, un traslado de un lugar a otro, andando, que se creen que somos, no sé, ¡máquinas! O se piensa que tenemos 20 años toda la vida (...) tú no puedes programar 20 minutos de una punta a la otra, (P7_GF_Stakeholders)

El ritmo de trabajo, “ese corre corre” como ellas lo llaman afecta a la salud de diversas maneras. Afecta en la alimentación, en el estrés, pero también provoca accidentes laborales como accidentes de tráfico.

Tuve un accidente laboral por el tema de estrés, como vamos corriendo de un sitio a otro. Pues tuve un accidente y yo iba en la moto, tuve un accidente, estuve más de 3 meses de baja (P3_GF_MujeresMigradas)

Tenemos muy poco tiempo para atender a un usuario, una hora y algo, ducharle, hacerle compra, limpia. Porque muchos quieren que les hagamos limpia. Parece una empresa limpia. “Todos los miércoles, limpia de cristal” (P2_GF_MujeresMigradas)

Sobre la autonomía y desarrollo

Las trabajadoras AAD manifiestan tener un bajo nivel de influencia y posibilidades de desarrollo profesional ya que, con frecuencia, las trabajadoras sociales organizan los servicios en base a las demandas de familiares, no a las necesidades del usuario. Las trabajadoras AAD reclaman que las trabajadoras sociales deberían hablar más con ellas al realizar valoración de necesidades y plantear el PIA, que detalla las necesidades del usuario que es necesario que las AAD suplan, ya que conocen mejor al usuario y su contexto.

Muchas [asistentas] llegan, dicen, señora, lo que haga falta, lo que le haga falta. Van allí [las auxiliares SAD] para lo que haga falta y no es para eso. Hay que decirle específicamente que hay un PIA y hay que hacerlo al pie de la letra. (P3_GF_HombresSAD)

La mayoría de las AAD refieren no tener autonomía en el trabajo, tanto porque algunas trabajadoras sociales organizan los servicios en base a las demandas de los familiares como porque, cuando los servicios asignados por la trabajadora social hacen referencia a las necesidades del usuario, y en base a ello la coordinadora de la empresa asigna, pero no se corresponden con lo que “les piden o mandan los usuarios” cuando llegan al domicilio. Refieren que es bastante habitual que familiares y/o usuarios decidan qué tareas

han de hacer las AAD “porque aquella es su casa y en ella mandan ellos”

es que te saltan “esta es mi casa, es mi propiedad y tú aquí no vienes a mandar”, llamo a la empresa y cuento que no me has querido fregar la cocina”, cuando no tenemos por qué fregar cocina. P7_GF_Stakeholders)

“pero en mi casa [usuario] mando yo”. Y ... “En el hospital hago lo que me manden, pero en mi casa mientras pueda, mientras esté a la cabeza, mando yo” y eso ya lo he encontrado yo, he dicho. (P1_GF_HombresSAD)

En otras ocasiones les mandan otras tareas que no son las que da la coordinadora porque “tu compañero limpió los azulejos del baño ayer”. Por un lado, parecería que familiares y usuarios tienen la potestad de cambiar las tareas asignadas en el PIA. Por otro, los compañeros más novatos hacen lo que manda el usuario, aunque no se corresponda con las tareas asignadas. Quieren que el usuario esté contento de su trabajo porque tienen miedo de ser despedidas si no lo hacen.

(...) al final ocurre es que el usuario, pues, si le apetece cualquier cosa o tal, pues va cambiando [el PIA]. (P2_GF_HombresSAD)

Esa sensación de falta de autonomía también la sienten porque no se les valora como profesionales no se tiene en cuenta su valoración del usuario/familia. No hay trabajo en equipo, no hay comunicación con el resto de los profesionales implicados en los servicios del usuario. Si como trabajadoras detectan algo digno de comunicar, llaman a las coordinadoras que, les exigen que sea por escrito; pero no reciben respuesta.

En nuestro caso podemos hacer un escrito, que el 99% de las veces ni leen. Se supone que nosotros no tenemos ninguna autonomía, ni podemos tener iniciativas. Tenemos que hacer según lo que se nos diga y si se cuadra algo que no vemos, como mucho llamar, y cuando llamemos dicen, “tienes que hacer un escrito para que lo mande a servicios sociales” y de ahí a que llegue, pues a lo mejor o murió la persona o ya te fuiste tú hace 5 años de esa casa. (P1_GF_HombresSAD)

La falta de autonomía en la que incluso familiares y usuarios pueden decidir sus tareas condiciona sus posibilidades de desarrollo. Si no queda claro desde el PIA y coordinación qué servicio debe darse, cuando las AAD llegan al domicilio, familiares o usuarios cambian el servicio presuponiendo que lo que deben hacer es “limpiar”. De hecho, tal como ellas relatan cualquiera las puede mandar.

Hay algunos domicilios que tienen ayuda de empleadas del hogar. Y cuando tú llegas a trabajar, sabes que la empleada del hogar se pone a mandar a ti “limpia por aquí, limpia por allá, limpia más allá”. Y hubo un caso de una mujer, que me dijo a mí, que una mujer me dijo a mí, “pues ¿limpiaste debajo de la cama?”. (P5_GF_MujeresMigradas)

Tú tienes que hacer lo que yo te mando, que no sólo lo que te manda la coordinadora, es que llegas y te manda el usuario (P8_GF_Stakeholders)

Desde una perspectiva de reconocimiento social, tampoco hay posibilidades de desarrollo dado que el sentido y significado de su profesión se está desvirtuando. Por un lado, el servicio SAD es ayuda en las actividades de la vida básica de las personas, es rehabilitadora e integradora con los acompañamientos.

Estas tareas, que conforman el espíritu del servicio SAD han sido desvirtuadas de tal manera que por un lado el usuario se convierte en un observador porque a ellas se las utiliza para limpiar; y se utiliza la limpieza, que debería ser un mantenimiento del hogar, como la “tarea comodín”.

Sí, tenemos también limpieza, para un mantenimiento, no a fondo. El problema, cuando tenemos usuarios que sólo tienen aseo, sólo tienen acompañamiento, sólo tienen compra, pues sólo te ponen a limpiar y nos quejamos muchas veces porque llamamos las coordinadoras y, si vamos 3 días, tenemos que los 3 días ponernos a limpiar dos horas, dos horas los 3 días. (P2_3_GF_MujeresMigradas)

SAD. Es ayuda en las actividades de la vida básica de las personas, es rehabilitadora e integradora porque nuestra labor también es integrarlos dentro de la sociedad (...) ¿no? No se trata de lo que están haciendo ahora, de que los usuarios sean meros observadores; que nosotras limpiamos y ellos están delante de la televisión. Si no, potenciar todas aquellas facultades que ellos tienen. Digamos, que conservar una vida digna. (P4_GF_Stakeholders)

Su profesión ha sido transformada de tal manera que ni la sociedad ni el propio usuario valoran el trabajo que realizan. Ellas afirman que han pasado a ser limpiadoras, aunque en Comunidades Autónomas como Cataluña no es así porque existen dos figuras diferentes, las trabajadoras familiares, que son las auxiliares, y las trabajadoras del hogar que son las que van a limpiar. A pesar de esta diferenciación, al usuario tampoco le queda claro qué hace cada una.

Cuando le dicen “Ah, te va a venir una que no sabe ni siquiera que somos trabajadoras familiares”, te viene una

chica del Ayuntamiento, ya la idea que se le mete en la cabeza está, “ésta me viene a limpiar (...) Nosotros aquí [Cataluña] no hacemos limpieza, entonces, lo primero cada vez que vas a domicilio y ¿me podía quitar el polvo por aquí, me podía quitar el polvo por allí? (P3_GF_MujeresMigradas)

Esa parte de que cada vez te tienes que digamos, callarte más, o te acallan más y esa opresión que tienes (...) de no poder progresar nunca, siempre vas a estar igual, tengas la antigüedad que tengas, (P1_GF_Stakeholders)

Sobre el apoyo social

La mayoría de las AAD que pertenecen a empresas privadas, explican una mala relación con sus superiores. La relación con sus coordinadoras suele ser tensa. Cuando usuarios o familiares les mandan, cambiando las tareas asignadas por la coordinadora, lo comunican a ésta para que hable con el usuario. Las posibles respuestas de coordinación suelen ser dos: 1) coordinación les dice claramente que es el usuario quién lleva la razón o 2) cambian de auxiliar, enviando a una trabajadora que saben que no pondrá problemas a las tareas mandadas por los usuarios

Servicio a la Carta con, total (...) Es más, que aquí les dice la coordinadora a las auxiliares “El usuario es estrictamente el que lleva la razón” (P7_GF_Stakeholders)

como es el usuario el que le factura a las horas a las empresas (...) te cambia a ti, manda otra [auxiliar] a casa, poniendo a otra que sé que lo va a hacer, se va a callar, no se va a quejar porque sabemos sus circunstancias [de la auxiliar] y sabemos que esa criatura, pues todavía se van a callar más que nosotras. (P7_GF_Stakeholders)

¿cómo se pueden permitir el lujo los usuarios de decir “No, no” a la coordinadora de la empresa, “a mí no me mandes a las chicas que me venga a limpiar a las 8:00h de la mañana”, claro, la coordinadora, que es la empresa, se calla porque no hay que molestar al usuario, siempre tiene la razón y no hay que molestar al Ayuntamiento, porque es nuestro cliente y aquí ya se ha cerrado todo. (P8_GF_Stakeholders)

La mayoría se quejan de que no existe apoyo por parte de las coordinadoras, ni cuando usuarios/familiares piden “a la carta” o incluso cuando desde el domicilio las han denunciado injustamente. Siempre es la trabajadora la que sale peor parada. Las trabajadoras que expresan algún tipo de apoyo por parte de coordinación son las que están municipalizadas, es decir, pertenecen al propio Ayuntamiento, o, cuando las coordinadoras han trabajado previamente de auxiliares, o cuando se dan

situaciones de acoso sexual o algún tipo de violencia verbal discriminatoria. En casos de discriminación o violencia las coordinadoras suelen apoyarlas tal como se explica en el apartado de violencia.

que, hay usuarios que, injustamente las acusan. Yo he visto un caso de una compañera que la sancionaron porque la acusaron de robar (...) ni investigan, sancionan a la compañera, sin saber si el usuario la perdió, yo qué sé, el monedero, que los pueden perder muchas veces, y digo que primeramente hay que hacer una investigación antes de acusarnos a nosotras, que en ese sentido estamos totalmente desatendidas. (P2_GF_MujeresMigradas)

tenemos la suerte, por ejemplo, en mi empresa de que casi todos los coordinadores, por decir, un 90% han sido auxiliares de ayuda a domicilio. Entonces, también por ahí tenemos mucho ganado, porque ella ya sabe por dónde van los tiros (...) si tú tienes un problema y se lo cuentas sabe perfectamente lo que hay y se lo explica al usuario. (P3_GF_HombresSAD)

Trabajan en soledad: no hay trabajo en equipo porque no hay buena relación con la coordinadora (que es la empresa) ni con la trabajadora social (que es el Ayuntamiento). Ellas tienen claro que dar una buena cobertura de servicio pasa por reunirse o hablar con la asistenta social, o con la enfermera que va al domicilio (si la hubiese).

Trabajas en soledad, sin equipo. Tienes que solucionar todo sola en la máxima rapidez. 8P1_GF_Stakeholders)

este trabajo es multidisciplinar, yo si quiero ser una buena profesional y hacer un buen trabajo, tengo que conocer a la trabajadora social del Ayuntamiento, tengo que conocer a la atención primaria de usuario, tengo que conocer a los familiares y ¡con todo eso dar una buena cobertura a ese usuario! pero si a mí se me prohíbe conocer a la familia; conocer al médico, porque no voy; a la trabajadora social, olvídate y el único canal de información es la coordinadora que esa empresa “apaga y vámonos, ya está todo dicho”. (P8_GF_Stakeholders)

No obstante, las AAD que están municipalizadas sí hablan con las trabajadoras sociales y sí refieren que existe equipo multidisciplinar. Las más antiguas, de hecho, comentan que en los inicios del SAD, las AAD tenían línea directa con las trabajadoras sociales para conversar de la evolución de los usuarios o de la detección de necesidades nuevas. Pero al privatizar el servicio, al entrar en juego grandes empresas como proveedores del servicio, eso se perdió.

Nosotras en Pamplona sí que tenemos un equipo multidisciplinar, o sea, nosotras sí que nos coordinamos con, bueno, con la trabajadora social (...) con nuestra coordinadora (...) Con enfermeras, con médicos familiares. Para nosotras sí que... Sí que participamos de ello y claro, mejora muchísimo la atención, la calidad, o sea, el tener un equipo. Al final te sientes parte de ese equipo, (P2_GF_Stakeholders)

si llevo 15, hace 12 años realmente, en la zona que trabajaba, tenía acceso al teléfono de la trabajadora social de barrio. Entonces, en cuanto había alguna circunstancia de cambio (...) yo llamaba directamente a la trabajadora social y, a lo mejor en ese momento no me podía atender, pero ya lo tomaba nota y en cuanto podía, se ponía en contacto conmigo. Porque de primera mano, quien sabe lo que está pasando, soy yo. Eso cuando entraron las grandes empresas en Madrid desapareció (...) El filtro es la coordinadora y la coordinadora decide si es importante molestar a la trabajadora social, o no. (P8_GF_Stakeholders)

De hecho, por no haber, no hay ni relación entre las mismas compañeras que hacen un mismo domicilio o que trabajan en la misma empresa. La mayoría de las empresas no facilitan la comunicación entre sus trabajadoras AAD debido a la ley de protección de datos.

En principio, llamamos a la coordinadora y la coordinadora pide permiso para que nos demos el teléfono y entre nosotros nos expliquemos y nos arreglemos. Pero esto ya es como la mili, siempre hay una cadena de mando, o sea, nosotros no tenemos iniciativa propia para nada, pero siempre es un protocolo. (P1_GF_HombresSAD)

Sobre el conflicto vida-trabajo

La conciliación familiar es muy difícil por no decir imposible. Las que pertenecen a empresas privadas habitualmente no tienen una jornada laboral entera, pero tienen un horario partido. Eso supone que muchas de ellas no cobren a final de mes un sueldo “entero”. Por lo que, si el turno les permite, buscan otro trabajo; con lo que la conciliación familiar es prácticamente imposible. Dicen claramente que “no tienen vida”.

Y lo que decían las compañeras, si al final es: no tienes vida, o sea estás trabajando, llegas a unas horas a casa, pues eso, te pones a cenar a las 23:00 h de la noche, ¿qué ceno yo a las 23:00 H de la noche? Luego te tienes que levantar para mañana (P2_GF_Stakeholders)

Nuestro contrato aquí en Sevilla, trabajamos para empresas privadas, trabajamos con una parcialidad muy grande, no tenemos jornadas completas, los turnos son partidos, incluso abusivos con cuadrantes de 58 horas. Contratos de 18. La jornada completa son de €1000 bruto que, como he vuelto a repetir, muy poca gente tienen jornada completa, la gran mayoría somos de contratos parciales. (P7_GF_Stakeholders)

Yo tengo muchísimas compañeras que tienen un trabajo en economía sumergida, porque con el salario con un contrato de parcial de 25 horas, que son 600 y pico euros, si son familias monomarentales con cargo de hijos pequeños, pues realmente no llegan y tienen que buscarse, pues, trabajos por la tarde, siempre que no tengan una jornada partida. Y si la tienen partida, trabajan los fines de semana, con lo cual no hay conciliación, pero es que no hay ni siquiera vida. (P8_GF_Stakeholders)

Los hombres suelen estar contratados jornadas enteras en turno seguido dada su utilidad “como grúas”. Ellas en cambio, tal como se ha visto en el párrafo anterior, son pocas las que tiene una jornada entera con turno seguido. Las mujeres que comentan estos contratos son las que pertenecen al Ayuntamiento.

tengo el turno de mañana, que más o menos es desde las 8:30h de la mañana hasta las 16:00h de la tarde. (P1_GF_HombresSAD)

en Sevilla se trabaja los 365 días al año. De 7 de la mañana a 22:00h de la noche. Aquí no existe la Navidad, aquí no existen los días de fiesta. (P7_2_GF_Stakeholders)

Sea un turno u otro afecta a su salud, dado que las que tienen un turno seguido, acaban a las 16 y han de comer in itinere, entre domicilio y domicilio. En tanto que las que tiene un turno partido no tienen tiempo suficiente para ir a casa a comer por lo que también comen de cualquier manera afectando su salud

Otra cosa que sales a trabajar a las 8:00h de la mañana, sales a las 7:30h de tu casa y claro, tú tienes el contrato de 8 de la mañana a 16:00h de la tarde y, total, cuando sales, yo ya llegó a mi casa, a las a las 5:45h. Porque 45 minutos ha ido retrasando y ¿qué has comido? Tienes media hora, 10 minutos para comer. (P5_GF_MujeresMigradas)

Es un trabajo en que el turno seguido es prácticamente imposible porque los usuarios no quieren que vayan a ciertas horas porque “molestan”. Por ejemplo, las 7am o a las 8am es una mala hora porque a esas horas están desayunando. Las preferencias de usuarios, así como sus ausencias del domicilio sin previo aviso

–visitas médicas programadas o urgentes– favorece la creación de una bolsa de horas que las trabajadoras deben a la empresa y han de devolver. Sea como fuere la parcialidad, la bolsa de horas negativas afecta negativamente su salud.

¿por qué tenemos jornadas parciales? ¿Por qué no podemos ir como todo el mundo, de 8 a 3 a trabajar y que haya gente que tenga turno de tarde y de gente que tenga de fines de semana? que antes era así. Pues es muy fácil. Porque con un servicio público como es éste, nadie quiere que vayamos a las 7:00 h de la mañana ni a las 8:00 h de la mañana, quiere que vayamos de 9 a 13. Porque luego, ya a las 13:30 h, estamos comiendo, o a las 14:00H, luego me echo la siesta y luego veo. (P8_GF_Stakeholders)

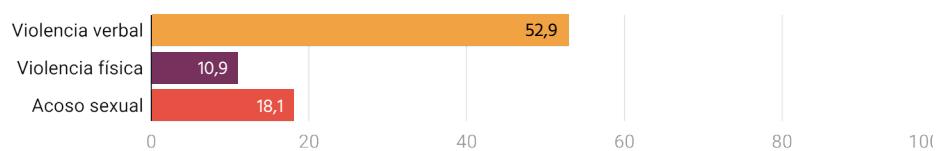
el desasosiego, la incertidumbre que te crea. Porque, si te van faltando servicios y usuarios y usuarias y no te los reponen, tú llegas a pensar que llegará un momento en que vas a tener muy poquitas horas de contratación porque tenemos una bolsa de horas, donde las horas negativas se deben, entonces eso te crea una incertidumbre tan grande de pensar que, además de estar todas las horas que estás trabajando, luego vas a deberles horas a la empresa y, a lo mejor, las tienes que devolver un sábado o un domingo. (P3_GF_Stakeholders)

Violencia y acoso

RESULTADOS CUANTITATIVOS

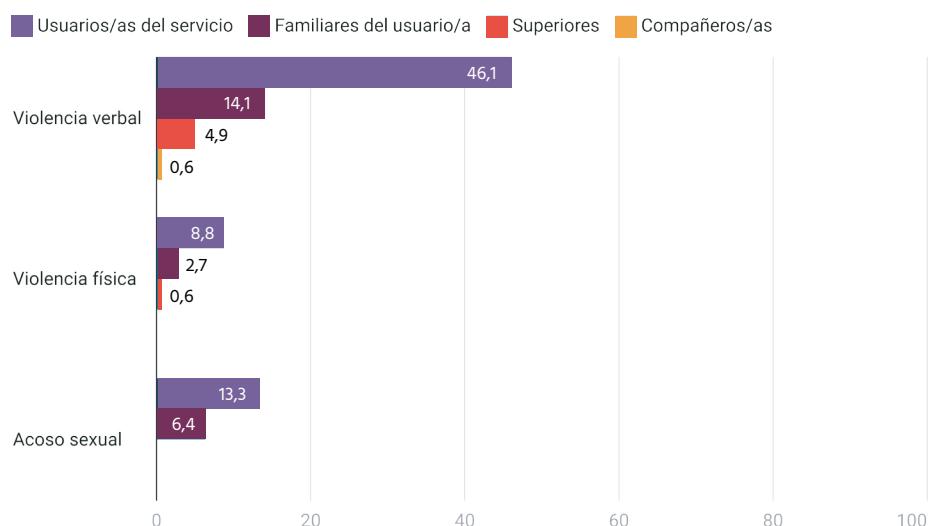
Más de la mitad de las AAD han sido víctimas de violencia verbal al menos una vez en el último año en su puesto de trabajo, ya sea por parte del usuario, familiares o superiores. Un 11% han llegado a sufrir episodios de violencia física y el 18% ha sufrido acoso sexual, figura 6.

Figura 6. Violencia y acoso según tipo.



La figura 7 muestra el origen de estas violencias y acoso. En todos los casos es mayoritariamente la propia persona usuaria quien la ejerce, si bien también lo hacen los familiares y en algunos casos, mucho más esporádicos, superiores y compañeros/as.

Figura 7. Violencia y acoso según quien la ejerce.



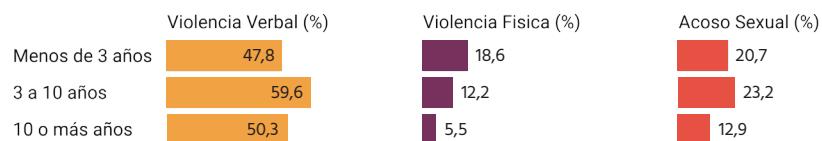
Las desigualdades sociales respecto a la violencia y el acoso vienen condicionadas por el origen de la persona, de modo que las AAD nacidas en otros países distintos a España muestran peores resultados especialmente en el acoso sexual cuya frecuencia es más del doble que la de sus homólogas españolas, figura 8.

Figura 8. Violencia y acoso según país de nacimiento.



Las más afectadas por violencia verbal y el acoso sexual son las AAD con una experiencia de entre 3-10 años (60 y 23% respectivamente) mientras que las de menos de 3 años, y más jóvenes también, son las más afectadas por la violencia física (18,6%). En los tres grupos la exposición más alta se da en relación con la violencia verbal, así, entre el 48 y el 60% han sufrido algún episodio durante el último año, figura 8.

Figura 9. Violencia y acoso según experiencia laboral.



RESULTADOS CUALITATIVOS

En los grupos focales queda claro que las AAD que han padecido mayores índices de violencia y acoso sexual son las mujeres inmigrantes. La violencia es de tipo verbal debido al color de su piel o a su lugar de origen, o directamente no les abren la puerta de casa. Las acosan ofreciéndoles dinero a cambio de sexo, o las “toquetean”.

Cuando llegué, tiene el típico que es como es, pero el tema del racismo y siempre nosotras, como extranjeras, siempre (...) vamos a estar menos valoradas, menos, bueno, menos todo, por ser extranjera y más: negra, pues ya ves ser negra y. (P2_GF_MujeresMigradas)

de negra pa' lante, lo que claro, es que a mí me dijo una "negra, bruta". (P4_GF_MujeresMigradas)

por ser inmigrantes ya tenemos problemas. El otro tema, por ser mujer, pues ya tenemos problemas también. Porque cuando vamos a hacer un servicio, a un hombre, a un señor ya mayor, que ya está demenciado, por ejemplo. Venga, el tema del acoso sexual. Venga, que si te doy los €10, los €20. Lo de esto, lo otro. Y siempre tenemos que estar con lo mismo. (P3_GF_MujeresMigradas)

es un tema, era un tema de acoso sexual. Él [usuario] quería tener sexo y ya está y ya esta era la historia, (...) me ha pasado que me han dejado encerrada en domicilio, (...) Así nos vemos las extranjeras, yo hablo de donde vivo. (P3_GF_MujeresMigradas)

En relación con el apoyo de superiores ante las situaciones de violencia la actuación de superiores es diversa. Las mujeres inmigrantes verbalizaron que cuando comentan la situación con sus coordinadoras, en muchas ocasiones no les han hecho caso hasta que la cosa no ha llegado a violencia física o acoso. Cuando llegan a esa situación de acoso sexual las soluciones son diversas; o cambian la AAD (poniendo a otra compañera mujer); o ponen dos AAD para ese servicio que hasta el momento se había dotado con una auxiliar, o si tienen hombres auxiliares les pasan el servicio.

Yo, por ejemplo, cuando me quejo en la empresa, lo que hacen es el cambio de trabajadora. Digo no. Si el tema no es el cambio de trabajadora, el tema es comentar esto como servicios sociales, con la familia, para que vean la historia que hay. (P3_GF_MujeresMigradas)

Aquí en Murcia ya no se le da a usuarios, hombres, vamos, porque hubo muchos casos de acoso sexual. Entonces, no

sé si la orden viene del Ayuntamiento o de la empresa, ya hace unos cuántos años atrás, no sé si hace cuatro años, ya no sé, no nos dan hombres; los hombres, los usuarios hombres, se le dan ahora a los compañeros hombres. (P2_GF_MujeresMigradas)

La violencia que expresan los AAD hombres de los grupos focales hace referencia a la discriminación que sienten cuando por ser hombres muchas usuarios/as no les dejan entrar a los domicilios, sobre todo en zonas rurales o en aquellas en las que no hay hombres en los equipos SAD. También padecen violencia verbal cuando les insultan por realizar tareas asociadas a lo femenino. Muchos de ellos se sienten discriminados y expresan que ese maltrato afecta a su salud.

yo estar fregando los platos y llegarme un señor, un usuario y decirme, “mira el maricón de mierda, fregando, vete de mi casa” (P2_GF_HombresSAD)

me daña psicológicamente que no me abras la puerta después de 12 años, o tener que justificar que sólo por ser hombre te quiera o no te quieran en el servicio, o que tengas que entenderlo, porque esta educación que tenía antes... (P1_GF_HombresSAD)

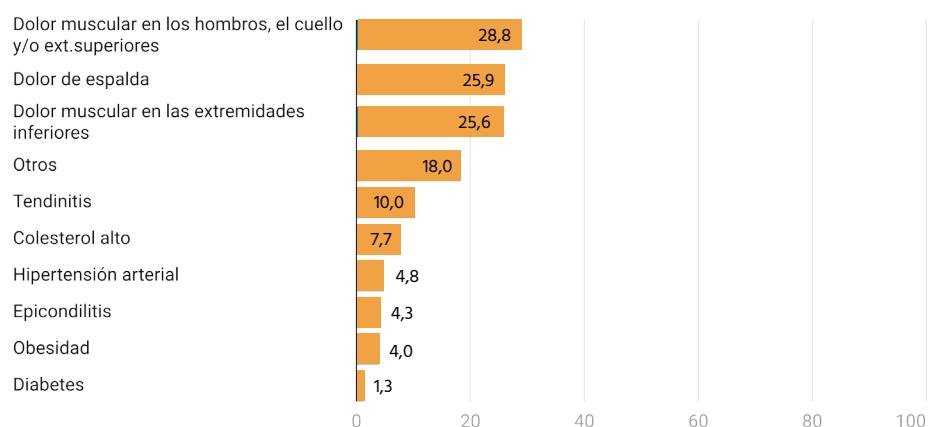
que entendieran que un hombre también pueda hacer cualquier trabajo como cualquier otra mujer, ¿no?, entonces eso era una... o sea, a mí de hecho no me cogían en ningún sitio, ni la trabajadora social hacía por... Porque entrara a trabajar como auxiliar, o sea, era imposible. Era: “directamente este chico que no entre acá” le dejaban en una vergüenza brutal porque tú ibas a la casa con la trabajadora... En fin, no, no querían. (P1_GF_HombresSAD)

Estado de salud de las auxiliares de ayuda a domicilio

RESULTADOS CUANTITATIVOS

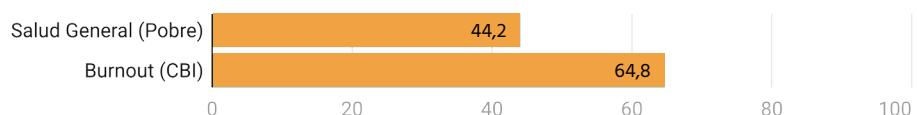
Las dolencias crónicas más frecuentes entre AAD son las de tipo musculoesquelético, especialmente dolor en los hombros, cuello y extremidades, figura 10.

Figura 10. Enfermedades crónicas frecuentes entre auxiliares de ayuda a domicilio.



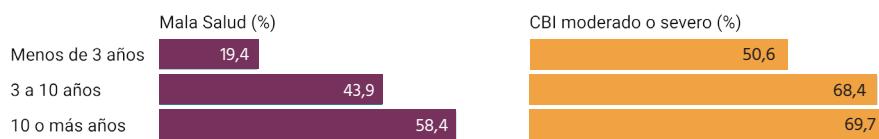
La figura 11 muestra que el 44,2% de las AAD declaran tener una salud general “pobre”, esto es regular, mala o muy mala. En el caso del burnout casi dos tercios de las AAD (64,8%) experimentan este síndrome de agotamiento mental, físico y emocional en grado moderado o severo.

Figura 11. Salud general autopercebida y burnout.



La salud general disminuye a medida que aumenta la experiencia laboral, posiblemente por su alta correlación con la edad. En cuanto a la experiencia en el puesto de trabajo a mayor número de años mayor es la prevalencia de burnout, sobre todo a partir de los 3 años, figura 12.

Figura 12. Salud general autopercibida y burnout según experiencia laboral.



RESULTADOS CUALITATIVOS

Durante los grupos focales la mayoría de AAD reportó tener problemas de salud; tanto físicos como psicológicos. A nivel físico casi todas/os han tenido problemas musculoesqueléticos, y muchas de ellas continúan con tendinitis, dolor generalizado o cervicalgias. En los grupos focales no se habló de burnout, pero sí hablaron de baja autoestima, de ansiedad y estrés.

me duelen los brazos, los compañeros sabrán lo que digo. Pero les dolerá todos los días (...) es una cosa a la que estoy acostumbrado al dolor de todos los días. (P1_GF_HombresSAD)

Y, otra de las características de la auxiliar de SAD en Madrid y creo que en toda España es la baja autoestima. (P8_GF_Stakeholders))

Debido al estado de ansiedad, he sufrido una falta de vitaminas grandísima en el cuerpo que me ha atacado el sistema nervioso. Estoy desarrollando una enfermedad autoinmune que me está atacando mi propio cuerpo. ¿Tratamiento? Ninguno. ¿Investigación? tampoco. ¿Con el tiempo? no se sabe. (P7_GF_Stakeholders)

En los grupos focales, tanto ellas como ellos reportan tener problemas de salud musculoesqueléticos y dolor generalizado. No obstante, ellos se quejan más de la salud física que de la psicológica o emocional; en tanto que ellas además de lo físico se quejan de ansiedad, estrés y otros malestares más allá de los físicos. La asignación de tareas, cuando hay hombres en plantilla, es diferente según el género, hecho que pudiera arrojar luz sobre este hecho. Ellos siempre tienen servicios con personas dependientes y algún que otro mantenimiento del domicilio, en tanto que ellas mayoritariamente tienen mantenimiento del hogar, pasear, hacer la comida... De hecho, en según qué entornos geográficos, la distribución de tareas por género es tal que, si van dos personas para el servicio de una persona con gran dependencia, las mujeres realizan la higiene y el hombre moviliza a la persona.

fue en un servicio, compartido con una compañera de una persona que tenía obesidad mórbida (...) la compañera la lavaba y el hombre la movilizaba. Ellas no lo hacían, lo hacíamos solamente nosotros (...) Pero que sí es verdad que nos tenían un poco más de grúa, más que a las mujeres. O sea, nos ponían a hacer cosas de movilización solamente, simplemente, por el hecho de ser hombre. (P3_GF_HombresSAD)

Los hombres y mujeres AAD de los grupos con mayor experiencia laboral refieren un dolor generalizado y continuado en brazos, además de una peor salud general, empezando el día con un antiinflamatorio. Algunas de ellas reportan que hasta los 9 años de trabajo se encontraban fenomenales, pero que luego la salud fue de mal en peor debido a los esfuerzos realizados al no disponer de grúas y realizar solas esfuerzos físicos.

Lo primero por la mañana es el ibuprofeno, para soportar los dolores en los hombros (P2_GF_MujeresMigradas)

tengo 54 años (...) he estado muchas veces de baja, empecé con la rodilla. Luego, empecé con la espalda y luego, terminé con el brazo y así. Me operaron una rodilla de un menisco y ahora tengo la otra un poco fastidiada, pero todo ha sido a causa del trabajo. Yo hasta los 9 años que estuve trabajando, yo estaba fenomenal, estupenda. En esos tiempos no existían todavía las grúas, no había ayudas técnicas. Entonces, era nuestro cuerpo lo que hacía el esfuerzo, entonces me terminé fastidiando (P5_GF_MujeresMigradas)

Tengo una artrosis degenerativa en las cervicales, padezco de fibromialgia y desde noviembre (...) estaba investigación por un neurólogo que había sospecha de que tuviera esclerosis múltiple o ELA (...) después de todas las pruebas, tengo una neuropatía en las piernas y en los brazos, debido a mi trabajo. (P7_GF_Stakeholders)

Tras años de servicio, el dolor llega a ser una constante en sus vidas, que aprenden a manejar o van a la clínica del dolor para que les ayude. De hecho, algunas tienen una salud tan mala o un dolor constante tan generalizado que incluso piensan en la incapacidad, pero no es una vía ya que la pensión que les queda no les permite vivir y mantener a sus hijos.

Porque tú estás mal, con dolor (...) Porque tú vas [clínica del dolor] para calmarte tu dolor, entonces, cuando yo voy allí digo, joder, si es que estoy poniendo enferma... Entonces, es que ni siquiera puedes decir, bueno, pues mira, ya termino jodida con 50-60 años, 40, 30 o 20 años (...) me puedo

incapacitar con 600, €700 y puedo tener oportunidad de estudiar o buscarme otro empleo que compagine una cosa con otra. No, es que encima de todo te incapacita con 380-400, máximo 500, es imposible, no se lo puede permitir y tampoco una persona que esté cerca de los 55 años, que le queda 75% de la base reguladora.

Las AAD que poseen menos años de experiencia en el sector y/o les asignan servicios que no incluyen la movilización o higiene de personas dependientes, no se quejan de dolor o problemas musculoesqueléticos, aunque sí que presentan los problemas de alimentación

Hace cuatro años que entré de ayuda a domicilio, tengo un contrato indefinido (...) con respecto a la salud, la verdad, de momento, ningún problema. Porque bueno, gracias a Dios, pues los servicios que me han dado, de momento, pues tampoco es de cargar peso, o sea, bueno, con el usuario tal vez el aseo sí, pero que van ellos solos, ayudarlos, digamos. Y eso, pero encamados, pues ahí no (P3_GF_MujeresMigradas)

Se quejan de que no tienen vida debido a la gran carga de trabajo y alto ritmo de trabajo. Además, expresan claramente que su mala salud es debida a las malas condiciones laborales, un bajo sueldo y a turnos partidos que les consume la salud “son trabajadoras pobres”.

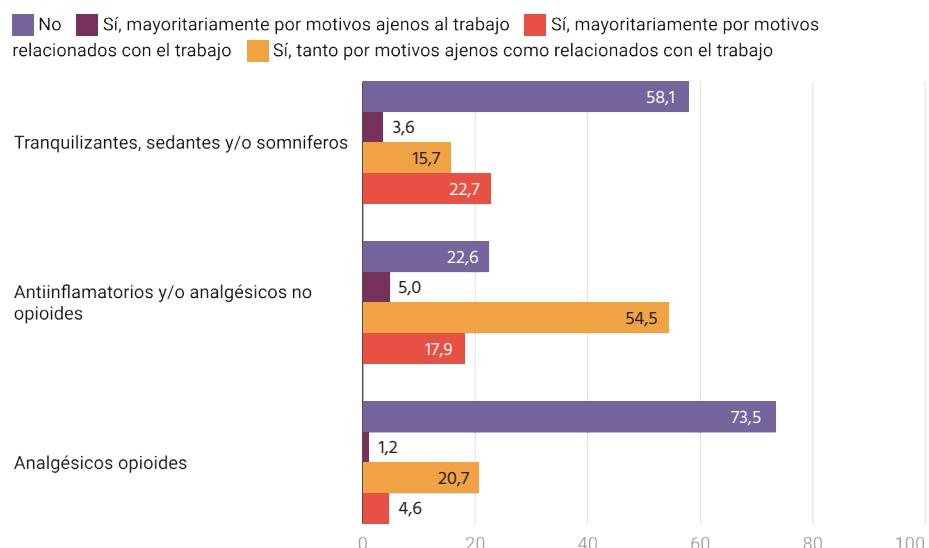
O sea que al final estás pues en ese estrés de que no llego, corre, corre, corre, ¿no? el corre, corre. ... hay que comerse el bocadillo corriendo de una casa a otra. (P2_GF_Stakeholders)

¿Por qué tenemos depresión, por qué tenemos ansiedad, por qué tenemos crisis de falta de autoestima? pues porque somos trabajadoras pobres, que no nos podemos permitir ni siquiera el lujo de ir al cine, así de sencillo. (P8_GF_Stakeholders)

Consumo de fármacos

En la figura 13, se observa el consumo por las AAD de tres tipos de fármacos en función del motivo de su consumo durante el último mes. Tranquilizantes y somníferos fueron consumidos por un 42% de las auxiliares. De ese porcentaje total, un 16% lo hicieron por motivos que tienen que ver principalmente con su trabajo y un 23% lo hicieron por motivos tanto ajenos como relacionados con el trabajo. En el caso de los antiinflamatorios no opioides el consumo total fue del 78%, es decir, es consumido por cuatro de cada cinco trabajadoras auxiliares. Al desglosar ese consumo en función del motivo se observa que en la mayoría de los casos la causa estaba relacionada con el trabajo (55%); porcentaje que duplica al de personas que no consumieron ese fármaco en el último mes (23%). Por último, los analgésicos opioides fueron consumidos por un 26% de las AAD y de nuevo en la mayoría de los casos por motivos relacionados directamente con el trabajo 21%. En los tres tipos de fármacos el consumo por motivos totalmente ajenos al trabajo es prácticamente despreciables (4, 5 y 1% respectivamente).

Figura 13. Consumo de fármacos en los últimos 30 días según el motivo.



DISCUSIÓN

Prevención de riesgos laborales

Los resultados ponen de manifiesto que en este sector hay un incumplimiento de los principios básicos de la acción preventiva, establecidos en el artículo 15 de la Ley de Prevención de Riesgos laborales vigente, por parte de las empresas. Dichos principios establecen que se han de evitar los riesgos y evaluar aquellos que no sea posible evitar; que se han de combatir los riesgos en su origen de manera que se adapte el trabajo a la persona teniendo en cuenta sus capacidades profesionales y su salud, con el objetivo de que se reduzcan los posibles daños; tener en cuenta la evolución de la técnica y substituir lo peligroso por lo que no entrañe ningún peligro; adoptar medidas que antepongan la protección colectiva a la individual y asegurar que los trabajadores reciben las debidas instrucciones antes de realizar las actividades o tareas asignadas. (Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales., 1995)

Casi tres cuartas partes de los participantes en el estudio no tienen constancia de que se haya realizado una evaluación de riesgos en sus puestos de trabajo, la mitad dice no haber recibido formación respecto a los riesgos presentes en su lugar de trabajo y las correspondientes medidas de prevención, menos de una cuarta parte manifiesta contar con medios técnicos para realizar su trabajo de forma adecuada; y durante la pandemia por COVID-19, un tercio de las AAD, afirma no disponer de los EPIs adecuados.

La planificación de la prevención no se ha de improvisar y debe basarse en la evaluación de los riesgos a los que se exponen las AAD en su lugar de trabajo. Efectivamente, la evaluación de riesgos laborales en el lugar donde las auxiliares realizan su actividad laboral es inexistente o muy minoritaria. El principal argumento que exponen las empresas para no realizarlo es la inviolabilidad del domicilio particular de los usuarios y lo anteponen al derecho fundamental de las trabajadoras, argumento que puede ser discutible (Franco Rebollar & Ruiz, 2018). Se deberían buscar fórmulas que aseguren el equilibrio en la salvaguarda de derechos de ambas partes, trabajadoras y usuarios. La identificación de los riesgos permitirá implementar medidas para eliminar la exposición de riesgo y para las exposiciones que no sean evitables se tendrán que hacer seguimiento para controlar y detectar daños para la salud precozmente.

Según el artículo 19 de la Ley de PRL es la empresa la que debe garantizar que cada trabajador reciba formación teórica y práctica, suficiente y adecuada, en materia preventiva. Esta formación es obligatoria que se realice en el momento de la

contratación, independientemente de la duración o tipo de contrato. La formación ha de impartirse en horario laboral, teniendo que ser compensado el tiempo de dedicación en caso de que se haga en un horario distinto. El contenido ha de centrarse en los riesgos presentes en el lugar de trabajo. (Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales., 1995)

Hay evidencias de que el cumplimiento de los principios básicos de prevención evita daños a la salud de los trabajadores. Un estudio reciente en Japón, realizado en trabajadores cuidadores de personas dependientes, mostró la asociación directa entre la aparición de lesiones severas de espalda y los métodos de movilización de personas que utilizaban, de manera que el uso de material de ayuda técnica, la formación y el entrenamiento disminuía la aparición de estas lesiones graves de forma significativa. (Iwakiri et al., 2019)

El empresario también ha de garantizar a los trabajadores a su servicio la vigilancia periódica de su estado de salud en función de los riesgos inherentes al trabajo, ya desde el momento de la contratación. La valoración inicial del estado de salud del trabajador servirá para evitar riesgos con medidas de prevención como, por ejemplo, indicando la vacunación frente a ciertas infecciones en caso de susceptibilidad de la trabajadora (Hepatitis A, B, Gripe...). También, servirá de referencia y permitirá comparar los resultados de esta revisión basal con los de revisiones posteriores que se realicen periódicamente. En el caso de las lesiones musculoesqueléticas, las revisiones periódicas de salud, permitiría detectar las agudizaciones o complicaciones, en caso de exposiciones no evitables en el lugar de trabajo. (ISTAS, 2018)

Riesgos psicosociales

Tal y como se ha mostrado en los apartados anteriores de este informe, las AAD están expuestas de manera generalizada a una serie de riesgos psicosociales que ponen en riesgo su bienestar y su salud. En cuatro de las seis dimensiones psicosociales que hemos analizado, el porcentaje de AAD expuestas a alto riesgo supera la suma de las que están expuestas a bajo o medio riesgo para la salud. Así, en lo relativo a las exigencias cuantitativas se estima en un 15% más el número de AAD en la situación más perjudicial para la salud comparado con los valores normativos que representan al conjunto de la población asalariada. En el caso del conflicto trabajo-vida hay un 43% más de AAD en la situación más dañina para salud, mientras que aquellas trabajadoras clasificadas como de más bajo riesgo, apenas superan el 20,5%, en ningún caso. Por otro lado, estas exposiciones no parecen mejorar a medida que se gana experiencia en el puesto de trabajo, más bien al contrario, en la mayoría de los casos parecen empeorar.

Los resultados cuantitativos en lo relativo a los riesgos derivados de una organización del trabajo dañina para la salud se confirman y completan con lo aportado por las entrevistas y grupos de discusión mantenidos con las trabajadoras AAD. Así, por ejemplo, la metodología cualitativa permite profundizar en las causas organizacionales del exceso de exigencias cuantitativas, destacando la excesiva carga de trabajo derivada de la falta de recursos técnicos (camas bajas no adaptadas, falta de grúas, etc.), la planificación inadecuada de los tiempos de trabajo y de desplazamiento o el reparto de los usuarios sin tener en cuenta su grado de dependencia. La combinación de cargas de trabajo excesivas con falta de tiempo para darles salida provoca graves daños a la salud de las personas expuestas a ello (Kivimäki et al., 2012). Las propias AAD son conscientes del problema y relacionan directamente el elevado ritmo de trabajo con estrés y accidentes de tráfico durante los desplazamientos entre domicilios.

Estudios previos sobre el colectivo como el de ISTAS (ISTAS, 2018) también destacan el exceso de carga de trabajo en relación con el tiempo disponible para realizarlo. Concretamente en dicho informe se enumeran los siguientes puntos: existencia de muchas tareas para el tiempo asignado, excesivo número de usuarios a los que atender durante la jornada (muchos casos de media hora), elementos ajenos que no se tienen en cuenta a la hora de programar el servicio, o cuando el servicio asignado es la realización de gestiones fuera del hogar (acompañamiento a médico, bancos, etc.) se producen retrasos que se van

acumulando a lo largo de la jornada. En relación a esto, las propias participantes de nuestro estudio proporcionan algunas posibles soluciones en forma de mejorar la delimitación y planificación de las tareas a desempeñar, la comunicación directa con los servicios sociales que resuelvan de forma eficaz y rápida las adaptaciones que las AAD detectan en los domicilios, la disponibilidad de tarjetas de transporte público o medios para facilitar el aparcamiento sin tener que hacerse cargo del pago, evitando que el retorno de dinero se incluya en la nómina de la trabajadora y que conste como ingreso¹⁷.

17 A menudo ello puede significar que se sobrepasa el límite para la solicitud al acceso de ayudas sociales.

Algunos modelos de bienestar psicosocial sostienen que la salud de los/as trabajadores/as requiere de un equilibrio entre los esfuerzos que requiere su trabajo y las recompensas que se obtienen del mismo (de Jonge et al., 2000). No es el caso de las AAD que combinan como hemos visto una elevada carga de trabajo con unas bajas recompensas: salarios bajos, carencias materiales, parcialidad involuntaria de la jornada, violencia y faltas de respeto por parte de los usuarios, bajo apoyo por parte de la empresa, escaso reconocimiento social e inseguridad laboral (ISTAS, 2018). La inseguridad laboral en el caso de las AAD tiene una doble vertiente. Por un lado, la incertidumbre acerca del futuro en el puesto de trabajo, que afecta tanto a AAD jóvenes como a mayores, aunque por diferentes motivos (Salas-Nicás et al., 2020); por otro lado, la inseguridad respecto a las condiciones de su trabajo, y más concretamente respecto a su jornada laboral.

Como destaca el informe de FeSP-UGT (Franco Rebollar & Ruiz, 2018) la “bolsa de horas” o “arrastre de horas” es una práctica de organización del trabajo ampliamente extendida en el sector y reconocida en los convenios colectivos. Esta consiste en: «*la acumulación de horas que la trabajadora realiza de más o de menos como consecuencia de la organización del servicio en función del tiempo concedido a las personas usuarias, es decir, no depende de su voluntad, sino de altas, bajas o incidencias diversas*». Las AAD «*ignoran cuántas horas trabajarán la semana siguiente, si cotizarán o no a la seguridad social con la correspondiente consecuencia para sus derechos laborales y cuánto o cuando cobrarán por ello tengan el contrato que tengan*». En la práctica esto significa «*jornadas laborales “acordeón” en función de las necesidades de organización del servicio*». La bolsa o arrastre de horas pervierte la seguridad del contrato de trabajo porque impide conocer cuánto y cuándo se va a trabajar y, por tanto, a cuánto ascenderá el salario a percibir a final de mes con un mínimo de exactitud. Si el convenio no regula el máximo de horas “arrastrables” la inseguridad es todavía mayor pues la empresa fijará un criterio arbitrario.

Los salarios que perciben las AAD tampoco están a la altura de los esfuerzos requeridos por la profesión. Nuestro estudio coincide con la evidencia previa en señalar la baja remuneración del colectivo. Los salarios fijados en sus convenios colectivos en ocasiones están cercanos a los niveles de riesgo de pobreza, llevando a una de cada cinco de estas trabajadoras a tener que acudir a familiares, amigos o entidades para obtener alimentos, ropa u otros bienes básicos. Los bajos ingresos generados por la falta y/o incertidumbre de horas y los bajos salarios, favorecen la aparición de un mercado de cuidados informal al que recurrir para complementar la exigua remuneración que reciben (Franco Rebollar & Ruiz, 2018).

La influencia y las posibilidades de desarrollo son las dimensiones con las que medimos el grado de autonomía que disfruta un trabajador/a en su puesto de trabajo. Se trata de un factor protector frente a otros riesgos psicosociales, por eso en su ausencia los efectos de las exigencias cuantitativas sobre la salud son todavía más perjudiciales. En el caso nuestro estudio, la influencia y las posibilidades de desarrollarse, aprender y prosperar en la empresa, han mostrado mejores resultados que las otras dimensiones, aunque no son especialmente buenas¹⁸. Las entrevistas, nos dan pista de cómo se traduce en este colectivo la falta de autonomía en términos prácticos durante la jornada de trabajo. En no pocas ocasiones el PIA que determina las necesidades de los/as usuarios/as del servicio se hace en base a las demandas de los familiares, recogidas a su vez por las trabajadoras sociales, sin contar con la participación de la propia AAD, que es la que conoce mejor las necesidades del usuario/a. Así, cuando la auxiliar llega al domicilio que le asigna su empresa encuentra una gran cantidad de barreras para desarrollar su trabajo de manera adecuada y cubrir las necesidades reales del usuario. El bajo reconocimiento social de estas trabajadoras sumado al desconocimiento del rol profesional que tienen las AAD, debido también al hecho de trabajar en un domicilio privado, conlleva a menudo un trato autoritario por parte de las personas usuarias¹⁹. La *falta de experiencia* sí parece ser aquí un factor de riesgo añadido. En esa situación no solo la autonomía de las auxiliares se ve afectada negativamente, sino que además las obliga a hacer frente a unas tremendas exigencias emocionales necesarias para gestionar esas situaciones (ISTAS, 2018)²⁰.

Los efectos perjudiciales de la falta de autonomía y de las elevadas exigencias cuantitativas (y emocionales) podrían amortiguararse parcialmente con un nivel adecuado de apoyo de los/as superiores (Johnson & Hall, 1988). Sin embargo, una vez más, la exposición a niveles nocivos a esta dimensión psicosocial en el colectivo de AAD es también extremadamente elevada. Concretamente, tres cuartas partes de las trabajadoras se sitúan

18 En realidad, lo que pasa es que el resto de las dimensiones muestran exposiciones considerablemente altas.

19 Además, tal y como ya se ha explicado, sin reconocimiento no existen posibilidades de desarrollo ya que la profesión acaba desvirtuándose progresivamente.

20 El informe de ISTAS destaca las exigencias emocionales a las que tienen que hacer frente las auxiliares SAD para no confundir los sentimientos de los usuarios del servicio con los suyos propios y que se pueden ver agravadas por tratarse de un trabajo en contacto estrecho con personas que pueden tener características especiales en su comportamiento y que además, al prestarse en el domicilio del propio usuario, se presta al surgimiento de conflictos y diferencias de criterio en la relación con los familiares.

en la categoría más perjudicial para la salud (roja) y apenas el 7% en la mejor (verde). De las entrevistas se desprende la idea de un trato tenso con las coordinadoras del servicio que se expresa en términos de desconfianza, soledad y abandono frente a la persona usuaria. El *trabajo aislado* no hace sino empeorar esta situación de indefensión frente las decisiones arbitrarias de los cargos superiores (por ejemplo, sustituir a la auxiliar que presenta una queja frente al usuario por otra que no lo hace).

Otra faceta del bajo apoyo por parte de los/as superiores que se menciona en las entrevistas y en estudios anteriores es la falta de comunicación entre auxiliares, empresa y servicios de asistencia social. Según el informe de FeSP- UGT (Franco Rebollar & Ruiz, 2018) las AAD «*no reciben suficiente información por sus responsables directas de coordinación para realizar adecuadamente sus tareas*» lo cual termina afectando sustancialmente a su motivación hacia la tarea, siendo en muchos casos, el principal motivo de queja, por encima de los salarios o del tipo de jornada. El agravante que parece operar en este punto en concreto según las entrevistadas -y que corrobora la literatura científica-, es la privatización del servicio (Moreno Colom, 2021).

Ante esta situación, el estudio de la FeSP-UGT (Franco Rebollar & Ruiz, 2018) recoge algunas propuestas, que compartimos. Fundamentalmente consisten en la mejora de la comunicación mediante reuniones periódicas con mandos y otros/as trabajadores/as de atención domiciliaria, completadas con contactos telefónicos entre trabajadoras para el intercambio de información, realizar consultas y aligerar la sensación de aislamiento; también habilitar canales directos para comunicar situaciones de violencia, así como habilitar sistemas de comunicación inmediata entre la trabajadora y la organización cuando se presta el servicio. Por otro lado, se propone la realización efectiva de evaluaciones preliminares de las necesidades y problemáticas de las personas usuarias para informar a las trabajadoras y ajustar las tareas a llevar a cabo, así como favorecer el apoyo y la formación por parte de la empresa para gestionar situaciones en las que existen familiares especialmente conflictivos, aumentar las facilidades para la implantación de ayudas técnicas en los domicilios y concienciar a las familias sobre su conveniencia.

La herramienta para llevar a cabo de manera transversal muchas de las mejoras propuestas hasta aquí es la evaluación de las características concretas de la organización del trabajo. Estas y no las características individuales o de personalidad son el origen de los riesgos psicosociales y como tales han de ser el objeto central de la evaluación (ISTAS, 2018). Toda la

literatura consultada coincide en la necesidad de llevar a cabo estas evaluaciones de manera participativa (esto es, contando con el conocimiento de las trabajadoras) y adaptándose a las particularidades de la profesión (por ejemplo, teniendo en cuenta que a medida que avanza el grado de dependencia de la persona usuaria se agravan determinados factores). Se trata de una cuestión de mínimos, pues la legislación vigente declara el deber general de la empresa de proteger la salud de los trabajadores y de eliminar o prevenir en origen los riesgos que se deriven de la actividad laboral (Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, 1995); y sin embargo no siempre se cumple. Las AAD reclaman que estas evaluaciones se hagan atendiendo a criterios de rigor e independencia de las personas evaluadoras, pues en ocasiones las llevan a cabo técnicos/as de la propia subcontrata que son juez y parte en el proceso.

Finalmente, el último de los riesgos psicosociales analizados en este informe hace referencia a la necesidad de conciliación entre la vida y el trabajo remunerado. La bibliografía sobre este riesgo psicosocial, también conocido como *conflicto trabajo-vida*, destaca la falsa conciliación que abunda en la profesión y que se deriva de situaciones de jornada irregulares como el tiempo parcial involuntario, la inseguridad respecto a los cambios de última hora en la jornada de trabajo o el “arrastre de horas” explicado más arriba. Se produce así una paradoja donde los costes por la dificultad de planificar un servicio que atiende a personas en situaciones complejas de dependencia, lo cual conlleva un grado de incertidumbre irreductible, se repercuten en las trabajadoras mediante cambios de horario involuntarios, eventualidad de la relación contractual o baja remuneración; pero, sin embargo, a la vez son presentados, y en ocasiones percibidos por las propias AAD, como ejemplos de flexibilidad y conciliación cuando en realidad son ejemplos de doble jornada y precariedad (Franco Rebollar & Ruiz, 2018).

Esto enlaza de hecho con una cuestión de fondo que va más allá de cómo se organiza el trabajo dentro de la empresa concesionaria del servicio y de la estricta aplicación de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL) por el servicio de prevención correspondiente. Se trata de una cuestión que refiere a la excesiva presencia de contratos fijos y eventuales a tiempo parcial que caracteriza al colectivo y que tiene su origen en la concepción misma del propio sector y sus lógicas de colaboración público-privada. De nuevo, el informe de la FeSP-UGT (Franco Rebollar & Ruiz, 2018) lo recoge de la siguiente manera: «*la tendencia general es a aumentar la eventualidad de los contratos y la reducción de horas de los mismos, entre otras razones porque las trabajadoras con el derecho adquirido a contratos fijos y a jornada completa se van jubilando (...). Es*

una consecuencia del modelo de organización del trabajo en el sector, que se basa en las horas concedidas de prestación del servicio en los planes de intervención. los contratos de la administración a las empresas se computan en horas de servicio prestado y ese es también el criterio de las empresas (y de las administraciones) para las contrataciones de sus empleadas y empleados. En resumen, se trata de un sector que se concibe desde la temporalidad y las jornadas parciales». Y continúa «Una consecuencia no menor de este modelo es que las auxiliares, que por su trabajo sufren un importante desgaste físico y psicológico, no pueden acceder a jubilaciones parciales con o sin contrato de relevo».

Por último, queremos mencionar algunas limitaciones y fortalezas del estudio realizado en cuanto a los riesgos laborales psicosociales. Ciertamente el estudio no recoge todos los riesgos psicosociales definidos en la literatura científica ya que por cuestiones de alcance y de tiempo nos limitamos a los que consideramos más interesantes o urgentes de examinar, pero sería recomendable que en el futuro se hicieran otros trabajos complementarios que profundicen en ellos con el objetivo de dimensionar su alcance, su intensidad y sus causas. Algunos de los que no se han considerado son las exigencias emocionales, el reconocimiento o la inseguridad sobre la jornada, entendida como incertidumbre respecto a los cambios de horario involuntarios, que como ha emergido de los análisis tiene gran importancia para el colectivo de AAD.

En cuanto a sus fortalezas, como se ha ido citando, varios de los resultados del informe se encuentran respaldados por estudios previos relativos a la situación sociolaboral y de salud de las AAD. Además, este informe complementa y amplía el conocimiento sobre la exposición a riesgos psicosociales que disponíamos hasta ahora. Concretamente, aporta información sobre algunos riesgos previamente no contemplados, tales como la influencia, las posibilidades de desarrollo, el ritmo de trabajo o el conflicto trabajo-vida. Otra aportación original que ofrece este estudio es que permite la comparación de las exposiciones psicosociales con un punto de referencia poblacional, gracias al uso de un instrumento de evaluación psicosocial validado en España e incluido en las diversas Encuestas de Riesgos Psicosociales (Moncada i Lluís et al., 2021; Moncada et al., 2008, 2014), representativas del conjunto de la población asalariada en España.

Contexto de vulnerabilidad: violencia y acoso

Más de la mitad de las AAD han sido víctimas de violencia verbal ya sea por parte del usuario o por parte de sus superiores. La violencia física la manifiestan un 11% en tanto que un 18% ha sufrido acoso sexual. Las AAD nacidas en otros países distintos a España sufren más acoso y violencia que las españolas.

Los hombres manifiestan discriminación de los usuarios y en ocasiones por parte de las empresas contratadoras ya que o no los dejan entrar en los domicilios o les insultan por hacer tareas básicamente femeninas.

La experiencia asociada a la violencia es una constante en el trabajo de estas auxiliares no solo a nivel nacional sino también a nivel internacional. A nivel nacional un estudio previo ya señaló que se producen maltrato psicológico e incluso agresiones físicas, aunque las AAD suelen denunciar poco porque prefieren “aguantar” (Franco Rebollar & Ruiz, 2018). También muestra claramente casos de xenofobia ante las auxiliares latinas y casos de acoso sexual.

A nivel internacional, estudios realizados en Massachusetts, USA, presentan una prevalencia de violencia inferior a la española, siendo un 7% para la violencia física y un 20% -22% para la violencia verbal (Karlsson et al., 2019; Quinn et al., 2016).

Nuestros datos muestran que la violencia fue mucho mayor: un 50% de violencia verbal y un 11% de violencia física. Un estudio cualitativo señala que el riesgo de comportamiento violento es mayor cuando van a domicilios en los que un cliente o un miembro de la familia padece demencia (Markkanen et al., 2014) . Señalan que el abuso verbal por parte de los clientes es diario y asociado a la demencia u otras enfermedades mentales. La violencia verbal suele demostrarse en un maltrato verbal –lenguaje o tono de voz inapropiados– acompañados en ocasiones también de maltrato físico, como mordiscos, araños o golpes con objetos cuando los clientes tienen demencia (Markkanen et al., 2014). Otro estudio también de Massachusetts halló que los auxiliares que declararon tener clientes que pedían tareas que no formaban parte del trabajo eran más propensos a informar de abusos verbales y físicos (Karlsson et al., 2020)

El abuso verbal se ha asociado a diversos factores como cuidar a clientes con demencia, trabajar en un hogar con poco espacio para realizar las tareas de cuidado, tener horarios de trabajo imprevisibles, planes de atención poco claros y tener clientes con movilidad limitada (Karlsson et al., 2019). Hay que señalar que tener un horario de trabajo predecible fue un factor protector. Las autoras comentan que un horario de trabajo predecible puede fomentar las relaciones clientes-auxiliares por

lo que ambos entienden las expectativas de cada uno. La rutina y la previsibilidad con un personal constante pueden reducir la confusión y la irritabilidad de los clientes. Esta constancia de personal ya se ha recomendado para tratar los comportamientos desafiantes de los pacientes con demencia en los cuidados de larga duración(Karlsson et al., 2019). La falta de un plan de atención claro –los clientes piden actividades fuera del plan o cuando los clientes no cooperan con las actividades prescritas– lleva a la confusión sobre los roles y las expectativas siendo una fuente de tensión y, en última instancia, de abuso verbal (Karlsson et al., 2019). El maltrato verbal estaba fuertemente asociado al maltrato físico (Karlsson et al., 2019).

Nuestros resultados muestran que las AAD mujeres inmigrantes han explicitado más quejas de violencia verbal y acoso sexual que sus compañeras autóctonas. Inmigrantes y personas que no son de raza blanca sufren más violencia que las auxiliares blancas autóctonas (Phoo & Reid, 2022). En Israel, los AAD suelen ser filipinos y el 41% reportó violencia verbal (Ayalon, 2009). Una mayor vulnerabilidad de las auxiliares se halla en la intersección entre el género, la raza, el estatus social (Green & Ayalon, 2017). A diferencia de los autóctonos de clase baja, los cuidadores migrantes –de clase baja también–son considerados huéspedes en el país de acogida y sin la categoría de ciudadanía. Esto provoca el desequilibrio de poder entre las auxiliares y el receptor de los cuidados y su familia (Powers & Oschwald, 2004). Las teorías feministas ya demostraron que las mujeres son más vulnerables (y menos privilegiadas) que los hombres y, como tales, corren un mayor riesgo de ser explotadas por quienes tienen más poder. No obstante, los hombres auxiliares de nuestro estudio afirman que se sienten discriminados y maltratados. Este maltrato está asociado con la distribución tradicional de roles hombre-mujer donde los hombres son “sostén de la familia” y las mujeres son “cuidadoras” (Pleck, 2018). Esta distribución tradicional pondría en entredicho su masculinidad al realizar un rol tradicionalmente femenino.

Estado de salud

El estado de salud que se ha podido estimar del colectivo de las AAD en este proyecto es realmente preocupante. Casi la mitad de las AAD declara tener una salud general autopercibida regular, mala o muy mala. Esta cifra supera en mucho, concretamente 2,5 veces, la estimada por la Encuesta Europea de Salud en España que, para la población española de 15 a 64 años, en 2020, fue del 17,3% (Instituto Nacional de Estadística, 2021a)²¹. Incluso comparándola con el grupo poblacional con peores tasas, mujeres de 45 a 64 años, el colectivo de AAD en su conjunto muestra 1,6 veces más personas con salud general deteriorada, indicando que en ningún caso estas malas cifras pudieran deberse a una distribución sexo-etària predominante entre las auxiliares que estuvieran confundiendo la interpretación de los resultados. Por otro lado, la salud general muestra un gradiente evidente según la experiencia de la AAD que nos estaría indicando, en cierta manera, y más allá de la correlación con la edad, el efecto del acúmulo de exposiciones nocivas a lo largo del tiempo, corroborado por las mismas auxiliares en los grupos focales. Así, si nos centramos exclusivamente en las AAD más veteranas, casi tres de cada cinco declaran una salud deteriorada. Estas cifras, alarmantes por su intensidad, lo son también porque la salud general autopercibida es, por ejemplo, un fuerte predictor de mortalidad (Jylhä, 2009), convirtiéndose pues estos hallazgos en una señal de alerta poderosa que muestra la fragilidad de este colectivo y la necesidad de actuar sobre sus condiciones para mejorar urgentemente su salud.

Casi la mitad de las AAD manifiestan tener algún problema de salud crónico, siendo las dolencias crónicas más frecuentes las de tipo musculoesquelético, tal como ya se había visto en los estudios previos (Franco Rebollar & Ruiz, 2018; ISTAS, 2018; Markkanen et al., 2014; Quinn et al., 2016). Ello es coherente con el hecho de que más de dos terceras partes de auxiliares no cuentan con ningún tipo de ayuda para movilizar a las personas usuarias. Así, dos de cada cinco auxiliares relatan al menos un problema de tipo musculoesquelético, que aumenta hasta más de la mitad entre las más experimentadas. Ello muestra que la disponibilidad de ayudas técnicas adecuadas es una necesidad imperiosa para mantener un estado físico saludable en este grupo, que debería ser prioridad para las empresas contratadas para prestar el servicio y, si es el caso, las administraciones que subcontratan o son responsables directas. Por último, destaca que, en los análisis cualitativos realizados, las dolencias musculoesqueléticas son referidas tanto por AAD de sexo femenino como masculino, pero si bien éstos últimos las reportan como su principal problema de salud, las auxiliares de sexo

21 Nótese, además, que para la estimación del 17,3% se incluye personas no ocupadas, que sabemos presentan con mayor frecuencia un peor estado de salud que las personas ocupadas.

femenino añaden también las relacionadas con la salud mental. Este hecho es consistente con el fenómeno de división sexual del trabajo que refieren las trabajadoras cuando en la plantilla hay trabajadoras de ambos sexos: habitualmente a ellos se les encarga la movilización de las personas usuarias y a ellas las tareas de aseo y mantenimiento del domicilio.

En términos relacionados con la salud mental, este proyecto se ha centrado en el síndrome del burnout, o de la “trabajador/a quemado/a”. El burnout se define como un síndrome psicológico que surge como respuesta prolongada a los estresores interpersonales crónicos (Maslach & Leiter, 2016). Uno de sus conceptos centrales se refiere a la fatiga o agotamiento emocional, y la atribución que hace la persona afectada a una esfera concreta de la vida (Molinero Ruiz et al., 2013), que en este informe se refiere específicamente al ámbito del trabajo. El burnout ha sido identificado como predictor de hipercolesterolemia, diabetes tipo II, enfermedades cardiovasculares, dolor musculoesquelético, fatiga prolongada, dolores de cabeza, problemas gastrointestinales, etc., y efectos psicológicos tales como el insomnio, los síntomas depresivos, el uso de medicamentos psicotrópicos y antidepresivos o la hospitalización por trastornos mentales (Albieri et al., 2017).

A nivel general la incidencia de burnout se ha relacionado con varios riesgos psicosociales, entre ellos las exigencias psicológicas, las emocionales, la falta de compensaciones en el trabajo o el bajo apoyo social (Niedhammer et al., 2021), factores todos ellos a los que, como ya se ha visto, las AAD están severamente expuestas. Si bien no existen estudios específicos sobre burnout en población de AAD, sí hay alguno en auxiliares que trabajan de forma institucionalizada que pueden orientar lo que ocurre y que apuntan a las variables organizativas como factores de extrema importancia, destacando la disponibilidad de recursos para realizar el trabajo, la formación disponible y una remuneración justa; también variables relacionadas con el diseño del trabajo, como la dotación de personal adecuada; y en el plano individual, la autoestima parece tener el mayor impacto en el agotamiento (Yeatts et al., 2018). Nótese que todos estos factores han sido identificados en nuestro proyecto, bien a través del análisis cuantitativo, bien a través de las narraciones efectuadas por las AAD participantes en los grupos focales.

Todo lo anterior explica la elevada tasa de burnout que se ha estimado en este colectivo. Casi dos de cada tres trabajadoras AAD han sido clasificadas en burnout moderado o severo, siendo incluso que las que menos presentan, las auxiliares con menos de tres años de experiencia lo hacen en la mitad de los casos. Más allá del propio estudio de validación en España (Molinero

Ruiz et al., 2013) de la escala de medición aplicada en nuestro proyecto, la Copenhagen Burnout Inventory (CBI), que se realizó ya hace algunos años en una población nada comparable a la aquí estudiada²², no existen estudios en nuestro país que permitan comparar los resultados que hemos obtenido. A nivel internacional el estudio que consideramos de mayor interés para comparar sería un trabajo realizado en Corea del Sur (Jeon et al., 2019), entre cuidadoras de personas mayores institucionalizadas, que cifra en 23,3% el total de trabajadoras en burnout moderado o severo (o sea, prácticamente un tercio del que se encontró en nuestro estudio). Otro estudio reciente (Montgomery et al., 2021), realizado en enfermeras de Estados Unidos, estimó una puntuación promedio de $54,4 \pm 22,6$, algo inferior al obtenido en nuestro estudio, $56,8 \pm 18,6$; hay otros estudios en poblaciones consideradas como de las más expuestas a altos niveles de estrés y burnout, que también muestran resultados, en esos casos claramente más bajos²³. Estas comparaciones permiten objetivar que el nivel de burnout que hemos observado entre las trabajadoras participantes en nuestro estudio se puede considerar muy elevado.

Más allá del burnout, en los grupos focales las AAD se refieren de forma sistemática a situaciones de ansiedad y estrés, así como del fenómeno de la baja estima que atribuyen a la falta de compensaciones en su trabajo, también en lo que concierne a su salario, que las condena a ser “trabajadoras pobres”. La baja estima se relaciona con la falta de reconocimiento y el trato injusto, y hay evidencia de su relación con problemas de salud, por ejemplo, enfermedad cardiovascular (Kivimäki et al., 2002). Luego, urge tomar acciones para la mejora del reconocimiento del colectivo, que pasarían por la mejora de los factores que dificultan la profesionalización de la ocupación, cambiando los imaginarios relacionados con las tareas de cuidado y asegurando que la cualificación para el desarrollo de este trabajo sea formalmente reconocida, sin olvidar la asignación de salarios que permitan vivir dignamente a estas trabajadoras.

Un estado de salud colectivo deteriorado como el que presentan las AAD, unido al hecho que estas trabajadoras no pueden permitirse muchas veces coger la baja laboral, deriva entre otras en un consumo considerable de fármacos. En línea a lo que se apuntaba en un estudio reciente (Llorens-Serrano C et al., 2021), en que las AAD ocupaban el primer lugar tanto en consumo de tranquilizantes como de analgésicos opioides de entre más de veinte ocupaciones analizadas, el consumo de estas sustancias se podría considerar muy generalizado entre los miembros del colectivo. Así, se estima que dos de cada cinco son consumidoras de tranquilizantes, sedantes o somníferos; casi cuatro de cada cinco afirman tomar antiinflamatorios o

22 En ese estudio se obtuvo un promedio de CBI igual a $29,4 \pm 17,1$.

23 Maestros/as en Nueva Zelanda (Milfont et al., 2008), promedio de CBI igual a $41,5 \pm 18,3$; maestros/as de educación infantil en Serbia promedio igual a $41,2 \pm 15,9$; trabajadores/as sociales en Estados Unidos (Walters et al., 2018), promedio igual a $52 \pm 21,3$.

analgésicos no opioides; y casi una de cada cuatro analgésicos opioides. Además, este proyecto ha permitido estimar por primera vez que, en la inmensa mayoría de casos, el motivo de consumo de estas sustancias es en exclusiva, o a veces compartido con otros, de origen laboral. El consumo de antiinflamatorios es muy ilustrativo: consumido por la gran mayoría de las AAD y a consecuencia exclusiva de su trabajo, muchas señalan su consumo diario y al empezar el día “para poder aguantar”.

Es decir, que consumen para seguir trabajando, estando enfermas, o sea en situación de “*presentismo por enfermedad*”, lo cual está ampliamente documentado como generador de problemas de salud física y mental, además de asociarse con futuros episodios de absentismo, especialmente de larga duración (Skagen & Collins, 2016). Desde un punto de vista económico, el presentismo por enfermedad conduce a pérdida rendimiento de los y las trabajadoras que redunda en una disminución en la productividad, tanto, que varios estudios han enseñado como el coste económico asociado al presentismo supera ampliamente al del absentismo por enfermedad (Collins et al., 2005; Goetzel et al., 2004).

En conclusión, podemos afirmar que el colectivo de AAD presenta altos niveles de mala salud, tanto física, como mental. Tanto que, las propias trabajadoras, relatan como tras años de servicio el dolor llega a ser una constante en sus vidas y que, en muchos casos, se plantean solicitar la incapacidad, si bien no lo hacen dada la pésima condición económica en la que quedarían, prolongando una situación que no hace más que seguir deteriorando su salud y que manifiesta meridianamente el impacto de las desigualdades sociales en salud que se ciernen sobre este colectivo. Las auxiliares manifiestan abiertamente su preocupación (e indignación) por la dificultad de que sus accidentes y enfermedades sean reconocidas con vínculo laboral, y se quejan vehementemente del papel de las mutuas en ello. Más allá de elementos de justicia y salud, cabe considerar que esta situación acaba provocando un incremento de gasto para la administración, pues se estima que buena parte de estas incapacidades acaban llegando al sistema público, agravadas, y considerándose comunes. Por otro lado, todo ello conlleva un alto consumo de fármacos entre el colectivo, especialmente antiinflamatorios, y un alto porcentaje de trabajadoras presentistas, lo cual, más allá de los peligros que tiene para la salud de las auxiliares, también tiene un impacto económico para sus empresas y para la sociedad en general.

PROPUESTAS DE MEJORAS DE LAS PARTICIPANTES

Las propuestas de mejora en el lugar de trabajo planteadas por las propias AAD se centran en: 1) Municipalizar el servicio SAD; 2) Realizar la evaluación de riesgos de los domicilios particulares; 3) Mejorar la comunicación y coordinación del servicio SAD; 4) Mejorar los registros de accidente y enfermedades profesionales o de enfermedades relacionadas con el trabajo de las AAD; 5) Prestigiar e informar a la población general del trabajo de las AAD y 6) Mejorar la acreditación y la formación continuada en prevención de riesgos específica.

MUNICIPALIZAR EL SERVICIO SAD

- Prestar el servicio SAD por trabajadoras con contrato directo de la administración y no por empresas privadas intermediarias. En todos los grupos se señala que la gestión del SAD directa por parte de la administración y no por empresas privadas subcontratadas, mejoraría sus condiciones de trabajo de forma significativa y como consecuencia también su salud. Asocian la gestión directa del SAD por las administraciones locales a una mejora de sus horarios laborales, a mejor salario, a mejor delimitación en las tareas a desempeñar, a un mejor cumplimiento de la ley de Prevención de Riesgos Laborales.
- Cubrir el total de los gastos derivados de los desplazamientos entre domicilios de las AAD. Por ejemplo, que la empresa combre y facilite las tarjetas de transporte público, o disponer de una tarjeta que les facilite el aparcamiento sin tener que hacerse cargo del pago. Si se incluyen en la nómina de la trabajadora consta como ingreso y se sobrepasa el límite que les da acceso a ayudas sociales.

REALIZAR LA EVALUACIÓN DE RIESGOS LABORALES EN LOS DOMICILIOS PARTICULARES

- Visibilizar las condiciones y los riesgos laborales reales a los que se exponen durante el desempeño de su trabajo guiará la implementación de medidas de prevención que reduzcan accidentes, enfermedades laborales o enfermedades relacionadas con el trabajo.
- Obtener el consentimiento formalizado por escrito de los usuarios, previo a la prestación del servicio, para que se puedan implementar en su domicilio particular las medidas recomendadas por los técnicos en prevención de riesgos laborales tras la evaluación de riesgos, para evitar conflictos y por tratarse de un servicio público.
- Disponer de los medios técnicos adecuados para realizar de modo seguro el trabajo y preservar la salud de las AAD.

MEJORAR LA COMUNICACIÓN Y COORDINACIÓN DEL SERVICIO SAD

- Mejorar la comunicación entre las AAD, trabajadoras sociales y los coordinadores de empresa subcontratadas para que se resuelvan de forma eficiente las adaptaciones que las AAD detectan en los domicilios. Las AAD manifiestan que no se les tiene en cuenta a pesar de que son las que mejor conocen a los usuarios, y las condiciones sociales y materiales en que se encuentran.
- Facilitar la comunicación entre las AAD de una misma área, para reducir el sentimiento de soledad y aislamiento que manifiestan. La empresa ha de crear espacios, dentro de la jornada laboral para fomentar la comunicación entre las AAD, lo que mejoraría la coordinación y mejoraría su salud mental.
- Mejorar el uso del Plan Individual de Atención al usuario. Debería ser un documento firmado y aceptado por todas las partes (usuario, AAD y trabajadora social), pudiendo ser revisado y adaptado a posibles cambios de la situación del usuario. Con ello se evitarían situaciones conflictivas.

MEJORAR LOS REGISTROS DE SINIESTRALIDAD Y ENFERMEDADES PROFESIONALES O DE ENFERMEDADES RELACIONADAS CON EL TRABAJO DE AAD

- Mejorar los registros de accidentes y enfermedades relacionadas con el trabajo o enfermedades laborales. Refieren que los accidentes durante su jornada laboral que tienen lugar en los domicilios particulares o durante los desplazamientos entre domicilios están infradeclarados.
- Mejorar la atención sanitaria prestada por las Mutuas Laborales a las AAD. Los profesionales sanitarios atribuyen con frecuencia sus lesiones a condiciones personales (ser mujer, edad, actividades de ocio) y no a sus condiciones de trabajo, siendo catalogadas como enfermedad común, lo que afecta al salario que perciben en caso de baja laboral o pensión en caso de discapacidad.
- Incorporar en la atención del Sistema Nacional de Salud prestada en la Atención Primaria protocolos y procedimientos que valoren su estado de salud teniendo en cuenta su actividad laboral. Por ejemplo, las trabajadoras sugieren que se implementen aquellos que se utilizan para evaluar el estado de salud de los cuidadores no formales.

PRESTIGIAR E INFORMAR A LA POBLACIÓN GENERAL DEL TRABAJO DE LAS AAD

- Informar y concienciar de la relevancia del trabajo que realizan las AAD a la población general, usuarios y familiares. Las administraciones deberían hacer campañas informativas dirigidas a toda la población para prestigiar el trabajo que realizan estas profesionales.
- Ajustar las actividades que realizan las AAD a la formación de que disponen. Establecer límites en relación con las tareas de limpieza en el domicilio y que se centren en la persona dependiente y no a otros familiares que convivan con esta.

MEJORAR LA ACREDITACIÓN Y LA FORMACIÓN CONTINUADA EN PREVENCIÓN DE RIESGOS

- Revalorizar el nivel de formación que se requiere a las AAD para su acreditación. Elevar y dar importancia a la acreditación y titulación puede mejorar su imagen profesional. La acreditación no está unificada en cuanto a contenido o tipo de centro docente que la ha de impartir.
- Mejorar la calidad de los cursos de formación en cuanto a formato y metodología docente. Las trabajadoras demandan que los cursos incorporen prácticas de simulación con las mismas condiciones que encuentran en su lugar de trabajo para que la formación les sea útil.
- Acceder a la formación continuada en materia de prevención de riesgos laborales dentro del horario de trabajo.

CONCLUSIONES

Las AAD son una mano de obra en gran medida invisible pero esencial debido a las altas demandas de asistencia de una población que envejece. A pesar de ser una ocupación en rápido crecimiento, sus datos en materia de seguridad y salud en el trabajo son limitados. Este estudio pretende proporcionar una base empírica para elaborar políticas seguras y de cuidado las trabajadoras AAD.

Se observa un incumplimiento de los principios básicos de la acción preventiva en relación con: la evaluación de riesgos laborales, la disponibilidad de medios técnicos de ayuda y la vigilancia de la salud con finalidad preventiva.

Es necesario mejorar las condiciones laborales que inciden en su salud física y psicosocial.

Urge la implantación e implementación de protocolos e intervenciones que protejan a las/los trabajadoras/es AAD ante cualquier tipo de violencia (verbal, física, sexual).

AGRADECIMIENTOS

Las autoras de este estudio quieren agradecer a la Plataforma Unitaria SAD y muy especialmente al grupo de AAD, miembros de la Plataforma, que desde el primer momento nos ayudaron en la planificación y organización del estudio. También queremos hacer una mención a todas las AAD que actuaron como semillas para el muestreo del estudio cuantitativo, por su disponibilidad y su implicación, así como todas aquellas que participaron en las diversas reuniones y grupos focales que se realizaron a lo largo del proyecto. El estudio “*CuidémoNos*” no hubiera sido posible sin ellas. Muchas gracias.

BIBLIOGRAFIA

Albieri, D., Salvagioni, J., Melanda, F. N., Mesas, A. E., Durán González, A., Via, F., Gabani, L., & Maffei De Andrade, S. (2017). *Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies*. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0185781>

Ayalon, L. (2009). Evaluating the working conditions and exposure to abuse of Filipino home care workers in Israel: Characteristics and clinical correlates. *International Psychogeriatrics*, 21(1), 40-49. <https://doi.org/10.1017/S1041610208008090>

Chulvi, B. (2007). Atención domiciliaria a personas dependientes: un trabajo con serios problemas de salud laboral. *PorExperiencia: Revista de Salud Laboral Para Delegados y Delegadas de Prevención de CC.OO*, 36, 14-15.

Collins, J. J., Baase, C. M., Sharda, C. E., Ozminkowski, R. J., Nicholson, S., Billotti, G. M., Turpin, R. S., Olson, M., & Berger, M. L. (2005). The assessment of chronic health conditions on work performance, absence, and total economic impact for employers. *Journal of Occupational and Environmental Medicine / American College of Occupational and Environmental Medicine*, 47(6), 547-557. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15951714>

Consejo de Europa. (1998). *Recomendación no (98) 9 del Comité de Ministros a los Estados miembros relativa a la dependencia*. <https://sid- inico.usal.es/idocs/F3/LYN10476/3-10476.pdf>

Dema Moreno, S., & Estébanez González, M. (2022). *Situación laboral del personal auxiliar del Servicio de Ayuda a Domicilio: Análisis de la Encuesta llevada a cabo por la Plataforma Unitaria del SAD*. Universidad de Oviedo.

Dowling, E. (2021). *The care crisis*. Verso.

Franco Rebollar, P., & Ruiz, B. (2018). *El trabajo de ayuda a domicilio en España*. Vicesecretaría General de UGT y la FeSP UGT. https://www.ugt.es/sites/default/files/el_trabajo_de_ayuda_a_domicilio_ugt_fesp_sep_2018_def_0.pdf

Garcés, J., Carretero, S., Ródenas, F., & Vivancos, M. (2010). The care of the informal caregiver's burden by the Spanish public system of social welfare: A review. En *Archives of Gerontology and Geriatrics* (Vol. 50, Issue 3, pp. 250-253). <https://doi.org/10.1016/j.archger.2009.04.011>

Geng, H. mei, Chuang, D. mei, Yang, F., Yang, Y., Liu, W. min, Liu, L. hui, & Tian, H. mei. (2018). Prevalence and determinants of depression in caregivers of cancer patients: A systematic review and meta-analysis. En *Medicine (United States)* (Vol. 97, Issue 39). Lippincott Williams and Wilkins. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000011863>

Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales., Pub. L. No. 31/1995, 32590 (1995). <https://www.boe.es/boe/dias/1995/11/10/pdfs/A32590-32611.pdf>

Gobierno de España. (2006). *Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-21990-consolidado.pdf>

Goetzel, R. Z., Long, S. R., Ozminkowski, R. J., Hawkins, K., Wang, S., & Lynch, W. (2004). Health, Absence, Disability, and Presenteeism Cost Estimates of Certain Physical and Mental Health Conditions Affecting U.S. Employers. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 46(4), 398-412. <https://doi.org/10.1097/01.jom.0000121151.40413.bd>

Graneheim, U. H., Lindgren, B. M., & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*, 56, 29-34. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>

Green, O., & Ayalon, L. (2017). The contribution of working conditions and care recipient characteristics to work-related abuse and exploitation of migrant home care workers. *Employee Relations*, 39(7), 1001-1014. <https://doi.org/10.1108/ER-07-2016-0136>

Heckathorn, D. D. (1997). Respondent-Driven Sampling: A New Approach to the Study of Hidden Populations Respondent-Driven Sampling: A New Approach to the Study of Hidden Populations*. *Social Problems*, 44(2), 174-199.

IMSERSO (Instituto de Mayores y Servicios Sociales). (2005). *Atención a las Personas en Situación de Dependencia en España. Libro Blanco*. (1a edición). Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. <https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/libroblanco.pdf>

IMSERSO (Instituto de Mayores y Servicios Sociales). (2022). Información Estadística del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia.

Instituto Nacional de Estadística. (2021a). *Encuesta Europea de Salud en España 2020*. INEbase; INEbase. https://www.ine.es/dyngs/INEbase/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176784&menu=resultados&idp=1254735573175

Instituto Nacional de Estadística. (2021b). *Encuesta Europea de Salud en España 2020*. Notas de Prensa INE. https://www.ine.es/prensa/eese_2020.pdf

Instituto Nacional de Estadística. (2022a). *Encuesta de condiciones de vida*. INEbase. https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176807&menu=ultiDatos&idp=1254735976608

Instituto Nacional de Estadística. (2022b). *Encuesta de población activa*. INEbase. https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176918&menu=ultiDatos&idp=1254735976595

ISTAS. (2018). *Atención domiciliaria. Mi lugar de trabajo: la organización del trabajo y las altas exigencias físicas y posturales*. ISTAS-CCOO.

Iwakiri, K., Takahashi, M., Sotoyama, M., Liu, X., & Koda, S. (2019). Priority approaches of occupational safety and health activities for preventing low back pain among caregivers. *Journal of Occupational Health*, 61(5), 339-348. <https://doi.org/10.1002/1348-9585.12055>

Jeon, G.-S., You, S.-J., Id, M.-G. K., Id, Y.-M. K., & Cho, S.-I. (2019). *Psychometric properties of the Korean version of the Copenhagen Burnout Inventory in Korean homecare workers for older adults*. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221323>

Jylhä, M. (2009). What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Social Science and Medicine*, 69(3), 307-316. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.05.013>

Karlsson, N. D., Markkanen, P. K., Kriebel, D., Galligan, C. J., & Quinn, M. M. (2020). "That's not my job": A mixed methods study of challenging client behaviors, boundaries, and home care aide occupational safety and health. *American Journal of Industrial Medicine*, 63(4), 368-378. <https://doi.org/10.1002/ajim.23082>

Karlsson, N. D., Markkanen, P. K., Kriebel, D., Gore, R. J., Galligan, C. J., Sama, S. R., & Quinn, M. M. (2019). Home care aides' experiences of verbal abuse: A survey of characteristics and risk factors. *Occupational and Environmental Medicine*, 76(7), 448- 454. <https://doi.org/10.1136/oemed-2018-105604>

Kim, I. H., Geiger-Brown, J., Trinkoff, A., & Muntaner, C. (2010). Physically demanding workloads and the risks of musculoskeletal disorders in homecare workers in the USA. *Health and Social Care in the Community*, 18(5), 445-455. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2010.00916.x>

Kivimäki, M., Leino-Arjas, P., Luukkonen, R., Riihimäki, H., Vahtera, J., & Kirjonen, J. (2002). Work stress and risk of cardiovascular mortality prospective cohort study of industrial employees. *BMJ*, 325, 857.

Kouvonen, A., Mänty, M., Lallukka, T., Pietiläinen, O., Lahelma, E., & Rahkonen, O. (2017). Changes in psychosocial and physical working conditions and psychotropic medication in ageing public sector employees: A record-linkage follow-up study. *BMJ Open*, 7, e15573. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-015573>

Llorens-Serrano C, Navarro A, Salas-Nicás S, & Moncada S. (2021). *Condiciones de trabajo y salud tras un año de pandemia. Resultados de la encuesta COTS en 2021 y comparación con 2020*. UAB, ISTAS-CCOO.

Markkanen, P., Quinn, M., Galligan, C., Sama, S., Brouillette, N., & Okyere, D. (2014). Characterizing the nature of home care work and occupational hazards: A Developmental intervention study. *American Journal of Industrial Medicine*, 57(4), 445-457. <https://doi.org/10.1002/ajim.22287>

Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15, 103-111. <https://doi.org/10.1002/wps.20311>

Milfont, T. L., Denny, S., Ameratunga, S., Robinson, E., & Merry, S. (2008). Burnout and wellbeing: Testing the Copenhagen burnout inventory in New Zealand teachers. *Social Indicators Research*, 89(1), 169-177. <https://doi.org/10.1007/s11205-007-9229-9>

Ministerio de Trabajo y Economía Social. Subdirección General de Estadísticas y Análisis Sociolaboral. Gobierno de España. (2021). *Estadísticas de Accidentes de Trabajo 2020*. <https://www.mites.gob.es/estadisticas/eat/welcome.htm>

Molinero Ruiz, E., Basart Gómez-Quintero, H., & Moncada Lluis, S. (2013). Fiabilidad y validez del Copenhagen Burnout Inventory para su uso en España. *Sociologías*, 165- 179.

Moncada i Lluís, S., Llorens Serrano, C., Salas Nicás, S., Moriña Soler, D., & Navarro Giné, A. (2021). La tercera versión de COPSOQ-ISTAS21. Un instrumento internacional actualizado para la prevención de riesgos psicosociales en el trabajo. *Revista Española de Salud Pública*, 95, e202105075.

Montgomery, A. P., Azuero, A., & Patrician, P. A. (2021). Psychometric properties of Copenhagen Burnout Inventory among nurses. *Research in Nursing and Health*, 44(2), 308-318. <https://doi.org/10.1002/nur.22114>

Moreno Colom, S. (2021). Prestigiando el trabajo de cuidados en los servicios de ayuda a domicilio. *Migraciones*, 53, 27-57.

Moreno-Colom, S. (2021). Building community from the public: The case of Superilles Socials. *Revista Española de Sociología*, 30(2). <https://doi.org/10.22325/fes/res.2021.27>

Niedhammer, I., Bertrais, S., & Witt, K. (2021). Psychosocial work exposures and health outcomes: a meta-review of 72 literature reviews with meta-analysis. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 47(7), 489-508. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3968>

SEPE. Observatorio de las Ocupaciones. Servicio Público de Empleo Estatal. (2021). *Informe del Mercado de Trabajo Estatal 2021. Datos 2020*. <http://publicacionesoficiales.boe.es>

Ono, Y., Lagerström, M., Hagberg, M., Linden, A., & Malker, B. (1995). Reports of work related musculoskeletal injury among home care service workers compared with nursery school workers and the general population of employed women in Sweden. *Occupational and Environmental Medicine*, 52, 686-693. <https://doi.org/10.1136/oem.52.10.686>

Parella Rubio, S. (2021). La situación de las empleadas domésticas de origen migrante en tiempos de COVID-19: diagnóstico y prospectivas. *Barcelona Societat: Revista de Investigación y Análisis Social*, 17(Desembre), 39-50. <http://w3.bcn.cat/fitxers/observatorisocial/barcelonasocietat17.532.pdf#page=40>

Pérez Orozco, A., & Artiaga Leiras, A. (2014). *¿Por qué nos preocupamos de los cuidados?* UN Women Training Centre.

Phoo, N. N. N., & Reid, A. (2022). Determinants of violence towards care workers working in the home setting: A systematic review. *American Journal of Industrial Medicine*, 65(6), 447-467. <https://doi.org/10.1002/ajim.23351>

Pinquart, M., & Sörensen, S. (2003). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 18(2), 250-267. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.18.2.250>

Plan Nacional sobre Drogas. (2021). *La Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España, EDADES*. Ministerio de Sanidad, Gobierno de España. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas_EDADES.htm

Pleck, J. H. (2018). The theory of male sex-role identity: Its rise and fall, 1936 to the present. En *The Making of Masculinities: The New Men's Studies* (pp. 21-38). Taylor and Francis. <https://doi.org/10.4324/9781315738505-3>

Powers, L. E., & Oschwald, M. (2004). *Violence and abuse against people with disabilities: experiences, barriers and prevention strategies | Source*. <https://asksource.info/resources/violence->

and-abuse-against-people-disabilities- experiences-barriers-and-prevention

Quinn, M. M., Markkanen, P. K., Galligan, C. J., Sama, S. R., Kriebel, D., Gore, R. J., Brouillette, N. M., Okyere, D., Sun, C., Punnett, L., Laramie, A. K., & Davis, L. (2016). Occupational health of home care aides: Results of the safe home care survey. *Occupational and Environmental Medicine*, 73(4), 237-245. <https://doi.org/10.1136/oemed-2015-103031>

Recio Cáceres, C., Moreno-Colom, S., Borràs Català, V., & Torns Martín, T. (2015). La profesionalización del sector de los cuidados. *Zerbitzuan*, 60, 179-194. <https://doi.org/10.5569/1134-7147.60.12>

Skagen, K., & Collins, A. M. (2016). The consequences of sickness presenteeism on health and wellbeing over time: A systematic review. *Social Science and Medicine*, 161, 169- 177. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.06.005>

Torns, T., Borràs, V., Moreno, S., & Recio, C. (2014). *Nuevas profesiones para la organización social del cuidado cotidiano*. Universitat Autònoma de Barcelona. https://www.inmujer.gob.es/areasTematicas/estudios/estudioslinea2014/docs/Nuevas_profesiones_organizacion_social.pdf

Volz, E., & Heckathorn, D. D. (2008). Probability Based Estimation Theory for Respondent Driven Sampling. *Journal of Official Statistics*, 24, 79-97.

Walters, J. E., Brown, A. R., & Jones, A. E. (2018). Use of the Copenhagen Burnout Inventory with Social Workers: A Confirmatory Factor Analysis. *Human Service Organizations Management, Leadership and Governance*, 42(5), 437-456. <https://doi.org/10.1080/23303131.2018.1532371>

World Health Organization. (2017). *Women on the move: migration, care work and health*. WHO.

Yeatts, D. E., Seckin, G., Shen, Y., Thompson, M., Auden, D., & Cready, C. M. (2018). Burnout among direct-care workers in nursing homes: Influences of organisational, workplace, interpersonal and personal characteristics. *Journal of Clinical Nursing*, 27, 3652-3665. <https://doi.org/10.1111/jocn.14267>

