

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA PREVENIR EN ORIGEN LOS RIESGOS LABORALES PSICOSOCIALES EN LA SANIDAD PRIVADA PARA REDUCIR LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL



CON LA FINANCIACIÓN DE

AS2024-0003

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

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

Este trabajo se realiza al amparo de la convocatoria Sectorial 2024 de la FEPR L FSP en el marco del proyecto “Prevenir en origen los riesgos laborales psicosociales con perspectiva de género para reducir trastornos mentales en la sanidad privada” (AS2024-0003).

Esta revisión bibliográfica ha sido el inicio de un proceso co-creativo de conocimiento científica y socialmente fundamentado ([ver el folleto resumen aquí](#)). Ha consistido en una revisión de artículos sobre el sector sanitario publicados en revistas científicas de salud pública que aseguran la revisión por pares y de algunos informes de literatura gris procedentes de instituciones internacionales.

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 sanidad privada y haber facilitado enormemente el proyecto para el que se ha realizado esta revisión bibliográfica.

Diseño gráfico y maquetación: Pilixip

Edición: Valencia, junio 2026

ÍNDICE

LOS RIESGOS LABORALES PSICOSOCIALES EN LA SANIDAD	5
¿Qué son?	5
ORIGEN Y MEDIDAS PREVENTIVAS FRENTE A LOS RIESGOS LABORALES PSICOSOCIALES EN LA SANIDAD.....	8
Altas exigencias cuantitativas, origen y medidas preventivas.....	10
Alto conflicto trabajo-familia, origen y medidas preventivas	12
Bajo control, origen y medidas preventivas	16
Bajo apoyo de supervisoras y compañeras y baja calidad del liderazgo, origen y medidas preventivas.....	19
Altas exigencias emocionales, origen y medidas preventivas	22
Bajo reconocimiento, origen y medidas preventivas	25
Alta inseguridad laboral y alta inseguridad de las condiciones de trabajo, origen y medidas preventivas.....	27
BIBLIOGRAFÍA	29



LOS RIESGOS LABORALES PSICOSOCIALES EN LA SANIDAD

¿Qué son?

Los **riesgos laborales psicosociales son condiciones de trabajo derivadas de las deficiencias en el diseño, la organización y la gestión del trabajo y de un contexto social pobre que pueden enfermar a trabajadoras y trabajadores** (EU-OSHA, n.d.). Se trata de riesgos laborales evitables, cambiando las deficiencias que los originan. Con ello, se asegura el cumplimiento de una ley que ya ha cumplido 30 años de vigencia (art. **4.7.d** y art **15** de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, Ley 31/1995): evitarlos (15a LPRL) o si no se han evitado, evaluarlos (15b LPRL) y combatirlos en su origen (15 c LPRL), eliminándolos o reduciéndolos a través de intervenciones organizativas (en origen), entre las que se incluyen las de adaptar el trabajo a la persona, en particular dice la ley (art 15d LPRL), en relación con el diseño del trabajo o los métodos de trabajo y producción.

En 2021, basándose en los datos de la Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo (EWCS), Eurofound identificó cinco perfiles de condiciones de trabajo, dos de los cuales, denominados trabajos “bajo presión” (13% de todos los puestos de trabajo) y trabajos “de mala calidad” (20% de todos los puestos de trabajo), se consideraron los más expuestos a los riesgos laborales psicosociales. La mayoría de las mujeres incluidas en el perfil de “**trabajos bajo presión**” trabajaba en el sector sanitario y estaban altamente expuestas al **bajo apoyo** social, recibiendo escasa ayuda **de sus jefes o compañeros/as**, y a **elevadas exigencias cuantitativas y emocionales**, estando a menudo sometidas a situaciones emocionalmente desgastadoras, combinadas con la exigencia de trabajar a gran velocidad, con plazos muy ajustados y sin tiempo suficiente para realizar las tareas. También, estaban expuestas a un **elevado conflicto trabajo-familia** dados los horarios atípicos por encima de la media, semanas de trabajo más largas de lo habitual y una flexibilidad horaria a favor de las necesidades de las trabajadoras muy limitada (Eurofound, 2021).

En la misma línea, el informe de la EU-OSHA sobre el sector sanitario señalaba estos riesgos laborales psicosociales como los más prevalentes en el sector: las **altas exigencias cuantitativas** derivadas de la elevada carga de trabajo y las presiones de tiempo originadas en la falta de personal, en el insuficiente tiempo asignado para dedicar a pacientes, es decir en la mala planificación y también

en las exigencias de multitarea en diferentes áreas de un hospital, sin los recursos necesarios; el **bajo control** sobre la forma de realizar el trabajo, derivado de la estandarización de las tareas y de la falta de participación en la organización del trabajo; el alto **conflicto trabajo-familia** derivado de las jornadas laborales asociales como el trabajo por turnos, el trabajo vespertino y nocturno, el trabajo en fin de semana y en días festivos; las **exigencias emocionales** derivadas de la atención a las enfermedades graves y terminales y a las enfermedades mentales de los y las pacientes, así como a la presión de los familiares y a los procedimientos ineficaces que provocan tensiones con los y las pacientes y entre las y los trabajadores; la **alta inseguridad** derivada del uso abusivo del contrato temporal, las reestructuraciones y más recientemente de la notificación de unos horario asociales con muy poca antelación; el **bajo reconocimiento** derivado de los bajos salarios, dada la falta de inversiones suficientes; finalmente el **bajo apoyo social** derivado de la falta de ayuda de compañeras y compañeros y superiores en la realización del trabajo por falta de tiempo dadas las cargas de trabajo excesivas y la fuerte presión de tiempo (EU-OSHA, 2014; EU-OSHA, 2025).

La OCDE publicó un informe en 2024 alertando de importantes **problemas de salud mental y daños físicos experimentados por las y los profesionales sanitarios** en los países desarrollados. El informe señala que en torno a **la mitad de personal médico y de enfermería consideran que hay una carencia de personal en sus centros de trabajo, que se traduce en elevadas exigencias cuantitativas, así como bajas posibilidades de conciliar el trabajo con la vida familiar y personal**. Además, estas condiciones de trabajo se han mostrado como importantes condicionantes de las tasas de **abandono de estas profesiones**, poniendo a su vez en riesgo la **sostenibilidad del sistema** y la **calidad de la atención médica a la ciudadanía** (OECD, 2024).

La EU-OSHA en su último informe sobre los sectores HeSCare (EU-OSHA, 2025) subraya como problemas de salud mental de los profesionales de la sanidad, derivados de la exposición a estos riesgos laborales, **el estrés, el burnout, la ansiedad, los problemas para dormir y la fatiga**. La literatura científica relativa al sector sanitario revisada por sus autoras muestra que las cargas de trabajo excesivas y la fuerte presión de tiempo, lo que se conoce como **altas exigencias cuantitativas**, pueden conducir al **agotamiento físico y mental**, así como al **estrés**, la **ansiedad** y la **depresión** de sus profesionales. Así mismo, señala que las personas trabajadoras del sector sanitario se enfrentan con frecuencia a **altas exigencias emocionales**, derivadas de situaciones emocionalmente agotadoras y dilemas éticos que **afectan negativamente a su salud mental**. Por otra parte, el informe subraya que la **falta de autonomía** en el lugar de trabajo tiene repercusiones negativas tanto en la **salud física como en la mental**. Diversos estudios han demostrado que esto es cierto en el caso de personas trabajadoras de los servicios de urgencias, el personal de enfermería y las comadronas, en diferentes contextos nacionales. También, la **baja participación sobre los horarios y/o su notificación con poca antelación** en el sector de la asistencia sanitaria son señalados como origen del alto **conflicto trabajo-familia** y contribuidores a la **fatiga crónica** y al aumento de los niveles de **estrés**. Así mismo, un **bajo apoyo social**, la falta de ayuda funcional cuando es necesaria, tanto por parte de compañeras y compañeros como de la dirección en el sector sanitario, se señala como riesgo laboral que **aumenta los niveles de estrés**, la **depresión** y el **sentimiento de aislamiento** y soledad. Finalmente, el **desequilibrio** entre el esfuerzo dedicado al trabajo (exigencias) y las **compensaciones** recibidas se muestra como un factor crítico del **agotamiento** entre el personal sanitario.

El informe sobre la literatura científica del sector sanitario muestra por otro lado, que trabajar muchas horas (jornadas largas) se asocia con la depresión, la ansiedad y el aumento de los niveles de estrés laboral. Por otra parte, los horarios de trabajo que incluyen turnos de noche y de fin de semana se señalan como alteradores de los patrones naturales del sueño y pueden contribuir a la privación del sueño, la depresión, el estrés laboral y el desgaste profesional. Estas investigaciones resumidas en dicho informe también han demostrado una relación entre el trabajo por turnos y trastornos musculoesqueléticos (TME) como el dolor lumbar, el dolor de hombro y el dolor de rodilla en las y los profesionales sanitarios. Por último, la exposición a comportamientos sociales adversos, como el abuso verbal, la violencia y la atención sexual no deseada en el lugar de trabajo se señala que pueden causar ansiedad grave, depresión y un estrés laboral significativo (EU-OSHA, 2025).

ORIGEN Y MEDIDAS PREVENTIVAS FRENTE A LOS RIESGOS LABORALES PSICOSOCIALES EN LA SANIDAD

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 asalariado de las enfermedades.

El 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 (WHO & ILO, 2022) se pronuncia en la misma línea: en los lugares de trabajo, en primer lugar, hay que actuar 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.

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).



La mayor parte de riesgos laborales psicosociales a los que puede estar expuesto el personal del sector sanitario están relacionados con prácticas de gestión laboral, que son modificables. Incluso las altas exigencias emocionales, que es el único riesgo laboral psicosocial que deriva de la naturaleza del trabajo del sector, se ve afectado por otras condiciones de índole organizativo, que pueden cambiarse y con ello reducir dicho riesgo.

La literatura científica se refiere a las prácticas de gestión laboral relativas al diseño del proceso de trabajo, a los métodos de trabajo, al diseño del puesto, a la jornada laboral, a la relación contractual, a la dotación de personal, a la asignación de tareas o a la remuneración, entre muchos otros aspectos de la relación laboral, que pueden ser modificados para prevenir los riesgos laborales psicosociales en su origen. Es sabido que estas prácticas de gestión laboral que están en el origen de las exposiciones psicosociales insalubres responden a un contexto más amplio de medidas de austeridad, es decir, recortes presupuestarios en la sanidad, reducción de personal, privatización y aplicación de nuevos modelos de gestión. Pese a ello, los y las gestoras de las organizaciones sanitarias tienen margen para transformar las políticas y las prácticas y pueden aportar cambios relevantes adoptando una postura proactiva a la hora de abordar las cuestiones que están bajo su control (Holland, Tham y Gill, 2018).

Según la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (Ley 31/1995), si una evaluación de riesgos laborales demuestra que las condiciones de trabajo derivadas de la organización, gestión y diseño del trabajo son desfavorables para la salud, dichas condiciones de trabajo deben modificarse en su origen (art 15 LPRL). Los resultados de las evaluaciones de riesgos laborales psicosociales, que utilicen métodos validados (por ejemplo el COPSQ-ISTAS21 o el FPSICO, que además son gratuitos), ayudarán a la dirección, a las representantes de las trabajadoras, y a las profesionales de la salud laboral a proponer intervenciones preventivas en origen pertinentes, teniendo en cuenta los aspectos de la 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 (Kjaergaard A, 2024; Aust et al., 2023; Roquelaure Y, 2018; Schnall P et al., 2016).

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.

Altas exigencias cuantitativas, origen y medidas preventivas

Las exigencias cuantitativas se refieren a la cantidad de trabajo en relación con el tiempo disponible para realizarlo. El problema para la salud es el desajuste entre estos dos aspectos, siendo el más investigado el del exceso de carga de trabajo, lo que implicaría una intensificación del trabajo o el alargamiento de la jornada, que aumentaría la prevalencia del burnout (Chen 2025). La sobrecarga es uno de los principales problemas que afectan la salud de las profesionales de enfermería (Mahran, 2017; Gab Allah, 2020). El alargamiento de la jornada del personal de enfermería afecta negativamente la salud de las trabajadoras que no pueden recuperarse correctamente después de una jornada extensa de trabajo (Hernández, 2024).

Los estudios muestran que la falta de personal está en el origen de las altas exigencias cuantitativas. La opción de contratar a más personal para mejorar las condiciones de trabajo y el servicio suele estar limitada por las reticencias de la dirección ante el aumento de los costes variables o de personal. En el sector público, enfrentado a la austeridad financiera, recurrir al aumento de plantilla constituye una tensión habitual, sobre todo desde los enfoques del *New Public Management* y del *Lean Management* (Findlay et al., 2017; Lindsay et al., 2014). En el sector privado que sigue los dictados del *Lean Management* o la vía baja para reducir costes a corto plazo ocurre lo mismo. La gestión *lean*, y el adelgazamiento de plantillas que supone, se asocia a la intensificación del trabajo, a la alta tensión, al estrés y al burnout entre profesionales sanitarios de “primera línea”, según muestra una reciente revisión de la literatura (Mahmoud 2021). En sentido contrario, aumentar la ratio de personal de enfermería disminuye la mortalidad de los pacientes, según otro estudio longitudinal del Servicio Nacional de Salud del Reino Unido (Zaranko, 2022).

Una revisión temática de la literatura relativa a comadronas mostró que la escasa dotación de personal conllevaba una elevada carga de trabajo que causaba altos niveles de estrés, agotamiento, ansiedad, abandono de la profesión, compromiso de la seguridad del paciente y de la calidad de los cuidados. Además, demostraba que la falta de personal está en el origen de la exposición nociva a otros factores de riesgo psicosocial como el bajo apoyo de compañeras o el alto conflicto trabajo-vida (Cramer y Hunter, 2019). Por otro lado, una revisión sistemática y meta-análisis sobre el personal en puestos de enfermera/o de hospitales mostró que el aumento de un paciente por enfermera (el aumento de la ratio) se asociaba consistentemente con el incremento del 7% en las probabilidades de sufrir burnout y un 5% más de intención de abandono de la profesión (Shin, Park & Bae, 2018). En la misma línea, otra revisión sistemática sobre personal de enfermería de cuidados intensivos (Bae, 2021) mostró que cuando la dotación de personal de enfermería es baja (mayor número de pacientes por enfermera o auxiliar de enfermería que las establecidas por la regulación), sus niveles de burnout, estrés y fatiga son más altos. Por último, el cálculo de las ratios de personal no es una cuestión baladí, especialmente en unidades críticas como es cuidados intensivos. Existen varias formas para dimensionar la carga de trabajo y el personal necesario para llevarla a cabo y no todos coinciden (Batassini, 2025). La evidencia sobre los métodos de proyección de enfermería de UCI sigue siendo muy limitada (Griffiths, 2020). Aun

así, hay indicios de que las “horas de enfermería por paciente por día” es el más utilizado y tiene buenos resultados comparado con otros (Min 2016). Además, la falta de personal de enfermería se asoció a un mayor riesgo de mortalidad y de reingreso hospitalario de los pacientes de cinco hospitales del Reino Unido (Saville, 2025).

En la misma línea, la literatura señala que la falta de personal no es solo una fuente de exigencias cuantitativas, sino que compromete las medidas preventivas dedicadas a aumentar el control del trabajo. Una investigación llevada a cabo en los servicios de farmacia del sistema hospitalario del Reino Unido mostró que la falta de personal era el origen de la intensificación del trabajo después del rediseño de tareas para permitir aplicar y mejorar habilidades y conocimientos. Se ampliaron las funciones de las trabajadoras sin ampliar la dotación de personal, intensificando el trabajo y comprometiendo la calidad de este (Findlay et al., 2017; Lindsay et al., 2014). Del mismo modo, un estudio sobre la introducción de métodos participativos en departamentos de atención primaria en un hospital de los Estados Unidos mostró que tanto el personal médico como el no médico mejoraron las exposiciones relativas al control y al apoyo social, pero reportaron mayores exigencias cuantitativas (Hung, Harrison, Truong, & Du, 2018). Igualmente, el estudio de una intervención en un servicio de urgencias reveló que la falta de personal fue el obstáculo principal para el éxito de una intervención participativa (Schneider, Wehler y Weigl, 2019).

La tecnología puede contribuir a liberar tiempo del trabajo de coordinación. En ese sentido, un estudio demostró que la introducción de un sistema semi-automatizado para reorganizar los turnos con el objetivo de cubrir las ausencias inesperadas del personal de enfermería reducía a la mitad (de 3.2 a 1.2 en promedio) las tareas (llamadas, emails, etc.) que deben hacer las coordinadoras cuando se producen esas situaciones bastante frecuentes, reduciendo así los costes administrativos y el tiempo dedicado a este tipo de tareas (Tuominen, 2020). El tiempo que se liberaría mediante la introducción de estos sistemas auxiliares para la gestión de personal podría reducir las exigencias de las encargadas de enfermería, o al menos, mejorar la eficiencia de este proceso.

Los estudios relativos a intervenciones señalan el aumento de personal como una medida preventiva necesaria ante las altas exigencias cuantitativas. Ello permitiría substituir a las trabajadoras de baja, crear nuevos puestos de trabajo o reducir las cargas de trabajo. En concreto, por ejemplo, según un estudio longitudinal de intervención (Bourbonnais, Brisson y Vézina, 2011), la contratación de más personal para substituir a las personas que están de baja, la creación de un nuevo puesto de trabajo para el traslado de pacientes y la revisión y adaptación de la carga de trabajo para algunas categorías profesionales, (complementado con el solapamiento de turnos y el trabajo en equipo), dieron lugar a mejoras significativas a largo plazo, que redujeron las exigencias cuantitativas y los problemas de salud, en un hospital de cuidados intensivos. Asimismo, la revisión temática de la literatura cuanto a comadronas concluye que los esfuerzos para salvaguardar su bienestar deben priorizar las mejoras en la dotación de personal (Cramer & Hunter, 2019).

Alto conflicto trabajo-familia, origen y medidas preventivas

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 como la necesidad de responder a demandas simultáneas del empleo y del trabajo de cuidados, con exigencias temporales estrictas (doble presencia). Existen indicios de que el efecto del conflicto trabajo-vida es acumulativo en tanto que el personal de enfermería que llevan más años en su puesto informa de mayores niveles (Obina 2024).

La bibliografía apunta como causas principales a la falta de participación o control por parte de trabajadoras y trabajadores de los diferentes detalles relativos a la jornada (horario diario, distribución semanal y mensual, duración de la jornada, cambios en la ordenación y extensión de la jornada, patrones de rotación, etc.) y a la falta de personal y al planteamiento de la programación horaria como una operación de reducción de costes laborales, derivando en altas exigencias de disponibilidad respecto a la jornada (acudir al trabajo con poca antelación, modificación de horarios...).

Un estudio en un hospital de Suiza encontró que los factores sociodemográficos (edad, género, educación o composición del hogar) no influyen en el conflicto trabajo-vida de las enfermeras. En cambio, existe una correlación entre dicho conflicto y otros riesgos laborales psicosociales como el alto ritmo de trabajo, el bajo liderazgo o el bajo apoyo y factores estructurales como alargamientos de la jornada, ordenación de la jornada, dotación y ratios de personal (Zraychikova, 2022).

Según un estudio realizado en 26 hospitales suizos de agudos y rehabilitación, el conflicto trabajo-familia se asocia con una baja influencia en los turnos (por ejemplo, pocas posibilidades de intercambiar turnos o de trabajar en un turno elegido), con el número de veces que se trabaja en fin de semana y con jornadas semanales largas (Peter, Halfens, Hahn, & Schols, 2021). En la misma línea, la falta de influencia sobre los patrones de la turnicidad y la poca antelación con la que se informa de los turnos se destacan como origen del conflicto trabajo-familia, siendo razones importantes para dejar la profesión entre las comadronas (Cramer & Hunter, 2019). Las altas exigencias físicas del trabajo de enfermería (no así las de tipo psicológico) se relacionan asimismo con un aumento del conflicto trabajo-familia, según un estudio realizado con datos de la V European Working Conditions Survey. El control sobre el trabajo y el apoyo social (este último parcialmente) actúan como moderadores de dicha relación (Navajas-Romero 2020).

Un estudio cualitativo entre programadores de turnos de 26 centros sanitarios señaló que en dos terceras partes de los casos, la falta de personal en los centros era el principal obstáculo para programar teniendo en cuenta las necesidades de las trabajadoras y trabajadores en términos de conflicto trabajo-familia. Además, sólo un tercio consideraba que las preferencias

de programación de trabajadores y trabajadoras estaban equilibradas con las de pacientes y empleadores, otro tercio consideraba los costes laborales por encima de otros factores a la hora de programar y otro tercio daba prioridad a la atención de pacientes. El estudio concluye que la dirección de las organizaciones debe tener en cuenta que la consideración de la programación como una operación de reducción de costes laborales a corto plazo, puede tener importantes resultados negativos a largo plazo, tanto para la atención a pacientes como para las trabajadoras en términos de salud (Kossek, Piszczek, McAlpine, Hammer y Burke, 2016).

En la misma línea, el estudio cualitativo de Stimpfel (2025) titulado “El horario lo es todo” destaca el gran impacto que tiene la programación de los turnos y su duración en la vida del personal de enfermería, así como en la calidad de los cuidados que proveen. Cuando los turnos no se adaptan a las necesidades de las trabajadoras, estas se enferman, experimentan problemas de conciliación (por ejemplo, problemas para cuidar de sus hijos/hijas o para concertar una cita médica para ellas mismas), y disminuye su satisfacción con el trabajo, lo cual, a su vez, aumenta sus intenciones de abandonar el trabajo. Por otro lado, la transparencia y la equidad en la asignación de los turnos, los turnos de 10 y 12 horas, permitir a la trabajadora elegir si trabajar en días consecutivos o no consecutivos, y en general, dotar a los equipos de enfermería de autonomía para organizar sus propios horarios y días libres, son algunas de las soluciones propuestas por las propias trabajadoras para mejorar su horario de trabajo. Para asegurar este nivel de flexibilidad es indispensable contar con una plantilla de enfermería suficiente desde un punto de vista cuantitativo y cualitativo, ya que “la falta de personal adecuado hace que sea casi imposible crear horarios satisfactorios, lo que contribuye a un ciclo de insatisfacción y rotación de empleadas”, concluyen los autores de este estudio.

En lo que respecta a las características de los turnos, según un estudio transversal basado en análisis multivariados, que incluye a 25.924 enfermeras de diversos países europeos, que trabajan tanto en el ámbito de la asistencia sanitaria como en el de la dependencia, el personal de enfermería que trabajaba en turnos alternos y en turnos de 10 horas por la noche estaban más expuestas al conflicto trabajo-familia que el personal de enfermería que trabajaba en turnos de 12 horas durante el día o la noche. De hecho, el personal de enfermería 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 permite reducir el número de días de trabajo y las horas y días asociales. También señalaba la importancia de las altas exigencias cuantitativas como causas del alto conflicto trabajo-familia entre el personal de enfermería. (Estryn-Béhar & Van Der Heijden, 2012). En la misma línea, un estudio realizado en un servicio de urgencias hospitalarias en España observa mejores niveles de conciliación laboral-familiar entre el personal de enfermería (enfermeras/os y técnicos en cuidados de enfermería o TCAES) que realiza turnos rotatorios de 12 horas en comparación con los que realizan turnos rotatorios de 7 horas, sin que ello repercuta negativamente en términos de burnout o problemas de sueño (Onrubia 2025).

Se ha demostrado que la configuración unilateral del tiempo de trabajo por parte del empresario (es decir, la falta de control del horario por parte del trabajador/a) es perjudicial para la salud de las trabajadoras. El control del horario se ha tratado principalmente como una característica del trabajo a nivel individual, pero es, de hecho, un aspecto clave de la relación laboral que juega un papel potencialmente crítico en el bienestar de las empleadas, y en la eficacia del trabajo y de la organización (Kossek, Piszczek, McAlpine, Hammer, & Burke, 2016). La literatura asocia el equilibrio entre el empleo y la familia con un mayor control de trabajadoras y trabajadores sobre los horarios, lo que significa una mayor influencia en las horas de trabajo y la posibilidad de ajustar las horas de trabajo a las necesidades de cuidado de la familia.

Por otro lado, un estudio piloto que implementó la jornada de cuatro días a la semana en dos hospitales de EEUU durante cuatro meses obtuvo resultados extremadamente positivos en cuanto a la reducción del conflicto trabajo familia y la fatiga emocional, que se tradujeron a su vez en una disminución del burnout del 61 al 4%, sin que la seguridad de pacientes se viera afectada negativamente (Hayakawa, 2024).

Por otra parte, existe todo un “clúster” de estudios sobre los efectos de la introducción de métodos automatizados de gestión de los horarios en enfermería. En un estudio de intervención cuasi experimental con un seguimiento de 12 meses en 28 hospitales en Dinamarca, la introducción de la asignación horaria con ayuda de las nuevas tecnologías se asoció a una disminución del conflicto entre el trabajo y la familia, cuando su objetivo era aumentar el bienestar de las trabajadoras, en comparación con su uso para optimizar el personal. Las trabajadoras de los centros de trabajo con mejores resultados (atención psiquiátrica, cuidados intensivos y somáticos) podían elegir qué días querían trabajar y cuáles no, y entre un número limitado de tipos de tareas predefinidas. No incluía banco de horas, ni una fase de relleno de huecos. El límite mínimo entre dos turnos oscilaba entre 8 y 11 horas y el número permitido de días de trabajo consecutivos oscilaba entre 6 y 8 días. La jornada más larga permitida era de 12-13 horas, mientras que todos los lugares de trabajo tenían un límite de 5 horas como jornada mínima. En la línea de base, el 64 % trabajaba a tiempo completo, el 27 % trabajaba durante el día, el 7 % trabajaba por la tarde, el 3 % por la noche y el 63 % tenía turnos irregulares (Albertsen et al., 2014). En el editorial de Barret (2018) para el *British Journal of Nursing* se citan varios estudios que se decantan por los beneficios del *self-rostering* electrónico siempre que se haga de manera coordinada y colaborativa. Resulta clave disponer de límites claros (días máximos de trabajo, número de cambios admitidos...) que deben ser fijados de forma bidireccional entre supervisores y trabajadoras por lo que la comunicación fluida es clave. Concluyen que la auto-organización de los horarios y los turnos mediante una agenda electrónica (mucho más transparente que el anterior sistema basado en registros de papel) es altamente beneficiosa para el conjunto del Sistema Nacional de Salud de Reino Unido si se logra un equilibrio entre las necesidades individuales y las necesidades de la unidad. Un estudio de caso analiza cómo un servicio de urgencias en un hospital del Reino Unido ha utilizado un sistema electrónico de planificación de turnos a medida para lograr un mejor equilibrio entre la vida laboral y familiar y mejorar la retención del personal. El enfoque del software HealthRota para la planificación anual de turnos garantiza además que no haya lagunas en la cobertura de personal y, por lo

tanto, mejora la atención al paciente. Diseñado por personal clínico y administrativo, el uso del sistema de turnos anualizados ha mejorado la salud mental del personal y ha supuesto un ahorro de costes. El éxito de HealthRota pone de relieve las ventajas de garantizar que el trabajo se organice de manera que se proteja la seguridad y la salud de los trabajadores (Percival C, 2025).

Sin embargo, la evidencia no es unánimemente favorable al uso de estas herramientas de gestión. Un estudio de 2025 concluye que la introducción de un método de gestión de turnos y horarios que combina tres elementos -sistemas automatizados mediante algoritmos, programación autónoma de la hora de entrada y salida, y programación centralizada que busca asegurar la equidad a la hora de coordinar todas las peticiones-, hizo disminuir la satisfacción con el trabajo del personal de los tres hospitales que participaron en el estudio (Tarpey, 2025). Los autores relacionan este resultado con la falta de interacción y comunicación humanas que caracteriza a la programación automática y centralizada, pese a que permita indicar las preferencias a las trabajadoras (Tarpey 2025). Un estudio de 2022 que relaciona la satisfacción con la gestión optimizada de los turnos concluía algo similar en relación con la supervisión humana de las asignaciones "Aunque es posible que el calendario no satisfaga plenamente a todos los miembros del personal, como mínimo debería basarse en el principio de equidad y comunicarse a todo el personal (...). Los directores y administradores de enfermería deben revisar cuidadosamente el actual sistema de turnos rotativos, examinar su impacto en la fatiga del personal y garantizar un tiempo de descanso suficiente" (Rohita 2022). En conclusión, la gestión electrónica o semi-automática de turnos y horarios debe estar siempre supervisada por personas.

Como se ha mencionado más arriba, el estudio de Zraychikova (2023) concluye que las intervenciones "para mejorar el equilibrio entre la vida laboral y familiar del personal de enfermería deben realizarse a nivel institucional y centrarse también en mejorar los riesgos relativos al liderazgo y apoyo social, o en los factores estructurales, por ejemplo, mejorar la dotación de personal, la cantidad de horas trabajadas y las ratios".

En la línea de los estudios en de Estry-Béhar y Onrubia en personal de enfermería hospitalaria descritos más arriba, el estudio cualitativo de Ingstad (2024) con personal de enfermería domiciliaria (*home nursing staff*) en Noruega, hace una valoración de la duración de los turnos que en promedio sale favorable, en términos de equilibrio entre el trabajo y la familia, para los turnos largos con periodos más prolongados de descanso entre ellos, frente a los turnos más cortos pero más frecuentes. Concretamente destaca que el tiempo fuera del trabajo más largo permite una mayor desconexión y ahorrar en tiempo de desplazamientos, si bien el trabajo durante los turnos largos se puede hacer más pesado, concluye el estudio.

Contrariamente, Suter y Kowalski (2021) analizaron los efectos de la introducción de turnos de trabajo prolongados en instituciones de salud mental del Reino Unido, demostrando que estos turnos contribuían a aumentar la fatiga y la ansiedad de las trabajadoras en un ámbito laboral ya de por sí muy exigente. La transición a turnos de 12 horas se organizó en torno a una semana

laboral comprimida, en la que las horas de trabajo estándar se concentraban en 3-4 días, lo que proporcionaba al personal días libres adicionales. Aunque estas medidas pretendían facilitar un mejor equilibrio entre la vida laboral y familiar y la recuperación, su implementación intensificó en realidad las exigencias laborales, interfiriendo en la recuperación y limitando las actividades de ocio. El cambio de tres turnos de 8 horas a dos turnos de 12 horas eliminó los periodos de traspaso, con menos tiempo para reuniones de equipo e intercambios, y redujo el personal para actividades esenciales de atención al paciente no rutinarias. Los prolongados periodos de ausencia del lugar de trabajo provocaron que el personal perdiera confianza en sus conocimientos clínicos en relación con las personas usuarias debido a los rápidos ciclos de ingreso y alta de pacientes. El personal de enfermería también percibió que la calidad de la atención había disminuido y se sentía culpables y frustradas porque no podían satisfacer las necesidades de las y los pacientes como solían hacerlo (Suter y Kowalski, 2021).

Existe una importante tradición de investigación e implantación en Finlandia de la planificación participativa de turnos y la ergonomía de los turnos en el sector sanitario (y de asistencia social). El «Modelo de semáforo para las horas de trabajo» tiene como objetivo reducir los riesgos laborales psicosociales derivados de los turnos largos o irregulares cuyos resultados indican que prestar atención a una mejor planificación de los turnos tiene el potencial de mejorar el equilibrio entre la vida laboral y familiar. El principal punto fuerte de la intervención radica en su enfoque respaldado por la investigación y en el uso de diversos conjuntos de datos longitudinales (Meszner, 2025).

Bajo control, origen y medidas preventivas

El bajo control tiene dos vertientes. Por un lado, se refiere al grado en que la trabajadora o el trabajador 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 tienen las trabajadoras de utilizar sus habilidades y conocimientos y aprender otras nuevas en la realización del trabajo (*skill discretion*).

La literatura muestra que el bajo control tiene que ver con el diseño de las tareas y con los métodos de trabajo. La revisión temática de la literatura sobre las condiciones de trabajo de las comadronas mostró la importancia de la autonomía clínica para su salud y que los obstáculos para trabajar de forma autónoma son los lugares de trabajo jerárquicos y autoritarios, excesivamente intervencionistas y que implican basar su práctica clínica en reglas no escritas, que consideran anticuadas y no basadas en la evidencia científica (Cramer y Hunter, 2019). En cuanto al trabajo en el puesto de enfermera/o, la investigación señala que cada vez se está estandarizando más, debido a la introducción de las prácticas del *New Public Management*, lo que limita el control de las enfermeras sobre cómo realizan su trabajo (Ernst, 2016). Otros estudios han identificado que el desequilibrio en el poder social e institucional entre el equipo médico y el de las enfermeras conduce a una falta de control de estas, en tanto que

sus conocimientos, habilidades profesionales y funciones son menospreciadas frente a la “evidencia” médica (Schneider, 2015). El alargamiento de la jornada de las enfermeras contra su voluntad da lugar a la pérdida de influencia sobre el tiempo de trabajo (Hernández, 2024).

La implementación de prácticas de participación directa grupal con enfoque de mejora en el trabajo diario se asoció a una reducción de las exposiciones relacionadas con la falta de influencia, de reconocimiento, baja previsibilidad y altas exigencias cuantitativas en cinco hospitales suecos. Sin embargo, en esos mismos hospitales, las prácticas lean centradas en la reducción de costes se asociaron con un aumento de la exposición a altas exigencias cuantitativas, conflicto de rol y reducción de la influencia (Dellve, Williamsson, Strömberg, Holden, & Eriksson, 2015). En esta misma línea, según un estudio de intervención controlado y aleatorizado por grupos en un hospital regional de Suecia, aplicar prácticas participativas de mejora continua aumentaba el bienestar cuando se utilizaba integrando la mejora continua de los objetivos de la empresa, con la mejora continua de las necesidades de trabajadoras y trabajadores en términos de condiciones de trabajo más saludables (von Thiele Schwarz, Nielsen, Stenfors-Hayes, & Hasson, 2017). Así mismo, la implementación de prácticas participativas en equipos de atención primaria en Alemania dio lugar a procedimientos de trabajo más adaptados en la emisión de recetas médicas y la toma de muestras de sangre, de manera que reducían la exposición nociva a los riesgos laborales psicosociales (Tsarouha et al., 2020).

Sin embargo, la literatura también señala que la falta de personal puede comprometer las medidas preventivas dedicadas a aumentar el control del trabajo como la implementación de prácticas de participación directa. Por ejemplo, un estudio de intervención en un servicio de urgencias reveló que el diseño participativo de cambios en los procesos de trabajo, (a través de círculos de prevención multi-profesionales, en los que el personal médico y de enfermería desarrollaron soluciones pertinentes), aumentó el control del trabajo, pero también las intenciones de dejar el empleo, debido a que la dirección no solucionó la falta de personal. Dados los esfuerzos requeridos y las expectativas creadas, la no implicación de la dirección en solucionar el problema principal a ojos de los trabajadores y trabajadoras acabó creando una importante frustración hasta el punto de querer dejar el empleo en ese hospital (Schneider, Wehler y Weigl, 2019). A pesar de los efectos positivos de los equipos de autogestión en la atención primaria, que reportó en el seguimiento mayores niveles de control y apoyo social, tanto entre el personal médico como en el no médico, ambos grupos profesionales experimentaron una mayor carga de trabajo ya que no se aumentó el personal, pese a que sí se aumentaron las responsabilidades. Así, los métodos de trabajo participativos en un contexto lean no alivian las cargas de trabajo (Hung, Harrison, Truong, & Du, 2018).

Señalar por último que las prácticas de participación directa no solo tienen impactos positivos en el entorno laboral psicosocial en términos de un mayor control y apoyo de compañeros y superiores, sino que involucrar al personal de primera línea en el diseño y la implementación de las intervenciones es un factor clave de éxito, como concluye una reciente revisión realista sobre intervenciones organizativas en el lugar de trabajo para promover la salud mental entre trabajadoras y trabajadores sanitarios (Gray et al., 2019).

Atendiendo a la literatura de salud pública, aunque los procesos de trabajo en los servicios de atención sanitaria están regidos por normativas, hay espacio para desarrollar prácticas de participación directa grupal que mitiguen el bajo control y aumenten el apoyo social. Sin embargo, las prácticas de participación directa en un contexto caracterizado por los recortes de personal y la intensificación del trabajo comprometen la salubridad de esas prácticas. Es importante desentrañar las causas. La participación directa grupal (grupos autónomos o grupos de consulta durante la jornada laboral) mejora el bajo control y el bajo apoyo social, siendo más saludables que una organización del trabajo autoritaria o estandarizada. Sin embargo, no consigue reducir las exigencias cuantitativas o, lo que es peor, estas pueden aumentar al introducir estas prácticas en un contexto de falta de personal. Existen lagunas bibliográficas en relación con la implementación de las prácticas de participación directa en contextos de vía alta: cuando se aplican los modelos de gestión "*High Involvement Management*", "*Learning Organisations*" o en el rediseño enriquecedor de puestos de trabajo para mitigar la baja influencia y las bajas posibilidades de desarrollo (Parker S.K., Van Den Broeck A. & Holman D, 2017; Findlay et al., 2017).

Por otro lado, aunque no hay estudios que asocien esta intervención a una disminución de los riesgos laborales psicosociales, existen programas de formación y "mentoría" en la práctica clínica basada en la evidencia en enfermería, que permiten a las trabajadoras/es de este sector adquirir nuevos conocimientos y desarrollarse profesionalmente. La mayoría de estas investigaciones tienen lugar en EEUU y entre sus efectos, además de la mejora de la calidad de la atención basada en la evidencia, se cuentan el aumento de la satisfacción de las personas trabajadoras o la reducción de sus tasas de renuncia o abandono (*turnover*); según consta en la última revisión de alcance disponible (Agnel 2025). Teniendo todo eso en cuenta, y a pesar de la falta de estudios a este respecto, es razonable hipotetizar que este tipo de mentorías y programas de formación de los/as propios mentores/as, orientadas a promover el uso aplicado del conocimiento crítico entre el personal de enfermería y sus capacidades de investigación, pueden repercutir en la mejora de las posibilidades de desarrollo (utilizar sus habilidades y aprender otras nuevas), el reconocimiento, o el apoyo social de estas profesionales. Dichos programas pueden implementarse incluso desde el periodo formativo de prácticas o de residencia, previamente a su plena incorporación al puesto de trabajo, obteniendo buenos resultados en materia de retención de personal y disminución del estrés laboral (Tseng MY 2021).

En esta línea, otro ejemplo de intervención interesante proviene del estudio de Salberg (2022). En él se evalúa la implementación de un modelo terapéutico denominado "programa de enfermería orientado a la recuperación" en cinco pabellones hospitalarios que supone una alternativa al modelo biomédico tradicional más centrado en la recuperación de los síntomas de la enfermedad que en el proceso de recuperación del individuo en su conjunto. Se demuestra que, frente al programa convencional, este programa dota de mayor autonomía y posibilidades de aplicar los conocimientos a los y las enfermeras del grupo de intervención, al tiempo que ofrece resultados positivos en la calidad del servicio y en la sensación de seguridad de los pacientes psiquiátricos. Si bien no tiene efectos significativos sobre el nivel de estrés de las enfermeras, tampoco parece afectarlo negativamente (incluso puede mejorar ligeramente una de las dimensiones del constructo estrés como es la fatiga emocional, al compararlos con el

grupo control donde no se implementó el programa). Deberían estudiarse con más detalle la relación con la carga de trabajo y las exigencias cuantitativas para evitar que se vean afectadas negativamente al implantar medidas que aumentan la autonomía.

En esta línea, reportar el proyecto Magnet4Europe que tiene como objetivo mejorar la salud, la retención y nueva contratación del personal de enfermería en hospitales. El Hospital Universitario de Cork logró estos objetivos y reducir el agotamiento mediante un liderazgo transformador basado en el empoderamiento del personal de enfermería y la innovación y fomentando una cultura de toma de decisiones compartida (Moroni A, 2025). Finalmente, destaca el caso del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Horsens, en Dinamarca, que ofrece al personal la oportunidad de debatir en talleres los retos e identificar soluciones que puedan mejorar el bienestar del personal y el funcionamiento del centro. El énfasis en una mayor participación directa de trabajadoras y trabajadores y un sistema jerárquico menos rígido ha sido la clave para reducir los riesgos laborales psicosociales a la vez que mejorar la atención al paciente (Chowaniec, 2025).

Bajo apoyo de supervisoras y compañeras y baja calidad del liderazgo, origen y medidas preventivas

El apoyo social se refiere principalmente a la posibilidad de obtener apoyo funcional de las compañeras y de las superiores jerárquicas en la realización de las tareas. La calidad de liderazgo se refiere al papel de las supervisoras en la gestión de personas. Siguiendo la literatura científica se considera origen del bajo apoyo social: la mala comunicación, el estilo de dirección autoritario y jerárquico (orden y mando) o la falta de tiempo para hacer posible el apoyo.

El impacto negativo en el apoyo social de una comunicación ineficaz y una retroalimentación y reconocimiento no continuos de superiores a trabajadoras y trabajadores ha sido reportado en numerosos estudios del sector hospitalario (Watson 2020; Adams & Walls 2020, Billings et al. 2020, Chen et al. 2020., Orgambidez, A., & Almeida, H., 2020). Un estudio australiano advertía cómo el estilo de dirección autoritario se asocia a nuevas intenciones de abandonar la profesión en el ámbito sanitario (Ananda-Rajah M, Veness B, Berkovic D, et al. 2020; Giorgi, G. et al., 2020). En la misma línea, la incoherencia entre los compromisos verbales y escritos de los directivos y también su tendencia a priorizar las razones de los pacientes frente a las de la plantilla, se asoció a la baja calidad de liderazgo y al bajo apoyo de superiores. (Zingg W. et al., 2015).

Varias investigaciones en el sector sanitario destacan el impacto adverso de no programar tiempo para permitir el apoyo de compañeras y compañeros durante el turno (Bridges et al. 2017, Cole-King & Dykes 2020, Teoh & Kinman 2020). La revisión sistemática de Pollock et al. 2020

mostró el impacto negativo en el apoyo social de no tener un espacio de trabajo que permita al personal compartir descansos y reuniones informales. La evidencia también muestra cómo la falta de estrategias de trabajo basadas en asociar a enfermeras inexpertas con colegas más experimentadas tiene un impacto negativo en el apoyo social (Billings et al. 2020, WHO 2020).

El apoyo entre compañeros/as no surge espontáneamente, sino que se promueve con medidas concretas. Las investigaciones relativas a las intervenciones para mejorar el apoyo de compañeras han destacado como imprescindible reservar tiempo y programar la ayuda entre compañeras durante los turnos (Billings et al. 2020, Bridges et al. 2017). Además, una rápida comprobación diaria del estado de situación al principio y al final del turno en el que participe todo el equipo se ha mostrado que permite mejorar el apoyo entre compañeras (Billings et al. 2020). Asimismo, se ha comprobado que es más saludable 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 (Bridges et al. 2017, Cole-King & Dykes 2020; Groves 2020). Un estudio sobre el contexto de la pandemia plantea que para apoyar a los trabajadores sanitarios hay que centrarse tanto en el apoyo como en la comunicación, pero sólo es posible si se reserva tiempo de trabajo para ello (Maben J. y Bridges, J. 2020).

En la misma línea otros estudios han mostrado que el apoyo social se construye asegurándose de que todos los miembros del equipo sepan si alguien necesita una ayuda particular durante un turno (Bridges et al. 2017, Cole-King & Dykes 2020, Teoh & Kinman 2020), y mediante la implementación de reuniones para la ayuda entre pares (Watson 2020). Los estudios (Adams & Walls 2020, Billings et al. 2020, Bridges et al. 2017, Cole-King & Dykes 2020) también muestran que las trabajadoras aprecian tener un espacio de trabajo como punto de encuentro que permite la ayuda mutua. En situaciones de crisis o pandemia, se ha impulsado el apoyo de las compañeras y las supervisoras mediante la implementación de reuniones periódicas en las que el personal puede compartir experiencias y obtener seguridad en las acciones llevadas a cabo (Pollock et al. 2020, Adams & Walls 2020, Billings et al. 2020, Cole-King & Dykes 2020, Belfroid E, Van Steenberg J, Timen A, et al., 2018; Bridges et al. 2017).

La comunicación y las habilidades interpersonales se plantean como las competencias de liderazgo más importantes (Standiford TC, Davuluri K, Trupiano N, et al. 2021). La mayor parte de la literatura científica subraya que la comunicación regular con el personal y la retroalimentación hacia este son pilares básicos del apoyo de los superiores en las organizaciones, incluso cuando el contacto cara a cara no es posible. Algunas de las cualidades y prácticas que se han considerado favorables para una buena/buen líder en los entornos sanitarios son: ser accesible; invitar al personal a dar su opinión de forma pública o anónima y responder de forma adecuada (Adams & Walls 2020, Billings et al. 2020, Chen et al. 2020, Cole-King & Dykes 2020, Melnikov et al. 2019); reconocimiento del trabajo del personal y mostrar que se valora su contribución (Adams & Walls 2020, Billings et al. 2020, Chen et al. 2020); compartir los éxitos (Jiang 2020, Khalid et al. 2016); y ser conscientes de las realidades en la primera línea (Zingg W. et al. 2015).

Con todo, la cultura organizativa de apoyo solo puede lograrse cuando la dirección tiene una preocupación real y es coherente. El apoyo de la dirección se construye asegurando que el personal tenga buenas condiciones de trabajo, por ejemplo, suficiente tiempo de recuperación, conciliación con el trabajo de cuidados de la propia familia, permitiendo organizar turnos de trabajo adaptados a esas necesidades (Adams & Walls 2020, Dall’Ora et al. 2019, WHO 2020); eliminando todo lo no urgente para aliviar la carga del personal (Cole-King & Dykes 2020) y también puede ayudar rotar entre funciones más y menos estresantes (Billings et al. 2020, WHO 2020). El apoyo de superiores también se traduce en mantener correctamente las condiciones físicas de trabajo (ruido, temperatura, luz, humedad, etc.) y los equipos/herramientas que mejoran el rendimiento del personal (Kapiki 2025).

Finalmente, una descripción adecuada de las funciones, mediante una información clara y detallada sobre las tareas, las responsabilidades y el comportamiento esperados, facilita el desarrollo del apoyo, la orientación y la ayuda de colegas y superiores. Las juntas directivas de los hospitales y las directoras de enfermería deben ser conscientes de la importancia de aclarar los papeles, las responsabilidades y las funciones de cada categoría profesional y nivel jerárquico. La claridad de los roles implica que las expectativas, las tareas, las funciones y las responsabilidades están explícitamente definidas. Ello además permite reducir la inseguridad y la distribución injusta de tareas en los puestos de trabajo (Orgambidez, A., & Almeida, H., 2020). Un estudio realizado entre el personal de enfermería de una unidad de cardiología detectó que el momento del ingreso suponía un evento estresante para esta unidad. Se diseñó un sencillo estudio pre-post para evaluar una intervención que cambiaba la forma de organizar los ingresos y clarificaba el rol de cada una de las componentes de un equipo de 3 trabajadoras de enfermería. En la intervención el ingreso se realizaba de forma conjunta por un equipo de tres trabajadoras en lugar de solo por una. En este equipo de ingresos cada una de las trabajadoras se encargaba de unas tareas concretas: una de la bienvenida del paciente y su evaluación inicial, otra de la parte administrativa, incluida la toma de información (peso, altura, consumo de sustancias y medicamentos, etc.) y de constantes vitales, y una tercera de conectarlo a los monitores y de registrar sus pertenencias. Gracias a la reorganización de esta fase de ingreso en base al trabajo de equipo coordinado y la claridad de los roles, el estrés se redujo en el personal de enfermería considerablemente (Andrzejewski, 2020). Si bien la muestra era pequeña (n=23) y carecía de grupo de control el efecto parecía mantenerse tras un segundo seguimiento 6 meses después.

Respecto a los efectos sobre el estrés laboral de las intervenciones tipo talleres, acompañamiento o coaching, simulación, protocolos y juegos de rol destinadas a mejorar el liderazgo colectivo, entendido este como un estilo de liderazgo menos jerárquico basado en compartir decisiones en un proceso interactivo e interdependiente, clarificar roles y distribuir responsabilidades entre los miembros del equipo, así como empoderar y motivar al personal, son positivos pero débiles y poco concluyentes según los estándares Cochrane. Resultados similares se observaron en relación con la calidad del liderazgo y el trabajo en equipo (Silva, 2022).

Altas exigencias emocionales, origen y medidas preventivas

Las exigencias emocionales son las exigencias para no involucrarnos 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. En el caso del sector hospitalario, la mayor parte de las veces, estas situaciones emocionales se producen en circunstancia de sufrimiento y traumáticas. Enfrentarse a esas situaciones requiere expresar emociones que a veces no son genuinamente las sentidas.

En la mayor parte de los empleos en el sector hospitalario, las exigencias emocionales tienen que ver con la naturaleza de la tarea y no pueden ser eliminadas, siendo el único factor psicosocial que no tiene un origen organizativo, por lo que requiere de habilidades específicas que pueden y deben adquirirse. 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 al tener una carga de trabajo excesiva que sí podría prevenirse en origen, reduciendo el tiempo de exposición (horas de trato con pacientes) y número de pacientes (ratios); de lo contrario se está provocando una mayor fatiga emocional (Wynendaele 2019) y, como consecuencia, la necesidad de períodos de recuperación más largos (Cramer & Hunter, 2019; Bae 2021). Esta falta de recursos también genera frustración y sensación de impotencia cuando las profesionales se ven incapaces de proporcionar los cuidados necesarios a sus pacientes, elevando las exigencias emocionales prevenibles. En esta línea, un énfasis excesivo en que las enfermeras sean “resilientes” frente a estas problemáticas genera aún más exigencias emocionales (Traynor, 2018).

El entorno laboral es un factor esencial para entender la gestión de las emociones, siendo muy posible que la situación en la que trabaja el personal hospitalario afecte su involucramiento, hecho que justifica una vez más las medidas preventivas a nivel organizativo. Así, las exigencias emocionales requieren esfuerzos preventivos basados en medidas primarias y secundarias, a nivel individual y colectivo: más personal, más tiempo, formación y terapia individual serían las claves según la literatura sobre intervenciones en el sector. Habilitar tiempo de trabajo para el apoyo terapéutico grupal e individual; para los descansos del personal; reducir las ratios y reservar tiempo suficiente para atender a cada usuario; variar las tareas más y menos exigentes emocionalmente; proporcionar estrategias y formación en gestión y afrontamiento de estas exigencias, tanto derivadas de la relación con los pacientes como con sus familias, son importantes.

Las exigencias emocionales existen en la propia naturaleza de la mayor parte de las tareas hospitalarias que, en consecuencia, requieren esfuerzos preventivos secundarios, basados tanto en la persona como en las medidas organizativas. En entornos extremadamente duros como por ejemplo las unidades de oncología pediátrica, las profesionales tienen un alto riesgo de burnout y otros desajustes de la regulación emocional como la alexitimia, esto es, incapacidad de identificar, expresar y procesar las propias emociones (Guido, 2025). El personal de enfermería

de las unidades psiquiátricas también está en una situación similar en cuanto a que enfrentan eventos emocionalmente traumáticos, por ejemplo, el suicidio de un paciente. El personal involucrado en ese tipo de eventos puede sentirse parcialmente culpable. En esos casos se consideran “segundas víctimas” (Morris, 2022).

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 para que el personal les pueda hacer frente (Riley, R., & Weiss, M. C., 2016). Una revisión sistemática (Maffoni M, Argentero P, Giorgi I, et al, 2019) sugiere formas e intervenciones eficaces basadas en la mejora de la gestión de las emociones. Las recomendaciones para el afrontamiento de las demandas emocionales van en la línea de 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 hospitalario de las estrategias de afrontamiento necesarias; y presencia de estructuras y especialistas de apoyo psicológico y de duelo. Por una parte, es muy importante establecer una red de profesionales de apoyo a la salud mental y ofrecer este apoyo de forma proactiva (Billings et al. 2020; Shamia et al. 2015; Greenberg et al 2015). Por otra, un par de estudios recientes (McCarthy, I. et al, 2021; De Kock, J.H., Latham, H.A., Leslie, S.J. et al. 2021) analiza el efecto de los foros multidisciplinares (rondas destinadas a compartir experiencias laborales) en los que el personal sanitario se reúne para reflexionar sobre el impacto emocional de su trabajo. Las participantes valoraron positivamente su experiencia. Destacaron la oportunidad de compartir, mediante la narración de historias, y de apoyarse entre compañeras en los aspectos emocionales de su trabajo. Este espacio les permitió expresar las exigencias emocionales de la atención sanitaria y así aliviar su carga emocional.

Las situaciones emocionalmente demandantes también se han afrontado haciendo uso del apoyo de otros compañeros/as. Un hospital de Australia, diseñó un programa ad hoc que buscaba el bienestar emocional de la plantilla estableciendo un sistema de “sesiones de apoyo” con compañeros/as ante situaciones estresantes o traumáticas. Este sistema se acompañaba de formaciones sobre cómo asistir emocionalmente a las compañeras/os y tiene tres niveles de gravedad, siendo derivados a profesionales en los casos más graves. Las sesiones se realizan dentro del horario de trabajo y suelen tener una duración de entre 30-60 minutos. La persona que ofrece el apoyo conoce con antelación los días en los que puede ser contactada por compañeros o compañeras (2 al mes) y necesita el apoyo de su jefe/a de equipo para poder abandonar su lugar de trabajo cuando se activa una respuesta. El estudio no hace una evaluación per se del impacto del programa, sino que se centra en describir su origen y funcionamiento, aunque las personas que han participado en él lo valoran positivamente (Morris, 2022). Otras formas de prevenir y regular las demandas emocionales, las tareas emocionalmente exigentes podrían ser variadas con tareas no emocionalmente exigentes, dando la oportunidad de tomar cierta distancia del trabajo emocional (Van Vegchel, N., Schaufeli, W., Dormann, C. et al, 2004). En una unidad hospitalaria de pacientes oncológicos infantiles en Italia se llevó a cabo una intervención de artístico-terapéutica (denominada Art-Out project) de tipo *teambuilding* para reducir el impacto emocional de este trabajo en la plantilla de enfermería. Esta intervención constaba de 10 sesiones (dos al mes) de 2 horas cada una, y en ella participaron 13 enfermeras

y un enfermero. En estas sesiones, las profesionales de enfermería conversaban sobre una serie de temas relacionados con el trabajo que ellas mismas proponían durante dos “tormentas de ideas” (sesiones 2 y 5) mientras modelaban un trozo de barro o arcilla. Las reuniones abordaron diversas temáticas como por ejemplo la comunicación, los límites individuales y grupales, las respuestas emocionales al entorno laboral, los conflictos personales e interpersonales –uno de los principales problemas al que se enfrentan las profesionales de enfermería (Gab Allah, 2020), la tensión, la cohesión, la confusión, el aburrimiento, la motivación, la presión social, la formación de subgrupos y la falta de claridad en los objetivos. Cada reunión fomentó el intercambio grupal de emociones, experiencias y reflexiones relacionadas con el contexto profesional. El trabajo con arcilla, como fase de descompresión, proporcionó una representación tangible del tema tratado durante la reunión. Antes y después de la intervención se evaluaron los niveles de burnout, alexitimia y regulación emocional mediante cuestionarios psicométricos validados y se observó una disminución del riesgo de los tres constructos en general y de la mayoría de las dimensiones que los componen en particular (Guido 2025). Evaluaciones de intervenciones de arte-terapia dirigidas al personal de enfermería y personal sanitario han demostrado resultados similares en cuanto a la mejora del bienestar psicológico, pero llaman la atención sobre las restricciones temporales que existen para llevarlos a cabo. La participación solo aumenta si los supervisores conceden tiempo para realizarlas durante el horario de trabajo (Karkou, 2024). Se necesitan sin embargo más estudios de intervención como estos, que evalúen no solo el cambio en la salud mental sino en la exposición al riesgo psicosocial, y concretamente a las exigencias emocionales. Además, para poder generalizar estos resultados sería necesario que estos estudios cuenten con una mayor muestra de participantes, y sobre todo, que se establezcan grupos de control que no reciban el tratamiento, para poder establecer una relación causal entre la intervención y el efecto.

Debido a las exigencias emocionales y a cualquier estresor en general, el concepto de resiliencia ha adquirido una importancia creciente en los profesionales sanitarios en los últimos años (Hart 2014). La resiliencia se define como recursos personales o características de personalidad estáticas y positivas que mejoran la adaptación individual (Block 1996). Como parte de las medidas preventivas secundarias frente a las exigencias emocionales, la formación y las medidas para aumentar y potenciar la resiliencia en el personal sanitario están rodeadas de polémica, siendo su eficacia cuestionada. Durante las difíciles circunstancias de la pandemia de COVID-19 se demostró que este enfoque es claramente insuficiente (Maben, 2020). La principal crítica a la promoción de la resiliencia es que supone un intento puramente individual de mitigar problemas sistémicos; básicamente se pide al personal hospitalario que de manera individual asuma la responsabilidad de las decisiones gerenciales y políticas y los fallos del sistema y las organizaciones (Traynor, 2018). Los cursos al personal sanitario para hacer frente a las exigencias y a los estresores en general se ofrecen sobre la base del individualismo y la sumisión. Este enfoque no valora el trabajo del personal sanitario, y perpetúa una mentalidad que promueve que el individuo cargue con la responsabilidad de situaciones perjudiciales para ellos mismos que han sido diseñadas por otros. Una reciente revisión sistemática de Cochrane (Kunzler, 2020) sobre la formación en resiliencia entre profesionales sanitarios y su relación con la reducción de la depresión y el estrés después de dicha intervención, concluye que las evidencias de mejora de 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. Un metaanálisis concluía que el efecto de las intervenciones individuales basadas en técnicas de relajación, mindfulness, regulación emocional, etc. sobre la salud mental (depresión, ansiedad y estrés) del personal de enfermería es nulo y entre débil y moderado en su bienestar (Kunzler, 2022).

Bajo reconocimiento, origen y medidas preventivas

El bajo reconocimiento se refiere a la falta de valoración, respeto y trato justo en el trabajo, principalmente por parte de la dirección, es uno de los principales problemas que enfrentan las profesionales de la enfermería (Gab Allah 2020).

Las reducciones salariales, las congelaciones salariales, los aumentos salariales por debajo de la inflación, el bajo salario, los ingresos inadecuados, tener asignado un grupo profesional inferior al que corresponde en realidad por las tareas realizadas, la infravaloración de los conocimientos profesionales en el desempeño de las tareas y las escasas perspectivas de promoción son los orígenes del bajo reconocimiento que se han identificado en la literatura.

Concretamente se destacan dos tipos de fuentes de reconocimiento: el económico (remuneración), y el organizativo (es decir, el reconocimiento del valor del trabajo, asociado a la posición de la profesión en la organización).

Los ingresos inadecuados fueron descritos como estresantes o muy estresantes por la mayoría de las comadronas, lo que significaba tener un salario bajo e irregular, y la falta de pensiones y de seguro médico cuando no los proporcionaba el Estado (Cramer y Hunter, 2019). La falta de reconocimiento se asoció con los salarios más bajos en el Servicio Nacional de Salud del Reino Unido y con una mala salud derivada del agotamiento. La mediana de los ingresos en el Reino Unido entre las enfermeras había caído un 12,9% en términos reales entre 2010 y 2018, impulsada en gran medida por una política de contención salarial del sector público (Clayton-Hathway, 2020). Asimismo, en España, una parte importante del recorte de 8.869 millones de euros en el gasto sanitario público entre 2009 y 2013, fue en gastos de personal (40,17%), al disminuir los costes salariales (por reducciones y congelaciones salariales o aumentos menores que la inflación) junto con las reducciones de plantilla (Granero-Lázaro et al., 2017). En Polonia también se encontró una remuneración muy baja del personal sanitario enfrentando un grave problema de falta de reconocimiento (Lewko, Misiak y Sierżantowicz, 2019).

En cuanto al reconocimiento organizativo, un estudio plantea la falta de reconocimiento de los conocimientos de las enfermeras, recortando su autonomía, como origen de mayores tasas de rotación de personal y de burnout (Schneider, 2015). Los niveles superiores de la profesión de enfermería han conseguido el reconocimiento de su profesión mediante títulos académicos y

distanciándose de lo que todavía se considera, en las organizaciones feminizadas, competencias femeninas tradicionales. Las profesionales de la enfermería con títulos académicos describían la enfermería como una profesión que ofrece amplios horizontes y posibilidades de progreso, pero al mismo tiempo expresaron que sentían que su experiencia estaba infravalorada (ya que el salario no se corresponde con el nivel de responsabilidad y autonomía que tienen, ni con sus habilidades, conocimientos y experiencia) e infrautilizada. Esto es coherente con un cambio en la definición profesional de la enfermería, que se aleja de las capacidades basadas en el nivel de experiencia, la responsabilidad y los dominios de la práctica, para pasar a las competencias educativas, que se refieren a resultados de aprendizaje específicos, estandarizados, coherentes y acreditados. En las organizaciones feminizadas, el reconocimiento de la profesionalidad se adquiere mediante el distanciamiento de los cuidados directos de primera línea (Baines y Armstrong, 2019). En ocasiones, la falta de personal de enfermería en una unidad se cubre con enfermeras de otras unidades y especialidades (por ejemplo, una falta de enfermeras de cirugía general que se cubre con personal de enfermería de cuidados intensivos). El personal de enfermería que se enfrenta habitualmente a estas sustituciones las vive con inquietud debido a la falta de reconocimiento organizativo que supone, además de que se considera que se pone en riesgo la seguridad de las y los pacientes (Abdulmohdi, 2025).

La valoración de las diferentes profesiones asistenciales en lo que respecta a la remuneración y la autoridad profesional, la reducción de la arbitrariedad, el reconocimiento de la competencia en un campo o del contenido relacional de los puestos de trabajo, podrían mitigar el escaso reconocimiento según la exigua literatura al respecto.

Las organizaciones podrían poner en valor los cuidados realizados por las trabajadoras de primera línea, en su mayoría mujeres, deshaciéndose de los supuestos que infravaloran el trabajo de cuidados, negando su reconocimiento profesional y autonomía, dejando sin cuantificar los aspectos relacionales de esas tareas y justificando así los bajos salarios y las altas cargas de trabajo. Aumentar el valor económico del trabajo de cuidados, teniendo en cuenta las exigencias y las competencias reales sería un paso, sobre todo en aquellas categorías profesionales con bajos ingresos como por ejemplo la de TCAE (Baines & Armstrong, 2019; Kossek et al., 2019).

Las intervenciones proactivas y específicas dirigidas especialmente a los problemas más destacados del personal sanitario como la intensificación del trabajo o la falta de participación directa efectiva son una forma de abordar los problemas de reconocimiento organizativo. En esta línea, Bourbonnais, Brisson y Vezina (2011) describen una intervención en el lugar de trabajo a nivel organizativo basada en la reestructuración de las tareas, la mejora de las relaciones de apoyo funcional entre las diferentes profesiones y el aumento de las oportunidades para aplicar y desarrollar la profesionalidad logrando una reducción del bajo reconocimiento y mejorando la mayoría de los indicadores de salud entre los profesionales sanitarios de un hospital de cuidados intensivos, después de 3 años.

Alta inseguridad laboral y alta inseguridad de las condiciones de trabajo, origen y medidas preventivas

La inseguridad laboral puede definirse como la preocupación por seguir teniendo un empleo. Tiene que ver con la posibilidad de ser despedida o con la incertidumbre de encontrar un nuevo empleo en el caso de ser despedida. La inseguridad sobre las condiciones de trabajo es la preocupación por los cambios no deseados en condiciones de trabajo fundamentales como el horario, el salario, las tareas, etc. Se refiere a las amenazas de empeoramiento de estas condiciones de trabajo especialmente valiosas.

La literatura de salud pública relativa al sector sanitario acredita como origen de la inseguridad laboral los recortes en las partidas financieras destinadas al personal, la congelación de la contratación o el uso abusivo de contratos de duración determinada; por otra parte, también se indica que las reevaluaciones, la replanificación y la reorganización de la actividad juntamente con la escasez de personal, conllevan importantes exigencias de disponibilidad para trabajadores y trabajadoras en cuanto a la jornada, asociada a la imprevisibilidad de los ingresos, y en cuanto a la rotación de las tareas y de las unidades de trabajo.

La inseguridad laboral en la sanidad se relaciona con la reestructuración, las fusiones o las alteraciones de la propiedad, la reducción de personal y/o la externalización de los servicios sanitarios y el aumento del uso del contrato temporal. Las políticas de austeridad, que han llevado a recortar el gasto público en sanidad, han afectado tanto a las empresas públicas como a las privadas subcontratadas o a las de gestión privada. El personal de enfermería es el grupo de personal más numeroso en los hospitales, y representa una proporción significativa de los costes variables del hospital: por ello, el personal de enfermería suele ser el objetivo de las medidas de contención de costes. Mientras la dirección considere que el personal de enfermería es un factor de coste de producción especialmente flexible, la tendencia es recurrir en gran medida a despliegues flexibles, como contrataciones temporales o interinas, para hacer frente a las variaciones de la demanda. Por ejemplo, en España, una gran parte de la inseguridad laboral se debe al escaso acceso a la profesión de las recién graduadas como enfermeras y a la prevalencia de las ofertas de trabajo de corta duración, que están relacionadas con las variaciones en la intención de las enfermeras de emigrar a otros países (Galbany-Estragués & Millán-Martínez et al., 2019). La inseguridad del empleo (entendida como elevada rotación de personal y reducción de plantillas) en enfermería se ha relacionado con mayores niveles de violencia en el lugar de trabajo. Una alta rotación de personal se asocia con mayores tasas de violencia de género, independientemente de la reducción de personal, lo que sugiere que los cambios frecuentes de personal podrían ser perjudiciales en sí mismos, mientras que la reducción de personal parece intensificarlos. Además de reducir la cantidad de personal disponible para gestionar interacciones difíciles con pacientes o familiares, la reducción de personal puede aumentar el estrés entre las profesionales sanitarias al aumentar su carga de trabajo, aumentar el agotamiento y el malestar psicológico (Giusti, 2025). La inseguridad está por tanto fuertemente relacionada con las altas exigencias por

la falta de personal. La estabilidad de las plantillas contribuye a reducir la violencia que sufre el personal sanitario. Según los autores del estudio mejorar la estabilidad contribuye a la mejora de las perspectivas profesionales, aumentar el reconocimiento, el apoyo y las relaciones entre los equipos (Giusti, 2025).

Las reformas sanitarias de las últimas décadas han creado un estado de cambio interminable en las organizaciones sanitarias, que afecta al bienestar del personal. De acuerdo con la racionalidad de la reducción de costes, se desarrollan ciclos repetidos de reevaluación, replanificación y reorganización de la actividad. La inseguridad sobre las condiciones de trabajo puede surgir de las variaciones en las exigencias de los empleadores sobre la disponibilidad de las trabajadoras en cuanto al tiempo de trabajo (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. Asimismo, la inseguridad también puede surgir de los cambios en el contenido del trabajo (tareas) o en la unidad de trabajo. Existe un alto porcentaje de personal flotante, refiriéndose a la práctica de asignar al personal de enfermería a unidades de enfermería distintas de las que tienen asignadas regularmente, a ajustes de plantilla ad hoc por rotación entre unidades, lo que además dificulta el desarrollo de las especialidades de enfermería (ver también Abdulmohdi 2025). Así, las medidas de contención del gasto provocan la rotación por varias unidades o áreas o turnos de trabajo, siendo un importante origen de la inseguridad de las condiciones laborales (Griffiths et al. 2021; Dall’Ora & Griffiths, 2017; Granero-Lázaro A. et al, 2017).

BIBLIOGRAFÍA

Alfageme, A. Los sanitarios que nunca debieron irse (2021, March 28), El País Semanal.

Alqasmi, Ibrahim, and Selim Ahmed. (2025). "Mediating Role of Nurse Job and Participation in Medical Affairs on Quality of Patient Care in Saudi Hospitals." *TQM Journal* 37(1):106–24.

Ananda-Rajah M., Veness B., Berkovic D., et al. (2020). Hearing the voices of Australian healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *BMJ Leader* Published.

Andrzejewski, K. (2020). Reducing nursing staff's stress through an update to an inpatient admission process. *Medsurg Nursing.*, 29(2), 105–108.

Angelos P. (2020). Surgeons, Ethics, and COVID-19: Early Lessons Learned. *Journal of the American College of Surgeons*, 230(6), 1119–1120.

Aust, B., Møller, J. L., Nordentoft, M., Frydendall, K. B., Bengtzen, 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*.

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.

Barrett, R., & Holme, A. (2018). Self-rostering can improve work–life balance and staff retention in the NHS. *British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing)*, 27(5), 264–265.

Batassini, Érica, João Lucas Campos de Oliveira, and Mariur Gomes Beghetto. (2025). "Demostración de Métodos de Cálculo Para Dimensionar El Equipo de Enfermería En Cuidados Intensivos." *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 33.

Belfroid, E., van Steenberghe, J., Timen, A., Ellerbroek, P., Huis, A., & Hulscher, M. (2018). Preparedness and the importance of meeting the needs of healthcare workers: a qualitative study on Ebola. *The Journal of hospital infection*, 98(2), 212–218.

Berkman, L. F., Liu, S. Y., Hammer, L., Moen, P., Klein, L. C., Kelly, E., ... Buxton, O. M. (2015). Work-family conflict, cardiometabolic risk, and sleep duration in nursing employees. *Journal of Occupational Health Psychology*, 20(4), 420–433.

Bernal, D., Campos-Serna, J., Tobias, A., Vargas-Prada, S., Benavides, F. G., & Serra, C. (2015). Work-related psychosocial risk factors and musculoskeletal disorders in hospital nurses and nursing aides: a systematic review and meta-analysis. *International journal of nursing studies*, 52(2), 635–648.

Billings J, Kember T, Greene T, Grey N, El-Leithy S, Lee D, Kennerley H, Albert I, Robertson M, Brewin C & Bloomfield M (2020) Guidance for planners of the psychological response to stress experienced by hospital staff associated with COVID: early interventions.

Bourbonnais, R., Brisson, C., & Vézina, M. (2011). Long-term effects of an intervention on psychosocial work factors among healthcare professionals in a hospital setting. *Occupational and Environmental Medicine*, 68(7), 479–486.

Bridgeman P.J., Bridgeman M.B., Barone J. (2018). Burnout syndrome among healthcare professionals, *American Journal of Health-System Pharmacy*, Volume 75, Issue 3, 1 February, Pages 147–152.

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.

Chatterjee, Subhasish; Shah, Aesha; Sharma, Rahul; Wadhwa, Medha. Effect of Job Rotation Concept for Nursing Staff with Special Reference to Private Based Hospital, Vadodara. (2023). *Indian Journal of Occupational and Environmental Medicine* 27(3): 197-204

Chen Q, Liang M, Li Y, Guo J, Fei D, Wang L, He L, Sheng C, Cai Y & Li X. (2020). Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry* 7, e15–e16.

Chen, Yong-Hsin, Gwo-Ping Jong, Ching-Wen Yang, and Chiu-Hsiang Lee. (2025). "Prolonged Overtime Predicts Worsening Burnout Among Healthcare Workers: A 4-Year Longitudinal Study in Taiwan" *Healthcare* 13, no. 15: 1859.

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.

Chowaniec, A. (2025). Empowering healthcare workers through participation - a Danish case study. *EU-OSHA*.

Cocker, F., & Joss, N. (2016). Compassion Fatigue among Healthcare, Emergency and Community Service Workers: A Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*, 13(6), 618.

Cole-King A & Dykes L. (2020). Wellbeing for HCWs during COVID19.

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

Cramer, E., & Hunter, B. (2019). Relationships between working conditions and emotional wellbeing in midwives. *Women and Birth*, Vol. 32, pp. 521-532.

Dall'Ora C., Ball J., Redfern O., Recio-Saucedo A., Maruotti A., Meredith P. & Griffiths P. (2019). Are long nursing shifts on hospital wards associated with sickness absence? A longitudinal retrospective observational study. *Journal of Nursing Management* 27, 19-26.

Dall'Ora C. & Griffiths P.D. (2017). Flexible nurse staffing in hospital wards: the effects on costs and patient outcomes. *Health Work Evidence Briefs*, 3, University of Southampton.

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.

de Oliveira Santana, Karen, Caroline Figueira Pereira, Manuela Silva Ramos, Roni Robson da Silva, Divane de Vargas, Maria Neyrian de Fátima Fernandes, and Edilaine Cristina da Silva Gherard-Donato. (2024). "The Effectiveness of Mindfulness for the Management of Anxiety in the Nursing Staff: Systematic Review and Meta-Analysis." *Archives of Psychiatric Nursing* 50:129-46.

Dellve, L., Strömgren, M., Williamsson, A., Holden, R. J., & Eriksson, A. (2018). Health care clinicians' engagement in organizational redesign of care processes: The importance of work and organizational conditions. *Applied Ergonomics*, 68(December 2017), 249-257.

Dellve, L., Williamsson, A., Strömgren, M., Holden, R. J., & Eriksson, A. (2015). Lean implementation at different levels in Swedish hospitals: the importance for working conditions and stress. *International Journal of Human Factors and Ergonomics*, 3(3/4), 235.

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.

Ernst J. (2016). Evidence-based Nursing in the IED. Nordic journal of working life studies Volume 6, Number S1, February, pp 47-66.

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. (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>

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

EU-OSHA (2014). Current and emerging issues in the healthcare sector, including home and community care European Risk Observatory Report European Agency for Safety and Health at Work.

European Trade Union Institute (2015). Dossier: The nursing world at tipping point. HesaMag - Health and safety at work magazine 11.

Findlay, P., Lindsay, C., McQuarrie, J., Bennie, M., Corcoran, E. D., & Van Der Meer, R. (2017). Employer Choice and Job Quality: Workplace Innovation, Work Redesign, and Employee Perceptions of Job Quality in a Complex Health-Care Setting. *Work and Occupations*, 44(1), 113-136.

Franklin P., Bambra C. and Albani V. (2021). Gender equality and health in the EU. European Commission (Directorate-General for Justice and Consumers) and Fondazione Giacomo Brodolini.

Franklin, P. & Gkiouleka, A. (2021). A Scoping Review of Psychosocial Risks to Health Workers during the Covid-19 Pandemic. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 18, no. 5: 2453.

Franklin, P. (2020). Staffing shortages in the healthcare sector. Benchmarking Working Europe. ETUI.

Gab Allah, A. R., Elshrief, H. A., & Ageiz, M. H. (2020). Developing Strategy: A Guide For Nurse Managers to Manage Nursing Staff's Work-related Problems. *Asian Nursing Research.*, 14(3), 178-187.

Galbany-Estragués, P.; Millán-Martínez, P.; Pastor-Bravo, M.; Nelson, S. (2019). Emigration and job security: An analysis of workforce trends for Spanish-trained nurses (2010-2015). *J. Nurs. Manag.* 2019,27, 1224-1232.

Giorgi, G., Lecca, L. I., Alessio, F., Finstad, G. L., Bondanini, G., Lulli, L. G., Arcangeli, G., & Mucci, N. (2020). COVID-19-Related Mental Health Effects in the Workplace: A Narrative Review. *International journal of environmental research and public health*, 17(21), 7857.

Giusti, Emanuele M., Giovanni Veronesi, Hannah Forest, Monica Ghelli, Benedetta Persechino, Rossana Borchini, Nicola Magnavita, and Marco Mario Ferrario. (2024). "Role of Turnover, Downsizing, Overtime and Night Shifts on Workplace Violence against Healthcare Workers: A Seven-Year Ecological Study." *BMC Public Health* 24(1).

Granero-Lázaro A., Blanch-Ribas J.M., Roldán-Merino J. F., Torralbas-Ortega J., Escayola-Maranges A. M. (2017). Crisis in the health sector: Impact on nurses' working conditions. *Enfermería Clínica (English Edition)*, Volume 27, Issue 3, May-June 2017, Pages 163-171.

Gray, P., Senabe, S., Naicker, N., Kgalamono, S., Yassi, A., & Spiegel, J. M. (2019). Workplace-Based Organizational Interventions Promoting Mental Health and Happiness among Healthcare Workers: A Realist Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(22).

Griffiths P, Saville C, Ball J, Jones J, Pattison N, Monks T; Safer Nursing Care Study Group. (2020). Nursing workload, nurse staffing methodologies and tools: A systematic scoping review and discussion. *Int J Nurs Stud*. Mar;103:103487.

Griffiths P.D., Saville C., Ball J.E., Jones J, Monks T. (2021) Beyond ratios - flexible and resilient nurse staffing options to deliver cost effective hospital care and address staff shortages: A simulation and economic modelling study. *International Journal of Nursing Studies*.

Guido, Antonella, Laura Peruzzi, Matilde Tibuzzi, Serena Sannino, Lucia Dario, Giulia Petruccini, Caterina Stella, Anna Maria Viteritti, Antonella Becciu, Francesca Bianchini, Deborah Cucculelli, Carmela Di Lauro, Ivana Paglialonga, Sabina Pianezzi, Roberta Pistilli, Sabrina Russo, Paola Adamo, Daniela Pia Rosaria Chieffo, Dario Talloa, Alberto Romano, and Antonio Ruggiero. (2025). "Burnout in Pediatric Oncology: Team Building and Clay Therapy as a Strategy to Improve Emotional Climate and Group Dynamics in a Nursing Staff." *Cancers* 17(7):1-12. doi: 10.3390/cancers17071099.

Guzi, M. and Kahanec, M. (2015). Socioeconomic cleavages between workers from new member states and host-country labour forces in the EU during the Great Recession. Chapter in: Bernaciak Magdalena (ed.) *Market Expansion and Social Dumping in Europe*. Routledge, London and NY.

Hannan, E., Breslin, N., Doherty, E., McGreal, M., Moneley, D., & Offiah, G. (2018). Burnout and stress amongst interns in Irish hospitals: contributing factors and potential solutions. *Irish journal of medical science*, 187(2), 301-307.

Hayakawa J, Patterson M, Sandhu E, Schomberg J. (2025). Reimagining Work-Life Balance: The Impact of a 4-Day Workweek on Healthcare Leader Burnout and Well-Being. *Worldviews Evid Based Nurs.* Apr;22(2):e70010.

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.

Hernandez, Isabelle, Marie Söderström, Ann Rudman, and Anna Dahlgren. (2024). "Under Pressure - Nursing Staff's Perspectives on Working Hours and Recovery during the COVID-19 Pandemic: A Qualitative Study." *International Journal of Nursing Studies Advances* 7:100225.

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. *Int J Nurs Pract.* Jun;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).

Ingstad K, Haugan G (2024). Balancing act: exploring work-life balance among nursing home staff working long shifts. *BMC Nurs.*;23(1):1-10.

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

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

Jiang Y. (2020): Psychological impact and coping strategies of frontline medical staff in Hunan between January and March 2020 during the outbreak of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Hubei, China. *Medical Science Monitor* 26, e924171.

Joris, Molle, Colson, Chays-Amania. (2025). "The Impact of the Evidence-Based Practice Mentor on Nurses: A Scoping Review." *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 22(2):0-43.

Kapiki, S., Pappa, A. (2025). Enhancing healthcare efficiency: leveraging advanced maintenance management for optimal staff performance. *Journal of Health Organisation and Management.*, 39(9), 398–418.

Karkou, Vicky, Emma Perris, Joanna Omylinska-Thurston, Tania Konstant, Lee Anne Widnall, Shirley Brocklehurst, Ken Fletcher, Chloe Hird, and Jane Hutton. (2024). "Supporting Staff Wellbeing in Healthcare Settings through Multi-Levelled Creative Psychological Intervention—a Feasibility Study." *International Journal of Art Therapy: Inscape* 4832:1–12

Khalid I., Khalid T.J., Qabajah M.R., Barnard A.G. & Qushmaq I.A. (2016): Healthcare workers emotions, perceived stressors and coping strategies during a MERSCoV outbreak. *Clinical Medicine & Research* 14, 7–14.

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.

Kompier M.A.J., Kristensen T.S. (2001). Organizational work stress interventions in a theoretical, methodological and practical context. In: *Stress in the workplace: past, present and future*. London: Wurr Publishers Ltd.

Kreitzer, M. J., Monsen, K. A., Nandram, S., & de Blok, J. (2015). Buurtzorg Nederland: A global model of social innovation, change, and whole-systems healing. *Global Advances in Health and Medicine: Improving Healthcare Outcomes Worldwide*, 4: 40–44.

Kuhlmann E., Greer S L , Burau V , Falkenbach M , Jarman H & Pavolini E. (2019). The migrant health workforce in European countries: does anybody care?, *European Journal of Public Health*, Volume 29, Issue Supplement_4, November, ckz185.565.

Kunzler, Chmitorz, Röthke, Staginnus, Schäfer, Stoffers-Winterling, Lieb. (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.

Lewko J., Misiak B., Sierżantowicz R. (2019). The Relationship between Mental Health and the Quality of Life of Polish Nurses with Many Years of Experience in the Profession: A Cross-Sectional Study. *Int. J Environ Res Public Health*. May 21;16(10):1798. doi: 10.3390/ijerph16101798. PMID: 31117197; PMCID: PMC6572116.

Lindsay C., Commander J., Findlay P., Bennie M., Corcoran E.D. and Van Der Meer R. (2014). Lean management, new technologies and employment in public health services: Employees' experiences in the National Health Service. *The International Journal of Human Resource Management* 25(21): 2941-2956.

Maatouk I., Müller A., Angerer P., Schmook R, Nikendei C., Herbst K., et al. (2018) Healthy ageing at work— Efficacy of group interventions on the mental health of nurses aged 45 and older: Results of a randomised, controlled trial. *PLoS ONE* 13(1): e0191000.

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

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

Mahmoud, Z., Angelé-Halgand, N., Churruca, K., Ellis, L. A., & Braithwaite, J. 2021. The impact of lean management on frontline healthcare professionals: a scoping review of the literature. *BMC Health Services Research.*, 21(1), Article 383.

Mahran, Ghada S.K.a; Taher, Asmaa A.M.; Saleh, Nadia M.A. (2017) Challenges and work crisis facing critical care nurses. *Egyptian Nursing Journal* 14(3):p 235-241, Sep-Dec

Mariève Pelletier, Nektaria Nicolakakis, Caroline Biron, Nathalie Jauvin, Marie-Claude Letellier, Maryline Vivion, Roxanne Beaupré, Marie-Ève Audy, Michel Vézina (2025) Organizational measures to protect the mental health of healthcare and social services staff during COVID-19: perspectives of human resources advisors. *International Journal of Workplace Health Management*, 18 (2), 200-218.

McCarthy, I., Taylor, C., Leamy, M., Reynolds, E., & Maben, J. (2021). 'We needed to talk about it': The experience of sharing the emotional impact of health care work as a panellist in Schwartz Center Rounds® in the UK. *Journal of health services research & policy*, 26(1), 20-27.

Melnikov S, Blaer Y, Shaiman L, Levi H & Kagan I (2019): To command is to serve: senior leadership and policy-making predicted hospital ward functioning in emergency. *Journal of Nursing Management* 27, 697-705.

Meseguer Gancedo, P. (2018). Cuidar profesionalmente. Una aproximación a la profesión enfermera en España. Tesis Doctoral. Facultad de Sociología y Cs. Políticas, UCM, Madrid.

Meszner D. (2025). Finland's model for supporting mental health through shift scheduling and ergonomics. Case Study. EU-OSHA.

Min, Ari, and Linda D. Scott. (2016). "Evaluating Nursing Hours per Patient Day as a Nurse Staffing Measure." *Journal of Nursing Management* 24(4):439–48.

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.

Moroni A (2025). Magnet4Europe - empowering nurses at Cork University Hospital. Case Study. EU-OSHA.

Morris, D., Sveticic, J., Grice, D., Turner, K., & Graham, N. (2022). Collaborative Approach to Supporting Staff in a Mental Healthcare Setting: "Always There" Peer Support Program. *Issues in Mental Health Nursing*, 43(1), 42–50.

Naim, A and Huang Y. (2025). "Exploring Critical Care Nurses' Experiences of Redeployment to General Medical-Surgical Wards for Covering Staff Shortages: A Qualitative Research Study." *Nursing in Critical Care* 30(2):1–10.

Nantsupawat, A., Nantsupawat, R., Kunaviktikul, W., Turale, S., & Poghosyan, L. (2016). Nurse Burnout, Nurse-Reported Quality of Care, and Patient Outcomes in Thai Hospitals. *Journal of nursing scholarship: an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 48(1), 83–90.

Navajas-Romero, V., Ariza-Montes, A., & Hernández-Perlines, F. (2020). Analyzing the Job Demands-Control-Support Model in Work-Life Balance: A Study among Nurses in the European Context. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(8), Article 2847.

Nowrouzi, B.; Giddens, E.; Gohar, B.; Schoenenberger, S.; Bautista, M.C.; Casole, J. (2016). The quality of work life of registered nurses in Canada and the United States: A comprehensive literature review. *Int. J. Occup. Environ. Health* 22, 341–358.

Obina WF, Ndibazza J, Kabanda R, Musana J, Nanyingi M. (2024). Factors associated with perceived work-life balance among health workers in Gulu District, Northern Uganda: a health facility-based cross-sectional study. *BMC Public Health*. 24(1):278.

OECD (2019), "Remuneration of nurses", in *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris.

OECD/European Commission (2024), *Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris.

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

Panagioti, M., Geraghty, K., Johnson, J., Zhou, A., Panagopoulou, E., Chew-Graham, C., Peters, D., Hodkinson, A., Riley, R., & Esmail, A. (2018). Association Between Physician Burnout and Patient Safety, Professionalism, and Patient Satisfaction: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA internal medicine*, 178(10), 1317–1331.

Percival C, 2025. The benefits for emergency medicine of an annual approach to rostering – HealthRota. Case Study. Bilbao: EU-OSHA.

Peter, K. A., Halfens, R. J. G., Hahn, S., & Schols, J. M. G. A. (2021). Factors associated with work-private life conflict and leadership qualities among line managers of health professionals in Swiss acute and rehabilitation hospitals – a cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 21(1).

Pollock, A., Campbell, P., Cheyne, J., Cowie, J., Davis, B., McCallum, J., McGill, K., Elders, A., Hagen, S., McClurg, D., Torrens, C., & Maxwell, M. (2020). Interventions to support the resilience and mental health of frontline health and social care professionals during and after a disease outbreak, epidemic or pandemic: a mixed methods systematic review. *The Cochrane database of systematic reviews*, 11, CD013779.

Prado-Gascó, V.; Giménez-Espert, M.d.C.; De Witte, H. (2021). Job Insecurity in Nursing: A Bibliometric Analysis. *J. Environ. Res. Public Health*, 18, 663.

Purkayastha D.i, Vanroelen C., Bircan T., Vantighem M.A. and Adsera C.G. (2021). Work, health and Covid-19: a literature review. A Report. ETUI.

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

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

Salberg, J., Ekselius, L., Hursti, T., & Öster, C. (2022). Staff experiences related to implementation of a recovery-oriented nursing programme in psychiatric inpatient care. *International Journal of Mental Health Nursing*, 31(3), 731–742.

Sánchez Onrubia IM, Resta Sánchez EJ, Cabañero Contreras T, Perona Moratalla AB, Molina Alarcón M. Bienestar, burnout y sueño del personal de enfermería de Urgencias en turnos de 12 horas. *Enfermería Clínica*. 2025;35(1):102141.

Saville C, Jones J, Meredith P, Dall'ora C, Griffiths P. (2025). Cost-effectiveness of eliminating hospital understaffing by nursing staff: a retrospective longitudinal study and economic evaluation. *BMJ Qual Saf.* 1-10.

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

Schneider, A., Wehler, M., & Weigl, M. (2019). Effects of work conditions on provider mental well-being and quality of care: A mixed-methods intervention study in the emergency department. *BMC Emergency Medicine*, 19(1).

Schneider, D. (2015). Informal Interactions, Gender, and Hierarchy: Barriers to Nurse-Physician Collaboration in a West Coast Hospital. UCLA: Institute for Research on Labor and Employment.

Schneider, D. (2016). Gendering Profession: Experiences of Nursing in the United States. UC Irvine. ProQuest ID: Schneider_uci_0030D_14319.

Shanafelt, T. D., Mungo, M., Schmitgen, J., Storz, K. A., Reeves, D., Hayes, S. N., Sloan, J. A., Swensen, S. J., & Buskirk, S. J. (2016). Longitudinal Study Evaluating the Association Between Physician Burnout and Changes in Professional Work Effort. *Mayo Clinic proceedings*, 91(4), 422–431.

Sharma P. (2023). Impact of Imparting Emotional Intelligence Skills Training Program to Enhance Emotional Intelligence and Work Stress among Staff Nurses of Tertiary care Hospital of North Gujarat. *Med J DY Patil Vidyapeeth.*;16:348–352.

Shin, S., Park, J. H., & Bae, S. H. (2018). Nurse staffing and nurse outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Nursing Outlook*, 66(3), 273–282.

Silva JA, Mininel VA, Fernandes Agreli H, Peduzzi M, Harrison R, Xyrichis A. Collective leadership to improve professional practice, healthcare outcomes and staff well-being. (2022). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 10. Art. No.: CD013850.

Smits, M. A., Boezeman, E. J., Nieuwenhuijsen, K., de Boer, A. G., Nieveen van Dijkum, E. J., & Eskes, A. M. (2022). Family involvement on nursing wards and the role conflicts experienced by surgical nurses: A multicentre cross-sectional study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences.*, 36(3), 706–716.

Standiford T.C., Davuluri K., Trupiano N., et al (2021). Physician leadership during the COVID-19 pandemic: an emphasis on the team, well-being and leadership reasoning. *BMJ Leader* 2021;5:20-25.

Stimpfel AW, Leep-Lazar K, Mercer M, DeMarco K. (2025). "Scheduling Is Everything": A Qualitative Descriptive Study of Job and Schedule Satisfaction of Staff Nurses and Nurse Managers. *West J Nurs Res*.

Tarpey R, Nelson M. (2025). The impact of organizational justice on centralized labor scheduling: a qualitative study with patient care staff. *J Health Organ Manag* 39(8): 1665–1681.

Tawfik, D. S., Profit, J., Morgenthaler, T. I., Satele, D. V., Sinsky, C. A., Dyrbye, L. N., Tutty, M. A., West, C. P., & Shanafelt, T. D. (2018). Physician Burnout, Well-being, and Work Unit Safety Grades in Relationship to Reported Medical Errors. *Mayo Clinic proceedings*, 93(11), 1571–1580.

Teoh K. & Kinman G. (2020). Looking after doctors' mental wellbeing during the covid-19 pandemic. *BMJ opinion*.

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

Tsarouha, E., Preiser, C., Weltermann, B., Junne, F., Seifried-Dübon, T., Stuber, F., ... Rind, E. (2020). Work-related psychosocial demands and resources in general practice teams in Germany. A team-based ethnography. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(19), 1–19.

Tseng, M.-Y., & Hwang, S.-L. (2021). "SURVIVAL" intervention program effects on student nurses' transition to staff nurses: A quasi-experimental study. *Nurse Education in Practice*., 56, Article 103184.

Tuominen, O., Lundgren-Laine, H., Teperi, S., & Salanterä, S. (2020). Comparing the Two Techniques for Nursing Staff Rescheduling to Streamline Nurse Managers' Daily Work in Finland. *Computers, Informatics, Nursing : CIN.*, 38(3), 148–156.

Ulhassan, W., von Thiele Schwarz, U., Thor, J., & Westerlund, H. (2014). Interactions between lean management and the psychosocial work environment in a hospital setting - a multi-method study. *BMC Health Services Research*, 14, 480.

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

Wagner, S. L., White, M. I., Schultz, I. Z., Williams-Whitt, K., Koehn, C., Dionne, C. E., Koehoorn, M., Harder, H. G., Pasca, R., Wårje, O., Hsu, V., McGuire, L., Lama, I., Schulz, W., Kube, D., & Wright, M. D. (2015). Social Support and Supervisory Quality Interventions in the Workplace: A Stakeholder-Centered Best-Evidence Synthesis of Systematic Reviews on Work Outcomes. *The international journal of occupational and environmental medicine*, 6(4), 189–204.

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.

Wendsche J, Lohmann-Haislah A & Wegge J (2016). The impact of supplementary short rest breaks on task performance. *Sozialpolitik*. ch 2, 2.3.

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.

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

World Health Organization (2020). Mental health and psychosocial considerations during Covid-19 outbreak.

Wynendaele, Herlinde, Ruben Willems, and Jeroen Trybou. (2019). "Systematic Review: Association between the Patient–nurse Ratio and Nurse Outcomes in Acute Care Hospitals." *Journal of Nursing Management* 27(5):896–917.

Zaranko, Ben, Natalie Jean Sanford, Elaine Kelly, Anne Marie Rafferty, James Bird, Luca Mercuri, Janice Sigsworth, Mary Wells, and Carol Propper. (2023). "Nurse Staffing and Inpatient Mortality in the English National Health Service: A Retrospective Longitudinal Study." *BMJ Quality and Safety* 32(5):254–63.

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.

Zraychikova, E., Gehri, B., Zúñiga, F., Bachnick, S., & Simon, M. (2023). The Interaction Between Leadership, the Patient-to-Nurse Ratio and Nurses' Work-Life Balance in the Psychiatric Inpatient Setting in Switzerland: A Secondary Data Analysis of Cross-Sectional Data. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 50(2), 317–326.

CON LA FINANCIACIÓN DE:

AS2024-0003

COLABORA:



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE TRABAJO
Y ECONOMÍA SOCIAL



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

