



INFORME COMPLETO PREVENIR EN ORIGEN LOS RIESGOS LABORALES PSICOSOCIALES EN EL PUESTO DE GEROCULTORA

CON LA FINANCIACIÓN DE:

AS2024-0015

COLABORA:



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE TRABAJO
Y ECONOMÍA SOCIAL



FUNDACIÓN
ESTATAL PARA
LA PREVENCIÓN
DE RIESGOS
LABORALES, F.S.P.




federación de sanidad
y sectores sociosanitarios

INFORME COMPLETO
PREVENIR EN ORIGEN
LOS RIESGOS LABORALES
PSICOSOCIALES EN EL PUESTO
DE GEROCULTORA
PARA REDUCIR LOS
PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

Una aproximación
con perspectiva de género
desde el conocimiento fundamentado
científica y socialmente

Edita y publica: Fundación Cultural 1º de Mayo -CCOO

Materiales elaborados por: Clara Llorens Serrano y Sergio Salas Nicás

Dirección y coordinación: Vicente López Martínez y Valeria Uberti-Bona

Difusión: Lourdes Larripa Ferriz

Gestión y apoyo administrativo: Sergio Alvira Fernández, Lara Criado Bonilla, Lola García Moreno y Elvira Rodríguez Correal

Agradecimientos:

Queremos agradecer a Irene Álvarez Bonilla, responsable estatal de Salud Laboral de la Federación de Sanidad y Sectores Sociosanitarios de CCOO (FSS-CCOO), por su apuesta decidida a trabajar sindicalmente en la mejora de las condiciones de trabajo desde el ámbito de la prevención de riesgos laborales en el sector de la asistencia residencial y haber facilitado enormemente el proceso co-creativo base de este estudio.

Igualmente queremos agradecer a todas las trabajadoras y representantes legales del sector y a las personas responsables de la Federación de Sanidad y Sectores Sociosanitarios de CCOO que participaron en las 4 jornadas tipo taller en Oviedo, Santander, Valencia y Zaragoza, el haber compartido con nosotras su experiencia y sabiduría.

Diseño gráfico y maquetación: Pilixip

Edición: Valencia, junio 2026

Dado que 9,5 de cada 10 personas contratadas para el puesto de gerocultora/gerocultor son mujeres, se usará el femenino para referirse a ambos sexos

Este trabajo se realiza al amparo de la convocatoria Sectorial 2024 de la FEPR L FSP en el marco del proyecto "Prevención primaria de los riesgos laborales psicosociales y trastornos de salud mental con perspectiva de género en establecimientos residenciales" (AS2024-0015).

ÍNDICE

1. ¿QUÉ SON LOS RIESGOS LABORALES PSICOSOCIALES? DESIGUALDADES DE EXPOSICIÓN	8
2. MODELO DE INTERVENCIÓN PREVENTIVA FRENTE A LOS RIESGOS LABORALES PSICOSOCIALES.....	11
3. NOTAS SOBRE EL EMPLEO EN EL SECTOR DE LA ASISTENCIA EN ESTABLECIMIENTOS RESIDENCIALES.....	14
4. PREVENIR EN ORIGEN LOS RIESGOS LABORALES PSICOSOCIALES EN EL PUESTO DE GEROCULTORA.....	17
4.1. Altas exigencias cuantitativas.....	19
4.2. Alto conflicto trabajo-familia y alta inseguridad laboral.....	25
4.3. Bajo control	30
4.4. Bajo apoyo	35
4.5. Altas exigencias emocionales	36
4.6. Bajo reconocimiento.....	41
5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45

Existe una versión reducida en forma de folleto
de este informe [que encuentras aquí](#).





PRESENTACIÓN

La Fundación 1º de Mayo-ISTAS, con la financiación de la FEPRL, ha llevado a cabo una **revisión bibliográfica** sobre la **prevención en origen de los riesgos laborales psicosociales en el sector de la asistencia en establecimientos residenciales**. Los riesgos laborales psicosociales según la Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo son los **riesgos derivados de las deficiencias en el diseño, gestión y organización del trabajo**. Son **determinantes sociales de la salud** ya que estas condiciones de trabajo están relacionadas con importantes problemas de salud **mental**, trastornos **musculoesqueléticos** y enfermedades **cardiovasculares** o consumo de **fármacos**, aspectos para los que tenemos una importante evidencia científica de gran calidad. La **prevención en origen** es el tipo de prevención que **prioriza el artículo 15 de la incumplida Ley de Prevención de Riesgos Laborales** (LPRL, 1995), que tiene ya una vigencia de más de 30 años. Este tipo de prevención pasa por **evitar** los riesgos (15a) o **evaluarlos y combatirlos en su origen** (15b y 15c), además de por adaptar el trabajo a la persona, en particular en lo que respecta al **diseño de los puestos de trabajo, elección de equipos y métodos de trabajo y de producción** (15d) y priorizando las medidas de **protección colectiva** frente a las individuales (15h).

Con el fin de **concretar las medidas preventivas y situarlas socialmente en el caso español**, se ha focalizado en el **puesto de gerocultora** (en el que trabajan las profesionales que prestan atención directa a personas en situación de dependencia), el puesto con **más personas trabajadoras contratadas en el sector de la asistencia residencial** (alrededor del 60%), siendo **9.5 de cada 10 mujeres**. Y **se ha hecho dialogar el conocimiento científico** sobre las medidas necesarias para prevenir en origen la exposición a los riesgos laborales psicosociales en el sector **con el conocimiento derivado de la experiencia de las trabajadoras** y su representación legal, promoviendo un conocimiento fundamentado científicamente y situado socialmente. Para ello, **con la colaboración de la Federación de Sanidad y Sectores Sociosanitarios de CC00** se llevaron a cabo **4 jornadas tipo taller en Oviedo, Santander, Valencia y Zaragoza, en las que han participado 126 trabajadoras y representantes, a las que agradecemos enormemente el haber compartido con nosotras su experiencia y sabiduría**. Buena parte de las medidas preventivas para evitar y combatir los riesgos laborales psicosociales en origen, y con ello, los trastornos de salud asociados pasan por **cambiar las prácticas empresariales de gestión laboral**, tal y como señala el último informe mundial de la Organización Internacional del Trabajo. Todas las aportaciones tienen el objetivo de **orientar a la dirección, representantes de las trabajadoras y a las propias trabajadoras de la asistencia residencial hacia una organización del trabajo más saludable, más justa y democrática de estos puestos de trabajo esenciales para la sostenibilidad de la vida**.

En tus manos tienes los resultados de las diferentes fases de este proceso co-creativo como una **herramienta que, desde la salud laboral, queda al servicio de revertir las precariedades y desigualdades que soportan estas mujeres, que trabajan y se enferman en el cuidado de nuestras y nuestros mayores**.

Fundación Primero de Mayo-ISTAS y
Federación de Sanidad y Sectores Sociosanitarios de CC00

1. ¿QUÉ SON LOS RIESGOS LABORALES PSICOSOCIALES? DESIGUALDADES DE EXPOSICIÓN

Los riesgos laborales psicosociales son condiciones de trabajo derivadas de las deficiencias en el diseño, la organización y la gestión del trabajo que pueden enfermar a trabajadoras y trabajadores (EU-OSHA, n.d). Se trata de riesgos evitables, cambiando las deficiencias organizativas que los originan, cumpliendo una ley que en España ya tiene casi 30 años (art. 4.7.d y 15 LPRL, 1995). En el documento conjunto de orientaciones sobre salud mental en el trabajo, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) plantean que el primer paso para abordar los problemas de salud mental en las empresas y organizaciones es prevenir los riesgos laborales psicosociales: evitarlos o evaluarlos y eliminarlos, a través de intervenciones organizativas que los mitiguen (WHO & ILO, 2022).

La evidencia sobre los problemas de salud atribuibles a la exposición nociva a los riesgos psicosociales de origen laboral es muy extensa y de gran calidad desde el punto de vista científico, en tanto que se basa en investigaciones longitudinales y con grandes bases de datos que descartan de forma fiable el azar y otros factores no laborales (Kivimäki M, et al. 2017). Consecuentemente, la OMS los define como determinantes sociales de la salud (CSDH, 2008) y de ahí que se encuentren entre los desafíos más importantes del ámbito de la salud laboral a los que se enfrentan los y las directivas de las empresas e instituciones públicas y privadas, las y los responsables políticos y de organizaciones empresariales y sindicales en la actualidad (WHO & ILO, 2022;).

Los factores de los modelos **demanda-control-apoyo social** (Karasek R, 1979; Johnson, J. V., & Hall, E. M., 1988) y **esfuerzo-compensaciones** (Siegrist J, 1996) han sido los más utilizados en la literatura científica para mostrar la relación con salud. Algunos ejemplos de esta literatura son las revisiones bibliográficas sistemáticas y los metaanálisis que asocian estos riesgos a problemas de salud muy prevalentes como la **ansiedad** y la **depresión** (Harvey SB, et al. 2017; Rugulies et al., 2023), el **infarto de miocardio** o el **accidente cerebrovascular** (Taouk Y et al. 2020; Theorell T et al. 2016). Más recientemente, también se han relacionado con el **suicidio** y la ideación suicida (Milner A, et al. 2018) o con el **consumo de psicofármacos y analgésicos** (Milner A, et al., 2019; Esteve et al., 2023). Estos riesgos también son considerados como una de las causas más relevantes de efectos en salud más proximales como el **estrés** laboral crónico (Alalhareth A et al, 2024), el **desgaste ocupacional-burnout** (Edú-Valsania S et al, 2022), o del **absentismo**

(Niedhammer I, et al. 2017) y **presentismo** (d'Errico A et al., 2016; Navarro et al., 2019) por motivos de salud y se asocian a una mayor probabilidad de padecer determinados tipos de **trastornos musculoesqueléticos** (Macdonald WA & Oakman J, 2024; Nambiema A et al., 2021; Roquelaure Y et al., 2020).

Atendiendo a estas investigaciones, basadas en estos modelos distintos, pero conceptualmente próximos y complementarios, es posible identificar las características de la organización del trabajo que afectan la salud a las que llamamos riesgos laborales psicosociales:

- Las **demandas o esfuerzo**, también conceptualizadas como **exigencias** del trabajo, se consideran desde el punto de vista **cuantitativo** en estos modelos, es decir, se refieren a la cantidad de trabajo en relación con el tiempo disponible para realizarlo. Pero desde un enfoque cualitativo, las exigencias también pueden ser **emocionales** si se trabaja con y para personas (Dormann C & Zapf D, 2004; Vanroelen C. et al., 2009). El problema para la salud más estudiado de ambos tipos de exigencia se refiere a cuando éstas son **excesivas**.
- El **conflicto trabajo-familia** trata las posibles consecuencias del empleo en el trabajo doméstico y de cuidados en los hogares. Las **exigencias cuantitativas y cualitativas** del empleo y su **simultaneidad** con las exigencias del trabajo de cuidados en la familia, originada por **horarios asociales y modificaciones de la jornada**, pueden provocar **conflictos de tiempo y energía** a las trabajadoras, principalmente mujeres (dada la desigual distribución de tareas doméstico-familiares en los hogares por género), que afectan a su salud (Cooklin et al., 2016; Lunau et al., 2014). El problema es por **exceso**.
- El **control** tiene dos vertientes, por un lado, se refiere a la **influencia/autonomía** de trabajadoras y trabajadores en la forma de realizar su trabajo (*decisión authority*) y por otro, a las posibilidades de **aplicar y desarrollar las habilidades y conocimientos** en el desarrollo de sus tareas (*skill discretion*). El problema para la salud es por **defecto**.
- El **apoyo social** cuyas dimensiones con más evidencia de efecto negativo para la salud se refieren básicamente a la **falta de ayuda funcional de las compañeras/os y de las supervisoras/es** en el momento de realizar las tareas y a los problemas de trabajar de forma **aislada**.
- Las **compensaciones** se refieren principalmente a la **seguridad del empleo y de las condiciones de trabajo**, al progreso profesional y al **reconocimiento del trabajo**, que las trabajadoras y trabajadores esperan a cambio de sus esfuerzos en el trabajo. El problema para la salud es por **defecto**.

Según datos obtenidos en la Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo, entre la población asalariada en **España**, la prevalencia de la exposición a altas exigencias cuantitativas y bajo control (bajas oportunidades de influir, de aplicar habilidades y conocimientos y de adquirir nuevos en la realización de las tareas) es del 33,68%, a alta inseguridad laboral del 25,51% y a altas exigencias cuantitativas y bajas compensaciones del 13,86%. Estas cifras para la UE-28 por ejemplo eran más bajas 25,16%, 15,71% y 9,7% (Niedhammer et al, 2022).

Por otra parte, las investigaciones han puesto de manifiesto importantes **desigualdades** en la exposición psicosocial y por ende, en la salud, según la **clase** ocupacional y el **género** (Niedhammer I et al., 2017; Schütte S et al., 2015; Landsbergis P et al., 2014), dado que no se aplican las mismas prácticas de gestión laboral entre la población asalariada, aunque trabaje en la misma empresa (Rubery, 2007).

Estudios sobre la evolución de los riesgos laborales psicosociales en la UE y en España han observado importantes desigualdades por **clase ocupacional** y que estas permanecen en el tiempo. Teniendo en cuenta los datos de la EWCS de 1995 a 2015, los y las trabajadoras asalariadas en puestos de ejecución no sólo estaban expuestos de manera más prevalente a la alta tensión (altas exigencias y bajo control) y al desequilibrio esfuerzo-recompensa, sino que también experimentaron un aumento más pronunciado de la alta tensión que las y los asalariados en puestos profesionales y técnicos durante ese período. La persistencia del bajo control en los puestos de ejecución durante los veinte años estudiados se caracterizó por una disminución de las posibilidades de aplicar habilidades y conocimientos y adquirir nuevos durante la realización de trabajo y una invariable baja influencia en las decisiones sobre cómo realizarlo (Rigo et al., 2021). Las desigualdades de clase ocupacional también se observaron en España en uno de los últimos estudios de prevalencia publicados con datos pre-pandemia: la exposición al bajo control abarcaba al 63% de trabajadores y trabajadoras en puestos de ejecución, la alta inseguridad sobre el empleo al 53,6% y el bajo apoyo al 49% frente al 28%, 36,7 y 31% respectivamente entre trabajadoras y trabajadores en puestos profesionales y técnicos, mostrando importantes desigualdades de exposición (Utzet et al., 2021).

En cuanto a las desigualdades de **género**, las mujeres estarían más expuestas a la inseguridad sobre el empleo y al bajo control, a las exigencias cuantitativas y al conflicto trabajo-familia y los hombres al bajo apoyo social y al desequilibrio esfuerzo-recompensa. Las desigualdades de género son más visibles cuando se muestran los datos por ocupación y se observa una mayor prevalencia entre las ocupaciones que son una extensión del trabajo doméstico y de cuidados y ampliamente feminizadas (ayudantes de cocina, preparadoras de comida rápida, gerocultoras, trabajadoras en tiendas de alimentación y productos básicos, limpiadoras...), evidenciando las desigualdades de clase y género y la segregación vertical y horizontal de hombres y mujeres en el mercado de trabajo. Con todo, es necesario dejar apuntado que, como en otros ámbitos, las desigualdades y discriminaciones están infraestudiadas en el campo de la prevención de riesgos laborales psicosociales, tanto las de clase, como las de género, edad o condición migrante y racialización en particular y con más lagunas si nos referimos a una aproximación interseccional (Valero et al., 2021).

Por consiguiente, **es muy importante que las condiciones sociolaborales se incluyan como unidades y categorías de análisis en las evaluaciones de riesgos laborales psicosociales, como mínimo el puesto de trabajo y el sexo para visualizar las desigualdades** de exposición por grupo ocupacional y género. Ello permite localizar las exposiciones y diseñar medidas preventivas más adecuadas.

2. MODELO DE INTERVENCIÓN PREVENTIVA FRENTE A LOS RIESGOS LABORALES PSICOSOCIALES

Como se acaba de señalar, en el ámbito de la prevención de riesgos laborales, se usa el término riesgos laborales psicosociales cuando se hace referencia a las condiciones de trabajo derivadas de las deficiencias en el diseño, organización y gestión laboral (EU-OSHA, sd) para las que tenemos suficiente evidencia científica de que pueden dañar la salud. Se llaman psicosociales porque afectan al trabajador o trabajadora a través de la psique (distintos mecanismos psicológicos), pero su origen es social y por lo tanto cambiante: el diseño, organización y gestión del trabajo.

En términos de prevención de riesgos laborales, los **riesgos laborales psicosociales** representan la **exposición** que sabemos que es nociva para la salud (o sea: la condición de trabajo que habrá que **evitar** o identificar, localizar y medir a través de la **evaluación** de riesgos laborales en la empresa/institución y **reducir o eliminar con las medidas preventivas**), las **deficiencias en el diseño, organización y gestión del trabajo** el **origen** del riesgo laboral (o sea: **sobre lo que habrá que actuar para eliminar, reducir o controlar la situación de exposición nociva**), y el estrés laboral, el síndrome de desgaste profesional, la ansiedad, la depresión, las **enfermedades** cardiovasculares y un largo etc. de diversos trastornos de salud asociados a los riesgos psicosociales **son el efecto y daño, del que pretendemos evitar la fracción atribuible al empleo**, a través de eliminar, reducir y controlar los riesgos laborales psicosociales.



Un ejemplo, siguiendo la evidencia citada anteriormente: las **exigencias cuantitativas** son un **factor** de riesgo laboral y las **altas exigencias cuantitativas** son el **riesgo**, ya que sabe que aumentan un 23% las posibilidades de padecer depresión diagnosticada, **depresión** es el **trastorno de salud** o enfermedad, **causado por multitud de factores, entre ellos las condiciones de trabajo caracterizadas por unas altas exigencias cuantitativas** que deben reducirse en **origen** cambiando la **carga** de trabajo a través de por ejemplo, aumentar **plantilla**, mejorar **procesos** o cambiar **materiales y tecnología**.

Así, desde el punto de vista de la salud laboral en el ámbito de la empresa/institución, los riesgos laborales psicosociales serían condiciones de trabajo nocivas y causas inmediatas de los trastornos de salud, cuyo origen, las prácticas de gestión laboral deficientes, es modificable, a través de las medidas preventivas organizativas (ILO, 2026). La mayor parte de las estudiosas de las relaciones entre los riesgos laborales psicosociales y la salud, concluyen sus artículos abogando por los cambios organizativos, por los cambios en las prácticas de gestión laboral en las empresas, para reducir estos riesgos y disminuir así la fracción atribuible al trabajo de las enfermedades con las que se asocian (ver cualquiera de las citas bibliográficas en epígrafes anteriores). Un reciente estudio de casos, de nueve empresas que participaban en la estrategia de la Inspección del Trabajo danesa denominada “Acuerdo para la resolución de problema”, analizó intervenciones a nivel individual y organizativas. Los hallazgos indican que **el enfoque predominante en las empresas, que es el basado en el individuo, fomentando el cambio personal o acciones de formación y sensibilización, NO mejora la exposición a riesgos laborales psicosociales;** en cambio, las empresas que implementaron intervenciones organizativas o multifacéticas redujeron las exposiciones y obtuvieron mejoras en la salud mental (Kjaergaard A, 2024). En el mismo sentido, las investigaciones realizadas hasta la fecha sugieren que **diversos aspectos de las prácticas de gestión laboral, como por ejemplo la cantidad, ordenación y modificación de la jornada laboral, los métodos de trabajo, el diseño del puesto, la relación de empleo, la cantidad de plantilla o la estructura salarial, son características laborales modificables que se encuentran en el origen de los riesgos laborales psicosociales y en el centro de su reducción** (Aust et al., 2023; Roquelaure Y, 2018; Schnall P et al., 2016).

En la misma línea de actuar en primer lugar en la prevención de riesgos laborales psicosociales, implementando medidas organizativas, se pronuncia el último documento conjunto de la OMS y la OIT, ya citado, de orientaciones para reducir los problemas de salud mental desde el ámbito del empleo (WHO & ILO, 2022) y el último informe mundial de la OIT (ILO, 2026).

Y ello también **es exigido por el marco jurídico** de los países europeos (Directiva Marco 89/391/CEE), traspuesto en el estado español con la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales, que prioriza las **acciones preventivas en origen, cambiando la organización del trabajo, para reducir los riesgos laborales**, también los psicosociales, como paso para reducir las enfermedades asociadas a las condiciones de trabajo. Así mismo, este marco legal **exige adaptar el trabajo a la persona a partir de cambios organizativos**, citando expresamente la concepción de los puestos, la elección de los equipos, los métodos de trabajo y de producción, para evitar, en particular, el trabajo monótono y repetitivo (por ejemplo, arts. 15 y 4.7 LPRL).

Además, las leyes europeas y españolas plantean la prevención como un proceso sociotécnico, en el que la participación de la dirección de la empresa/institución y de trabajadoras y trabajadores y sus representantes legales es un requisito principal (por ejemplo, arts. 14, 18, 33, 34 y 36 LPRL). Los conocimientos científico-técnicos aportados por el personal técnico de prevención y los fundamentados en la experiencia que permite la participación de la **dirección y trabajadoras y trabajadoras y sus representantes** son complementarios y ambos necesarios en el proceso de intervención preventiva. Y su implicación activa, es necesaria si se pretende una prevención eficaz, pues son quienes tienen capacidad última de decisión y acción en el marco de la empresa/institución (Walters & Wadsworth, 2017; Janetzke & Ertel, 2017; Ollé-Espluga et al., 2015).

El boom comercial de la salud mental

En la actualidad se forma a trabajadoras para **ser resilientes, se desarrollan clases de taichi o yoga para relajarlas y mejorar su bienestar emocional, se organizan maratones, excursiones o barbacoas para mejorar el clima laboral. O incluso se paga a una profesional que dedique unas horas a escuchar a trabajadoras con problemas “que vienen de casa”.** Estas actividades ni evitan los riesgos laborales psicosociales ni los previenen en origen. **Con estas medidas se continúa teniendo más trabajo del que se puede realizar durante la jornada, por lo que, o bien se alarga o bien se trabaja a un ritmo alto, se continúa sin saber lo que se cobra cada mes por el contrato a tiempo parcial y sus horas complementarias o no se sabe el horario laboral porque los preavisos de las modificaciones constantes son irrisorios. No se está cambiando el origen de estos riesgos laborales.**

Se puede poner como ejemplo la capacitación en **resiliencia**. A menudo se basa en la idea de que la persona no puede elegir lo que le sucede, pero sí puede escoger cómo reacciona: hay que desarrollar optimismo, sentido del humor, adaptarse a las circunstancias, es decir, **resignarse**. La principal crítica sindical a la promoción de la resiliencia es que **exige a la población trabajadora que de manera individual asuma la responsabilidad de las decisiones gerenciales y los fallos del sistema y las organizaciones** y, además, si puede ser, con una sonrisa (Traynor, 2018). Se han realizado multitud de investigaciones sobre todo en el ámbito sanitario y teniendo en cuenta todos los resultados a partir de revisiones sistemáticas y meta-análisis se concluye que las intervenciones basadas en técnicas de **relajación, mindfulness, regulación emocional, etc. sobre la salud mental (depresión, ansiedad y estrés) es nulo entre por ejemplo el personal de enfermería**; las evidencias de mejora de dichos trastornos de salud e incluso del propio aumento del nivel de resiliencia es escasa y de baja calidad, siendo inválidas (Kunzler 2020 y 2022).

Esta forma de actuar evita tocar las prácticas empresariales de gestión laboral, **convirtiendo en un problema personal y de la salud pública, los trastornos de salud mental originados en las condiciones de trabajo. Se niegan derechos evitando tocar unas formas de diseñar, organizar y gestionar el trabajo que enferman, pero dan importantes beneficios a corto plazo.** La salud mental en los centros de trabajo es un objetivo aceptable, pero **como plantean la OIT y la OMS se tiene que conseguir cambiando las condiciones de empleo y trabajo primero**, moldeando las prácticas de gestión laboral para promover un **empleo decente, más justo y democrático y por ello más saludable**. No se pueden permitir más incumplimientos de la ley a través del “*mentalwashing*”, como lo etiqueta la psiquiatra Belén González o lavado de cara a través de la salud mental.

Tenemos mucha experiencia en promover un trabajo más saludable que es más decente, más justo y democrático, véanse los convenios colectivos a nivel sectorial, los acuerdos de diálogo o concertación social a nivel estatal o de comunidades autónomas, los acuerdos de empresa dentro y fuera del ámbito de la salud laboral. Es transversal y tenemos que seguir avanzando con más celeridad y profundidad.

3.

NOTAS SOBRE EL EMPLEO EN EL SECTOR DE LA ASISTENCIA EN ESTABLECIMIENTOS RESIDENCIALES

En España en enero de 2025 había **1.644.073 personas en situación de dependencia reconocida**. Tanto en el ámbito profesional como en el de las familias son las mujeres las que protagonizan el trabajo de cuidados de estas personas, lo que se traduce en que las mujeres tienen peor calidad de vida, menos opciones laborales y peores pensiones.

En un contexto de envejecimiento poblacional, el Ministerio de Derecho Sociales ha determinado que en España **cada mes entran en el sistema 10.000 personas demandantes de cuidados de larga duración**. Atendiendo a la cartera de servicios, **en 2030 sería necesario aumentar el empleo en este sector entre un 53% y un 131%** según si el escenario es continuista o pretende una cobertura universal comunitaria. La **media de gasto en cuidados de larga duración en la OCDE es del 1,55% del PIB, mientras que en España se invierte el 0,85%**. La diferencia supone que España debería invertir 11.151.900 millones de euros para llegar a esa media (Ministerio DSCA, 2025).

En 2025, 489.900 personas estaban empleadas en los servicios del SAAD (trabajadoras de atención residencial, en centros de día y de noche, y de ayuda a domicilio), siendo mujeres 8.5 de cada 10 personas trabajadoras (en el promedio del mercado de trabajo español, las mujeres son 4.6 de cada 10 personas trabajadoras). **Casi el 70% de estas personas trabajan en centros residenciales, el 80% de las cuales desarrollan su cometido en centros residenciales privados, que son la mayor parte de centros residenciales: 7.4 centros de cada 10 son de titularidad privada**, aunque una parte muy importante de sus camas se paga parcialmente con **financiación pública**, a partir de la prestación económica vinculada, a los que se pueden sumar el **1.4 de cada 10** de titularidad pública, pero de **gestión privada**, según datos de la EPA y el IMSERSO. En estos centros privados, **el 60% de trabajadoras están empleadas en puestos de atención directa, mayoritariamente en el puesto de gerocultora/auxiliar de enfermería, siendo el 90% de las personas que lo ocupan mujeres, el 24,6% nacidas en el extranjero**, y es dónde más crece el empleo desde la entrada en vigor de la LAPAD (Martínez y Nogueira, 2025). Según datos de la Seguridad Social, **en diciembre de 2025, 332.494 personas asalariadas trabajaban en el sector de la asistencia en establecimientos residenciales, 277.667 de las cuales eran mujeres**.

Una investigación encargada por el Ministerio DSCA (Afi, 2025) plantea que las prácticas empresariales de gestión laboral en el **sector de la asistencia residencial** en España se continúan

caracterizando por **sueldos más bajos que el promedio nacional** (33.8% inferiores con datos de 2023: en las residencias las trabajadoras perciben una media de 17.200 euros anuales frente a los 26.000 promedio del conjunto de sectores), un **mayor uso del contrato temporal** (23% en la asistencia residencial frente al 13% promedio con datos de afiliación al régimen general de 2024), y una mayor **parcialidad involuntaria**. Con datos de 2024, el 12% de trabajadoras de establecimientos residenciales trabajaba a tiempo parcial y la mitad (51%) lo hacía de forma involuntaria, por encima del promedio nacional (46%). También un estudio sobre el sector y concretamente focalizado en los **puestos de atención directa**, compara datos de la EPA de 2023 y 2008 y del ámbito público y privado y sitúa en el **40%** el uso del contrato a **tiempo parcial entre los puestos de atención directa en el sector privado**, siendo **involuntario el 24,5%, cifras de 2023** muy superiores en los establecimientos privados que en los públicos y aumentadas respecto del 2008. En cambio, el uso del **contrato temporal**, que abarcaba al **28,1%** de trabajadoras contratadas en puestos de atención directa en 2023 en el sector privado, se había reducido en un 10% desde 2008, aunque los contratos **con una duración indeterminada** habían aumentado hasta situarse en el **14,7%**; ambos porcentajes en los centros privados que eran mucho menores que en los establecimientos públicos (Martínez y Nogueira, 2025).

El **puesto de gerocultora** es el puesto de trabajo con **más personas trabajadoras contratadas en el sector** (alrededor del 60%), siendo **9.5 de cada 10 mujeres**, siendo la razón por la que es el foco de este documento. Las **tareas** del puesto de gerocultora en España definidas como asistir y cuidar a las personas usuarias mayores dependientes en las actividades de la vida diaria, incluyen tareas muy diversas: tareas de **higiene personal**, **alimentación** (por ejemplo, proporcionar y administrar alimentos además de recepcionarlos, distribuirlos y recogerlos) y mantenimiento del **orden** de las habitaciones, pero también otras muchas tareas que habitualmente no se visualizan como estimular la comunicación de las personas usuarias para favorecer sus **relaciones sociales**, facilitar la **participación en actividades programadas** (gestiones, citas médicas, excursiones...), **acompañamiento, vigilancia y apoyo en traslados**, colaborar en la **integración de familiares, colaborar con** terapia ocupacional (**animación, dinamización**), colaborar con fisioterapia (**acompañar y ayudar a hacer ejercicios de mantenimiento y mejora de las capacidad físicas y motoras**) y colaborar con enfermería (realizar **cambios de postura, administrar medicación y realizar pruebas** de glucosa, administración de **insulina y heparina** pautadas) y **participar con el equipo interdisciplinar** en la adecuación del plan de cuidados individualizados y en la **planificación y organización de las actividades preventivas ocupacionales y de ocio** (VIII convenio marco estatal de servicios de atención a las personas dependientes). **Las competencias cognitivas y relacionales requeridas por estas tareas son de complejidad diversa, con exigencias emocionales y físicas** y con un **nivel alto de responsabilidad** real sobre las necesidades de las vidas humanas dependientes y vulnerables de las personas residentes.

Tomando esta evidencia en consideración puede concluirse que se aplican **prácticas empresariales precarizadoras**, fruto de los recortes en los servicios públicos, que derivan en un modelo de cuidados de larga duración asentado en la **falta de inversión** y la **privatización/subcontratación a empresas**, cuyo lucro se basa en la **precarización de las condiciones de empleo y trabajo** (Comas et al., 2022; Moré, 2016), lo que **refuerza las desigualdades de clase y género, dentro y fuera del mercado de trabajo** (Costa-Font et al., 2011; Recio et al., 2015). Es más, estas prácticas

de gestión laboral se asocian a una **mayor exposición a riesgos laborales psicosociales** (Aust et al., 2023; Roquelaure Y, 2018; Schnall P et al., 2016, Landsbergis et al., 2014), riesgos laborales que, como se ha señalado en apartados anteriores de este folleto se han relacionado con importantes **problemas de salud mental**. Por ejemplo, las altas exigencias cuantitativas, las altas exigencias emocionales, el bajo control, el bajo apoyo de compañeros y la alta inseguridad aumentan un 23%, un 21%, un 25%, un 33% (Rugulies et al, 2023) y un 61%, respectivamente, la probabilidad de padecer depresión y el conflicto trabajo-familia incrementa un 26% las probabilidades de consumir psicotrópicos (Niedhammer et al., 2021). Es decir, su falta de prevención tendría importantes costes en términos de pérdida de salud de estas mujeres trabajadoras. **Se ha calculado que un 30.6% de depresiones entre las mujeres en España se impedirían si se eliminara la exposición a altas exigencias y baja autonomía, a altas exigencias y bajo reconocimiento, a alta inseguridad y a trabajar 55 horas y más** (Niedhammer et al., 2024). Y evitar estas exposiciones sólo parece **posible**, atendiendo a la investigación sociológica y económica de los servicios residenciales en los cuidados de larga duración, **si se revierte la tendencia de la financiación pública de proveedores privados, que adoptan estrategias de rentabilidad, beneficio y competencia de precios centradas en la contención de costes laborales, en base a la precarización de las condiciones de trabajo** (Martínez y Nogueira, 2025; Comas et al.2022; Costa-Font et al., 2021; Hussein S, 2018).

Diferentes estudios en el entorno europeo con modelos de provisión del servicio de cuidados de larga duración distintos al español (Suecia, Reino Unido, Alemania), indican, igualmente, que **la introducción de principios orientados al mercado en la prestación de servicios de cuidados de larga duración tiene consecuencias negativas para las condiciones laborales del personal y la calidad de la atención a personas usuarias, especialmente en empresas de capital riesgo y firmas cotizadas. El trabajo de cuidados es refractario a las mejoras de productividad, que exigen los beneficios anuales, sin degradar las condiciones de trabajo y la calidad prestada, a lo que se le suma el fenómeno del apego de la persona usuaria (consumer stickiness: es física y emocionalmente costoso cambiar de residencia). Así, los proveedores no compiten en la calidad del servicio, sino que priorizan el margen de beneficios con costes laborales ajustados en base a la contención de costes a partir de precarizar las condiciones de trabajo, a lo que se le suma la convergencia negativa entre modelos de gestión: la presión competitiva obliga a los proveedores no lucrativos a imitar las lógicas de recorte de costes de las empresas privadas;** con todo, los no lucrativos cuentan con más personal por residente y que tiene mejor formación. En cualquier caso, redundan en **ratios y presencias personal-residentes insuficientes y bajos salarios, lo que eleva los riesgos laborales psicosociales y compromete la salud laboral, la retención de personal y la nueva contratación** y también la calidad del servicio (Broms et al., 2024; Corlet Walker et al., 2022; Muller, 2018).

A falta de datos para España, la exposición a los riesgos laborales psicosociales en el sector de la asistencia en establecimientos residenciales en la UE toma las siguientes características: el 48% reportan baja autonomía y bajas posibilidades de desarrollo en el trabajo, el 42% tienen presiones de tiempo muy severas, el 36% indican que el bajo apoyo caracteriza su cotidianidad laboral, el 23% de las trabajadoras reportan que la mayor parte del tiempo trabajan en situaciones emocionalmente desgastadoras, el 22% reportan un alto conflicto trabajo-familia y el 19% de las trabajadoras reportan bajas compensaciones (EU-OSHA, 2024).

4.

PREVENIR EN ORIGEN LOS RIESGOS LABORALES PSICOSOCIALES EN EL PUESTO DE GEROCULTORA

Para prevenir los riesgos laborales psicosociales en origen la literatura científica plantea cambios en las prácticas de gestión laboral relativas a la dotación de personal, la asignación de tareas o la remuneración, en el diseño de los procesos de trabajo, del puesto, de los métodos de trabajo, la jornada laboral o el tipo de contrato, entre otros aspectos de la relación laboral que pueden ser modificados (ILO, 2026; Kjaergaard A, 2024; Aust et al., 2023; Roquelaure Y, 2018; Schnall P et al., 2016, Landsbergis et al, 2014).

La evidencia científica muestra que la mayor parte de **riesgos laborales psicosociales sufridos por el personal del sector de la asistencia en establecimientos residenciales son evitables y prevenibles en origen, cambiando las prácticas de gestión laboral**. Sólo existe un riesgo laboral psicosocial que no se puede combatir en origen, que son las altas exigencias emocionales, pero incluso estas exigencias se ven afectadas por condiciones de índole organizativo que pueden modificarse.

Es sabido que las prácticas de gestión laboral insalubres, que están en el origen de las exposiciones psicosociales en el sector de la asistencia residencial (Ellis L et al., 2025), responden a un **contexto más amplio de limitaciones del presupuesto público** derivado de las medidas de austeridad por parte de los gobiernos, es decir, recortes presupuestarios o infrafinanciación para la provisión de cuidados de larga duración, que lleva a la reducción de personal y a la aplicación de modelos de gestión caracterizados por la privatización y mercantilización a través de la subcontratación pública (Pavolini y Marlier, 2024). En España, este contexto se comprende analizando las cifras: se invierte el 0,85% del PIB en los cuidados de larga duración, mientras que la media en la OCDE es del 1,55% del PIB. La diferencia supone que **España debería invertir 11.151.900 millones de euros** para llegar a esa media (Ministerio DSCA, 2025).

Pese a este contexto, los y las gestoras de las instituciones y establecimientos residenciales tienen margen para transformar las prácticas de gestión laboral y pueden aportar cambios relevantes adoptando una postura proactiva a la hora de abordar las cuestiones que están bajo su control (Holland et al, 2018). Sin embargo, aunque las opciones existen “en teoría”, los y las

directivas suelen aceptar el statu quo y toman decisiones en función de las presiones coercitivas, miméticas o de otro tipo, sin tener en cuenta la salud de trabajadoras y trabajadores (Parker et al, 2017). Algo que es necesario cambiar a todos los niveles.

Según la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, deben **evitarse los riesgos laborales conocidos y evaluarse los que no se han podido evitar para combatirlos en origen**. Si una evaluación de riesgos demuestra que las condiciones de trabajo derivadas del diseño, organización y gestión del trabajo son desfavorables para la salud, dichas condiciones de trabajo deben modificarse en su origen. Si es necesario reducir o eliminar las exposiciones laborales psicosociales adversas, **los resultados de las evaluaciones de riesgos psicosociales, utilizando métodos validados (por ejemplo el COPSQ-ISTAS21-PSQCAT o el FPSICO, que son gratuitos), ayudarán a la dirección, a las representantes de las trabajadoras, y a las profesionales de prevención a proponer intervenciones en origen pertinentes, teniendo en cuenta las prácticas de gestión y organización del trabajo, que se deciden principalmente a nivel de empresa, y que, por tanto, también podrán modificarse a este nivel**, siendo más eficaces y duraderas que las intervenciones individuales (ILO, 2026; Kjaergaard A et al., 2024; Korbus et al., 2023; Aust et al, 2023; Jain et al., 2022; Cooper et al., 2016). Además, esta forma de actuar facilitaría el **retorno al trabajo tras un periodo de baja por enfermedad y evitaría las recaídas**, una vez sanada la trabajadora o el trabajador, ya que volvería a un entorno laboral en el que se habrían cambiado las condiciones de empleo y trabajo insalubres, que podrían volverla/lo a enfermar. También asegurando unas condiciones de trabajo saludables desde el punto de vista de los riesgos laborales psicosociales, la empresa sienta las bases para conformarse en un **lugar de trabajo** inclusivo, en tanto que las personas con enfermedades mentales o cardiovasculares serían contratadas para trabajar en entornos laborales que no les perjudicarían.

En los siguientes epígrafes, se definen algunos de los riesgos laborales psicosociales más prevalentes y se resume, por un lado, la evidencia científica del sector de la asistencia residencial en cuantos a su relación con problemas de salud mental y por otro, los estudios relativos a posibles medidas preventivas de estos riesgos laborales en origen. Finalmente, se listan las propuestas de prevención fruto de un proceso co-creativo de diálogo entre el conocimiento científico y el basado en la experiencia. Todas las aportaciones tienen el objetivo de orientar a las personas técnicas de prevención, dirección, representantes de las trabajadoras y a las propias trabajadoras de la asistencia residencial hacia una organización del trabajo más saludable.

4.1. Altas exigencias cuantitativas

Las exigencias cuantitativas se refieren a la cantidad de trabajo en relación con el tiempo disponible para realizarlo; el problema para la salud, el riesgo laboral, es el desequilibrio entre estos dos aspectos, siendo el más investigado el de las elevadas exigencias cuantitativas que suponen trabajar a un ritmo alto y/o alargar la jornada. Los estudios subrayan repetidamente que las elevadas exigencias cuantitativas y el alto ritmo de trabajo derivado de las altas cargas de trabajo y la alta presión de tiempos son los riesgos laborales psicosociales más importantes en la atención residencial (EU-OSHA, 2025). Es sabido que las altas exigencias cuantitativas en el empleo son determinantes sociales de importantes problemas de salud como la depresión (Rugulies et al., 2023). Más aún, en relación con este riesgo laboral psicosocial, existen diferentes estudios llevados a cabo en el sector de la asistencia residencial que muestran que las altas exigencias cuantitativas derivan en depresión (Fushimi, 2019), estrés laboral (Väisänen et al., 2024; Stewart et al., 2023; Munkeby et al., 2023; Lee & Oh, 2023), en el síndrome de desgaste profesional-burn out (Petersen et al., 2023), en bajas de larga duración (Januario LB et al., 2019) y en presentismo (Gustafsson et al., 2020), que a su vez incrementa las posibilidades de invalidez (Gustafsson et al., 2019), problemas de salud que podrían reducirse, si se eliminara esta exposición en las residencias geriátricas. Más aún, las altas exigencias cuantitativas se han asociado a otros riesgos laborales psicosociales como el **conflicto de rol**, debido a la carencia de tiempo para proporcionar un cuidado a residentes acorde con los estándares profesionales, derivando en estrés laboral (Väisänen et al., 2024; Stewart et al., 2023; Munkeby et al., 2023; Armant et al., 2021) y síntomas ansioso-depresivos (Gallego-Alberto et al., 2018) o al **bajo apoyo social** por impedir la ayuda a compañeras (Van der Heijden et al., 2017; Vogel et al., 2017).

Los estudios muestran que **la falta de personal o las ratios ajustadas** reflejando los valores y supuestos de la austeridad presupuestaria, inversión insuficiente, privatización y subcontratación, adoptando estrategias de rentabilidad, beneficio y competencia de precios, centradas en la contención de costes laborales están en el origen de este riesgo laboral, las altas exigencias cuantitativas (Martínez y Nogueira, 2025; Costa-Font et al., 2021; Comas et al., 2022; Hussein S, 2018; Broms et al., 2024; Corlet Walker et al., 2022; Muller, 2018; Stevens M, 2022b; Geyskens et al., 2025). Pero no sólo.

Un estudio de casos realizado en siete centros residenciales geriátricos sin ánimo de lucro mostró que las **prácticas masculinizadas de gestión taylorizada, centradas en la estandarización del trabajo de cuidados, excluyen de las tareas documentadas y medidas de las cuidadoras una parte importante del trabajo asistencial, especialmente las actividades relativas a la creación de relaciones con la persona usuaria y entre ellas y con las familiares o la colaboración con otras profesionales (fisioterapia, terapia ocupacional, enfermería)**. Invisibilizar estas tareas en las prácticas documentales del puesto de trabajo deja a las cuidadoras con una carga de trabajo contabilizada que consiste casi exclusivamente en tareas repetitivas (levantar, asear, dar de comer, ordenar ...), que deben realizarse en el menor tiempo posible, exigiendo un aumento del ritmo de trabajo. Así, el tiempo de cuidados centrado en la persona no se contabiliza derivando en unas altas exigencias cuantitativas. Tampoco se reconocían las tareas y el tiempo necesario para compartir la información imprescindible en el cambio de turno. Todo ello deriva en

mayores exigencias cuantitativas, alargamiento de jornada y una remuneración injusta (Baines & Armstrong, 2019). Más aún, la creciente complejidad de la situación de las personas residentes y de sus planes de cuidados y el énfasis en la medición del rendimiento han aumentado las tareas administrativas, incrementando la carga de trabajo (Ausserhofer et al, 2023; Stewart et al., 2023).

Sin embargo, frente a la estandarización del trabajo de cuidados en el sector de la asistencia residencial, hace tiempo el trabajo asistencial ha acuñado el enfoque de la atención centrada en la persona, anteponiendo las necesidades de las personas residentes a la normativización, a fin de aumentar la calidad de los cuidados. Este paradigma requiere cambios amplios que abarcan diferentes aspectos de la organización del trabajo (Chenoweth et al., 2019) para que no suponga una sobrecarga o la existencia de picos de trabajo, entre otros muchos aspectos. Así, es necesario planificar la dotación de personal atendiendo a las preferencias de las personas usuarias convertidas en tareas; buena muestra de ello es la experiencia de la residencia Kildebakken de Dinamarca (FNADEPA, 2024). Así mismo, la implementación de otro enfoque, el de las unidades convivenciales en grupos reducidos de residentes, pueden contribuir a reducir la carga de trabajo, pero también a aumentarla sino se miden bien las necesidades de personal y no se trabaja en equipo (Vermeerbergen et al., 2017). Por ello, en cuanto a los resultados relativos a los niveles de estrés y agotamiento de las trabajadoras, no se muestran efectos consistentes positivos o negativos asociados a la transición a las modalidades de pequeña escala (Vermeerbergen et al., 2017; Pywell et al., 2025). Estos resultados contradictorios pueden explicarse por las variaciones en su implementación, debidas a la presión por reducir costes laborales.

Así mismo, un estudio cualitativo realizado por el Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, a partir de ahora INSST (2020), mostraba también que la **carga** de trabajo está muy ligada al **número de personas** a las que debe atender cada trabajadora a lo largo de su jornada laboral pero también a su **grado de dependencia**. La severidad de la dependencia de las personas usuarias y sus necesidades ha aumentado en los últimos años, pero **se siguen manteniendo las mismas ratios** en muchas comunidades autónomas. En una parte importante de casos ello provoca que las trabajadoras tengan más tareas y que cada tarea requiera más tiempo, puesto que hay menos colaboración por parte de la persona residente, bien por problemas de movilidad, bien por problemas de comprensión, etc. lo que conlleva un aumento de la carga y el ritmo de trabajo. Además, estas altas exigencias cuantitativas se recrudecen cuando una plantilla ajustada necesita **asumir situaciones previstas o imprevistas** (vacaciones, bajas laborales, días de permiso) **que no se cubren, derivando en menos personal en el turno porque no se aseguran las presencias**.

Los estudios relativos a **intervenciones** frente a este riesgo laboral señalan el **aumento de personal** creando **nuevos puestos y substituyendo al personal de baja** en los puestos existentes como una medida preventiva necesaria ante las altas exigencias cuantitativas y el alto ritmo de trabajo. Un estudio entre enfermeras en residencias de personas mayores concluye que para mejorar el entorno psicosocial de trabajo es necesario contar con suficiente personal que, a su vez, permitiría la mejora de los cuidados a las personas residentes y la retención de las enfermeras (White, Aiken, & McHugh, 2019). El mismo llamamiento proviene de Eurofound (Eurofound 2020) que propone a los gobiernos **utilizar los requisitos de la contratación pública para aumentar las ratios**, lo que mejoraría las condiciones de trabajo y la salud de las trabajadoras en las

residencias de personas mayores.

Asimismo, una investigación en Finlandia plantea que además de reducir la cantidad de carga de trabajo y aumentar los tiempos de descanso entre jornadas y en la jornada, es necesario garantizar una distribución más equilibrada de la carga de trabajo, teniendo en cuenta la complejidad de las necesidades de las personas residentes (Väisänen et al, 2024). En esta dirección, el estudio desarrollado por el INSST (2020) propone medidas para controlar estas exposiciones como la distribución equitativa de residentes por trabajadora **en función del perfil de dependencia de las personas usuarias** para evitar sobrecargas de trabajo, disponer de personal de guardia para atender imprevistos, contar con personal de apoyo para descargar los picos de trabajo, si no se pueden evitar, y **cubrir las bajas** por enfermedad y **ausencias** por vacaciones, etc., además de para realizar **pausas** y recuperarse de la fatiga del trabajo. Finalmente, **diseñar la carga de trabajo teniendo en cuenta todos los demás factores de organización que inciden sobre ella y que se acaban de señalar** (diferentes tareas a realizar, ratios en función del perfil de la persona usuaria, imprevistos y picos de trabajo, rotaciones, etc.), distribuir la carga de tal manera que **se eviten picos** de trabajo y **planificar las tareas estableciendo objetivos y prioridades**. Con todo, el establecimiento de prioridades implica demasiadas veces **realizar las tareas más básicas** (habitualmente centradas en las necesidades físicas) y dejar de lado los aspectos sociales y emocionales o los físicos menos urgentes (como la rehabilitación), **renunciando a proporcionar la atención integral** que las personas residentes necesitan, lo que **provoca niveles de estrés elevados en las profesionales** (Zuñiga et al, 2015, Ludlow et al, 2021; Hackman et al, 2023). En otras ocasiones, se ha observado como las gerocultoras priorizan la atención a residentes **dejando de lado las tareas administrativas**, como solución a las demandas contradictorias debido a la insuficiencia de personal (Lundin et al, 2021).

En esta línea, en los últimos años, **varios estados miembros de la UE han incorporado nuevas regulaciones relativas a una dotación mínima de personal y han incrementado la ratio de personal para la prestación del servicio en establecimientos residenciales a fin de reducir la carga de trabajo, mejorar las condiciones de trabajo y los cuidados** (Comisión Europea, 2024), entre ellos Alemania, Bélgica, Luxemburgo y Finlandia. Un ejemplo notable es la reforma legislativa de 2020 **en Finlandia**, país en el que la atención a la dependencia es un servicio público universal (copago 16%) y en el que se reserva el cuidado residencial a las personas con problemas graves, que se presta **tanto en residencias públicas como privadas**. El cambio en la regulación supuso establecer una ratio mínima obligatoria de presencialidad asistencial concretada en 5 personas en puestos asistenciales por cada 10 personas usuarias (0,5), que debía aumentarse gradualmente hasta **7 trabajadoras en puestos asistenciales por cada 10 personas usuarias** (Kallio-maa-Puha y Kangas, 2021). **En 2023, se había conseguido llegar a una ratio de 6,5 trabajadoras en puestos asistenciales por cada 10 personas usuarias** (Pavolini y Marlier, 2024). El déficit de personal en el sector se ha reportado en Finlandia como impedimento para completar la media jornada requerida para cumplir la ratio de presencialidad asistencial de 7 que ha de conseguirse para 2028 (Forma y Leinonen, 2024).

Con el objetivo de atraer y retener al personal y evitar la falta de plantilla y de esta forma reducir la carga excesiva de trabajo, algunos países europeos han considerado aumentar los sala-

rios entre otras mejoras de condiciones de trabajo, a fin de hacer más atractivos los puestos de enfermería y auxiliar de enfermería/gerocultora en el sector. Destaca Dinamarca, donde el que gobierno destinó 6.800 millones de coronas danesas (equivalentes a 912 millones de euros) en 2022 para incrementos salariales (Pavolini y Marlier, 2024). En España, en las Islas Baleares, en 2023 se firmó un convenio colectivo de comunidad autónoma con vigencia hasta 2026, que ha dado lugar a importantes aumentos salariales en todos los conceptos. En concreto, **la remuneración aumenta un 41,25 % en 4 años para todas las categorías laborales (por ejemplo, la de gerocultora pasa de cobrar 1.061,98 euros a 1.500,01 euros brutos al mes en 14 pagas)**, sumando una reducción de la jornada anual (que pasa de 1792 horas a 1774 horas anuales en 2026) y un aumento de días de vacaciones y de días personales. El acuerdo **se facilitó gracias a la intervención del Gobierno Balear, que destina un presupuesto adicional de 10 millones de euros** (CAIB, 2023).

Destacar que en **España**, el acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del SAAD, sobre **criterios comunes de acreditación y calidad de los centros que proveen servicios del SAAD**, firmado entre la administración general del estado y las comunidades autónomas (2022), **vincula la financiación pública a estándares de calidad que se calendarizan hasta 2029** y entre otras cuestiones como la profesionalización y la formalización de las normas para la atención centrada en la persona, **incluye el aumento progresivo de las ratios de personal (de primer nivel de atención directa desde 0,31 en 2023 hasta 0,37 en 2029 y la ratio total de atención directa, sumando a personal en puestos médicos, enfermería, fisioterapia, trabajo social, etc. debería alcanzar 0,51 en 2029) y de estabilidad laboral (superior al 80%) y la reducción de la parcialidad (no existe porcentaje). Su implementación efectiva depende de su trasposición a la normativa de las CCAA**, que en sus años de vigencia ha tenido velocidades dispares. En **2022**, en los centros residenciales de atención a personas mayores, la ratio de atención de **primer nivel (gerocultoras/auxiliares) era del 0,36**, la ratio de segundo nivel (médicas, enfermeras, fisios, etc) era del 0,11, es decir la ratio del **personal de atención directa quedaba en un 0,47** y del resto de personal era de 0,15. Estas **ratios eran muy distintas según el modelo de gestión**, lo que puede observarse analizando por ejemplo **la ratio de personal de atención directa de primer nivel, que era de 0,48 en los centros de titularidad y gestión pública, de 0,38 cuando la titularidad del centro era pública pero la gestión privada, de 0,35 cuando la titularidad y la gestión eran privadas sin ánimo de lucro y de 0,33 cuando la titularidad y la gestión eran privadas con lucro** (IMSERSO, 2024).

Lo que no puede considerarse medidas preventivas: Frente a intervenir sobre la demanda del mercado laboral, cambiando las condiciones de empleo y trabajo, existe otra alternativa para resolver la escasez de personal, que se implementa en una parte importante de los estados miembros que implica seguir una estrategia de "vía baja", interviniendo principalmente en la oferta del mercado laboral de los cuidados de larga duración, desprofesionalizando el sector, reduciendo los niveles de educación y formación exigidos, más aún, no reconocer las competencias y cualificaciones adquiridas por las trabajadoras migrantes antes de entrar en un país de la UE, dando lugar a que trabajadoras cualificadas acaben en puestos menos cualificados o bien reduciendo los requisitos estructurales (ratios, presencias) para el funcionamiento de los servicios residenciales (Pavolini y Marlier, 2024), implicando todo ello una precarización de las condiciones de trabajo en el sector de los cuidados, su insalubridad y la multiplicación de las desigualdades en el mercado de trabajo.

Medidas preventivas

Atendiendo a la evidencia y a la experiencia en el puesto de trabajo, se proponen tres ámbitos de acción preventiva para evitar o reducir las altas exigencias cuantitativas:

Aumentar personal

Se trataría de hacer los cambios necesarios para aumentar las plantillas en las residencias, a fin de **contar con el personal suficiente en cada turno para poder asumir la carga de trabajo**, teniendo en cuenta vacaciones e imprevistos habituales (días de libre disposición, cubrir las bajas por enfermedad, etc.). Y ello, implicaría desarrollar acciones que sobrepasan el ámbito de la empresa:

1. **Aumentar el precio-plaza que paga la administración** a los establecimientos residenciales privados, alineándose con el coste en las residencias públicas y **fijar criterios en los pliegos de concierto para que ese incremento se destine a personal**, además de **establecer medidas de supervisión y auditoría**.
2. **Cambiar el funcionamiento de las prácticas de contratación pública, cuyos pliegos han de priorizar el cumplimiento de los derechos laborales frente al precio. Se trata de introducir criterios sociolaborales y aumentar su valoración.** Por ejemplo, exigir el **cumplimiento de los convenios colectivos, exigir la presencia de personal de atención directa de primer nivel en las ratios establecidas en todos los turnos, la reducción de la parcialidad y de la temporalidad, la sustitución del personal de baja, etc.** La dimensión relativa a la competencia de precios entre los posibles proveedores desempeña en la actualidad un papel clave en la adjudicación del contrato que es necesario revertir.
3. **Determinar una penalización por trabajadora y vacante/ausencia por turno**, en caso de no cumplir la ratio de presencia (similar a las penalizaciones por el uso ilegal del contrato temporal).
4. **Vigilar el cumplimiento de las presencias físicas** de gerocultoras en cada turno (se puede hacer consultado los registros horarios o visitando el emplazamiento por parte de Inspección de Trabajo). Se propone también un canal de **denuncia** específico a la administración correspondiente cuando falta personal, con respuesta en 72 horas.
5. **Impedir** durante un mínimo de 5 años la presentación a **concurso público** de las empresas o fundaciones que hayan sido multadas.
6. Cambiar el establecimiento de las ratios por parte de las administraciones, en el sentido de **determinar las ratios (plantilla mínima suficiente) en base al personal asistencial por grupo profesional que ha de estar PRESENTE físicamente en la residencia y por cada turno**, frente la situación actual, en la que se fijan ratios teniendo en cuenta a todo el personal contratado

y de todos los perfiles profesionales. Se trata de conseguir fijar un número mínimo suficiente de gerocultoras presentes físicamente en la residencia en cada turno, descontando el personal de otros perfiles profesionales presente, personal de baja, de vacaciones, etc.

7. Establecer **ratios/presencias más específicas de dependencia severa** de las personas residentes por parte de las administraciones, para adecuar las presencias de gerocultoras en cada turno a la situación de dependencia de las personas usuarias.
8. **Mantener actualizada la situación de dependencia de las personas residentes tanto en la residencia como en la administración.** Para ello sería necesario **establecer unos criterios de revisión automática** de la situación de dependencia de las personas mayores y **de la ratio de presencia de gerocultoras** correspondiente en cada turno.

Cambiar la planificación de las tareas

1. **Dar participación a las gerocultoras en la planificación periódica de tareas incluyendo rotaciones entre plantas /unidades de convivencia de mayor y menor carga cuantitativa y emocional de trabajo** (deben poder aportar su visión sobre la carga de trabajo real y las posibilidades de asumirla para asegurar una atención integral y la calidad del servicio). Se puede asignar una portavoz por planta/unidad de convivencia de forma rotativa entre todas las trabajadoras en el puesto de gerocultora, asignando tiempo en la carga de trabajo de dicha gerocultora; y/o bien asignar a una representante legal de las trabajadoras (evitar amiguismos).
2. **Ajustar los tiempos de las tareas según necesidades reales** de la persona **residente** y **medios y materiales** requeridos/existentes. Una vez realizada esta operación, aumentar la dotación de personal si se considera necesario. Re-evaluar periódicamente los tiempos necesarios (como mínimo mensualmente o cada vez que las personas residentes sufren cambios).
3. **Reducir la carga administrativa** (eliminar registros informáticos, manuales u orales) en el puesto de gerocultora o **contabilizar estas tareas en la carga de trabajo** del puesto (asignar un tiempo en el cálculo de la ratio de presencia). Aumentar la dotación de personal si se considera necesario una vez realizada esta operación. Re-evaluar periódicamente esta carga.
4. **Determinar de manera participada criterios de priorización de tareas**, que incluyan desarrollar una atención integral adecuada a las personas residentes más allá de fijar las tareas esenciales.

Trabajar en parejas y adecuar los recursos materiales

1. **Trabajo en parejas.**
2. **Disponer de materiales ergonómicos:** ropa deslizante en las camas, vestimenta flexible de usuarias/os, esponjas jabonosas, toallitas de baño sin aclarado, desechables, etc.

3. **Disponer de equipos ergonómicos suficientes:** grúas de techo, de bipedestación y de transferencia, discos de giro, tablas de transferencia, camas articuladas y de altura regulable, sillas de baño con ruedas, carros de medicación y curas motorizadas, cota cero, sillones con mecanismos de elevación eléctrica y reposabrazos compactos y estables, etc.
4. **Planificar y ejecutar el mantenimiento de los equipos:** se requiere personal de mantenimiento suficiente para reparar averías en cuanto se produzcan y para un mantenimiento preventivo planificado de equipos.
5. **Implementar la planificación de la renovación de materiales y equipos.**

4.2. Alto conflicto trabajo-familia y alta inseguridad laboral

El **conflicto trabajo-familia** trata las posibles **consecuencias del empleo** en el trabajo doméstico y de cuidados en los hogares. Las **exigencias cuantitativas y cualitativas** del empleo y su **simultaneidad con las exigencias** del trabajo de cuidados en la familia, pueden provocar **conflictos de tiempo y energía a las personas trabajadoras, principalmente mujeres** (dada la desigual distribución por género de tareas doméstico-familiares en los hogares), que afectan a su salud. La **inseguridad laboral** se define como la falta de estabilidad en las condiciones de trabajo fundamentales como es la **jornada**. El problema para la salud, el riesgo, es por exceso. En estudios llevados a cabo en el sector de la asistencia residencial de personas mayores, estos riesgos laborales se han asociado con problemas de **salud mental** (Zhang et al, 2016; Zhang et al, 2017) y con mayores problemas **cardiometabólicos**, con más frecuencia entre las trabajadoras jóvenes (Berkman et al, 2015). La exposición al alto conflicto trabajo-familia fue identificada como la más determinante del **estrés laboral crónico** (Bischoff-Schumacher et al., 2025).

La bibliografía relativa al origen laboral de estos riesgos en el sector de la dependencia apunta como **causas laborales principales** a las **exigencias constantes de disponibilidad cuanto a la jornada**, la **falta de participación** por parte de las trabajadoras **en los diferentes aspectos relativos a la jornada** (falta de participación en la definición del horario diario, distribución semanal y mensual, duración de la jornada, en los múltiples cambios en la ordenación y extensión de la jornada, patrones de rotación, etc...) y a la **falta de personal**. También se ha demostrado que los **turnos rotativos** y los **turnos diurnos fraccionados** aumentan el conflicto trabajo-familia (Hau-ser et al, 2023; Kossek et al, 2016).

El **personal del puesto de gerocultora** es el grupo de personal más numeroso y representa una proporción significativa de los costes variables de las residencias y suele ser el **objetivo de las medidas de contención de costes**. La tendencia es recurrir en gran medida a fórmulas flexibles, utilizando la legislación vigente como contrataciones temporales o de manera más frecuente la contratación a **tiempo parcial** con una regulación que permite una gran discrecionalidad empresarial en relación con la cantidad y ordenación de la jornada a través de las **horas complementarias**. La inseguridad puede surgir de las variaciones en las **exigencias de los empleadores sobre**

la disponibilidad de los trabajadores en cuanto a la jornada (es decir, cambios imprevisibles en los horarios de trabajo o en la cantidad de horas semanales), lo que a su vez puede dar lugar a la imprevisibilidad sobre el nivel de **ingresos**. Destaca un estudio entre gerocultoras en quince residencias de personas ancianas que mostró que el alto conflicto trabajo-familia y la inseguridad de las trabajadoras se correlacionaba con la **falta de participación de las trabajadoras en los patrones de la turnicidad y la poca antelación con la que se informaba de los turnos, debido** al planteamiento de **la planificación horaria como una operación de reducción de costes laborales** (Zhang et al., 2017).

Los resultados del estudio del INSST (2020) revelaron que, todas las trabajadoras entrevistadas referían haber tenido dificultades para conciliar el horario de trabajo con las necesidades de cuidado de sus familiares. Si bien, algunos centros proporcionan con tiempo los calendarios laborales permitiendo a las trabajadoras conocer su jornada y vacaciones a meses vista, en otros centros **el calendario se comunicaba con menos de un mes e incluso una semana de antelación**, lo que provocaba la inseguridad laboral relativa a la jornada e impedía organizar el trabajo de cuidados y doméstico en el ámbito familiar. En esta línea, una tendencia cada vez más frecuente son las **comunicaciones a través de grupos de WhatsApp**. A las trabajadoras entrevistadas se les informaba de cualquier cambio en el estado de las residentes a las que atendían o de los **cambios de turno sin el plazo mínimo de preaviso exigido por ley y convenio colectivo, además de prolongarles el trabajo más allá del horario oficial y no permitir la desconexión**.

En relación con las **medidas preventivas en origen de estos riesgos laborales**, la literatura asocia el equilibrio entre el empleo y la familia y a la reducción de la inseguridad con una **mayor participación en la decisión de las horas de trabajo y la posibilidad de ajustar la ordenación de la jornada a las necesidades de cuidado de la familia**. Un estudio de intervención en 15 residencias geriátricas mostró que las intervenciones diseñadas para **aumentar el control del tiempo de trabajo** pueden beneficiar a las gerocultoras, especialmente a las que tienen una “doble tarea” de cuidado de personas ancianas en el empleo y en el hogar o una “triple tarea”, que incluye también el cuidado de criaturas. Las autoras concluyen que estos cambios participativos en la jornada, con beneficios importantes, son limitados y que para mejorar a largo plazo el entorno psicosocial de trabajo es necesario introducir otros cambios organizativos y de gestión como son la **dotación de personal** y el aumento de la **remuneración** (Kossek et al., 2019).

El estudio del INSST (2020) propone como soluciones para reducir el conflicto trabajo-familia y la inseguridad laboral relativa a la jornada, una **mejor organización de los calendarios de trabajo**, así como su **comunicación a las trabajadoras con suficiente antelación; el diseño de los turnos de trabajo teniendo en cuenta las necesidades de las trabajadoras según el momento de ciclo vital** y los ritmos biológicos y disponer de personal de guardia o apoyo para atender cuestiones previstas e imprevistas relativas a la dotación de personal.

En lo que respecta a las **características de los turnos**, según un estudio transversal en residencias y hospitales, basado en análisis multivariados, el personal que trabajaba en turnos alternos y en turnos de noche estaban más expuestas al conflicto trabajo-familia que el personal que trabajaba en **turnos largos** de 12 horas durante el día o la noche. De hecho, el personal que trabajaba

en turnos de 12 horas durante el día y la noche se veía obligadas con menos frecuencia a asumir turnos con poca antelación, o a levantarse antes de las 5 de la mañana para ir a trabajar, y cuando trabajaban en turnos nocturnos de 12 horas, informaban de que trabajaban menos los fines de semana y a turnos fraccionados. Así, las autoras del estudio consideraron la ampliación de los turnos de trabajo como una solución para las dificultades con el cuidado de los hijos/as, ya que **permitía reducir el número de días de trabajo y las horas y días asociales** (Estry-Béhar & Van Der Heijden, 2012). Ampliando esta línea y con relación al alto conflicto trabajo-familia y a otros riesgos laborales psicosociales como las altas exigencias cuantitativas y la inseguridad relativa a la jornada, una investigación noruega plantea que los turnos largos permitían períodos de **descanso prolongados** (normalmente de 3 a 8 días) que facilitaban una mayor desconexión y recuperación del trabajo en comparación con los turnos tradicionales. También reducían los niveles de estrés laboral reduciendo las exigencias gracias a un **mejor flujo de trabajo** y a un **menor número de traspasos a lo largo del día laborable**. Además, el menor número de días laborables permite una **separación más clara entre los ámbitos laboral y no laboral y reduce los tiempos de desplazamiento**. Asimismo, los turnos largos permiten que más personal ocupe **puestos a tiempo completo**, lo que proporciona **horarios predecibles e ingresos estables** en comparación con los contratos a tiempo parcial habituales en los turnos tradicionales (Ingstad y Haugan, 2024). **Pese a los efectos positivos en términos de reducir el conflicto trabajo-familia y la inseguridad laboral relativa a la jornada**, las semanas laborales comprimidas basadas en turnos prolongados seguidos de varios días de descanso, **los turnos largos, pueden entrañar** trastornos o privación del sueño y mala alimentación, que puede derivar en síndromes metabólicos con mayores riesgos de **enfermedades cardiovasculares y cáncer de mama** (Rosa et al., 2019). Por otra parte, las jornadas laborales prolongadas **umentan la fatiga, lo que contribuye a las lesiones y accidentes** laborales (Imes et al., 2023). Se ha mostrado en residencias geriátricas que, tras **dos turnos de noche consecutivos de 12 horas, la recuperación completa requiere al menos tres días de descanso** (Haluza et al., 2019).

Dos experiencias francesas (Hespérie-Bretaña y Notre-Dame-Lourdes) publicitadas fruto de la alianza franco-danesa para los cuidados de larga duración (FNADEPA, 2024) reportan el aumento de las jornadas a 10 y 12h respectivamente en los turnos de trabajo como medidas de éxito para reducir el conflicto trabajo-familia y la inseguridad respecto de la jornada y así incrementar la dotación y retención de personal.

Medidas preventivas

Atendiendo a la evidencia y a la experiencia en el puesto de trabajo, se proponen medidas preventivas que se focalizan en conseguir previsibilidad en la jornada y adaptación a las necesidades de las personas trabajadoras con el fin de evitar o reducir el alto conflicto trabajo-familia y la inseguridad respecto de la jornada y el salario:

Calendario anual fijo y permitir permutas

Se trata de diseñar un **calendario laboral inamovible ANUALMENTE** y de forma **PARTICIPADA**, con las siguientes características:

1. **Comunicar** el calendario/planilla **a 15 de enero** todos los años. **Incluir** en el calendario/planilla los **días efectivos de trabajo y hora de entrada y salida, descanso semanal, festivos y vacaciones (turnos)**.
2. Asignar ordenación de la jornada teniendo en cuenta las **necesidades de las personas trabajadoras según momento del ciclo vital**.
3. Determinar un mínimo de **un fin de semana completo al mes (sábado y domingo) o dos fines de semana completos por necesidades de conciliación; rotar festivos, festivos especiales y ordenación diaria** (rotar las jornadas y ordenaciones asociales según momento del ciclo vital, entre todas las trabajadoras en el puesto de gerocultora y por orden alfabético, para evitar discrecionalidad y favoritismos); rotar vacaciones anualmente.
4. **Cada día de los 14 festivos trabajados se compensará con 2 días laborables** (esas trabajadoras tendrán menos días y horas laborables anuales) además del plus determinado en convenio.
5. Establecer la **jornada continuada** (no permitir la jornada partida, ni con contrato a tiempo completo ni con contrato a tiempo parcial) **y turnos de como mínimo 6 horas diarias**, evitando al máximo el contrato a tiempo parcial.
6. **Permitir permutas entre las trabajadoras, gestionadas por ellas mismas.**
7. **Asignar en el calendario/planilla anual todas las horas laborables.**

Dotación de personal presente suficiente

Disponer de personal presente suficiente para evitar las modificaciones de jornada: atendiendo a la carga de trabajo existente y calidad de servicio requerida en cada turno **planificar la dotación de personal teniendo en cuenta vacaciones y descansos en calendario anual y atendiendo a la experiencia de años anteriores para las bajas por enfermedad y permisos, días de libre disposición, sustitución de dispensas sindicales, etc.**

Protocolo de asignación de modificaciones inevitables y compensación

Si, pese a introducir las medidas anteriores, no se consiguen eliminar **los cambios no previstos** de jornada, estos **se regulan y compensan de la siguiente manera**:

1. Establecer un **calendario** donde se reflejen turnos de trabajo con **vacantes** que toda la plantilla de forma voluntaria pueda optar a cubrir. La **asignación** entre las voluntarias será **protocolizada** para evitar discrecionalidad, incertidumbre y favoritismo: se asignarán **rotativamente**, por **orden alfabético** entre todas las trabajadoras **voluntarias**. Cada trabajadora a la que se le asigne la vacante **estará disponible** y se compensará **cobrando el plus de disponibilidad por cada turno a disposición, aunque finalmente no sea requerida**.
2. Otras **modificaciones de jornada inevitables (independientemente de que formen parte o no de lo regulado para las horas extras, la distribución irregular de la jornada a tiempo completo o para el contrato a tiempo parcial, horas complementarias y horas complementarias de aceptación voluntaria)**:
 - Se pre-avisan con **24 horas de antelación**.
 - **Asignación protocolizada para evitar discrecionalidad, incertidumbre y favoritismo: se asignan rotativamente, por orden alfabético de todas las trabajadoras en el puesto de gerocultora y se permiten permutas entre ellas** -gestionadas por las trabajadoras-, excluyendo trabajadoras con jornada reducida por cuidados, situaciones de violencia de género, limitaciones relacionadas con la seguridad y la salud, etc.
 - Se asigna un **sobrecoste a cada hora (el doble)**.
 - Se delega **la decisión a la trabajadora del retorno y compensación de los excesos de jornada** (el **cómo** -tiempo o/y dinero- y el **cuándo**-qué día/horas si decide tiempo), que se computarán mensualmente y se disfrutarán en los siguientes tres meses.
3. **Si no se cumple con las presencias necesarias, se asigna un sobrecoste (el triple) a cada hora de las compañeras del turno que asumen la carga** de las trabajadoras que debían estar/ ser substituidas.
4. **Respetar la desconexión digital y el descanso diario y semanal**. Las necesidades del servicio de cualquier índole no se comunicarán a las trabajadoras a través de WhatsApp fuera de su jornada laboral.

Reducción de la jornada anual, el aumento de días de vacaciones y de días personales

La experiencia del **I convenio colectivo de residencias y centros de día para personas dependientes de la Comunidad Autónoma de Iles Balears (2023-2026)**, publicado en el BOIB nº 47 (2023) es una buena muestra de que son medidas posibles: la jornada laboral anual pasa de 1.792 horas en 2023 a 1.774 en 2026; las vacaciones se incrementan hasta 32 días a partir de 2025 y se incorporan 4 días de libre disposición. Cuanta más reducida es la jornada anual a tiempo completo, sin perder salario, menos posibilidades de conflicto trabajo-familia.

4.3. Bajo control

El bajo control, termino usado en la literatura científica de salud pública, tiene dos vertientes. Por un lado, se refiere al grado en que la trabajadora puede influir en aspectos de su propio trabajo, que van desde, la planificación hasta la forma de realización del trabajo (*decision authority*). Por otro lado, se refiere a las posibilidades que la realización del propio trabajo da a las trabajadoras para utilizar sus habilidades y conocimientos y aprender otras nuevas (*skill discretion*). La investigación en el sector de la asistencia residencial muestra que estos riesgos, las bajas posibilidades de desarrollo y la baja influencia, que también podemos llamar bajo control, son los factores que más predicen altos niveles de síntomas depresivos (Jakobsen et al, 2015) y las bajas por enfermedad laboral en el puesto de gerocultora (junto a otros riesgos como las altas exigencias cuantitativas o las posturas de trabajo), atendiendo a datos longitudinales de dos décadas de registros y ajustando por sexo y edad (Helgesson et al., 2020; Marklund et al., 2019).

Diversos estudios muestran que, aunque las gerocultoras son quienes prestan mayores horas de atención directa a las personas residentes, no pueden participar en los procesos de toma de decisiones sobre residentes en los establecimientos geriátricos. El origen tiene que ver con el diseño de las tareas y con los métodos de trabajo utilizados en el puesto de gerocultora. Un estudio de casos mostró que los instrumentos de valoración de la persona residente tipo RAI-MDS ligados a la implementación de **métodos de trabajo taylorizados** en los cuidados son una vía para la descualificación y para la reducción de la autonomía de las trabajadoras en los puestos de primera línea. En estos contextos, el puesto de trabajo de las gerocultoras se diseña y consiste casi exclusivamente en **tareas repetitivas y estandarizadas** (dar de comer, ir al baño, duchar, dispensar medicamentos, desplazar a los y las residentes por el edificio), mientras que para las trabajadoras es importante decidir qué tareas realizar, en qué orden, qué tareas priorizar y a qué restar importancia cuando se quedan sin tiempo, y tener participación en la forma de prestar y planificar los cuidados (Baines y Armstrong, 2019). En dos estudios sociológicos españoles se resumen hallazgos similares (Moré, 2016; Recio Cáceres et al., 2015). La investigación también muestra que las trabajadoras en el puesto de gerocultora no tienen acceso a información esencial como los planes de cuidados. Las **estructuras jerárquicas rígidas** contribuyen a la exclusión de las gerocultoras de los procesos de toma de decisiones, las **excluyen de los procesos de evaluación y planificación de cuidados**, lo que crea barreras para una coordinación eficaz del equipo y el intercambio de información (Cranley et al., 2023; Jacobsen et al., 2018). Se señala que estas formas de gestión laboral jerárquicas y poco participativas **dificultan la implementación efectiva del enfoque de cuidados centrado en la persona**, que requiere una mayor horizontalidad y participación de las trabajadoras de atención directa para realmente tomar decisiones basadas en las necesidades cambiantes de las personas residentes. En el estudio ya mencionado del INSST (2020), las trabajadoras plantearon que no participaban en la toma de decisiones relativa a la organización de las tareas ya que todo el trabajo está pautado y existe poco margen para decidir las tareas a realizar, cuándo llevarlas a cabo, el tiempo a invertir o incluso alterar el orden de esas tareas. Estas condiciones de trabajo desfavorables para la salud se originan en la estandarización del trabajo de gerocultora sin la participación de las trabajadoras que ocupan ese puesto y en la falta de reconocimiento de su profesionalidad.

En los establecimientos residenciales del sector de la dependencia hay espacio para **desarrollar prácticas de participación directa grupal** que mitigan el bajo control. La **mayor horizontalidad en las decisiones que requiere la implementación efectiva de los enfoques de atención centrada en la persona y de las unidades de convivencia** son una oportunidad para las prácticas de gestión laboral participativas. Atendiendo a la literatura de salud pública, la participación directa grupal delegativa (grupos semi-autónomos, equipos autogestionados) o consultiva (grupos de consulta durante la jornada laboral) **mejoran la baja influencia y bajas posibilidades de desarrollo a la vez que el bajo apoyo de compañeras y superiores** entre trabajadoras de puesto de ejecución (Llorens-Serrano et al, 2023, 2022, 2019), siendo por ello más saludable que una organización del trabajo autoritaria o taylorizada (Korbus et al, 2023; Muntaner et al, 2015). En esta dirección el INSST (2020) propone por un lado, **contar con la participación de las trabajadoras en la planificación de tareas, el reparto del trabajo, la resolución de incidencias, la adquisición de equipos, la asignación de turnos, las vacaciones, etc., mediante reuniones periódicas (participación directa consultiva grupal)**; y por otro, **dotar de autonomía a las trabajadoras, para establecer el orden de las tareas, elegir el método de trabajo y tomar decisiones ante situaciones imprevistas** y facilitar el **trabajo en equipo** asignando tareas grupales y no solo individuales (**participación directa delegativa grupal**). Sin embargo, las prácticas de participación directa en un contexto caracterizado por la falta de personal y la sobrecarga e intensificación del trabajo, compromete la salubridad de esas prácticas ya que **no consigue reducir las exigencias cuantitativas** o, lo que es peor, estas **pueden aumentar** al introducir estas prácticas participativas en un contexto de falta de personal (Hung et al, 2018), es decir, requieren de dotación de tiempo en la planificación de la carga (Ollé-Espluga et al, 2024) y por lo tanto de personal suficiente. Una experiencia francesa de **equipos interdisciplinarios autogestionados**, implementados en la residencia Noël Leduc en Hasnon, publicitada fruto de la alianza franco-danesa para los cuidados de larga duración, reporta un aumento de la autonomía y la variedad de tareas y mayor uso, desarrollo y reconocimiento de la profesionalidad como medida de éxito para aumentar el control y el reconocimiento de las trabajadoras y de esta manera incrementar la retención de personal y reducir las bajas por enfermedad (FNADEPA, 2024). La implementación de programas de mejora continua en una residencia belga de mayores, en los que el personal se reunía periódicamente para identificar problemas y compartir propuestas de solución, tuvo efectos positivos en términos de mayor autonomía y menor presión de tiempo y previsibilidad (Benders et al., 2019).

Medidas preventivas

Atendiendo a la evidencia y a la experiencia en el puesto de trabajo, se proponen medidas preventivas que se focalizan en implementar MÉTODOS DE TRABAJO PARTICIPATIVOS con el fin evitar o reducir el riesgo laboral relativo al control (incrementar la autonomía, la influencia y las posibilidades de aplicar y mejorar habilidades y conocimientos)

En el contexto del modelo centrado en la persona residente (adecuación del cuidado a las necesidades de la residente versus la estandarización) y las unidades de convivencia (“mini-residencias”, dentro del establecimiento residencial), las trabajadoras que ocupan el puesto de gerocultora tienen un **papel referente** en tanto que son las que atienden y están más tiempo diariamente con las y los residentes, bien de manera grupal, cuando se trabaja en equipo, bien de manera individual. Aunque no se apliquen estos paradigmas, la gerocultora es la trabajadora que pasa más tiempo con la persona residente y en este sentido ha de poder considerarse referente.

Participación a través de la delegación a las gerocultoras de la toma de decisiones relativas a la realización cotidiana de las tareas

Durante la ejecución de las tareas del puesto de gerocultora van surgiendo problemáticas concretas, que han de resolverse en el momento, situación propia del trabajo con personas mayores, cuyo cuidado y trato no se puede estandarizar al 100% en “tarjetas” o “rutas” de trabajo (tiempos de ducha, comidas, etc.; actividades...). Esta situación implica que el protocolo de trabajo deba entenderse por la dirección como una base cambiante por parte de las trabajadoras en el puesto de gerocultora, delegándoles poder para ello, valorizando su formación y aprendizaje (del día a día y con las compañeras/os en las reuniones horizontales o interdisciplinares).

Permitir **equipos autogestionados** con decisión respecto a las tareas del servicio con un margen de tiempo semanal a fin de adecuarse a las necesidades circunstanciales de las personas residentes, en base a una decisión interdisciplinar de tareas diarias imprescindibles. Permitir cambios en los tiempos, la frecuencia de tareas, el número de trabajadoras implicadas (trabajo en parejas), etc. Admitir probar nuevas formas de trabajo. En palabras de las trabajadoras “decidir el cómo se trabaja”.

Evaluar interdisciplinariamente los cambios y registrarlos en un libro de actas.

La autogestión en ningún caso puede suponer delegar tareas del ámbito sanitario.

Participación de las trabajadoras del puesto de gerocultora en las reuniones interdisciplinarias

Se trata de incorporar a este colectivo en las reuniones de coordinación que se realizan entre distintos perfiles profesionales de las residencias (fisioterapia, enfermería, trabajo social, terapia ocupacional, medicina y gerencia), planificando ese tiempo como parte de la tarea del puesto de gerocultora, para evitar que suponga una sobrecarga. Los temas a tratar en estas reuniones son cambios en sus protocolos de trabajo con los y las residentes a las y los que cuidan habitualmente, su valoración dinámica (deterioro cognitivo, físico, actividades que pueden o no realizar, etc.), la priorización de tareas en caso de excesiva carga de trabajo o la adquisición de materiales y equipos necesarios que utilizan en su día a día. Si no hay tiempo para que participen directamente todas las personas que ocupan el puesto de gerocultora con aquella persona residente, esta participación se ha de realizar a través de una trabajadora en el puesto de gerocultora que puede actuar como portavoz, que rotará en la siguiente reunión.

Participar a través de la línea jerárquica o por escrito fuera de la reunión no sirve para mejorar la influencia o las posibilidades de aplicar habilidades y conocimientos y mejorarlas.

Obstáculos a la extensión de estas fórmulas participativas que deberían superarse antes de la implementación: En primer lugar, se cita el problema de la **ratio actual** y la necesidad de reducir el número de residentes por gerocultora y **aumentar plantilla para desplegar las fórmulas participativas como método de gestión en el puesto de gerocultora**, dada la saturación de la jornada de las trabajadoras que los ocupan, una saturación que no permite ampliar sus tareas, que es lo que supondría, en el caso de que no lo hicieran ya, participar en reuniones consultivas o delegativas. En segundo lugar, se refieren a **desarrollos en materia de gestión** que pueden acabar con la existencia de estos espacios de participación presencial. Se advierte que **la recepción e intercambio de información, tanto a nivel vertical (con superiores u otros profesionales) como horizontal (entre gerocultoras de diferentes áreas o turnos), se está automatizando** en la actualidad, a través del uso de programas informáticos, que permiten la trazabilidad y evitar la sincronía, pero **eliminan la presencialidad y la posibilidad de participar** (la información es la condición necesaria pero no suficiente para la participación). En tercer lugar, se plantea como **impedimento específico de la delegación el tema de la responsabilización**; se advierte que las trabajadoras en el puesto de gerocultora tienen miedo a cometer **errores** que se les puedan imputar al no seguir el protocolo y para los que no tendrían **salvaguarda**, si se les delegara decisiones sin realizar otros cambios. Ello podría evitarse bien con la existencia de **protocolos** que indicaran los aspectos en los que la persona que ocupa el puesto de gerocultora puede decidir, bien con el **despliegue de la consulta grupal**. **En cualquier caso, se subraya la necesidad de aumentar la plantilla para que la participación no suponga una sobrecarga.**

Enriquecimiento de la tarea

Más allá del enriquecimiento del trabajo que se consigue a través de los equipos autogestionados de gerocultoras y su participación en las reuniones interdisciplinarias, se propone la colaboración en actividades realizadas por otras profesionales (fisioterapia, terapia ocupacional) a fin de desarrollar habilidades y conocimientos y variar tareas. Exige personal adicional y un protocolo, por ejemplo: ofrecer a todas las trabajadoras en el puesto de gerocultora interesadas, por orden alfabético de apellido y permitir permutas entre ellas, a fin de eliminar la discrecionalidad que podría derivar en favoritismos.

Alargamiento de la tarea

Rotación entre plantas/unidades de convivencia para aplicar distintas habilidades y conocimientos o aprender nuevas. Es imprescindible protocolizar la rotación, por ejemplo: ofrecerla a todas las trabajadoras en el puesto de gerocultora, por orden alfabético de apellido y permitir permutas entre ellas, con el objetivo de eliminar la discrecionalidad que puede derivar en favoritismo.



4.4. Bajo apoyo

El apoyo social se refiere a la posibilidad de obtener ayuda en la realización de las tareas por parte de compañeros y compañeras y de superiores jerárquicos. La situación de exposición desfavorable para la salud mental, provocando trastornos ansioso-depresivos, es su inexistencia por trabajar de forma aislada o cuando el apoyo social es bajo, constituyendo el riesgo para la salud (Niedhammer et al, 2021; Rugulies et al, 2023; Laditka et al, 2023).

En investigaciones específicas del sector, el apoyo de compañeras y el trabajo en equipo se han asociado con una reducción del estrés, del desgaste profesional (burn out), de la depresión y de la ansiedad (Woodhead et al, 2016; Vogel et al., 2017; Hering et al, 2022; Ellis et al, 2025). En establecimientos residenciales con personas con demencia, el bajo apoyo de las compañeras en situaciones difíciles con residentes se ha asociado a una mayor prevalencia del síndrome de desgaste profesional (Costello et al, 2019; Petersen et al, 2023), que a su vez se ha asociado a mayores posibilidades de sufrir ansiedad y depresión (Topi et al, 2025).

La falta de apoyo como riesgo laboral psicosocial se ha relacionado en el sector de la asistencia residencial a la **falta de tiempo** para facilitar ayuda funcional y retorno (Van der Heijden et al, 2017). Por ello, todas las **medidas para evitar o reducir las altas exigencias cuantitativas** servirían. No se han encontrado más investigaciones relativas al origen o a propuestas de intervención en el sector en relación con el apoyo de compañeras. Es por ello por lo que se ha resumido bibliografía relativa al sector hospitalario que apunta también al factor tiempo. Varias investigaciones del sector sanitario destacan el **impacto adverso de planificar sin reservar tiempo durante la jornada para permitir el apoyo de compañeras y compañeros en el mismo turno de trabajo** (Billings et al. 2020, Bridges et al. 2017, Cole-King & Dykes 2020). En relación con las posibles intervenciones, se plantea una rápida **reunión de comprobación diaria del estado de situación al principio y al final del turno** en la que participe todo el equipo se ha mostrado que permite mejorar el apoyo de compañeras y superiores (Billings et al. 2020). Asimismo, se ha comprobado que **reservar tiempo para reuniones de equipo en pequeños grupos y también para reuniones de revisión semanales para plantear y resolver los problemas de forma participativa mejora el apoyo de compañeras y superiores** (Bridges et al. 2017, Cole-King & Dykes 2020) y también mediante la implementación de reuniones cuyo objetivo sea la **ayuda entre pares**. Los estudios (Billings et al. 2020, Bridges et al. 2017, Cole-King & Dykes 2020) también muestran que **tener un espacio punto de encuentro** permite la ayuda mutua a partir de reuniones formales e informales. Así mismo, la evidencia documenta que la comunicación es clave para lograr el apoyo social en el trabajo por lo que la **formación en habilidades de comunicación y retroalimentación** mejora la ayuda de compañeras y superiores (Orgambidez, A., & Almeida, H., 2020). Finalmente, una descripción adecuada de las funciones, mediante una **información clara y detallada sobre las tareas, las responsabilidades y el comportamiento esperado, facilita el desarrollo del apoyo, la orientación y la ayuda de colegas y superiores**. Las juntas directivas y mandos intermedios deben ser conscientes de la importancia de aclarar las tareas, las responsabilidades y las funciones de cada categoría profesional y nivel jerárquico. Ello además permite reducir la asignación injusta de tareas en los distintos puestos de trabajo (Orgambidez, A., & Almeida, H., 2020).

Medidas preventivas

Atendiendo a la evidencia y a la experiencia en el puesto de trabajo, se proponen medidas preventivas que ya se han planteado para controlar otros riesgos laborales psicosociales y que también sirven para evitar o reducir el riesgo laboral relativo al bajo apoyo de compañeras. Estas pasan por:

Garantizar la dotación y presencia del personal y el tiempo necesario para poder desarrollar la ayuda mutua entre compañeras (ver medidas concretas en epígrafe altas exigencias cuantitativas).

Desarrollo del trabajo en equipo y autogestión grupal (ver medidas concretas en epígrafe bajo control) o como mínimo en parejas.

Participación de las gerocultoras en las reuniones interdisciplinares para desarrollar el apoyo de otros perfiles profesionales (ver medidas concretas en epígrafe bajo control).

Eliminar la discrecionalidad para evitar los favoritismos (ver medidas concretas en epígrafe alto conflicto trabajo familia y alta inseguridad respecto de la jornada, y en el de bajo reconocimiento).

4.5. Altas exigencias emocionales

Las exigencias emocionales son las exigencias para no involucrarse en la situación emocional derivada de las relaciones interpersonales que implica el trabajo, especialmente en aquellas ocupaciones en las que se prestan servicios a las personas y que pueden comportar la transferencia de sentimientos y emociones. Además, enfrentarse a esas situaciones requiere expresar emociones que a veces no son genuinamente las sentidas. El problema para la salud se produce cuando son elevadas. Las altas exigencias emocionales y de esconder emociones aumentan la probabilidad de padecer depresión (Rugulies et al., 2023). Investigaciones llevadas a cabo específicamente en el sector asocian la exposición a este tipo de exigencias al síndrome de desgaste profesional *burn out* (Harrad y Sulla, 2018) y a la ansiedad (Gallego-Alberto et al, 2018), problemas de salud que podrían reducirse si se actuara ante esta exposición en las residencias geriátricas.

Estas exigencias son intrínsecas al trabajo de las gerocultoras. El estudio del INSST (2020) señala como **origen** de las elevadas exigencias emocionales la tarea central que es el **cuidado de personas mayores en muchos casos con discapacidades severas que, además, suelen agudizarse con el paso del tiempo y cuya expectativa de vida es limitada**, al tiempo que no es posible mos-

trar sus sentimientos delante de las personas usuarias y de sus familias. El trabajo de cuidados en los centros residenciales implica con frecuencia lidiar con la muerte de residentes a los que han estado asistiendo durante un largo periodo y con quienes han desarrollado relaciones personales y también con sus familias, creando vínculos que son difíciles de gestionar (Sarabia-Cobo et al., 2021; Montaner et al., 2021). De la misma manera, también las relaciones pueden ser conflictivas y derivar en **comportamientos agresivos** (Andela et al., 2021). A medida que ha evolucionado el perfil de la población atendida en las residencias, con un número creciente de personas que viven más tiempo con **afecciones y discapacidades graves y necesidades complejas**, como la demencia, ha aumentado el número de denuncias de las trabajadoras sobre experiencias de comportamientos agresivos por parte de residentes (Vidal Martí, 2021). El informe del INSST destaca el hecho de que las trabajadoras plantean que les resulta difícil desconectar tras haber terminado su jornada laboral, que se llevan a casa las preocupaciones.

Pero las altas exigencias emocionales que padecen las gerocultoras **también tienen otros orígenes**, además de las relaciones con las personas residentes y sus familias. Una parte importante de las exigencias emocionales deriva del ritmo de trabajo que deben mantener para asumir toda la **carga de trabajo** asignada (**ver exigencias cuantitativas**), que además las lleva a tener la sensación de **no estar tratando a las personas usuarias como deberían**, de no atenderles lo suficiente, de no estar ofreciéndoles los cuidados que necesitarían para preservar la dignidad y la calidad de vida de las personas residentes (**derivando en conflicto de rol por exigencias contradictorias (cantidad y calidad) o por actuar en contra de sus valores éticos o estándares profesionales, en contextos sin suficientes recursos estructurales** (Armant et al., 2021). Así mismo, el origen puede ser la falta de formación e información sobre las problemáticas asociadas a la vejez, **una formación que no siempre se les proporciona**. Esta falta de recursos organizativos en términos de tiempo y formación también genera frustración y sensación de impotencia cuando las profesionales no pueden proporcionar los cuidados necesarios a sus pacientes, elevando las exigencias emocionales prevenibles (Vandrevala et al., 2017; Vogel et al., 2017).

Las exigencias emocionales que tienen que ver con la naturaleza de la tarea no pueden ser eliminadas, siendo el único factor de riesgo laboral psicosocial que no tiene un origen organizativo, por lo que la **intervención** sólo puede pasar por la **protección**.

Las medidas de protección que la literatura plantea para este riesgo laboral psicosocial son de **dos tipos**:

Por una parte, se trataría de **formar sobre** estrategias de **afrontamiento de situaciones de sufrimiento y traumáticas** y en general sobre **problemas de salud de las personas residentes**, sobre **comunicación efectiva** con la persona usuaria y su familia, sobre **identificación y gestión de comportamientos agresivos de las personas mayores dadas sus enfermedades**. Los resultados de un amplio estudio en centros residenciales franceses revelaron que las trabajadoras con responsabilidades de atención directa mostraban niveles significativamente más altos de *burn out* y que la **formación sobre la enfermedad de Alzheimer** desempeñaba un papel protector frente a este efecto de las exigencias emocionales. Esta formación modificaba las percepciones de la enfermedad, mejoraba las habilidades relacionales y las técnicas para gestionar los

comportamientos desafiantes de las personas residentes (Zawieja y Benattar, 2019). También se proponen **foros** multidisciplinares (espacios destinados a compartir experiencias laborales) en los que el personal se reúne para **reflexionar sobre el impacto emocional de su trabajo** (De Kock et al, 2021). Las participantes destacaron la oportunidad de compartir y apoyarse entre compañeras con los aspectos emocionales de su trabajo, proporcionando un espacio de tiempo para hablar de las exigencias emocionales, reduciendo la necesidad del estoicismo. Así mismo, es frecuente que las exigencias emocionales se infravaloren, por lo que se destaca la necesidad de reconocerlas y la importancia de poner en marcha su supervisión psicológica para que las trabajadoras les pueda hacer frente (Riley & Weiss, 2016). En esta línea, una revisión sistemática (Maffoni et al, 2019) sugiere proporcionar formación para la comunicación efectiva con el paciente y su familia; fomentar la construcción de una relación colaborativa y respetuosa; tiempo para que el personal comparta experiencias; programas de formación para dotar al personal de las estrategias de afrontamiento necesarias; y presencia de estructuras y especialistas de **apoyo psicológico y de duelo**.



El concepto de **resiliencia** y las medidas para aumentar y potenciar la resiliencia han adquirido una importancia creciente en los últimos años, siendo su eficacia muy **cuestionada**. La principal crítica es que supone un intento puramente individual de mitigar problemas sistémicos; básicamente se pide al personal que de manera individual asuma la responsabilidad de las decisiones gerenciales y políticas y los fallos del sistema y las organizaciones (Traynor, 2018). Una revisión sistemática (Kunzler AM et al, 2020; 2022) sobre la formación en resiliencia y la reducción de la depresión y el estrés después entre profesionales sanitarios, concluye que las evidencias de mejora dichos trastornos de salud, e incluso de aumento del nivel de resiliencia, es escasa y de baja calidad apuntando a que **dichas intervenciones no generan los efectos esperados, invalidándolas**. Durante las difíciles circunstancias de la pandemia de COVID-19 también se experimentó que era una estrategia inapropiada (Maben & Bridges, 2020).

Por otro lado, la literatura plantea implementar **medidas organizativas: variar entre tareas más y menos exigentes emocionalmente**, rotando o bien asignando perfiles de personas mayores distintas (Van Vegchel et al., 2004) y también todas las relativas a reducir las exigencias cuantitativas (Armant et al., 2021; Vogel et al., 2017) y reservar tiempo de descanso (INSST, 2020). Sin embargo, la escasez de personal que caracteriza al sector, conlleva elevadas ratios paciente-profesional y largas jornadas de trabajo, lo que aumenta la exposición a las exigencias emocionales al tener una carga de trabajo excesiva que debería prevenirse organizativamente, **reduciendo el tiempo de exposición** (horas de trato con residentes) y **número de residentes** (ratios); de lo contrario se está provocando una mayor fatiga emocional y, como consecuencia, la necesidad de períodos de recuperación más largos (Cramer & Hunter, 2019; Bae 2021). También se ha planteado que cambiar al enfoque de **“cuidados-centrados-en-la-persona”**, siempre que se haga **con la dotación de recursos**

organizativos necesarios para ello (Van Diepen et al., 2020; Barbosa et al., 2015), **puede reducir las exigencias emocionales**. La cocreación de planes de cuidados es un componente central del enfoque centrado en la persona, que implica la colaboración entre el personal asistencial y las residentes (a menudo incluyendo a los familiares), lo que permite una mayor calidad de la atención y una mejora de las interacciones. Así, por un lado, se reducen las exigencias vinculadas al conflicto de rol, ya que permite alinear la práctica del trabajo de cuidados con los valores profesionales y por otro, al promover la toma de decisiones compartida, aumenta el entendimiento mutuo y disminuye la intensidad emocional del trabajo asistencial (Scheepers y Vollmann, 2024).

Medidas preventivas

Atendiendo a la evidencia y a la experiencia en el puesto de trabajo, se proponen siete ámbitos de acción preventiva para reducir las altas exigencias emocionales y de esconder emociones:

Formación

Formación periódica y continuada (**plan de formación**) relativa a las **necesidades reales** de cada establecimiento geriátrico, a la que accedan todas las trabajadoras, desarrollada **en el centro residencial** en el que se trabaja y **en horario laboral**.

Ámbitos de formación: **problemas de salud** de las personas residentes y cómo tratarlos (por ejemplo, trastornos ansioso-depresivos), **habilidades para el manejo de las emociones, afrontamiento** de situaciones de sufrimiento y traumáticas, **comunicación** efectiva con personas mayores y familias, **comportamientos agresivos** derivados de patologías (Alzheimer, psiquiátricos, etc.), **contención física** sin lesiones para ninguna de las partes, etc.

Se requiere no sólo del recurso formativo, sino también **tener el personal suficiente para cubrir a las trabajadoras que participan en las sesiones de formación**, a fin de no aumentar las exigencias cuantitativas y el ritmo de trabajo del resto de plantilla. La realización en horario laboral es imprescindible para no generar situaciones que puedan desembocar en otro riesgo laboral: el conflicto trabajo-familia, teniendo en cuenta que las trabajadoras son responsables de la atención y cuidados de las personas residentes, pero también en su hogar familiar.

Variar entre tareas más y menos exigentes emocionalmente

En la mayoría de los establecimientos residenciales la actividad de atención y cuidados de las personas residentes está organizada según el grado de dependencia, se trataría de **rotar** entre diferentes plantas, unidades de convivencia... etc. o **diseñar** una **combinación** de personas residentes por gerocultora equilibrada cuanto a exigencias emocionales (igual que se haría con las exigencias de carga física).

Reducir la cantidad de residentes a atender y asignar más tiempo de descanso a las que cuidan residentes muy exigentes emocionalmente

Es imprescindible disponer de **tiempo suficiente** para poder gestionar a residentes exigentes emocionalmente, se trata de realizar los cambios planteados para **reducir altas exigencias cuantitativas y el alto ritmo de trabajo**.

Trabajar en parejas con las personas residentes con historial de agresividad en todos los turnos

Ayuda a **reducir el miedo a los brotes, permite realizar mejor las contenciones** en caso de intento de agresión, **evita accidentes laborales y el desamparo emocional y físico**.

Supervisión del equipo psicológico

Seguimiento de la integridad emocional de las trabajadoras expuestas a las exigencias emocionales, desarrollar **terapia** en caso necesario, en jornada laboral.

Protocolos de resolución de conflictos

Crear **guías claras de actuación por parte de la trabajadora y de superiores y compañeras ante cada una de las situaciones críticas detectadas** derivadas de patologías de las personas residentes; **revisión trimestral**.

Si la situación crítica deriva del **machismo, racismo y lgtbifobia (maltrato verbal, discriminación, acoso) de personas residentes o de las familias**, además de desarrollar una guía clara de actuación por parte de la trabajadora y de superiores y compañeras, aplicar el **protocolo de tolerancia cero que conlleve la alta administrativa de la persona usuaria o la limitación de acceso al familiar conflictivo**.

Además, en caso de agresiones físicas **la dirección de la empresa cubrirá los gastos del asesoramiento jurídico y apoyo psicológico para las trabajadoras, además de cualquier otro gasto derivado de la agresión** (roturas gafas, dentadura, etc.).

4.6. Bajo reconocimiento

El bajo reconocimiento se refiere a la baja compensación y a la inseguridad en términos salariales, la baja consideración y el trato injusto en relación con las exigencias del trabajo. Los efectos más estudiados han sido los trastornos ansioso-depresivos (Ronnblad et al, 2019; Duchaine et al., 2020; Mikkelsen et al., 2021; Rugulies et al., 2023).

En el sector de la asistencia residencial, la falta de reconocimiento se ha asociado al deterioro de la salud mental en términos de depresión y desgaste profesional (Muntaner C et al, 2015; Pélissier et al., 2015).

En cuanto al origen del bajo reconocimiento como riesgo laboral psicosocial existe una importante laguna de investigación en salud pública respecto del sector de la asistencia residencial, por lo que se resume la evidencia relativa al sector sanitario que también es exigua. El **bajo salario**, las congelaciones salariales, los **aumentos salariales por debajo de la inflación** de un salario bajo, los ingresos inadecuados por **no tener pluses** que en otros sectores son reconocidos o que son más altos en otras categorías, el tener una categoría profesional inferior a la que corresponde por la tarea realizada, **la infravaloración de los conocimientos técnicos en el desempeño de las tareas, el escaso reconocimiento profesional asociado al puesto, la precarización de las demás condiciones de trabajo** y las escasas perspectivas de promoción serían los orígenes del bajo reconocimiento (Cramer y Hunter, 2019; Clayton-Hathway et al., 2020).

El origen de las bajas remuneraciones proviene de una combinación de circunstancias cambiables apuntadas por las investigaciones económicas, sociológicas y también de salud pública (Martínez y Nogueira, 2025; Broms et al, 2024; Comas et al.2022; Corlet Walker et al, 2022; Costa-Font et al., 2021; Muller et al, 2018; Recio C et al., 2015).

La naturalización del **cuidado**, actividad esencial para la vida humana, como una **capacidad derivada de la socialización de género de las mujeres** en el ámbito doméstico-familiar **frente** a la derivación de una **cualificación profesional técnica, invisibiliza las competencias cognitivas y relacionales requeridas para los cuidados a personas mayores dependientes y sus exigencias emocionales y físicas y oculta el nivel de responsabilidad ejecutiva sobre las necesidades de vidas humanas dependientes y vulnerables.**

Esta situación se produce y reproduce en un **mercado que infravalora la producción de la vida, es decir los cuidados**, en comparación con el trabajo destinado a la producción de mercancías u otros servicios. Y se le suma, un contexto de **empresas proveedoras privadas de cuidados, financiadas públicamente, sin prácticamente control público, que adoptan estrategias de rentabilidad centradas en la contención de costes laborales**, a partir de la precarización de las condiciones de trabajo, fruto de la priorización del margen de beneficios en base a costes laborales exiguos, obviando la interdependencia de las personas, la vulnerabilidad humana y las necesidades de sostenibilidad de la vida.

En correspondencia con lo acabado de señalar, el trabajo en cualquier puesto del sector de los cuidados, entre los que se encuentra la asistencia residencial, tiene un valor de mercado bajo, sea este de atención directa o no lo sea, con o sin formación profesional o universitaria. Según la Encuesta trimestral de coste laboral (INE), en el primer trimestre de 2025, en España, las personas dadas de alta en el código CNAE 87 ingresaban 13,92 euros brutos/hora, frente a 18,92 euros/hora que ingresaban de media el conjunto de personas trabajadoras. **Los salarios bajos del sector de los cuidados llegan a su fondo en el puesto de gerocultora.** Como referencia para salarios bajos, en 2023, el salario bruto promedio por hora de las trabajadoras en puestos de auxiliar de enfermería/gerocultora era un 31% menor que el del promedio de sectores en la UE, con importantes diferencias entre países. En España aún se situaba por debajo, siendo el salario un 38% menor (Pavolini y Marlier, 2024).

El VIII Convenio colectivo marco estatal de servicios de atención a las personas dependientes (2019-2025), que es el convenio vigente a la realización de este informe, **establece un sueldo base bruto de 1.160,37 euros/mes para la categoría en la que se incluye el puesto de gerocultora por una jornada a tiempo completo.** A ello es necesario sumarle que el 40% de trabajadoras en los puestos de atención directa en el sector privado están contratadas a tiempo parcial (Martínez y Nogueira, 2025 con datos EPA 2023).

TABLA SALARIAL CATEGORÍA GEROCULTORA EN VIII CONVENIO MARCO ESTATAL DE SERVICIOS DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS DEPENDIENTES PARA 2025

(accesible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2023-13742)

Cuantías brutas calculadas para 14 pagas (1772 horas/año)

Sueldo base	Antigüedad	Festivo/domingo	Horario Nocturno	Disponibilidad	Hora Extra	Festivo Especial
1.160,37 €	21,81 €	21,78 €	2,26 €	24,19 €	16,00 €	38,45 €

El SMI 2025 es de 1.184 euros brutos mensuales por jornada completa en 14 pagas

La literatura de salud pública del sector de la asistencia residencial relativa a medidas preventivas es exigua y apunta a la **mejora del sistema de remuneración** (salario, ascensos, bonificaciones y prestaciones sociales) (Kim y Choi, 2023) y a una **remuneración justa** (Cooper et al, 2016), ambos aspectos se ha demostrado que reducen el desgaste profesional (burn out). Una revisión sistemática de la literatura, sobre retención de personal de primera línea en la asistencia residencial, observa como factor explicativo la **mejora de los salarios y su adecuación**, entre otras prácticas de gestión laboral (Thwaites et al, 2023). La **valoración de las diferentes profesiones asistenciales en lo que respecta a la remuneración y a la autoridad profesional**, la **reducción de la arbitrariedad**, el **reconocimiento de la competencia técnica y del contenido relacional** de los puestos de trabajo, podrían mitigar el escaso reconocimiento, según la exigua literatura de salud pública al respecto. **Aumentar el valor económico del trabajo de cuidados, teniendo en cuenta las exigencias y las competencias reales** es necesario sobre todo en aquellas categorías profesionales con bajos ingresos, en un sector en el que la valoración de la profesionalidad se adquiere mediante el distanciamiento de los cuidados directos, de primera línea, feminizados (Baines y Armstrong, 2019; Kossek et al., 2019).

Como ya se ha mencionado anteriormente, algunos países de la Unión Europea han considerado **aumentar los salarios** entre otras mejoras de condiciones de trabajo, a fin de hacer más atractivos los puestos de enfermería y auxiliar de enfermería/gerocultora en el sector, base del aumento del reconocimiento. Destaca **Dinamarca, donde el que gobierno destinó 6.800 millones de coronas danesas (equivalentes a 912 millones de euros) en 2022 para incrementos salariales** (Pavolini y Marlier, 2024). **En España, en las Islas Baleares, en 2023** se firmó un convenio colectivo de comunidad autónoma con vigencia hasta 2026, que ha dado lugar a importantes aumentos salariales en todos los conceptos. En concreto, **la remuneración aumenta un 41,25 % en 4 años para todas las categorías laborales (por ejemplo, la de gerocultora pasa de cobrar 1.061,98 euros a 1.500,01 euros brutos al mes en 14 pagas)**, sumando una reducción de la jornada anual (que pasa de 1792 horas a 1774 horas anuales en 2026) y un aumento de días de vacaciones y de días personales. **El acuerdo se facilitó gracias a la intervención del Gobierno Balear, que destina un presupuesto adicional de 10 millones de euros** (CAIB, 2023).

Medidas preventivas

Atendiendo a la evidencia y a la experiencia en el puesto de trabajo, se proponen tres ámbitos de acción preventiva para evitar o reducir el riesgo laboral relativo a las bajas compensaciones del trabajo:

Remuneración

Incremento del salario base, revalorizando las competencias necesarias para desarrollar las tareas del puesto de gerocultora y sus **exigencias y responsabilidades reales** (competencias cognitivas y relacionales, exigencias emocionales y físicas, responsabilidad ejecutiva sobre un amplio espectro de las necesidades de las vidas humanas dependientes y vulnerables).



Las **tareas** del puesto de gerocultora en España definidas como asistir y cuidar a las personas usuarias mayores dependientes en las actividades de la vida diaria, incluyen tareas de muy diversa complejidad: tareas de **higiene** personal, **alimentación** (por ejemplo, proporcionar y administrar alimentos además de recepcionarlos, distribuirlos y recogerlos) y mantenimiento del **orden** de las habitaciones y también, estimular la **comunicación** de las personas usuarias para favorecer sus **relaciones sociales**, facilitar la **participación en actividades programadas** (gestiones, citas médicas, excursiones...), **acompañamiento, vigilancia y apoyo en traslados**, colaborar en la **integración de familiares, colaborar con terapia ocupacional** (animación, dinamización), colaborar con fisioterapia (**acompañar y ayudar a hacer ejercicios de mantenimiento y mejora de las capacidad físicas y motoras**) y colaborar con enfermería (realizar **cambios de postura, administrar medicación y realizar pruebas** de glucosa, administración de **insulina y heparina** pautadas) y **participar con el equipo interdisciplinar** en la adecuación del plan de cuidados individualizados y en la **planificación y organización de las actividades preventivas ocupacionales y de ocio** (VIII convenio marco estatal de servicios de atención a las personas dependientes).

Devengo de nuevos pluses. Además de los sobrecostes determinados en las medidas preventivas relativas a la jornada (ver epígrafe reducir el conflicto trabajo-familia y la inseguridad de la jornada), establecer un plus de nocturnidad (además de pagar el sobrecoste ya establecido en convenio de cada hora trabajada) y un plus grado (por trabajar con residentes de grado 2 o más).

No absorción de pluses cuando se incrementa el salario mínimo interprofesional ni ad personam

Mayor dotación de personal y de recursos materiales, calendario anual fijo participado y permitir permutas, respeto de los descansos de todo tipo, participación directa en la organización de los cuidados, reducción de la discrecionalidad y del favoritismo

El **reconocimiento de la profesionalidad pasa** también por reducir las deficiencias en la gestión y organización del trabajo a partir de **implementar las medidas establecidas en este documento para evitar o reducir el resto de los riesgos laborales psicosociales**, además de las relativas al incremento del salario, revalorizando este puesto de trabajo.

5.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Afi (2025). Situación laboral y déficit de trabajadoras del SAAD. Diagnóstico e itinerarios laborales y vitales. Disponible en : https://cdn.prod.website-files.com/67174dcb1d43b06a0eae31a6/687e275ca147808ec-dff62a9_InvestigacioncalidadempleoSAAD.pdf

Albertsen, K., Garde, A. H., Nabe-Nielsen, K., Hansen, A. M., Lund, H., & Hvid, H. (2015). Work-life balance among shift workers: results from an intervention study about self-rostering. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 87(3), 265–274.

Alalhareth ASM, Alghubari HAY, Alsharman BSM et al. (2024). Chronic Occupational Stress and Health Outcomes: A Systematic Review of Recent Findings. *Journal of Ecohumanism*, 3(8), 909–917.

Andela, M., Truchot, D., and Huguenotte, V. (2021). Work environment and elderly abuse in nursing homes: The mediating role of burnout. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(11-12), 5709–5729.

Armant, A., Ollierou, F., Gauvin, J., Jeoffrion, C., Cougot, B., Waelli, M., and Tripodi, D. (2021). Psychosocial and Organizational Processes and Determinants of Health Care Workers' (HCW) Health at Work in French Public EHPAD (Assisted Living Residences): A Qualitative Approach Using Grounded Theory. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(14), 7286.

Ausserhofer, D., Tappeiner, W., Wieser, H., Serdaly, C., Simon, M., Zúñiga, F., and Favez, L. (2023). Administrative burden in Swiss nursing homes and its association with care workers' outcomes—a multicentre cross-sectional study. *BMC geriatrics*, 23(1), 347.

Aust, B., Møller, J. L., Nordentoft, M., Frydendall, K. B., Bengtsen, E., Jensen, A. B., Garde, A. H., Kompier, M., Semmer, N., Rugulies, R., & Jaspers, S. Ø. (2023). How effective are organizational-level interventions in improving the psychosocial work environment, health, and retention of workers? A systematic overview of systematic reviews. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 49(5), 315–329.

Bae, S.H. (2021). Intensive care nurse staffing and nurse outcomes: A systematic review. *Nursing in Critical Care*. 26(6), 457–466.

Baines, D., & Armstrong, P. (2019). Non-job work/unpaid caring: Gendered industrial relations in long-term care. *Gender, Work and Organization*, 26(7), 934–947.

Barbosa, A., Nolan, M., Sousa, L., & Figueiredo, D. (2015). Supporting direct care workers in dementia care: Effects of a psychoeducational intervention. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 30(2), 130–138.

Benders, J., Bal, M., & Vermeerbergen, L. (2019). Structure Please; Continuous Improvement and Employee Consequences in a Dynamic Task Environment. *Sustainability*, 11(20), 5564.

Berkman LF, Liu SY, Hammer L, Moen P, Klein LC, Kelly E, Fay M, Davis K, Durham M, Karuntzos G, Buxton OM. (2015). Work-family conflict, cardiometabolic risk, and sleep duration in nursing employees. *J Occup Health Psychol.* 2015 Oct;20(4):420-33.

Bischoff-Schumacher, L. L., Lehmann-Willenbrock, N., & Wollesen, B. (2025). Risk profiles for chronic stress in employees of nursing homes and the role of physical activity: A regression tree analysis. *European Journal of Health Psychology*, 32(1), 12-22.

Bridges J, May CR, Fuller A, Griffiths P, Wigley W, Gould L, Barker H & Libberton P. (2017). Optimising impact and sustainability: a qualitative process evaluation of a complex intervention targeted at compassionate care. *BMJ Quality & Safety* 26, 970-977.

Broms, R., Dahlström, C., & Nistotskaya, M. (2024). Provider ownership and indicators of service quality: Evidence from Swedish residential care homes. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 34(1), 150-163.

Conselleria de model econòmic turisme i Treball (2023). Patronal i sindicats signen el primer Conveni Col·lectiu de residències i centres de dia privats a les Illes Balears. Govern de les Illes Balears. Accesible en: <http://www.caib.es>

Chenoweth, L., Stein-Parbury, J., Lapkin, S., Wang, A., Liu, Z., & Williams, A. (2019). Effects of person-centered care at the organisational-level for people with dementia. A systematic review. *PLoS ONE*, 14(2).

Ching, S. S. Y., Szeto, G., Lai, G. K. B., Lai, X. Bin, Chan, Y. T., & Cheung, K. (2018). Exploring the Synergic Effects of Nursing Home Work on Work-Related Musculoskeletal Disorders Among Nursing Assistants. *Workplace Health and Safety*, 66(3), 129-135.

Clayton-Hathway K, McIlroy R, Humbert AL, Mcilroy H, Schutz S. (2020). *Gender and Nursing as a Profession: Valuing nurses and paying them their worth*. London: Royal College of Nursing-Oxford Brookes University.

Cole-King A & Dykes L. (2020). Wellbeing for Home Care Workers during COVID19. Accesible en: <https://www.lindadykes.org/covid19>

Comas D, Legarreta M y García C. (2022). "Las residencias, en el epicentro de la crisis sanitaria". En Comas D y Bofill S (ed) *Cuidar a mayores y dependientes en tiempos de COVID*. Barcelona: Tirant Lo Blanch.

Cooklin A., Dinh H., Strazdins L., Westrupp E., Leach L.S., Nicholson J.M. (2016). Change and stability in work-family conflict and mothers' and fathers' mental health: Longitudinal evidence from an Australian cohort. *Social Science & Medicine*, 155, 24-34.

Cooper SL, Carleton HL, Chamberlain SA, et al. (2016) Burnout in the nursing home health care aide: A systematic review. *Burnout Res* 3: 76-87.

Cooper, S. L., Carleton, H. L., Chamberlain, S. A., Cummings, G. G., Bambrick, W., & Estabrooks, C. A. (2016). Burnout in the nursing home health care aide: A systematic review. *Burnout Research*, 3(3), 76-87.

Corlet Walker, C., Druckman, A., & Jackson, T. (2022). A critique of the marketisation of long-term residential and nursing home care. *The Lancet Healthy Longevity*, 3(4), e298-e306.

- Costa-Font J, Jiménez Martín S, Viola A. (2021). Fatal Underfunding? Explaining COVID-19 Mortality in Spanish Nursing Homes. *J Aging Health*;33(7-8):607-617.
- Costello H, Walsh S, Cooper C, Livingston G. A systematic review and meta-analysis of the prevalence and associations of stress and burnout among staff in long-term care facilities for people with dementia. *Int Psychogeriatr*. 2019 Aug;31(8):1203-1216.
- Cramer, E., & Hunter, B. (2019). Relationships between working conditions and emotional wellbeing in midwives. *Women and Birth*, Vol. 32, pp. 521-532.
- Cranley, L. A., Slaughter, S. E., Caspar, S., et al. (2020). Strategies to facilitate shared decision-making in long-term care. *International Journal of Older People Nursing*, 15(3).
- CSDH. (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization.
- D'Errico A., Ardito C. and Leombruni R. (2016). Work organization, exposure to workplace hazards and sickness presenteeism in the European employed population. *Am J Ind Med* 59: 57-72.
- De Kock, J. H., Latham, H. A., Leslie, S. J., Grindle, M., Munoz, S. A., Ellis, L., Polson, R., & O'Malley, C. M. (2021). A rapid review of the impact of COVID-19 on the mental health of healthcare workers: implications for supporting psychological well-being. *BMC Public Health*, 21(1), 1-18.
- DePasquale, N., Mogle, J., Zarit, S. H., Okechukwu, C., Kossek, E. E., & Almeida, D. M. (2018). The Family Time Squeeze: Perceived Family Time Adequacy Buffers Work Strain in Certified Nursing Assistants With Multiple Caregiving Roles. *Gerontologist*, 58(3), 546-555.
- Dormann C. & Zapf D. (2004). Customer-related social stressors and burnout. *J Occup Health Psychol*. 9(1):61-82.
- Duchaine CS, Aubé K, Gilbert-Ouimet M, Vézina M, Ndjaboué R, Massamba V et al. Psychosocial Stressors at Work and the Risk of Sickness Absence Due to a Diagnosed Mental Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2020 Aug;77(8):842-51.
- Edú-Valsania, S., Laguía, A., & Moriano, J. A. (2022). Burnout: A Review of Theory and Measurement. *International journal of environmental research and public health*, 19(3), 1780.
- Ellis, L. A., Schroeder, T., Saba, M., et al. (2025). Supporting the mental wellbeing of aged care workers: A systematic review of factors and interventions. *AIMS public health*, 12(2), 600-631.
- Esteve-Matalí, L., Navarro Giné, A., Portell Vidal, M., Ferrer Rosende P. (2023). Consumir para trabajar: consumo de psicofármacos y analgésicos por motivos laborales y potenciadores del rendimiento laboral en la población asalariada española. Cerdanyola del Vallès: Universitat Autònoma de Barcelona 2023.
- Estryn-Béhar, M., & Van Der Heijden, B. I. J. M. (2012). Effects of extended work shifts on employee fatigue, health, satisfaction, work/family balance, and patient safety. *Work*, 41(SUPPL.1), 4283-4290.
- EU-OSHA (2024). OSH in figures in the health and social care sector. Publications Office of the European Union. Luxembourg.

EU-OSHA (2025). Work-related psychosocial risks and mental health outcomes in the EU health and social care sector. Publications Office of the European Union. Luxembourg.

EU-OSHA (2026). Residential Care Workers – Occupational Safety and Health. Publications Office of the European Union. Luxembourg.

EU-OSHA. (n.d.). Psychosocial risks and mental health at work. Retrieved 26 April 2026, from <https://osha.europa.eu/en/themes/psychosocial-risks-and-mental-health>

Eurofound (2020). Long-term care workforce: Employment and working conditions, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

European Commission (2024). Affordable high-quality long-term care: catalysing dialogue and action under the European Care Strategy. Final Report. Publications Office of the European Union. Luxembourg.

Fischmann G., Hans De Witte, Coralia Sulea & Dragos Iliescu (2018). Qualitative job insecurity and in-role performance: a bidirectional longitudinal relationship? *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 27:5, 603-615

FNADEPA (2024). Regards croisés entre la France et le Danemark Comment recruter et fidéliser le personnel soignant? Exemples de dix établissements français et danois. Disponible en: <https://www.fnadepa.com/wp-content/uploads/2024/02/LIVRET-REGARDS-CROISES-ENTRE-LA-FRANCE-ET-LE-DANEMARK-Challenge-2023.pdf>

Forma L. and Leinonen E. (2024) Long-term care system profile: Finland. Global Observatory of Long-Term Care, Care Policy & Evaluation Centre, London School of Economics and Political Science.

Fushimi M (2019). Depressive symptoms and related factors among workers in care institutions for older persons in Japan: A cross-sectional study. *Eur Geriatr Med* 10: 957-964.

Gallego-Alberto, L., Losada, A., Vara, C., Olazarán, J., Muñoz, R., & Pillemer, K. (2018). Psychosocial Predictors of Anxiety in Nursing Home Staff. *Clinical Gerontologist*, 41(4), 282-292.

Geyskens, L., Backhaus, R., Declercq, A., et al. (2025). Perceived Work Environment and Work-Related Well-Being in Nursing Homes: Comparison of Different Care Worker Groups. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 22(3), e70044.

Gustafsson, K., Bergström, G., Marklund, S., Aboagye, E., and Leineweber, C. (2019). Presenteeism as a predictor of disability pension: A prospective study among nursing professionals and care assistants in Sweden. *Journal of Occupational Health*, 61(6), 453-463.

Gustafsson, K., Marklund, S., Leineweber, C., Bergström, G., Aboagye, E., & Helgesson, M. (2020). Presenteeism, Psychosocial Working Conditions and Work Ability among Care Workers—A Cross-Sectional Swedish Population-Based Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(7).

Hackman, P., Hult, M., & Häggman-Laitila, A. (2023). Unfinished nursing care in nursing homes. *Geriatric Nursing*, 51, 33-39.

Haluza, D., Schmidt, V. M., & Blasche, G. (2019). Time course of recovery after two successive night shifts: A diary study among Austrian nurses. *Journal of nursing management*, 27(1), 190-196.

Harrad, R. and Sulla, F. (2018). Factors associated with and impact of burnout in nursing and residential home care workers for the elderly. *Acta Bio Medica: Atenei Parmensis*, 89 (7), 60-69.

Harvey S.B., Modini M., Joyce S., et al. (2017). Can work make you mentally ill? A systematic meta-review of work-related risk factors for common mental health problems. *Occup Environ Med* 74(4): 301-310.

Hauser, C., Stahl, J., Simon, M., Valenta, S., Favez, L., & Zúñiga, F. (2023). Identifying work-related factors associated with work-family conflict of care workers in nursing homes: A cross-sectional study. *Journal of Advanced Nursing*, 79(10), 3935-3945.

Helgesson M, Marklund S., Gustafsson K., Aronsson G., Leineweber C. (2020) Interaction Effects of Physical and Psychosocial Working Conditions on Risk for Sickness Absence: A Prospective Study of Nurses and Care Assistants in Sweden. *Int J Environ Res Public Health*. Oct 12;17(20):7427.

Hering C, Gangnus A, Budnick A, et al. (2022). Psychosocial burden and associated factors among nurses in care homes during the COVID-19 pandemic: Findings from a retrospective survey in Germany. *BMC Nurs* 21: 41.

Holland, P. J., Tham, T. L., & Gill, F. J. (2018). What nurses and midwives want: Findings from the national survey on workplace climate and well-being. *International journal of nursing practice*, 24(3), e12630.

Hung, D. Y., Harrison, M. I., Truong, Q., & Du, X. (2018). Experiences of primary care physicians and staff following lean workflow redesign. *BMC Health Services Research*, 18(1).

Hussein, S. (2018) 'Job demand, control and unresolved stress within the emotional work of long-term care in England', *International Journal of Care and Caring*, 2(1):89-108.

ILO (2026). The psychosocial working environment: Global developments and pathways for action. Global report. Geneva.

Imes, C. C., Barthel, N. J., Chasens, E. R., et al. (2023). Shift work organization on nurse injuries: A scoping review. *International journal of nursing studies*, 138.

IMSERSO (2024). Censo de centros residenciales de servicios sociales en España. Situación año 2022. Madrid: Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030.

Ingstad, K., and Haugan, G. (2024). Balancing act: exploring work-life balance among nursing home staff working long shifts. *BMC nursing*, 23(1), 499.

INSST (2020) Las mujeres en actividades de cuidado de personas mayores. Exposición a factores psicosociales en establecimientos residenciales y servicios de ayuda a domicilio. Accesible en: <https://www.insst.es/>

Jain, A. et al. (2022). The impact of national legislation on psychosocial risks on organisational action plans, psychosocial working conditions, and employee work-related stress in Europe. *Social Science & Medicine* 302.

Jacobsen, F. F., Day, S., Laxer, K., Lloyd, L., Goldmann, M., Szhebehely, M., and Rosenau, P. V. (2018). Job autonomy of long-term residential care assistive personnel: A six-country comparison. *Ageing International*, 43(1), 4-19.

Jakobsen L.M., Jorgensen A.F.B., Thomsen B.L., Greiner B.A., Rugulies R.A (2015). Multilevel study on the association of observer-assessed working conditions with depressive symptoms among female eldercare workers from 56 work units in 10 care homes in Denmark. *BMJ Open.*; 5(11).

Janetzke, H. and Ertel, M. (2017). "Psychosocial risk management in more and less favourable workplace conditions", *International Journal of Workplace Health Management*, Vol. 10 No. 4, pp. 300-317.

Januario L.B., Karstad K., Rugulies R., Bergström G., Holtermann A., Hallman D.M. (2019). Association between psychosocial working conditions and perceived physical exertion among elder care workers: A cross-sectional multilevel analysis of nursing homes, wards and workers. *Int J Environ Res Public Health.*;16(19):1-13

Johnson J.V. and Hall E.M. (1988) Job strain, workplace social support, and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *American Journal of Public Health* 78(10): 1336-42.

Kalliomaa-Puha, L. and Kangas, O. (2021a). Finland to improve the quality of long-term care by increasing the number of nurses per patient, *ESPN Flash Report 2021/13*, European Social Policy Network (ESPN), Brussels: European Commission.

Kandelman, N., Mazars, T., & Levy, A. (2018). Risk factors for burnout among caregivers working in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1-2), e147-e153.

Karasek R.A. (1979). Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. *Administrative Science Quarterly* 24: 285-308.

Kim BJ, Choi CJW (2023) Impact of compensation and willingness to keep same career path on burnout among long-term care workers in Japan. *Hum Resour Health* 21: 64.

Kivimäki M., Ferrie J.E. and Kawachi I. (2017). Workplace stressors. In: Kivimäki M, Batty GD, Steptoe A and Kawachi I (Eds.) *The Routledge International Handbook of Psychosocial Epidemiology* (1st ed.). Taylor and Francis Inc.

Kjærgaard, A., Rudolf, E. M., Palmqvist, J., Jakobsen, M. E., & Ajslev, J. Z. N. (2025). The Psychosocial Hierarchy of Controls: Effectively Reducing Psychosocial Hazards at Work. *American Journal of Industrial Medicine*, 68(3), 250-263.

Korbus H, Hildebrand C, Schott N, et al. (2023). Health status, resources, and job demand in geriatric nursing staff: A cross-sectional study on determinants and relationships. *Int J Nurs Stud* 145: 104523.

Kossek, E.E., Piszczek, M.M., McAlpine, K.L., Hammer, L.B., & Burke, L. (2016). Filling the holes: Work schedulers as job crafters of employment practice in long term health care. *Industrial and Labor Relations Review*, 69(4), 961-990.

Kossek, E.E., Thompson, R.J., Lawson, K.M., et al. (2019). Caring for the elderly at work and home: Can a randomized organizational intervention improve psychological health? *Journal of Occupational Health Psychology*, 24(1), 36–54.

Kunzler AM, Chmitorz A, Röthke N, Staginnus M, Schäfer S, Stoffers-Winterling J, Lieb K. (2022). Interventions to foster resilience in nursing staff: A systematic review and meta-analyses of pre-pandemic evidence, *International Journal of Nursing Studies*, Volume 134, 104312.

Kunzler AM, Helmreich I, Chmitorz A, König J, Binder H, Wessa M, Lieb K. (2020). Psychological interventions to foster resilience in healthcare professionals. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 7. Art. No.: CD012527.

Landsbergis PA, Grzywacz JG and LaMontagne AD (2014) Work Organization, Job Insecurity, and Occupational Health Disparities. *Am J Ind Med* 57: 495–515.

Lee S, Oh G (2023). Working conditions affecting home care workers' stress and turnover intention. *J Appl Gerontol* 42: 717–727.

Llorens Serrano, C., Navarro, A., Salas, S., Utzet, M., & Moncada, S. (2019). For better or for worse? Psychosocial work environment and direct participation practices. *Safety Science*, 116.

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- CC00.

Llorens-Serrano, C. (2023). ¿Reducir la exposición a riesgos psicosociales aplicando prácticas de participación directa? *Papers. Revista de Sociologia*, 108(1), e3032.

Llorens-Serrano, C., Salas-Nicás, S., Navarro-Giné, A., & Lluís, S. M. (2022). Delegation and consultation on operational and tactical issues: Any difference in their potentialities for a healthier psychosocial work environment? *American Journal of Industrial Medicine*, 65(10), 800–812.

Ludlow, K., Churruca, K., Mumford, V., Ellis, L. A., Testa, L., Long, J. C., & Braithwaite, J. (2021). Unfinished Care in Residential Aged Care Facilities: An Integrative Review. *The Gerontologist*, 61(3), e61–e74.

Lunau T., Bambra C., Eikemo T., van der Wel A., Dragano N. (2014). A balancing act? Work-life balance, health and well-being in European welfare states. *European Journal of Public Health*, Vol. 24, No. 3, 422–427.

Lundin, A., Bülow, P. H., and Stier, J. (2021). Assistant nurses positioned accounts for prioritizations in residential care for older people. *The Gerontologist*, 61(4), 573–581.

Maben, J., & Bridges, J. (2020). Covid-19: Supporting nurses' psychological and mental health. *Journal of clinical nursing*, 29(15-16), 2742–2750

Macdonald WA, Oakman J. (2024). Changes needed to reduce risk of musculoskeletal disorders. *Am J Ind Med*. 2024; 67:575–581.

MacDonald L.A., Härenstam A., Warren N.D. and Punnett L. (2008) Incorporating work organization into occupational health research: an invitation for dialogue. *Occup Environ Med* 65(1): 1–3.

Maffoni M, Argentero P, Giorgi I, et al (2019) Healthcare professionals' moral distress in adult palliative care: a systematic review. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 9, 245-254.

Marklund, S., Gustafsson, K., Aronsson, G., Leineweber, C., & Helgesson, M. (2019). Working conditions and compensated sickness absence among nurses and care assistants in Sweden during two decades: A cross-sectional biennial survey study. *BMJ Open*, 9(11).

Martínez Buján, Raquel y Nogueira Domínguez, Julia. 2025. "El lucro está en la precariedad: las condiciones laborales en la provisión de cuidados en los centros residenciales", *Revista Internacional de Sociología* 83(1): e273.

Mateos-González, L., Rodríguez-Suárez, J., Llosa, J. A., Menéndez-Espina, S., & Agulló-Tomás, E. (2025). Musculoskeletal disorders and psychosocial risks in geriatric nursing aides: the mediating role of social support at work. *Geriatric Nursing*, 66.

Mikkelsen S, Coggon D, Andersen JH, Casey P, Flachs EM, Kolstad HA et al. Are depressive disorders caused by psychosocial stressors at work? A systematic review with metaanalysis. *Eur J Epidemiol* 2021

Milner A, Scovelle A.J., King T.L., Madsen I. (2019). Exposure to work stress and use of psychotropic medications: A systematic review and meta-analysis. *J Epidemiol Community Health*.;73(6):569-76.

Milner A., Witt K., LaMontagne A.D. and Niedhammer I. (2018) Psychosocial job stressors and suicidality: a meta-analysis and systematic review. *Occup Environ Med* 75(4): 245-253.

Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030_MDSCA (2022). Resolución de 28 de julio de 2022, de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios. *Boletín Oficial del Estado*, (192), 115174-115214.

Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030_MDSCA (2025). Estimación de necesidades de trabajadoras de cuidados de larga duración a 2030. Accesible en: https://www.dscs.gob.es/sites/default/files/derechos-sociales/FSE+/docs/Evento_trabajadoras.pdf

Möckli N., Denhaerynck K., De Geest S., Leppla L., Beckmann S., Hediger H., Zúñiga F. (2020). The home care work environment's relationships with work engagement and burnout: A cross-sectional multi-centre study in Switzerland. *Health Soc Care Community*. Nov;28(6):1989-2003.

Montaner, X., Tárrega, S., and Moix, J. (2021). Flexibilidad psicológica, burnout y satisfacción vital en profesionales que trabajan con personas afectadas de demencia. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 56(3), 144-151.

Montano D, Hoven H and Siegrist J (2014). Effects of organisational-level interventions at work on employees' health: a systematic review. *BMC Public Health* 14: 135.

Moré, P., 2016, "Cuidados "en cadena": cuerpos, emociones y ética en las residencias de personas mayores", en *Papeles De Identidad. Contar La investigación De Frontera*, 2016(1), papel 146.

Müller, B. (2018). Privatization and marketization of long-term residential care in Germany: Effects on care and care work. *Politiche Sociali*, (1), 29-50. <https://doi.org/10.7389/90145>

Munkeby, H., Bratberg, G., & Devik, S. A. (2023). Registered nurses' exposure to high stress of conscience in long-term care. *Nursing Ethics*, 30(7-8), 1011-1024.

Muntaner C, Ng E, Prins SJ, et al. (2015). Social class and mental health: Testing exploitation as a relational determinant of depression. *Int J Health Serv* 45: 265-284.

Nambiema, A., Bodin, J., Stock, S., Aublet-Cuvelier, A., Descatha, A., Evanoff, B., & Roquelaure, Y. (2021). Proportion and Number of Upper-Extremity Musculoskeletal Disorders Attributable to the Combined Effect of Biomechanical and Psychosocial Risk Factors in a Working Population. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(8), 3858.

Navarro, A., Salas-Nicás, S., Llorens, C., Moncada, S., Molinero-Ruiz, E., & Moriña, D. (2019). Sickness presenteeism: Are we sure about what we are studying? A research based on a literature review and an empirical illustration. *American Journal of Industrial Medicine*, 62(7), 580-589.

Niedhammer I, Lesuffleur T, Memmi S, & Chastang, J.F. (2017). Working conditions in the explanation of occupational inequalities in sickness absence in the French SUMER study. *Eur J Public Health*, 27(6), 1061-1068.

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* 2021, 47(7): 489-508.

Niedhammer, I., Sultan-Taïeb, H., Parent-Thirion, A., & Chastang, J. F. (2022). Update of the fractions of cardiovascular diseases and mental disorders attributable to psychosocial work factors in Europe. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 95(1), 233-247.

Niedhammer, I., Sultan-Taïeb, H., & Chastang, J. F. (2024). The overall fractions of coronary heart diseases and depression attributable to multiple dependent psychosocial work factors in Europe. *International archives of occupational and environmental health*, 97(5), 569-574.

OECD (2023). *Beyond Applause? Improving Working Conditions in Long-Term Care*, OECD Publishing, Paris.

Ollé-Espluga, L., Vergara-Duarte, M., Belvis, F., Menéndez-Fuster, M., Jódar, P., & Benach, J. (2015). What is the impact on occupational health and safety when workers know they have safety representatives? *Safety Science*, 74, 55-58.

Ollé-Espluga, L., Vargas-Leguas, H., Torrens Mèlich, L., Juan Serra, M., Arcas, M. M., & Cortès-Franch, I. (2024). Application of a new municipal management model of home care service in Barcelona: Assessment of workers' labour conditions, health, and well-being. *Work (Reading, Mass.)*, 79(4), 1909-1924.

Orgambidez, A., & Almeida, H. (2020). Social support, role clarity and job satisfaction: a successful combination for nurses. *International nursing review*, 67(3), 380-386.

Osterman, P. (2017). "In Search of the High Road: Meaning and Evidence." *ILR Review* 71, no. 1 (October 23, 2017): 3-34.

Parker S.K., Van Den Broeck A. & Holman D. (2017). Work Design Influences: A Synthesis of Multilevel Factors that Affect the Design of Jobs. *Academy of Management Annals*, Vol. 11, No. 1, 267-308.

Pavolini, E. and Marlier, E. (2024). Addressing knowledge gaps in relation to the long-term care workforce. European Social Policy Analysis Network (ESPAN), Brussels: European Commission.

Pelissier C, Fontana L, Fort E, Agard JP, Couprie F, Delaygue B, et al. (2014). Occupational risk factors for upper-limb and neck musculoskeletal disorder among healthcare staff in nursing homes for the elderly in France. *Ind Health*.;52(4):334 -46.

Pélissier, C., Fontana, L., Fort, E., Vohito, M., Sellier, B., Perrier, C., and Charbotel, B. (2015). Impaired mental well-being and psychosocial risks: A cross-sectional study in female nursing home direct staff. *BMJ open*, 5(3), e007190.

Petersen, J., Wendsche, J., & Melzer, M. (2023). Nurses' emotional exhaustion: Prevalence, psychosocial risk factors and association to sick leave depending on care setting—A quantitative secondary analysis. *Journal of advanced nursing*, 79(1), 182-193.

Pywell, E., Ottley, K. M., Dolatabadi, A., Maza, J., Lawrenz, K., Hutchinson, J., Ward, H., Wickson-Griffiths, A., & Hunter, P. V. (2025). A Mixed-Methods Scoping Review of Innovative Long-term Care Facility Design and Associated Outcomes. *Innovation in Aging*, 9(5).

Rahnfeld M., Wendsche J., Ihle A., Müller S.R., Kliegel M. (2016). Uncovering the care setting -turnover intention relationship of geriatric nurses. *Eur J Ageing*. Jun 1;13(2):159 -69.

RecioCáceres,C.,Moreno-Colom,S.,BorràsCatalà,V.,&TornsMartín,T.(2015).La profesionalización del sector de los cuidados. *Zerbitzuan*, (60), 179-194.

Rigó, M., Dragano, N., Wahrendorf, M., Siegrist, J., & Lunau, T. (2021). Work stress on rise? Comparative analysis of trends in work stressors using the European working conditions survey. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 94(3), 459-474.

Riley, R., & Weiss, M. C. (2016). A qualitative thematic review: emotional labour in healthcare settings. *Journal of advanced nursing*, 72(1), 6-17.

Rönblad T, Grönholm E, Jonsson J, Koranyi I, Orellana C, Kreshpaj B et al. Precarious employment and mental health: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Scand J Work Environ Health* 2019 Sep;45(5):429-43.

Roquelaure, Y., Garlandezec, R., Evanoff, B. A., Descatha, A., Fassier, J. B., & Bodin, J. (2020). Personal, biomechanical, psychosocial, and organizational risk factors for carpal tunnel syndrome: A structural equation modelling approach. *Pain*, 161(4), 749-757.

Roquelaure, Y. (2018). Musculoskeletal disorders and psychosocial factors at work. Report 142. ETUI aisbl, Brussels.

Rosa, D., Terzoni, S., Dellafiore, F., & Destrebecq, A. (2019). Systematic review of shift work and nurses' health. *Occupational medicine (Oxford, England)*, 69(4), 237-243.

Rubery J (2007). Developing segmentation theory: a thirty-year perspective. *Economies et Sociétés* 26(6): 941-964.

Rugulies, R., Aust, B., Greiner, B. A., Arensman, E., Kawakami, N., Lamontagne, A. D., & Madsen, I. E. H. (2023). Work-related causes of mental health conditions and interventions for their improvement in workplaces. *Lancet*, 402(10410), 1368-1381.

Sarabia-Cobo, C., Pérez, V., de Lorena, P., Fernández-Rodríguez, Á., González-López, J. R., and González-Vaca, J. (2021). Burnout, compassion fatigue and psychological flexibility among geriatric nurses: A multicentre study in Spain. *International journal of environmental research and public health*, 18(14), 7560.5(1): 1–6.

Scheepers, R. A., & Vollmann, M. (2024). Nurses who co-create care with clients experience lower levels of burnout through the perception of fewer emotional demands: An observational study. *BMC Nursing*, 23(1), 902.

Schnall, P. L., Dobson, M., & Landsbergis, P. (2016). Globalization, Work, and Cardiovascular Disease. *International Journal of Health Services*, 46(4), 656–692.

Schütte S., Chastang J.F., Parent-Thirion A., Vermeylen G. and Niedhammer I. (2015). Psychosocial work exposures among European employees: explanations for occupational inequalities in mental health. *J Public Health (Oxf)* 37(3): 373–88.

SeguridadSocial(2026): Afiliados en alta laboral. Afiliados Medios. Bases de datos estadísticas TGSS. Accesible en: <https://w6.seg-social.es/PXWeb/pxweb/es/Afiliados%20en%20alta%20laboral/>

Siegrist J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology* 1(1): 27–41.

Stevens ML, Karstad K, Januario LB, Mathiassen SE, Rugulies R, Hallman DM, Holtermann A. (2022). Nursing Home, Ward and Worker Level Determinants of Perceived Quantitative Work Demands: A Multi-Level Cross-Sectional Analysis in Eldercare. *Ann Work Expo Health*. 66(8):1033-1043.

Stewart C, Berta WB, Laporte A, Deber R, Baumann A. Nurses' work, work psychology, and the evolution and devolution of care provision in nursing homes: A scoping review. *Int J Nurs Stud Adv*. 2023 May 19;5:100133.

Stewart, C., Berta, W. B., Laporte, A., Deber, R., & Baumann, A. (2023). Nurses' work, work psychology and the evolution and devolution of care provision in nursing homes: a scoping review. *International journal of nursing studies advances*, 5.

Taouk Y., Spittal M.J., LaMontagne A.D., Milner A.J. (2020) Psychosocial work stressors and risk of all-cause and coronary heart disease mortality: A systematic review and meta-analysis *Scand J Work Environ Health* 46(1):19-31.

Theorell T., Jood K., Järvholm L.S., Vingård E., Perk J, Östergren P.O. and Hall C. (2016). A systematic review of studies in the contributions of the work environment to ischaemic heart disease development. *European Journal of Public Health* 26(3): 470–477.

Thwaites, C., McKercher, J. P., Fetherstonhaugh, D., et al. (2023). Factors Impacting Retention of Aged Care Workers: A Systematic Review. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 11(23), 3008.

Topi, M., Tsioufi, P., Fradelos, E. C., Malli, F., Koukia, E., and Mangoulia, P. (2025). The Impact of Compassion Fatigue on the Psychological Well-Being of Nurses Caring for Patients with Dementia: Post-COVID-19 Pandemic Data Analysis. *Healthcare (Basel)*. 2026 Jan 16;14(2):224.

Traynor, M. (2018). Guest editorial: What's wrong with resilience. *Journal of Research in Nursing*, 23(1), 5–8.

- Utzet, M., Llorens, C., Moriña, D., & Moncada, S. (2021). Persistent inequality: evolution of psychosocial exposures at work among the salaried population in Spain between 2005 and 2016. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 94(4), 621–629.
- Valero, E., Martin, U., Bacigalupe, A., & Utzet, M. (2021). The impact of precarious jobs on mental health: a gender-sensitive literature review. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 94(4), 577–589.
- Väisänen, V., Ruotsalainen, S., Hietapakka, L., Sulander, J., and Sinervo, T. (2024). The role of workday characteristics on perceived stress and time pressure among nurses in Finnish long-term care—a cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 24(1), 878.
- Vandrevala, T., Samsi, K., Rose, C., Adenrele, C., Barnes, C., and Manthorpe, J. (2017). Perceived needs for support among care home staff providing end of life care for people with dementia: A qualitative study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 32(2), 155–163.
- Van der Heijden, B. I., Mulder, R. H., König, C., and Anselmann, V. (2017). Toward a mediation model for nurses' well-being and psychological distress effects of quality of leadership and social support at work. *Medicine*, 96(15), e6505.
- Van Diepen, C., Fors, A., Ekman, I., & Hensing, G. (2020). Association between person-centred care and healthcare providers' job satisfaction and work-related health: A scoping review. *BMJ Open*, 10(12), e042658.
- Van Vegchel, N., Schaufeli, W., Dormann, C., Söderfeldt, M., & de Jonge, J. (2004). Quantitative versus emotional demands among Swedish human service employees: Moderating effects of job control and social support. *International Journal of Stress Management*, (11), 21–40
- Vanroelen C., Levecque K., Moors G., Gadeyne S., Louckx F. (2009) The structuring of occupational stressors in a Post-Fordist work environment. Moving beyond traditional accounts of demand, control and support. *Soc Sci Med* 68(6):1082-1090.
- Vermeerbergen L, Van Hootegem G, Benders J (2017) A comparison of working in small-scale and large-scale nursing homes: a systematic review of quantitative and qualitative evidence. *International Journal of Nursing Studies* 67(2): 59–70.
- Vidal-Martí, C. (2021). Incidence of type II workplace violence in Catalan nursing homes. *Work*, 68(4), 1203-1210.
- Walters, D., Wadsworth E. (2017) Worker participation in the management of occupational safety and health: Qualitative evidence from ESENER-2. European Agency for Safety and Health at Work, 3 April. Available at: <https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications/worker-participation-management-occupational-safety-health/view>
- White, E. M., Aiken, L. H., & McHugh, M. D. (2019). Registered Nurse Burnout, Job Dissatisfaction, and Missed Care in Nursing Homes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 67(10), 2065–2071. <https://doi.org/10.1111/jgs.16051>
- Woodhead EL, Northrop L, Edelstein B (2016). Stress, social support, and burnout among long-term care nursing staff. *J Appl Gerontol* 35: 84–105.

WHO & ILO. (2022). *Mental health at work: Policy brief*. Geneva: World Health Organization and International Labour Organization.

Zapf D. & Holz M. (2006) On the positive and negative effects of emotion work in organizations. *European Journal of Work and Organizational Psychology* 15(1), 1–28.

Zawieja, P., & Benattar, L. (2019). Burnout des soignants en gériatrie: Prévalence et déterminants dans 185 établissements français *Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 19(113), 286–293.

Zhang, Y., Punnett, L., & Nannini, A. (2017). Work-Family Conflict, Sleep, and Mental Health of Nursing Assistants Working in Nursing Homes. *Workplace Health and Safety*, 65(7), 295–303.

Zhang, Y., Punnett, L., Mawn, B., & Gore, R. (2016). Working Conditions and Mental Health of Nursing Staff in Nursing Homes. *Issues in Mental Health Nursing*, 37(7), 485–492.

Zúñiga, F., Ausserhofer, D., Hamers, J. P., Engberg, S., Simon, M., & Schwendimann, R. (2015). The relationship of staffing and work environment with implicit rationing of nursing care in Swiss nursing homes—a cross-sectional study. *International journal of nursing studies*, 52(9), 1463–1474.

CON LA FINANCIACIÓN DE:

AS2024-0015

COLABORA:



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE TRABAJO
Y ECONOMÍA SOCIAL



FUNDACIÓN
ESTATAL PARA
LA PREVENCIÓN
DE RIESGOS
LABORALES, F.S.P.

