



FOLLETO
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.



CCOO
federación de sanidad
y sectores sociosanitarios

FOLLETO

**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 FEPRL 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. EL EMPLEO EN EL PUESTO DE GEROCULTORA..... | 8 |
| 2. RIESGOS LABORALES PSICOSOCIALES | 10 |
| ¿Qué son? | 10 |
| ¿Cómo intervenir? | 11 |
| 3. PREVENCIÓN EN ORIGEN DE LOS RIESGOS LABORALES PSICOSOCIALES EN EL PUESTO DE GEROCULTORA..... | 15 |
| Altas exigencias cuantitativas..... | 15 |
| Alto conflicto trabajo-familia y alta inseguridad laboral | 19 |
| Bajo control | 23 |
| Bajo apoyo | 27 |
| Altas exigencias emocionales | 29 |
| Bajo reconocimiento | 33 |

Una versión ampliada con todas las referencias bibliográficas, por si se necesita justificar científicamente algo de lo que se ha resumido en este folleto, [está disponible 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**.

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 residencia** (alrededor del 60%), siendo **9,5 de cada 10 mujeres**.

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 señalan los últimos informes de organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud o la Organización Internacional del Trabajo.

Todas las aportaciones tienen el objetivo de **orientar a la dirección, a las y los técnicos de prevención, a las y los representantes de las trabajadoras y a las propias trabajadoras de la asistencia residencial hacia un diseño, organización y gestión del trabajo más saludable, que es más justa y democrática, en estos puestos de trabajo esenciales para la sostenibilidad de la vida**.

En tus manos tienes un **resumen de los resultados 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. EL EMPLEO EN EL PUESTO DE GEROCULTORA

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**.

El **puesto de gerocultora es el puesto con más personas empleadas en el sector de la asistencia residencial para personas mayores (60%)** y son **mujeres 9.5 de cada 10 personas contratadas en este puesto esencial para la sostenibilidad de la vida**.

Las **tareas** del puesto de gerocultora, definidas como asistir y cuidar a las personas usuarias en las actividades de la vida diaria, incluyen 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 que habitualmente no se proyectan: 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 terapeutas ocupacionales** (animación, dinamización), con **fisioterapeutas** (acompañar y ayudar a hacer ejercicios de mantenimiento y mejora de las capacidades físicas y motoras) y **enfermeras** (realizar cambios de **postura**, administrar **medicación** y realizar **pruebas de glucosa**, administración de **insulina** y **heparina pautadas**) y asimismo, **participar con el equipo interdisciplinar en la adecuación del plan de cuidados individualizados y en la planificación, 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 importante nivel de responsabilidad real sobre las necesidades de las vidas humanas dependientes y vulnerables de las personas residentes.

Según la investigación económica y sociológica, 7.4 de cada 10 centros de asistencia residencial son privados con camas financiadas y 1.4 son públicos, pero de gestión privada. Es decir, el modelo de servicio se caracteriza por la **financiación pública de proveedores privados**. 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 del servicio prestado**, a lo que se le suma el fenómeno del apego de la persona usuaria (es física y emocionalmente costoso cambiar de residencia), con lo que los proveedores no compiten en la calidad del servicio, sino que priorizan el margen de beneficios con costes laborales ajustados en base a la precarización de las condiciones de empleo y trabajo. Son los efectos de un modelo de cuidados de larga duración fruto de los **recortes en los servicios públicos**, 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**. Así, las **prácticas de gestión laboral aplicadas al puesto de gerocultora** en estos centros, en el que se emplean mayoritariamente **mujeres**, se caracterizan por el trabajo a **turnos** que incluyen **365 días/24 horas, salarios bajos, dotación insuficiente de personal, exigencias exacerbadas de disponibilidad relativas a la jornada laboral, alto tiempo parcial, estandarización de tareas y tiempos con un perfil de personas residentes cada vez más complejo**. Estas prácticas de gestión laboral refuerzan las **desigualdades de clase y género dentro y fuera del mercado de trabajo, se asocian a los riesgos laborales psicosociales** y **comprometen la salud** de las trabajadoras, la **retención** de personal y la **nueva contratación** y también la calidad del servicio.

2.

RIESGOS LABORALES PSICOSOCIALES

¿Qué son?

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 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, es decir cambiante: el diseño, organización y gestión del trabajo. Las investigaciones realizadas hasta la fecha sugieren que **diversos aspectos de las prácticas de gestión laboral, como por ejemplo la dotación de personal, la cantidad, ordenación y modificación de la jornada laboral, los métodos de trabajo, el diseño del puesto, la relación de empleo 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 evitación o reducción**.



La Ley de Prevención de Riesgos Laborales (**Ley 31/1995, LPRL**) deja patente que el daño a la salud derivado del trabajo puede proceder no sólo de máquinas o sustancias que se emplean en el trabajo, no sólo de locales o instalaciones, sino también del diseño, la gestión y la organización del trabajo. La Ley señala que las condiciones de trabajo susceptibles de producir daño y por lo tanto objeto de actividad preventiva son *«todas aquellas características del trabajo, incluidas las relativas a su organización y ordenación...»* (art **4.7.d**).

El Reglamento de los Servicios de Prevención (**RD 39/1997, RSP**) reconoce la Psicología como disciplina obligatoria (art **18.2.a** y art **34.c**).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) hace casi dos décadas que define a los riesgos laborales psicosociales como **determinantes sociales de la salud**, ya que la evidencia científica sobre los problemas de salud atribuibles a la exposición a los riesgos laborales psicosociales es muy extensa y de gran calidad, en tanto que se basa en investigaciones longitudinales y análisis complejos con grandes bases de datos que descartan de forma fiable el azar y otros factores no

laborales. Algunos ejemplos de esta literatura son las revisiones bibliográficas sistemáticas y los metaanálisis que asocian los riesgos laborales psicosociales a problemas de salud muy prevalentes como la ansiedad y la depresión, el infarto de miocardio o el accidente cerebrovascular. Más recientemente, también se han relacionado con el suicidio y la ideación suicida o con el consumo de psicofármacos y analgésicos. Estos riesgos también son considerados como una de las causas más relevantes de efectos en salud más proximales como el estrés laboral crónico, el síndrome de desgaste ocupacional, las alteraciones de sueño o fatiga o el absentismo y presentismo por motivos de salud. También se asocian a una mayor probabilidad de padecer determinados tipos de trastornos musculoesqueléticos.

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**, dado que no se aplican las mismas prácticas de gestión laboral entre la población asalariada, aunque se trabaje en la misma empresa. Por ello, es importante que en las evaluaciones de riesgos laborales psicosociales se exijan, como mínimo, los resultados por puesto o agrupaciones de puestos (art 4.1. RSP) y sexo (art 5.4 LPRL; 27 LOIEMH), tal y como requieren las leyes aplicables.

¿Cómo intervenir?

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 bien eliminar con las medidas preventivas en origen**), 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 ocupacional, la ansiedad, la depresión, las **enfermedades** cardiovasculares y un largo etc. de diversos trastornos de salud asociados a los riesgos laborales 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.



EJEMPLO

Siguiendo la evidencia científica: 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.** 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.** Por ejemplo, **se ha calculado que un 30.6% de depresiones entre las mujeres en España se impedirían si se eliminara la exposición a algunos de estos riesgos laborales.**

El último documento conjunto de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT) de orientaciones **para reducir los problemas de salud mental desde el ámbito laboral** y el último informe mundial de la OIT se pronuncian en la misma línea: en los lugares de trabajo actuar en primer lugar en la **prevención de los riesgos laborales psicosociales implementando medidas organizativas.** 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.



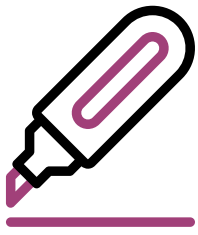
Y ello también **es exigido por la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales,** que prioriza las **acciones preventivas en origen, cambiando el diseño, la organización y gestión del trabajo, para evitar o reducir los riesgos laborales (art 15 a y c); además, exige adaptar el trabajo a la persona a partir de cambios organizativos (art 15 d)** relativos a la concepción de puestos, elección de equipos, métodos de trabajo y producción.

Además, el marco legislativo plantea 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. Los conocimientos científico-técnicos aportados por el personal técnico de prevención (art 38.2 LPRL) y los fundamentados en la experiencia que permite la participación de la **dirección y trabajadoras y trabajadores 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.



La ley empodera a la representación colectiva de trabajadores y trabajadoras, reconociéndole el derecho a **información, consulta previa y propuesta** en cualquier cuestión que pueda afectar a la seguridad y salud de las personas trabajadoras, entre las que incluye, nombrándolas, la tecnología, la organización del trabajo o de la producción. Y en caso de rechazo empresarial de las propuestas de la representación laboral, se obliga al empresariado a razonarlo, a la **negativa motivada**, lo que implica poder **negociar** en todas las fases del proceso preventivo (**art. 14, 18, 33, 34, 36 LPRL**).





El nuevo lavado de cara de las empresas: ¿te lo vas a tragar?

La moda ahora es formar a trabajadoras y trabajadores para ser resilientes, clases de taichi o yoga para relajarlas y mejorar su bienestar emocional, organizar maratones, excursiones o barbacoas para mejorar el clima laboral. O incluso pagar 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. Pueden ser “beneficios sociales”, pero **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 los riesgos laborales psicosociales ni se están evitando.** Es la nueva industria de la salud laboral: **el boom comercial de la salud mental.**

Por 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 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 con una sonrisa. Se han realizado multitud de investigaciones, sobre todo en el ámbito sanitario y teniendo en cuenta sus resultados se concluye que las intervenciones basadas en técnicas de relajación, mindfulness, resiliencia, etc. tienen un efecto nulo sobre la salud mental (depresión, ansiedad y estrés).

Esta forma de actuar lo que sí evita es 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 permiten el lucro. Como plantean la OIT y la OMS, la salud mental en las empresas se tiene que conseguir cambiando, primero, las condiciones de empleo y trabajo, moldeando las prácticas de gestión laboral para promover un empleo decente, más justo y democrático y por ello más saludable.** Tenemos mucha experiencia, véanse los articulados de los convenios colectivos a nivel sectorial, los acuerdos de diálogo o concertación social a nivel estatal o de comunidades autónomas o 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.

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

Se han seleccionado algunos de los **riesgos laborales psicosociales** más prevalentes en el puesto de gerocultora y se resume, por un lado, la evidencia científica del sector de la asistencia residencial en cuanto a su **relación con problemas de salud mental** y por otro, los estudios relativos a **medidas preventivas** 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 de más de un centenar de trabajadoras en este puesto**. 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 un diseño, gestión y organización del trabajo más saludable.

Altas exigencias cuantitativas

¿Qué dice la **evidencia** sobre lo **qué es este riesgo** laboral psicosocial?

Este riesgo se define como el desequilibrio entre el volumen de trabajo y el tiempo asignado para realizarlo, manifestándose en altas cargas de trabajo, alta presión de tiempo, ritmos altos y/o alargamiento de jornada y se asocian a otros riesgos laborales psicosociales como el alto conflicto de rol, por la imposibilidad de cumplir con los estándares profesionales, el bajo apoyo de compañeras por la falta de tiempo que impide la ayuda a compañeras, así como el conflicto trabajo-familia. Según las investigaciones realizadas en el sector, las altas exigencias cuantitativas aumentan la probabilidad de sufrir depresión, estrés laboral, síndrome de desgaste ocupacional, bajas de larga duración, presentismo e invalidez.

¿Qué dice la **evidencia** sobre el **origen** del riesgo laboral en el sector?

El origen reside en la falta de personal por baja dotación, ratios ajustadas y presencias no aseguradas por austeridad presupuestaria y estrategias de rentabilidad centradas en la contención de costes laborales. También influyen las prácticas masculinizadas de gestión taylorizadas, que invisibilizan una parte muy importantes de las tareas fundamentales para el cuidado centrado en la persona, que no se contabilizan en las planificaciones, derivando en altas cargas de trabajo y altas presiones de tiempo. Pero también los nuevos modelos de atención centrada en la persona o unidades convivenciales pequeñas generan estas alta exigencias cuantitativas, si las preferencias de las personas residentes no se transforman en tareas planificadas y no se trabaja en equipo. Otras fuentes del riesgo son las dependencias más severas y complejas de las personas residentes que implican más trabajo y se cubren con las mismas ratios.

¿Qué dice la **evidencia** sobre medidas **preventivas** en origen en el sector?

La evidencia señala la necesidad de aumentar la dotación el personal y sustituir con contrataciones todas las bajas por enfermedad y ausencias de diverso tipo, es decir, asegurar la presencia de personal necesario en el turno, atendiendo a las necesidades en función del perfil de dependencia. También plantea la distribución equitativa de residentes según su perfil. Hay que tener en cuenta que la priorización de tareas básicas, renunciando a proporcionar una atención integral, no serviría porque se ha asociado a mayores niveles de estrés laboral entre las trabajadoras. Países como Finlandia han legislado ratios mínimas obligatorias más altas para mitigar este riesgo y en Dinamarca el gobierno destino una importante suma de dinero para aumentar los salarios del sector con el objetivo de atraer y retener personal y evitar la falta de plantilla. En España, el gobierno autonómico balear actuó en 2023 en el mismo sentido facilitando el incremento de las tablas salariales y la reducción de jornada del convenio sectorial de comunidad autónoma.

¿Cuáles son las **medidas** preventivas más **pertinentes**?

De entre estas medidas **fundamentadas** en el conocimiento científico y el derivado de la experiencia, **ENCONTRAD LAS MEDIDAS A PROPONER EN VUESTRO CENTRO**, las que mejor se ajustan a vuestra realidad en el puesto de gerocultora.

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.**

Alto conflicto trabajo-familia y alta inseguridad laboral

¿Qué dice la **evidencia** sobre lo **qué es este riesgo** laboral psicosocial?

El alto conflicto trabajo-familia se define como el impacto negativo de las exigencias del empleo sobre el tiempo y energía necesarios para el trabajo de cuidado y doméstico en casa (doble carga) y la necesidad de responder a las exigencias simultáneas del empleo y el trabajo de cuidados (doble presencia). La alta inseguridad relativa a la jornada se define como la falta de estabilidad en las condiciones de trabajo fundamentales como es la jornada. Según las investigaciones realizadas en el sector, la exposición a estos riesgos aumenta la probabilidad de padecer estrés laboral crónico y patologías cardio-metabólicas.

¿Qué dice la **evidencia** sobre el **origen** del riesgo laboral en el sector?

Las causas laborales principales son las exigencias constantes de cambios en la jornada y con preavisos muy cortos debido al planteamiento de la planificación horaria como una operación de costes laborales, la imposibilidad de desconexión digital, la falta de participación de las trabajadoras en la definición de los diferentes aspectos de la jornada (cantidad, ordenación, modificación) y la poca antelación y concreción del calendario laboral de cada trabajadora.



¿Qué dice la **evidencia** sobre **medidas preventivas** en origen en el sector?

El conflicto trabajo-familia y la inseguridad relativa a la jornada se reducen con una mayor participación de las trabajadoras en la configuración de la jornada (la cantidad diaria, horas de entrada y salida de los turnos y cómo se llevan a cabo las modificaciones de la jornada), que permita un mayor ajuste a las necesidades de cuidado de las trabajadoras según el momento del ciclo vital en el que se encuentran; aumentando la dotación de personal para evitar las variaciones de jornada; con el cumplimiento estricto del calendario laboral; el establecimiento de turnos más largos para reducir el número de días laborables, aumentar ingresos (vs tiempo parcial involuntario) y facilitar la desconexión, aunque turnos más largos requieren periodos de descanso adecuados para evitar la fatiga y el desarrollo de enfermedades.



¿Cuáles son las **medidas** preventivas más **pertinentes**?

De entre estas medidas **fundamentadas** en el conocimiento científico y el derivado de la experiencia, **ENCONTRAD LAS MEDIDAS A PROPONER EN VUESTRO CENTRO**, las que mejor se ajustan a tu realidad en el puesto de gerocultora.

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.

Bajo control

¿Qué dice la **evidencia** sobre lo **qué es este riesgo** laboral psicosocial?

Se define como la imposibilidad de influir en el cómo se hace el propio trabajo, la falta de autonomía en la realización del trabajo y las escasas posibilidades de aplicar habilidades y conocimientos y aprender nuevos. Según las investigaciones realizadas en el sector, el bajo control aumenta la probabilidad de sufrir síntomas depresivos y bajas por enfermedad.

¿Qué dice la **evidencia** sobre el **origen** del riesgo laboral en el sector?

Proviene del diseño de tareas repetitivas y estandarizadas bajo métodos taylorizados que excluyen a las trabajadoras en el puesto de gerocultora de la toma de decisiones sobre la forma de prestar los cuidados a las personas residentes. La rigidez jerárquica de la división de trabajos de diseño y ejecución impide que quienes prestan la atención directa participen en el diseño de los planes de cuidados o en la evaluación, dificultando la implementación efectiva del modelo centrado en la persona y las unidades de convivencia.



¿Qué dice la **evidencia** sobre **medidas preventivas** en origen en el sector?

La implementación de métodos consultivos y equipos interdisciplinarios autogestionados mejora el control y reduce el estrés. Experiencias en Francia y Bélgica muestran que tanto la participación directa delegativa como la participación directa consultiva grupal aumentan el control. Sin embargo, las prácticas de participación directa en un contexto caracterizado por la falta de personal y la sobrecarga comprometen la salubridad de esas prácticas, ya que pueden aumentar las exigencias cuantitativas sino se les dota de tiempo en la planificación de la carga de trabajo.

¿Cuáles son las **medidas preventivas** más **pertinentes**?

De entre estas medidas **fundamentadas** en el conocimiento científico y el derivado de la experiencia, **ENCONTRAD LAS MEDIDAS A PROPONER EN VUESTRO CENTRO**, las que mejor se ajustan a tu realidad en el puesto de gerocultora.

En el contexto del modelo de cuidados 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. Y aunque no se apliquen estos paradigmas, las trabajadoras en el puesto de gerocultora igualmente son las trabajadoras que pasan 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 interdisciplinarias).

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 interdisciplinaria 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 interdisciplinares, 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.

Bajo apoyo

¿Qué dice la **evidencia** sobre lo **qué es este riesgo** laboral psicosocial?

Se define como la inexistencia de ayuda funcional de compañeras/os en la realización del trabajo cuando se necesita. Según las investigaciones realizadas en el sector, el bajo apoyo de compañeras aumenta la probabilidad de padecer trastornos ansioso-depresivos y el síndrome de desgaste ocupacional.

¿Qué dice la **evidencia** sobre el **origen** del riesgo laboral en el sector?

El bajo apoyo se relaciona principalmente con la falta de tiempo para facilitar ayuda mutua y retorno entre compañeras, debido a la sobrecarga de trabajo y también con el diseño individual de los procesos de trabajo.



¿Qué dice la **evidencia** sobre medidas **preventivas** en origen en el sector?

Todas las medidas relativas a evitar o reducir las altas exigencias cuantitativas servirían para posibilitar la ayuda. También se señala la realización de reuniones rápidas al inicio y final del turno para plantear el estado de situación y las necesidades de soporte de cada trabajadora del turno para realizar las tareas asignadas y reservar tiempo en la carga de trabajo de cada trabajadora para ayudar a compañeras y para la realización de dichas reuniones; además se plantean reuniones semanales para exponer y resolver problemas de forma participativa y de nuevo se requiere asignación de tiempo en la carga de trabajo; finalmente, se plantea la descripción clara de las tareas de cada puesto para evitar asignación injusta de trabajo.

¿Cuáles son las **medidas** preventivas más **pertinentes**?

De entre estas medidas **fundamentadas** en el conocimiento científico y el derivado de la experiencia, **ENCONTRAD LAS MEDIDAS A PROPONER EN VUESTRO CENTRO**, las que mejor se ajustan a tu realidad en el puesto de gerocultora

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).

Altas exigencias emocionales

¿Qué dice la **evidencia** sobre lo **qué es este riesgo** laboral psicosocial?

Se define como la exigencia de gestionar las emociones sentidas en la cotidianidad fruto de las relaciones con las personas residentes y sus familiares o ante situaciones difíciles, de sufrimiento, muerte o agresividad. Según las investigaciones realizadas en el sector, las altas exigencias emocionales aumentan la probabilidad de sufrir depresión, síndrome de desgaste ocupacional y ansiedad.

¿Qué dice la **evidencia** sobre el **origen** del riesgo laboral en el sector?

El origen es intrínseco al cuidado de personas, siempre hay exigencia de gestionar emociones cuando se trabaja para y con personas en situación vulnerable (no involucrarse demasiado ni demasiado poco, o no expresar los sentimientos que son los genuinamente sentidos). Pero estas exigencias también se incrementan por cuestiones organizativas cuando la baja dotación de personal y la presión de tiempos impide dar un trato a las personas residentes según los estándares profesionales (derivando en conflicto de rol). Además, aumentan por la falta de formación específica y actualizada sobre patologías de las personas residentes.

¿Qué dice la **evidencia** sobre **medidas preventivas** en origen en el sector?

No es posible prevenir en origen este riesgo porque es el único riesgo que deriva de la naturaleza del trabajo. Las medidas que plantea la evidencia son de protección: por un lado, formación en estrategias de afrontamiento y sobre enfermedades de las personas usuarias y también sobre comunicación; por otro lado, foros para compartir experiencias y supervisión y apoyo psicológico; y también medidas como variar entre tareas de distinta exigencia emocional y reducir el tiempo de exposición mediante ratios y presencias adecuadas.

¿Cuáles son las **medidas** preventivas más **pertinentes**?

De entre estas medidas **fundamentadas** en el conocimiento científico y el derivado de la experiencia, **ENCONTRAD LAS MEDIDAS A PROPONER EN VUESTRO CENTRO**, las que mejor se ajustan a tu realidad en el puesto de gerocultora.

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.).





Bajo reconocimiento

¿Qué dice la **evidencia** sobre lo **qué es este riesgo** laboral psicosocial?

Según la evidencia científica el riesgo se define como la baja compensación y la alta inseguridad, la baja consideración y el trato injusto en relación con las exigencias del trabajo. Según las investigaciones realizadas en el sector, el bajo reconocimiento aumenta la probabilidad de padecer trastornos ansioso-depresivos y el síndrome de desgaste ocupacional.

¿Qué dice la **evidencia** sobre el **origen** del riesgo laboral en el sector?

Radica en los salarios bajos, los aumentos salariales por debajo de la inflación, la precarización de las demás condiciones de trabajo, la infravaloración de las competencias técnicas, necesarias para el desempeño de las tareas que se realizan en el puesto de gerocultora y la naturalización del cuidado como una capacidad "femenina" no profesional. En España, el salario de este sector es significativamente menor al promedio de otros sectores y llega a su fondo en el puesto de gerocultora (bruto de 1.160,37 euros/mes por jornada completa en 14 pagas).

¿Qué dice la **evidencia** sobre medidas **preventivas** en origen en el sector?

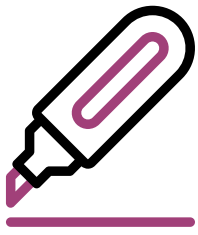
La literatura apunta a la mejora de la remuneración valorando económicamente las competencias profesionales reales y necesarias para ejercer las tareas del puesto de gerocultora (cognitivas y relacionales para lidiar con las exigencias emocionales, físicas y la responsabilidad sobre las necesidades cotidianas de vidas humanas vulnerables y dependientes). El gobierno danés y el balear en España han destinado presupuestos específicos para incrementos salariales a fin de dignificar los salarios del sector.

¿Cuáles son las **medidas** preventivas más **pertinentes**?

De entre estas medidas **fundamentadas** en el conocimiento científico y el derivado de la experiencia, **ENCONTRAD LAS MEDIDAS A PROPONER EN VUESTRO CENTRO**, las que mejor se ajustan a tu realidad en el puesto de gerocultora

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 capacidades 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.



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.

