

**LESIONES OSTEOMUSCULARES EN CAMARERAS DE PISO DEL SECTOR
HOSTELERÍA CANARIO**

Por

María Isabel Jiménez Fernández(1); Juan Luis Cabanillas Moruno(2); Alejandro Quintana
Betancor(3); Inmaculada Martín de la Coba(4).

(1)Médico Interno Residente 4º año de Medicina del Trabajo;(2)Jefe de Estudios. Unidad Docente Multiprofesional de Salud Laboral de Andalucía,
S.A.S.:(3)Técnico Superior de Prevención de R.L., Especialidades Higiene, Seguridad y Ergonomía;(4)Técnico Superior de Prevención de R.L.

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es estudiar la prevalencia y el tipo de las lesiones osteomusculares (LOM) en las camareras de piso de Gran Canaria, relacionándolas con la formación en prevención de riesgos laborales (FPRL) recibida, entre otras variables. Se analizan las LOM de 368 trabajadoras de 7 hoteles, desde 2000 a 2009. En los resultados, el 18.8% de las camareras fueron inmigrantes, y sólo el 23% recibió FPRL específica, de las cuales la mayoría (el 87%) recibió esta formación previamente a la ocurrencia de un accidente de trabajo (AT), en los casos en los que ambos coexistieron en una trabajadora (n=15). La LOM más frecuente fue la del raquis. El 13% de las camareras sufrió al menos un AT, siendo todos leves, y la mayoría, contusiones en miembros inferiores. La edad de 41-50 años se asocia con mayor probabilidad de recibir FPRL específica, y el ser inmigrante, con menor riesgo de LOM o AT. No se encontró ninguna Enfermedad Profesional (EP). La FPRL en estas trabajadoras sigue siendo deficitaria (23.3%), y las LOM continúan teniendo una alta prevalencia (67%), aunque infraestimada.

Palabras clave: camareras de piso, accidentes osteomusculares, lesiones musculoesqueléticas, accidentes en hostelería, prevención en limpiadoras.

ABSTRACT

The aim of this work was to study the prevalence and kind of musculoskeletal disorders (MSDs) in housekeeping at Gran Canaria island, in relation with their occupational risk prevention training (ORPT), as well as others items. 368 female room cleaner's MSDs have been analyzed during 2007-2009. In our results, 18,8% of housekeeping were immigrants, and only 23% received an specific ORPT. Mostly who suffered an occupational accident (OA) and had ORPT, 87% of them, received this preventive information before the OA had happened. The most common MSD found was spine injury. OA happened on 13% of workers, all of them were slight, and most of them were caused by slips and falls with contusions on lower limbs. High age (41-50 years old) was associated with a higher probability of ORPT. Immigrants had lower risk of MSDs or OA. No Occupational Diseases were found. ORPT in housekeeping remains being scarce (23%) and MSDs have a high prevalence (67%), but underestimated.

Key words: housekeeping, hotel room cleaners, work-related musculoskeletal disorders, occupational accidents, accidents in hotel industry, prevention in room cleaners.

INTRODUCCIÓN

Las LOM son daños a la salud que suponen un riesgo emergente ³¹ y una prioridad en investigación en salud laboral, así como las lesiones por AT ⁴ y la FPRL ⁶, todos ellos abordados en este estudio. También son la causa más frecuente de enfermedades relacionadas con el trabajo (75%).⁷

Aunque en la bibliografía internacional hay disponibles varios artículos sobre LOM en múltiples colectivos laborales (pianistas, bailarines, mecánicos de coches ²⁸....), hasta el momento no se dispone de un estudio específico en camareras de piso en el que se relacionen las LOM con variables como la FPRL recibida, la edad o la condición de inmigrante, de ahí la importancia de este trabajo. Prestaremos especial atención a este colectivo de inmigrantes por seguir siendo un fenómeno incidente, aunque irregular, en Canarias. En la actualidad se ha triplicado su número desde 1996¹⁰, con consecuencias desfavorables para ellos en todas las facetas, sobre todo la laboral, con un mayor riesgo de siniestralidad que la población española, aunque los estudios disponibles al respecto son escasos y a veces contradictorios⁵, por lo que también analizaremos sus AT. Los inmigrantes canarios parecen no tener un riesgo mayor de sufrir AT respecto a la población autóctona.¹⁵

Los trabajos de limpieza los realizan un 10% de las mujeres españolas laboralmente activas ³². El puesto de camarera de piso es uno de los más duros en la hostelería, el sector principal de la economía canaria⁶ y su rango estimado de daño ocupacional supera el promedio del sector servicios ¹³. Para datos nacionales del 2008, el sector hostelería es de los que más AT con baja laboral tienen; y de todas las CCAA, Canarias resultó ser la décima en incidencia anual de AT, siendo el 99.3 % de ellos leves ²⁹.

En España la tarea habitual de las camareras de pisos es la limpieza y mantenimiento de las habitaciones, salas de reuniones y espacios comunes de los hoteles, con una media de 18-23 habitaciones al día, o hasta 60 en temporada alta ²⁵, y una jornada de 8 horas diarias, en la que adoptan posturas forzadas mantenidas, realizan movimientos repetitivos y manejan cargas de forma constante ^{18,26}, lo que supone una alta sobrecarga a nivel osteomuscular. Los sobreesfuerzos para las lesiones no mortales son una de las principales formas en que se producen los AT de tipo osteomuscular. ⁴ En Canarias esta situación es especialmente destacada por la importancia del turismo en su economía durante todo el año, aunque en el levante peninsular la situación parece ser más desfavorable aún ²². De las tareas habituales de mayor riesgo musculoesquelético para las camareras de piso, los expertos consideran que la principal es hacer las camas. ^{18,26} La lesión más frecuente afecta a la zona lumbar y la padecen el 47% de ellas ²⁵, o incluso más, aunque las LOM están infradeclaradas, y solo las notifican el 33% de los trabajadores en el sector hostelería-restauración-catering; las restantes regiones anatómicas afectadas por LOM suelen ser cuello, y miembros inferiores y superiores. ¹

La salud de estas empleadas ha empeorado en los últimos años por varias razones, ³⁰ que favorecen los accidentes de trabajo (AT). A pesar de que los controles médicos preventivos desde Vigilancia de la Salud son más completos que hace años ¹⁸, el de camareras de piso es un puesto interesante para un estudio de las LOM relacionadas con sus tareas.

En cuanto a las EP osteomusculares, la más habitual en camareras de piso es el síndrome del túnel carpiano ²⁶, y las mujeres declaran más que los hombres ⁷, sobre todo por posturas forzadas y movimientos repetitivos en miembros superiores. ³¹ Se ha observado un aumento en la declaración de las que no causan baja laboral, y una disminución de las que sí, por lo que es probable que se estén

considerando como contingencias comunes muchas enfermedades que en realidad son profesionales y no deberían ser tratadas en la Seguridad Social ³⁰.

Partiendo de la idea de un trabajo publicado por Mapfre en 2004 ¹⁸ para promocionar la mejora de las condiciones laborales de las camareras de piso de carácter nacional, en el presente estudio se pretende conocer con una visión genérica la situación actual de este colectivo a nivel osteomuscular en la hostelería de la isla de Gran Canaria, analizando el tipo de lesiones, los AT de esta naturaleza, y su relación con variables como la edad, la antigüedad en el puesto, la FPRL recibida y la condición de ser inmigrante. Los datos estadísticos en el sector de la limpieza disponibles al respecto en la bibliografía consultada desgraciadamente son escasos, difíciles de encontrar y orientativos ⁷.

MÉTODOS

Se realiza un estudio epidemiológico descriptivo o de prevalencia desde el 1 de enero de 2007 al 31 de diciembre de 2009. En el muestreo se han seleccionado aquellas empresas hoteleras situadas en la isla de Gran Canaria y con contrato vigente en el período de estudio con la Sociedad de Prevención Fremap para Vigilancia de la Salud (Servicio de Prevención Ajeno, SPA), y con la Mutua de Accidentes y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social Fremap para las contingencias profesionales. La muestra del estudio lo constituye una lista unificada de las camareras de piso, pertenecientes a las 7 empresas elegidas: las que se realizaron el reconocimiento médico de vigilancia de la salud y/o las que tuvieron al menos un AT, ambos grupos en ese período de estudio.

Este tamaño muestral resultante, N=368, fue estimado a priori como suficiente para obtener los niveles de significación deseados en las asociaciones entre variables realizadas.

Los datos de las variables de estudio se obtienen de los archivos informáticos de la aplicación interna correspondiente, *Vigía* en el SPA (reconocimientos médicos de Vigilancia de la Salud y registros de formación académica en PRL), y *Prevención Técnica* en la mutua (informes de siniestralidad).

Las variables de estudio son: edad, condición de inmigrante, antigüedad en la empresa, antigüedad en trabajos anteriores en el mismo ámbito, presencia de AT/LOM previos, y diagnóstico de AT/LOM, gravedad de AT, hora del AT, duración de la IT del AT, mecanismo lesional en el AT, parte anatómica lesionada en el AT, presencia de EP, asistencia a FPRL específica, número de horas de tal curso recibido, y anterioridad cronológica de la formación al AT si lo hubo. Se rechazan los AT/EP por causas distintas a las osteomusculares.

Los datos de todas las variables se registran, para cada trabajadora, con el programa Excel y se procede al análisis estadístico con el programa Stata 17.0. Se estableció un nivel de significación estadística para aceptar como significativa una asociación entre variables un valor de $p < 0.05$, con un intervalo de confianza del 95%. Los datos de las variables continuas se expresan como media, desviación típica, asimetría, curtosis, etc, aproximando hasta tres decimales (*Tabla 1*).

En las variables categóricas se presentan los datos de prevalencia mediante frecuencia absoluta o porcentaje (ejemplo, *Figura 1*). Previa aplicación de la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov, las asociaciones entre variables se hicieron con la Prueba de Mann-Whitney y el Test de Chi Cuadrado (*Tablas 2 y 3*).

EDAD ⁽¹⁾	ANTIGÜEDAD CONTRATO ACTUAL ⁽²⁾	ANTIGÜEDAD PUESTO ⁽¹⁾	BAJA AT ⁽²⁾
---------------------	---	-------------------------------------	------------------------

RESULTADOS

La muestra de estudio es un total de 368 camareras de piso (N =368) pertenecientes a 7 empresas hoteleras de Gran Canaria, de las cuales se han estudiado las variables ya mencionadas. En la *Tabla 1* se muestran los estadísticos de las variables cuantitativas analizadas.

En los gráficos de la *Figura 1* se muestran las distribuciones de dos de las 4 variables cuantitativas estudiadas. Se aprecia la distribución normal que sigue la variable “edad” (en años) de las trabajadoras, siendo la media de 40 años, y la desviación típica de 8,5 años. La variable “antigüedad en el contrato actual” (en días) se distribuye de forma asimétrica, con desplazamiento de la muestra a la izquierda (y leptocurtosis), lo que indica una mayor prevalencia de camareras de piso con contratos de duración inferior a 11 años (4000 días). La media de los contratos es de 3 años y 9 meses, y la desviación típica, de 6,63 años (2420,6 días).

Válidos	368	349	239	44
Media	40,150	1385,040	9,761	16,860
Mediana	40	270	8	7
Desv.típica	8,485	2420,610	7,460	29,304
Asimetría	0,014	2,743	1,166	2,541
Curtosis	-0,620	7,870	1,037	5,892
Mínimo	16	1	0,250	1
Máximo	61	12045	36	123

Tabla 1. Variables descriptivas cuantitativas y sus valores estadísticos

- (1) En años.
- (2) En días.

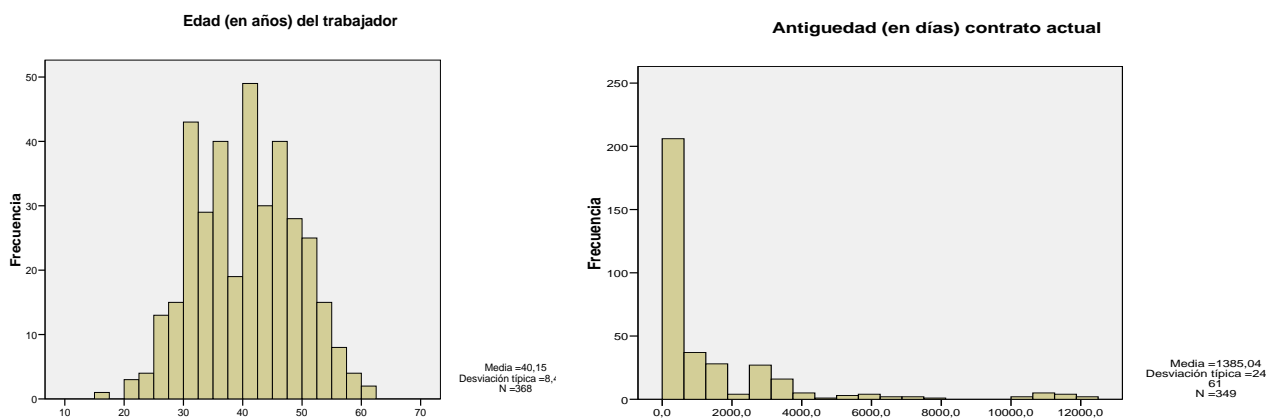
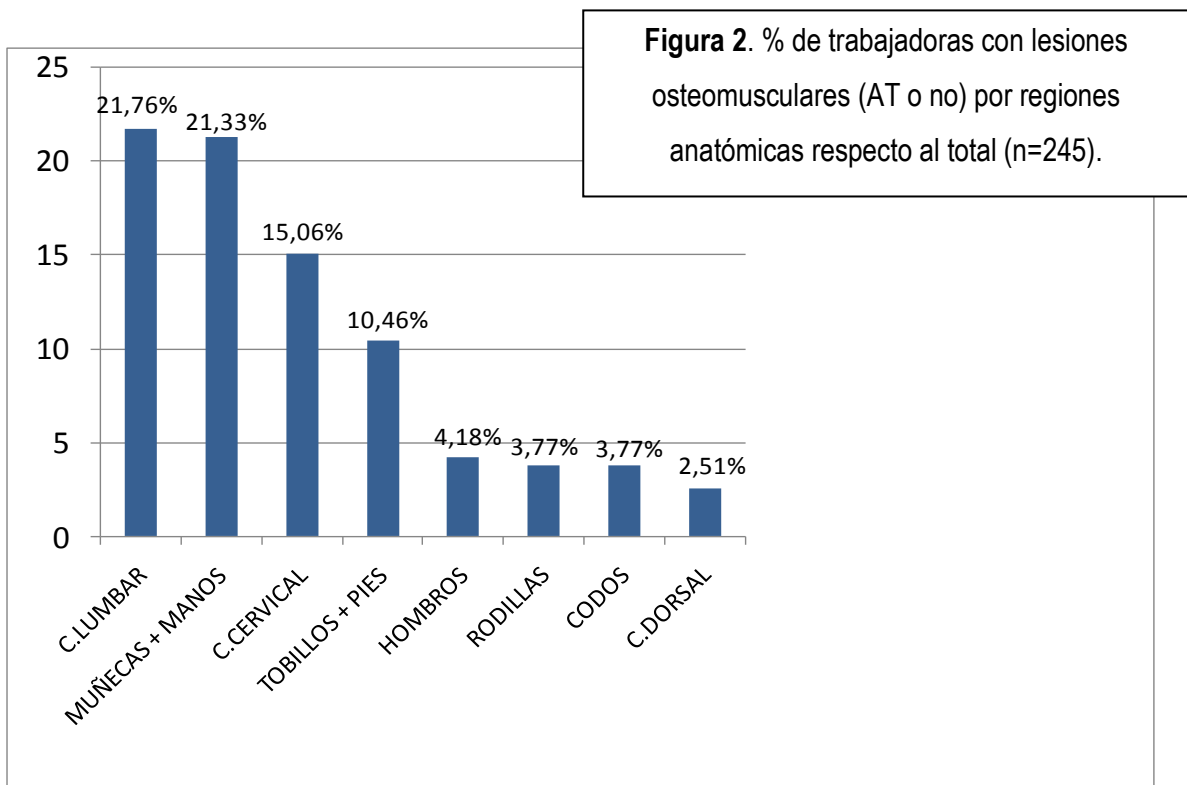


Figura 1. Gráficos de distribución de las variables edad y antigüedad en el contrato actual.

De todas las camareras incluidas en el estudio, el 66,6% ha sufrido al menos una LOM de cualquier tipo de contingencia, y sólo 12.8% de ellas han padecido al menos un AT osteomuscular, siendo el 100% de ellos leves. En la *Figura 2* se muestran las partes del cuerpo afectadas por LOM (el % de trabajadoras respecto al total de las que las padecen, n=245) de cualquier tipo de contingencia. La región anatómica más afectada es la columna lumbar (21,76%), seguida de muñecas y manos, y columna cervical. No se han encontrado ninguna EP de tipo osteomuscular diagnosticada en la población y período estudiados.

Analizando los AT, la hora de mayor siniestralidad según lo observado es de 9 a 11.00 horas (32.1%), poco después del comienzo de la jornada laboral, y en segundo lugar, sobre las 14.00 horas (14.3%), poco antes de acabar el turno de mañana. La siniestralidad es menor a partir de las 18.00 horas (7.2%).



En cuanto al tipo de lesión osteomuscular producida en los AT, se han observado las siguientes: 37.8% contusiones, 24.4% esguinces, 15.6% heridas, 13.3% contracturas, 8.9%

tenosinovitis. Las causas del accidente más relevantes han sido caídas y resbalones 39.0%, sobreesfuerzos 34.1%, accidentes in itinere 12.2%, cortes y/o punciones 9.8%. Las regiones anatómicas lesionadas han sido: extremidad inferior 37.8%, extremidad superior 31.1%, cuello 15.6%, raquis.

El 18.8% de las trabajadoras son inmigrantes, y el 23.3% ha recibido algún curso presencial de FPRL relacionado con su puesto. En la mayor parte de las camareras que han recibido esta formación y han tenido al menos un AT en el período estudiado (13 de ellas, el 86.7%) la asistencia al curso fue previa al AT.

Analizando la posible relación entre la edad de las camareras y las variables FRL, LOM y AT (*Tabla 2*) tras aplicar la Prueba de U de Mann-Whitney para muestras independientes (pues no siguen una distribución normal según la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov), podemos concluir que a mayor edad hay mayor probabilidad de asistencia a cursos de PRL y de sufrir al menos una LOM, en comparación con las camareras más jóvenes. Estos resultados han sido estadísticamente significativos. Sin embargo observamos que no hay diferencias estadísticamente significativas en la incidencia de AT en función de la edad.

	Edad – FPRL	Edad - LOM	Edad - AT
Sig. K-S ⁽¹⁾	0,200	0,068	0,200
Valor z	-2,802	-5,362	-0,236
Valor p ⁽²⁾	0,005	0,000	0,814

Tabla 2. Resultados de test de normalidad de Kolmogorov-Smirnov y prueba de U de Mann-Whitney en la asociación de la edad con tres variables cualitativas:

⁽¹⁾ Significación del test de Kolmogorov-Smirnov; positiva si $< 0,05$

⁽²⁾ Significación de la prueba de Mann-Whitney: positiva si $p < 0,05$.

FPRL: formación en prevención de riesgos laborales, LOM: lesiones osteo-musculares, AT: accidentes de trabajo.

Según lo expuesto en la *Tabla 3*, resultan ser asociaciones estadísticamente significativas el hecho de ser inmigrante y no sufrir LOM, al igual que lo primero y no recibir FPRL, con una probabilidad determinada por el *odds ratio* correspondiente. Por ejemplo, pero expresado de otro modo, vemos que las camareras de piso inmigrantes de nuestro estudio resultan tener la mitad de probabilidad (OR = 0,506) que las no inmigrantes de sufrir una LOM, y que las autóctonas canarias reciben al menos un curso de FPRL con más del doble de probabilidad (OR= 2,625) que las inmigrantes.

Por la posible interferencia de la edad como variable de confusión, en el análisis multivariante estratificado por grupos de edad, observamos que las camareras inmigrantes con edad entre 41 y 50 años tienen aún menor probabilidad de sufrir LOM que las autóctonas, siendo esta asociación la única significativa en esa estratificación. En la asociación existente entre el no ser inmigrante y la formación recibida en PRL, por grupos de edad, no encontramos ninguna significación estadística, pero sin datos concluyentes.

La probabilidad de sufrir un AT para una inmigrante es menor que para una autóctona, pero no puede descartarse que esta asociación se deba al azar. El no tener FPRL está asociado con más de un doble de probabilidad respecto a los que sí la han recibido, de tener al menos un AT. No podemos obtener conclusiones significativas respecto a la asociación entre tener un AT y mucho tiempo de experiencia en el sector-puesto, aunque sí con la antigüedad en el contrato actual.

		VÁLIDOS	VALOR CHI CUADRADO	VALOR P	OR	IC 95%
INMIGRANTES + LOM		368	6,403	0,011	0,506	0,297-0,862
NO INMIGRANTES + FPRL		365	6,211	0,013	2,625	1,201-5,738
INMIGRANTES (EDAD) + LOM	<30 años	54	0,613	0,434	1,647	0,470-5,778
	31-40 años	136	1,342	0,247	0,614	0,269-1,406
	41-50 años	135	9,762	0,002	0,23	0,087-0,607
	> 50 años	43	0,043	0,836	0,781	0,075-8,149
NO INMIGRANTES (EDAD) + FPRL	<30 años	52	4,68	0,031	ND	ND
	31-40 años	136	5,113	0,024	7,667	0,990-59,393
	41-50 años	135	1,275	0,259	0,562	0,205-1,542
	> 50 años	42	4,76	0,029	ND	ND
INMIGRANTES + AT		368	1,267	0,26	0,599	0,244-1,474
NO FPRL + AT		365	4,788	0,029	2,72	1,18-3,01
ANT.CONTRATO (días) + AT		353	30,419	0,000	1,83	1,11-2,57
ANT.PUESTO (años) + AT		282	0,617	0,893	ND	ND

Tabla 3. Pruebas de asociación Chi Cuadrado y estimación del riesgo.

LOM: lesiones osteo-musculares, FPRL: formación en prevención de riesgos laborales, AT: accidentes de trabajo, IC 95%: intervalo de confianza del 95%, ND: dato no disponible. OR: Odds Ratio.

Prueba significativa (*en negrita*): valor $p < 0,05$.

DISCUSIÓN

El 66.6% de las camareras de piso estudiadas padecen LOM, similar a estudios cotemporales en España: hasta el 72% en 2008 en Baleares ¹⁹. Hemos de tener en cuenta como limitación del estudio, el hecho de la infradeclaración de las LOM en este colectivo. Por ejemplo, en Las Vegas en 2005 el 67% de las camareras de piso no comunicaban sus dolencias por varias razones ²⁷, como que las consideraban como parte de su trabajo², por lo que la prevalencia de estas lesiones quizá sea aún mayor que el porcentaje obtenido.

Comparando nuestros resultados con lo hallado en la bibliografía, en cuanto al tipo de LOM en el trabajo, las contusiones son las más frecuentes en el sector limpieza en general, como se refleja en otros estudios similares, a causa de caídas y resbalones ^{7,2} y las regiones anatómicas más dañadas en los AT, por tanto, los miembros inferiores primero, y los superiores en segundo lugar. Es curioso observar que el raquis lumbar ocupa un cuarto puesto en los AT, pero el primero en las LOM de cualquier tipo de contingencia (en el 21.8% de las trabajadoras lesionadas), al igual que en un estudio en UK en 775 limpiadoras. ⁷

En cuanto al tiempo de contrato en su puesto y empresa el alto grado de asimetría en la distribución de esta variable con desplazamiento a la izquierda habla a favor de una relativa inestabilidad laboral en este sector en la isla de Gran Canaria por esta temporalidad de los contratos, aunque se requeriría un análisis estratificado para poder hacer conclusiones con más criterio en este sentido, especialmente para el sector de inmigrantes, el 18,8% de las camareras. En Canarias, según los datos más recientes del Instituto Canario de Estadística, ¹¹ de abril de 2006, el sector Servicios es el que mayor número de población acumula. El 7,79% de la población de Gran Canaria en 2007 eran

inmigrantes, por lo que podemos ver como la proporción de las que trabajan como camareras de piso es más del doble del estimado.

Sólo han recibido FPRL específica de su puesto de trabajo menos del 25% de la muestra estudiada (23.3%), por lo que encontramos en éste un punto a reforzar en la prevención de LOM por AT, más aún teniendo en cuenta que la mayoría de las asistentes a los cursos que tuvieron al menos un AT en el período estudiado (86,7%), sufrieron el AT posteriormente a la formación, lo cual podría poner en duda la eficacia de estas medidas preventivas, pero no se ha encontrado bibliografía referente al respecto.

En cuanto a las EP registradas, por el contrario, en los últimos años se ha producido un descenso general en el sector servicios, debido a la infradeclaración de las mismas. En nuestro estudio no hemos encontrado ninguna EP, lo que puede apoyar la escasa aplicación del RD de EEPP y la restricción que supone en el diagnóstico el cuadro de EEPP en este colectivo, por lo que muchas de estas patologías podrían estar siendo tratadas en la sanidad pública como contingencias comunes.¹⁹

La existencia de asociación entre una mayor edad y la asistencia a cursos de FPRL podría ser debido a una mayor preocupación por su salud en relación a las camareras más jóvenes. Otra versión, según algunos expertos con opiniones no contrastadas, es que podría haber un determinado sector minoritario de veteranas añosas con conocimientos preventivos que usaran éstos a su favor para obtener beneficios de prestaciones por IT por AT simulados o facticios.

No podemos concluir que las camareras inmigrantes, según nuestros resultados, reciban con menor probabilidad cursos de FPRL en comparación con las españolas. Si esto fuera cierto, este

hallazgo se explicaría principalmente por una menor cultura preventiva de sus países de origen, algunos aún subdesarrollados, o por la barrera idiomática, que dificulta la comprensión de esta formación e información y, por tanto, su integración en el entorno laboral. Pero sí queda claro que nuestras inmigrantes tienen menor riesgo de sufrir LOM que las españolas, sobre todo las de la cuarta década de edad. Esta paradoja tal vez se deba a que las inmigrantes suelen comunicar menos sus dolencias físicas por razones culturales, pero esto no significa que no las padezcan. Aunque sin significación estadística, también tienen menor probabilidad de padecer un AT. Este dato es opuesto a la mayoría de las publicaciones ^{7,24,20}, aunque en el sector hostelería y en la comunidad canaria parece ser así ¹⁶, y podría justificarse por el mismo motivo, la infradeclaración ¹⁵, y el desarrollo lento y progresivo de la lesión, que ocurre en la minoría de los AT ³. Un estudio más a fondo mediante cuestionarios de salud percibida por las trabajadoras y adaptado al idioma, que incluya un análisis de la temporalidad, las subcontrataciones... quizá podría revelar datos diferentes a los nuestros.

Las más veteranas en el puesto de camarera de piso sufren con más probabilidad AT que las novatas. Según las fuentes bibliográficas consultadas, los AT son menores en los recién contratados a pesar de su escasa experiencia, tal vez porque su estado de alerta es mayor en la ejecución correcta de sus tareas, e indirectamente evitan sufrir lesiones. En un estudio nacional de la percepción del riesgo de AT realizado en personal de hostelería en 2009 ¹², sin embargo, los trabajadores mayores de 55 años creían tener poca probabilidad de sufrirlo, y lo contrario ocurría para los más jóvenes.

Como limitaciones del estudio destacaremos varias. Por una parte, no se han tenido en cuenta variables que actúan como factores de riesgo de sufrir LOM ⁷, como el sobrepeso, o el grado de entrenamiento físico.¹⁷ Tampoco se han considerado los turnos o la duración de la jornada laboral ² por no estar registrados en las fuentes de datos utilizadas, así como la somatización ²³, etc. Además, hay datos perdidos en el estudio que dificultan el análisis estadístico de algunas variables, debido a la

heterogeneidad en la cumplimentación de las historias clínico-laborales por el personal médico de los distintos Servicios de Prevención. Sería de interés contrastar estos resultados con los de otro estudio realizado con cuestionarios autoadministrados, como el SMQ (cuestionario nórdico estandarizado para el análisis de síntomas musculoesqueléticos).^{28,8}

Otra posible fuente de confusión en este trabajo es el hecho de que las LOM registradas no han sido contrastadas con un grupo control de otro sector laboral, y las mismas no están necesariamente activas en el período de estudio, por lo que no puede demostrarse su relación directa con el trabajo. También es posible un sesgo de selección al ser las trabajadoras obtenidas de los listados de reconocimientos de la salud realizados, pueden tener más conciencia de prevención que las que no asisten a los mismos.

Podemos concluir que estos resultados no pueden ser extrapolados al resto de los trabajadores de la limpieza, ni siquiera en Gran Canaria, pero sirven de muestra orientativa de los datos descritos. Por otro lado, debido al origen multifactorial de las LOM, éstas no se suelen relacionar con las condiciones de trabajo, pues están infradeclaradas e infradiagnosticadas como contingencias profesionales (recordemos: sólo el 12.8% de estas lesiones son AT, y ninguna EP), se tratan como enfermedades comunes, por lo que no se invierten los esfuerzos preventivos que este problema requeriría. Además la formación preventiva es escasa, como reflejan estudios similares.¹⁹ Una buena solución sería la realización de campañas periódicas de formación interactiva con participación de las trabajadoras, lo cual suele ser poco común a nivel europeo¹⁷, para poder correlacionar estos daños físicos con las condiciones laborales reales, y llevarse a cabo evaluaciones de riesgos más específicas, para la implantación de medidas puntuales más eficaces, ergonómicas principalmente¹⁴, por ejemplo, las camas elevables en altura, que ya están sustituyendo a las convencionales en algunos hoteles de Canarias⁹. Se trata de una ergonomía de tipo “preventiva” (plantear un diseño correcto antes de que las lesiones ocurran), en lugar de una ergonomía “correctiva”.

Todo estos esfuerzos serían un modo de disminuir la “invisibilidad laboral” en cuanto a la atención dedicada que sufre el sector limpieza ²¹ y de reconocer el gran valor del servicio que las camareras de piso prestan en el turismo y la hostelería y a la sociedad en general, invirtiendo en medidas para su salud y bienestar.

AGRADECIMIENTOS

A todos los médicos, DU.E.s, y técnicos de prevención asignados a las empresas del estudio, sin su trabajo no hubiese sido posible este artículo, en especial a Mercedes Estévez y Joaquín Jesús Godoy, por su ayuda en la búsqueda de datos en los archivos de Vecindario; a Laura Cabrera y Manolo J. L.Casademont, por la ayuda aportada. A Óscar Fuentes García por su asesoramiento profesional. Y por último, a Antonio Sánchez Borralló y Jesús Gómez García, por su inspiración y apoyo para poder llevar a cabo este trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (2006): “Trastornos músculo-esqueléticos en hostelería, restauración y catering”. *Rev E-Facts*, 24, pp. 1-15. En: <http://osha.europa.eu>
2. Alamgir Hasanat, Yu Shicheng (2008): “Epidemiology of occupational injury among cleaners in the healthcare sector”. *Occupational Medicine*, 58, pp. 393-399.
3. Balagué Vives Francesc (2000). “Las lesiones musculo-esqueléticas: problemática social”. En: http://www.prevencionintegral.Com/Articulos/Secun.asp?PAG=02_017.htm

4. Benavides, F G et al (2006): “Lesiones por accidente de trabajo, una prioridad en salud pública”. *Rev Esp Salud Publica (on line)*, 80, 5, pp.553-565.
5. Benavides F G; Ahonen E Q; Bosch C (2008): “Riesgo de lesión por accidente laboral en trabajadores extranjeros (España, 2003 y 2004)”. *Gac Sanit (on line)*, 22 (1), pp.44-47.
6. Benavides F G, Maqueda J, Rodrigo F, Pinilla J, García A, Ronda E, Ordaz E, Ruiz-Frutos C (2008): “Prioridades de investigación en salud laboral en España”. *Med Segur Trab*, LIV (211), pp. 25-27.
7. Brun E (2009). “The occupational safety and health of cleaning workers”. *European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA)*, pp. 51-64
8. Crawford J O (2007): “The Nordic Musculoskeletal Questionnaire”. *Occup Med*, 57, pp. 300-301
9. Federación Canaria de Comercio, Hostelería y Turismo (2010): “El INSHT confirma los criterios de CCOO en cuanto a que el consumo metabólico de las camareras de piso debe ser ligero”. En: <http://www.fcchtccoocanarias.org/>
10. Godenau D, Zapata V, Tovar F (2003): “La inmigración en Canarias: actualidad y perspectivas”. En: www.fundacionpedrogarciacabrera.com.
11. Instituto Canario de Estadística del Gobierno de Canarias. En: http://www2.gobiernodecanarias.org/istac/estadisticas/php/saltarA.php?mid=/istac/estadisticas/poblacion/area_02_frame.html
12. Jerez Torns Daniel (2009). “Percepción del riesgo de accidente de trabajo en hostelería”. *Rev Riesgo Laboral*, 28, pp. 30-35.
13. Krause Nikolas, Scherzer Teresa (2005): “Rugulies Physical workload, work intensification and prevalence of pain in low wage workers: results from a participatory research project with hotel room cleaners in Las Vegas”. *Am J Ind Med*, 48, pp. 326-337.

14. Kumar Rupesh, Kumar Sharawan (2006). “Musculoskeletal risk factors in cleaning occupation- A literatura review”. *International Journal of Industrial Ergonomics*, Lulea (Sweden), Elsevier, 38(2), pp.158-70
15. López Jacob Maria Jose (2009): “Más accidentes mortales y más lesiones”. En: <http://www.istas.net/pe/num42/articulo.asp?num=42>
16. López-Jacob Maria Jose et al (2005): “Comparación de las lesiones por accidente de trabajo en trabajadores extranjeros y españoles por actividad económica y comunidad autónoma”. *Rev Esp Salud Publica*, 82(2).
17. Louhevaara Veikko (2005): “Cleaning in the European Union”, Finnish Institute of Occupational Health. *Töterveys 2/1999 Special Issue*, pp.13-14.
18. MAPFRE Servicio de Prevención (2004). “Estudio de las condiciones ergonómicas de los trabajadores y trabajadoras del departamento de pisos”.
19. Niño López, M^a Angeles (2009): “Alteraciones musculo-esqueléticas de las camareras de piso”. Instituto de Salud Laboral de las Islas Baleares. En: http://www.matriz.net/mys/mys-09/salud/sal_09.html
20. Nogareda, Clotilde (2008): “La prevención de accidentes en trabajadores inmigrantes: aspectos a considerar y pautas de intervención”. *NTP 825, INSHT*.
21. OSHA. “Trabajadores del sector limpieza”. En: http://osha.europa.eu/es/topics/cleaning_workers.
22. Pagés R (2007): “CCOO denuncia a 26 hoteles para evaluar el riesgo laboral de las camareras de pisos”. En: www.diarioinformacion.com.
23. Palmer Keith T, Calnan Michael, Wainwright David, Poole Jason, O’Neill Claire, Winterbottom et al (2005): “Disabling musculoskeletal pain and its relation to somatisation: a community-based postal survey”. *Occup Med*, 55, pp.612-617.

24. Parra Oses, A. et al (2008): “La siniestralidad laboral en la población inmigrante de Navarra en el 2006: Una aproximación a sus causas”. *Med Secur Trab (online)*, 54(212), pp. 55-78.
25. Patiño Daniel (2008): “Cuando el verano supone hacer 60 camas diarias”. En: <http://www.istas.net/pe/articulo.asp?num=41&pag=04&titulo=Cuando-el-verano-supone-hacer-60-camas-diarias#>
26. Regatero Carrascosa Anna (2008): “Ergonomía en el sector de hostelería: carga postural en camareras de piso. Prevención Integral”. En: <http://www.prevencionintegral.com>
27. Scherzer Teresa, Rugulies Reiner, Krause Niklas (2005): “Work-related pain and injury and barriers to worker’s compensation among Las Vegas room cleaners”. *Am J Public Health*, 95(3), pp.483-488. En: <http://ajph.aphapublications.org/cgi/reprint/95/3/483>
28. Torp S, Riise T, Moen B E (1996): “Work-related musculoskeletal symptoms among car mechanics: a descriptive study”. *Occup Med*, 46 (6), pp. 407-413.
29. UGT (2008). “Informe de siniestralidad primer trimestre Abril 2008”, pp. 1-9.
30. UGT (2009). “Siniestralidad laboral en mujeres trabajadoras”, *Boletín para la PRL*,73, pp.4-9
31. Vega Martínez Sofía (2003). “Los trastornos musculo-esqueléticos de las mujeres (I): exposición y efectos diferenciales”. NTP 657, INSHT.
32. Zock J P (2005) “World at work: cleaners. Multiple occupational hazards in a large service sector”. En: www.occenvmed.com