



# La «huella psicosocial» de la COVID-19 en la población trabajadora: conclusiones y aprendizajes

**Margarita Miñarro Yanini**

*Profesora titular de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social.*

*Universidad Jaume I*

[myanini@dtr.uji.es](mailto:myanini@dtr.uji.es) | <https://orcid.org/0000-0001-8411-3595>

## Extracto

La pandemia de COVID-19 ha tenido un impacto especialmente negativo en determinados colectivos, entre los que se encuentra el personal sanitario y el de atención en residencias de la tercera edad. Tras esta situación negativa, existen ciertas condiciones de trabajo, preexistentes a la situación pandémica, aunque agravadas por esta, que ocasionan la particular vulnerabilidad psicosocial de estas personas trabajadoras.

**Palabras clave:** riesgo psicosocial; COVID; trabajo.

Fecha de entrada: 15-07-2021 / Fecha de aceptación: 15-07-2021

**Cómo citar:** Miñarro Yanini, Margarita. (2021). La «huella psicosocial» de la COVID-19 en la población trabajadora: conclusiones y aprendizajes. *Revista de Trabajo y Seguridad Social. CEF*, 461-462, 143-164.



# The «psychosocial brand» of COVID-19 in workers: conclusions and learning

Margarita Miñarro Yanini

## Abstract

The COVID-19 pandemic has had a particularly negative impact on certain groups, including healthcare personnel and nursing home care personnel. Behind this negative situation, there are certain working conditions, pre-existing to the pandemic situation, although aggravated by it, which cause the particular psychosocial vulnerability of these workers.

**Keywords:** psychosocial risk; COVID; work.

**Citation:** Miñarro Yanini, Margarita. (2021). The «psychosocial brand» of COVID-19 in workers: conclusions and learning. *Revista de Trabajo y Seguridad Social. CEF*, 461-462, 143-164.



## Sumario

1. Introducción: la psicosocial, una dimensión de la salud olvidada en la pandemia
2. Una aproximación cuantitativa: la evidencia científica sobre la huella emocional de la gestión de la COVID-19 en la población trabajadora
3. De la evidencia cuantitativa a la cualitativa: precariedad y malestar psicosocial, en especial en el trabajo de cuidar residencial
  - 3.1. Factores de riesgo psicosocial estructurales en el personal de residencias de mayores
  - 3.2. De la estimación cuantitativa y cualitativa al «testimonio judicial»: la sobrecarga del trabajo residencial y su huella psicosocial registrada por los tribunales
4. De la evaluación a la intervención psicosocial: las recomendaciones de la OIT para anticipar una gestión eficaz de la nueva pandemia

Referencias bibliográficas

## 1. Introducción: la psicosocial, una dimensión de la salud olvidada en la pandemia

Ante una gravísima pandemia de una enfermedad vírica, como es la COVID-19, puede considerarse razonable que la prioridad para las políticas de seguridad y salud, tanto pública como laboral, sea la prevención del riesgo biológico de contagio, dado que la enfermedad ya ha sido calificada judicialmente como profesional<sup>1</sup>. Así ha sido en España y, por lo general, en el resto de la Unión Europea (UE), pues los protocolos de gestión sanitaria, en general, y de seguridad y salud en el trabajo, inspirados y promovidos por aquellos, de esta forma lo reflejan. No obstante, ha quedado en el completo olvido la dimensión psicosocial de la protección de la salud, que también debería llevar asociada la gestión sanitaria.

Por ello, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) reclamó la gestión integral, poniendo ejemplos reales de buenas prácticas, puesto que algunos países no han preterido tal dimensión –por ejemplo, directrices para la gestión de la COVID-19 de Malasia o de Chile–. Inequívoca al respecto es la Guía de la OIT *Gestión de los riesgos psicosociales relacionados con el trabajo durante la pandemia de COVID-19*, auténtica desconocida en nuestro país, así como en el resto de los países de la UE. En ella, entre otras pautas de interés, se incluye un catálogo de medidas prácticas orientadas a tratar de reducir algunos de los principales factores de riesgo psicosocial asociados a la pandemia, como serían las situaciones –objetivadas–, así como las sensaciones o sentimientos –percepciones– de inseguridad laboral, fuente de tanta incertidumbre, contractual y personal. Así, junto al «escudo de protección social y laboral», se proponen acciones para ayudar a las personas a mejorar

---

Junto al «escudo de protección social y laboral», se proponen acciones para ayudar a las personas a mejorar su sentimiento de control sobre el futuro, en especial en lo que se refiere a los cambios sufridos en la gestión de sus empleos, desde la novación de las condiciones de empleo y de trabajo hasta la regulación extintiva

---

---

<sup>1</sup> Si bien no afecta a profesionales sanitarios, sino a una auxiliar administrativa de un centro sanitario. Se trata de la [Sentencia del Juzgado de lo Social número 3 de Talavera de la Reina 187/2021, de 21 de mayo](#). Es la punta del iceberg, porque, solo para el sector sanitario, mientras que el Ministerio de Sanidad reconoce más de 128.000 personas profesionales del sector contagiadas por COVID-19, apenas se ha reconocido como «accidentes de trabajo» a unas 13.200, en consecuencia, en torno al 10%. Como es sabido, el [artículo 6 del Real Decreto-Ley 3/2021, de 2 de febrero](#), por el que se adoptan medidas para la reducción de la brecha de género y otras materias en los ámbitos de la Seguridad Social y económico, reconoce estos contagios como enfermedad profesional para el personal sanitario y sociosanitario.

su sentimiento de control sobre el futuro, en especial en lo que se refiere a los cambios sufridos en la gestión de sus empleos, desde la novación de las condiciones de empleo y de trabajo hasta la regulación extintiva. Justamente, estas constituyen factores psicosociales que, si bien adecuadamente regulados y gestionados actúan de factores de protección, en caso contrario, constituyen serios factores de riesgo psicosocial<sup>2</sup>.

Como evidencian nuestras leyes de gestión sanitaria pandémica ([art. 7 Ley 2/2021, de 29 de marzo](#), de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19), la escasa negociación colectiva habida en la materia (por ejemplo, acuerdo para materias concretas ex [art. 83.3 Estatuto de los Trabajadores](#) –ET– en el seno del Grupo Inditex), así como la doctrina judicial y jurisprudencial (por ejemplo, [Sentencia de la Audiencia Nacional 105/2021, de 12 de mayo](#), y [Sentencia del Tribunal Supremo –STS– 518/2021, de 12 de mayo](#)), según se analizó críticamente en esta [sección de actualidad](#) y revista por el profesor Molina (núm. 458, mayo 2021), el enfoque de gestión psicosocial de la salud laboral frente a la pandemia ha brillado por su ausencia. Las citadas leyes, acuerdos y sentencias, lejos de exigir la evaluación del impacto de las decisiones novatorias en la salud psicosocial de las personas afectadas, refuerzan los poderes de modificación, aun unilaterales, justificándose por el primado de la salud biológica y la temporalidad de la medida. Únicamente cuando esas medidas novatorias no se asocian a la pandemia, los tribunales han respondido reprobándolas, aplicando criterios netamente laborales ([art. 41 ET](#)), no de salud o bienestar psicosocial.

Pero que ni normas, ni protocolos, ni decisiones judiciales incorporen la dimensión psicosocial a la gestión sanitaria pandémica para la población en general, y para la trabajadora en particular, agravando la estructural desatención que padecemos en España a la salud psicosocial, no significa, ni mucho menos, que el problema no exista. Así lo evidencian estudios recientes de ámbito estrictamente nacional, y para el personal sanitario<sup>3</sup>, así como internacional, y para las más variadas actividades profesionales. De interés, el realizado por [Affor \(2021\)](#). No es el único, convergiendo todos –al margen de las cifras variables– en la apreciación de la existencia de una importante huella psicosocial en la población trabajadora por la

---

Que ni normas, ni protocolos, ni decisiones judiciales incorporen la dimensión psicosocial a la gestión sanitaria pandémica para la población en general, y para la trabajadora en particular, agravando la estructural desatención que padecemos en España a la salud psicosocial, no significa, ni mucho menos, que el problema no exista

---

<sup>2</sup> *In extenso*, Miñarro Yanini *et al.* (2021, en prensa).

<sup>3</sup> Un 53 % de las personas que trabajan en sanidad ha presentado valores compatibles con estrés posttraumático tras la primera ola de atención hospitalaria por coronavirus, según concluye un [estudio realizado por el Laboratorio de Psicología del Trabajo y Estudios de Seguridad de la Universidad Complutense](#), en el que se toma una muestra de 1.243 profesionales pertenecientes a diversos centros hospitalarios.

pandemia<sup>4</sup>, que será mayor si no se adoptan medidas preventivas adecuadas, de presente y de futuro. Justamente, este es el mensaje que acaba de lanzar, una vez más, la OIT en su informe [Anticiparse a las crisis, prepararse y responder: invertir hoy en sistemas resilientes de seguridad y salud en el trabajo](#).

El objetivo de este análisis es exponer de forma breve los aspectos más relevantes de esta nueva dimensión psicosocial de los sistemas y políticas de seguridad y salud en el trabajo relacionados con las crisis pandémicas. Por un lado, se examinarán las evidencias científicas más relevantes en el plano cuantitativo respecto de esta huella psicosocial en la población laboral. Por otro, se hará especial referencia a la significativa prevalencia en ciertos colectivos profesionales, en especial el personal de residencias, quizás el más «ignorado», frente a la mayor atención social al personal sanitario –el otro colectivo más afectado–. Finalmente, se proponen algunas claves de cambio para corregir estas deficiencias en el futuro, conforme a las propuestas de la OIT.

## 2. Una aproximación cuantitativa: la evidencia científica sobre la huella emocional de la gestión de la COVID-19 en la población trabajadora

El enfoque de la OIT es muy claro para los Estados –políticas–, las empresas –prácticas– y las organizaciones representativas de las personas trabajadoras –diálogo social–: no puede haber gestión sanitaria eficaz frente a las pandemias, como frente a cualquier otra situación crítica, si simultáneamente a la prevención de los contagios no se minimizan los factores y riesgos psicosociales en los entornos laborales. Como se reconoce en el punto 8 de la citada [Guía de la OIT relativa a la gestión de riesgos psicosociales en la pandemia](#), referido a la «Promoción de la salud y prevención de los comportamientos negativos para afrontar la pandemia»:

---

El enfoque de la OIT es muy claro: no puede haber gestión sanitaria eficaz frente a las pandemias si simultáneamente a la prevención de los contagios no se minimizan los factores y riesgos psicosociales en los entornos laborales

---

Los riesgos psicosociales y el estrés relacionado con el trabajo están asociados a comportamientos poco saludables, como el consumo excesivo de alcohol, el

---

<sup>4</sup> Otros estudios al mismo fin, también de carácter internacional, son los de [Ruiz Frutos y Gómez Salgado \(2021\)](#) y, asimismo, el [estudio elaborado por Cigna](#) –«COVID-19 Global Impact», perteneciente a su informe anual *360° Wellbeing Survey 2020*– concluye que el pasado mes de julio de 2020 el 45 % de las personas empleadas en España sufría algún tipo de estrés laboral, observando un incremento de 9 puntos desde enero de ese mismo año.

aumento del consumo de cigarrillos, los malos hábitos alimentarios, el ejercicio físico menos frecuente y las pautas de sueño irregulares. Todos estos comportamientos pueden afectar tanto a la salud física como a la salud mental y tener un impacto negativo en el rendimiento laboral.

En consecuencia, es preciso un sistema de gestión integral del bienestar de las personas, y por supuesto, también de quienes están llamadas a afrontar más directamente la lucha contra las pandemias. A tal fin, la OIT propone medidas de tipo social y laboral, pero también una red de apoyo psicosocial, público y empresarial, para las personas trabajadoras. Un enfoque de gestión integral tan razonable y coherente como desatendido en la mayor parte de las experiencias nacionales, también en las que contaban, *a priori*, con más recursos, sistemas, políticas y experiencia para llevarlo a cabo. No sorprende este déficit de gestión psicosocial de la seguridad y salud en el trabajo si se tienen en cuenta las iniciales carencias de medios de protección, individuales y colectivos, para el propio riesgo biológico de contagio, como constata la jurisprudencia, contenciosa y social (SSTS [217/2021, de 17 de febrero](#), y [425/2021, de 22 de abril](#)). Aunque en la mayor parte de estas sentencias la problemática psicosocial no es atendida, hay otras que sí apuntan el déficit de gestión psicosocial como un argumento a favor de la condena a la Administración empleadora, en el caso, la Comunidad de Madrid (por ejemplo, Sentencia del Tribunal Superior de Justicia –[STSJ de Madrid 222/2021, de 23 de marzo](#), de la que se incluye un sugerente [comentario](#) a cargo de José María Moreno en la sección de diálogos con la jurisprudencia, dedicada monográficamente a la contribución judicial en materia de garantías de la salud psicosocial laboral).

Este olvido tiene consecuencias graves y así se ha empezado a evidenciar a través de las estimaciones cuantitativas incluidas en estudios rigurosos, a través de numerosas entidades, desde las universidades hasta empresas consultoras en materia de prevención de riesgos. Aunque no es el único, como se ha apuntado con anterioridad, se considera de especial relevancia, por la diversidad de la muestra –aunque sea reducida– y por el rigor metodológico, el realizado por [Affor \(2021\)](#). El estudio aporta datos sobre el índice de afectación de la salud emocional en población trabajadora, empleando diferentes escalas psicológicas validadas, centrandó su atención en el triple foco de los niveles de ansiedad, estrés y depresión. El interés de este objeto de estudio no es menor, ni tiene un sentido tan solo de verificación de deficiencias preventivas de riesgos laborales, a fin de recomendar mejoras en los sistemas, políticas y prácticas, sino que tiene unas dimensiones humana y económica

---

Es preciso un sistema de gestión integral del bienestar de las personas, y por supuesto, también de quienes están llamadas a afrontar más directamente la lucha contra las pandemias

---

---

La problemática psicosocial no es atendida en la mayor parte de sentencias, pero otras sí apuntan el déficit de gestión psicosocial como argumento a favor de la condena a la Administración empleadora

---

claves, dado que la ansiedad y la depresión son ya la principal causa de baja laboral en las naciones desarrolladas y la segunda enfermedad más prevalente en el mundo, [según la Organización Mundial de la Salud](#).

Este estudio parte de la inexorabilidad de la transición desde la dedicación al riesgo biológico –contagios, o posibilidad de contagiarse– a la inquietud o preocupación por el riesgo psicosocial. De ahí que llame la atención sobre la gestión de los factores organizativos e individuales que inciden en ese tránsito, a fin de reducir el impacto, una vez que ha fallado la prevención primaria. En España, la muestra de la encuesta ha sido de 1.024 personas trabajadoras, de las que 634 son mujeres y el resto, 390, hombres, distribuidas por distintos sectores de actividad. Los datos han sido tratados sobre dos escalas psicológicas validadas ([Ausín et al., 2020](#)): Test de salud total (TST) y GHQ Goldberg. El uso de una metodología u otra no es indiferente para los resultados, pues ha arrojado porcentajes de prevalencias diversas. No obstante, ambos convergen en estimar un porcentaje de afectación psicosocial laboral muy elevado, pues, conforme al primer instrumento, se constata una tasa de incidencia del 42 % de las personas trabajadoras que perciben tasas de ansiedad altas, siendo del 67 %, según la segunda escala, con lo que el área de intervención psicosocial en el trabajo se amplía notablemente.

La diferencia de resultados está relacionada con el número de ítems o síntomas incluidos en la respuesta a valorar para establecerlos, pues, a más ítems se exijan para realizar la estimación, menor será el porcentaje, elevándose cuando se reduzcan. En el primero, se incluye a las personas trabajadoras que han respondido de una forma afirmativa a 8 o más de los 22 síntomas propuestos por la escala. Esta herramienta es indicativa de riesgo psicosocial según la Nota técnica de prevención (NTP) 421 del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo –«[Test de salud total de Langner-Amiel: su aplicación en el contexto laboral](#)»–. La NTP se inicia con la constatación de que: «En el mundo del trabajo se dan multitud de casos donde la salud y la adaptación al trabajo no es satisfactoria, pero se continúa trabajando en el mismo entorno, sin corregir la situación con medidas específicas». Es interesante reseñar una advertencia que se realiza, con acierto, en este instrumento científico-técnico y pauta interpretativa para la acción preventiva, que es que se trata de un ámbito de prevención de riesgos laborales en sentido estricto, no de estimación o registro de daños, por lo que los resultados del test o escrutinio «no indican enfermedad o patología», sino factores de riesgo de estrés laboral. A los efectos que aquí interesan, se ha de destacar que:

- Si dicho resultado ( $T \geq 8$ ) está relacionado con el entorno de trabajo –condiciones psicosociales– y no se toman medidas, se resentirá la salud de la persona trabajadora y de la organización.
- La herramienta no infiere estructuras de personalidad –factor de vulnerabilidad personal–, sino sintomatología psicosomática relacionada con el estrés.
- Evidencia la relación del contexto o entorno como factor de disfunción de salud para la persona trabajadora.



En consecuencia, mediante otras herramientas de valoración más típicas del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo, como es la evaluación de riesgos laborales ex artículo 16 de la Ley de prevención de riesgos laborales (LPRL), se podrá detectar cómo y dónde se producen esas tensiones psicosociales para las personas trabajadoras individualmente consideradas, que se referirán a aspectos organizativos. Asi-

mismo, también habrán de tenerse en cuenta, según el [artículo 15 de la LPRL](#), todos los factores relacionados con el entorno físico y relacional de la organización de trabajo.

En cambio, como se dijo, atendiendo a la referida «Escala de Goldberg», el 67,58 % de las personas trabajadoras encuestadas requiere de una evaluación detallada desde el área de salud laboral por posible ansiedad y depresión. Es una escala en la que se considera resultado positivo de afectación que la persona trabajadora muestre al menos 3 de los 12 síntomas alterados, siendo la referencia científico-técnica el [Protocolo PSICOVS2012](#) (Osalan-Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales, 2020).

Entre los principales motivos de malestar psicosocial laboral relacionados con el tiempo de COVID-19 se encuentran<sup>5</sup>:

- Sentirse agobiado y en tensión (61,5 %).
- Acusar falta de concentración (56,8 %).
- Perder el sueño por preocupaciones (54,7 %).
- Sentirse poco feliz y deprimido (46,5 %).

Fuente: Affor (2021).

Aunque el estudio se dirige al conjunto de las poblaciones trabajadoras de los diversos países donde se ha realizado, una de las variables del análisis más significativas es la relativa a la prevalencia según el tipo de actividad profesional. Como es lógico, la incidencia varía de una forma notable según el tipo de profesión, pues muy diferente ha sido el papel de cada uno de los colectivos profesionales en la gestión de la pandemia de COVID-19. Así,

<sup>5</sup> Un análisis más extenso, también contrastado con otros estudios con pretensiones análogas, en Miñarro Yanini *et al.* (2021, en prensa).

mientras los sectores de «actividad esencial» han debido afrontarlo en primera línea –personal sanitario, de atención de residencias, de orden público y seguridad ciudadana, de provisión de alimentación, de limpieza...–, las «no esenciales» han podido realizarse de forma más despegada del riesgo biológico, si bien no necesariamente libres de riesgo psicosocial.

---

La incidencia varía de una forma notable según el tipo de profesión, pues ha sido muy diferente el papel de cada uno de los colectivos profesionales en la gestión de la pandemia de COVID-19

---

Si bien confirma la prevalencia de la huella psicosocial de la COVID-19 en las personas del sector sanitario y de residencias de mayores, situándola en casi el 11 %, según este estudio, no serían los colectivos profesionales más afectados, pues el personal investigador en el ámbito de las vacunas presenta una afectación en torno al 14 %. Otros estudios no solo constatan prevalencias análogas, sino que confirman cómo el impacto de la COVID-19, más que crear nuevas evidencias, ha dado visibilidad y agudizado problemas estructurales del pasado, en buena medida silenciados, tanto por el tipo de riesgos –pues los psicosociales siempre han tenido una menor atención– cuanto por los colectivos más afectados, por su alta precariedad, bien en términos de inestabilidad –personal sanitario–, bien por su malas condiciones laborales generales e infravaloración –personal al servicio de residencias de mayores–<sup>6</sup>.

### 3. De la evidencia cuantitativa a la cualitativa: precariedad y malestar psicosocial, en especial en el trabajo de cuidar residencial

#### 3.1. Factores de riesgo psicosocial estructurales en el personal de residencias de mayores

Sin duda, es de justicia otorgar una atención especial al personal de los servicios públicos de salud en los estudios e informes sobre la gran huella psicosocial que ha dejado la COVID-19 en la población trabajadora. Ha de destacarse que **España es uno de los países del mundo con más personas del sector sanitario contagiadas por el coronavirus** tipo 2 del síndrome respiratorio agudo grave (SARS-CoV-2). Solo en la primera ola se contagió más

---

En el sector sanitario en España, solo en la primera ola se contagió más de la mitad del porcentaje total, una cifra muy alejada de Italia, Alemania o Reino Unido, países también con una altísima incidencia de contagios de su población, según un informe publicado por la OCDE y la Comisión Europea

---

<sup>6</sup> Vid. [García Bustos et al. \(2020, p. 137\)](#).

de la mitad del porcentaje total, una cifra muy alejada de Italia, Alemania o Reino Unido, países también con una altísima incidencia de contagios de su población, según un informe sobre el estado del sector publicado por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) y la Comisión Europea. Es evidente que en gran medida se debe a la –judicialmente constatada– falta de elementales medidas preventivas.

Así se ha asumido tanto por la comunidad científica, a través de los estudios priorizados, como por la social, mediante continuos homenajes y reconocimientos, y, ahora parcialmente, por la institucional, con el reconocimiento como enfermedad profesional de tales contagios, si bien no ha sido sencillo plasmarlo en la ley, y más su actualización práctica. No obstante, lo que más sorprende es el olvido que siguen experimentando otros colectivos que han sufrido también una gran incidencia de la COVID-19 y que, sin embargo, no han recibido el «espaldarazo moral» que supone visibilizar su situación y promover medidas de corrección, sea cual sea el éxito en la práctica, como es el personal de residencias de mayores –colectivo de personas usuarias que, mutadas en víctimas, ha sufrido con intensidad el impacto de la pandemia, [registrando casi 30.000 fallecimientos desde el inicio de la pandemia](#)–.

Sin duda, la situación vivida en este sector fue dramática, pues 1 de cada 10 personas internas en residencias de mayores murió durante la pandemia, además, en soledad, y todas ellas estuvieron completamente aisladas, con temor de fallecer sin la debida atención institucional, médica ni familiar. Las personas trabajadoras de estas residencias vivieron el mismo drama, además en unas condiciones de empleo y trabajo extremadamente precarizadas. Entre las consecuencias más evidentes que ocasionó la pandemia se encuentra la sobrecarga de trabajo de las personas prestadoras de servicios en las residencias, que se multiplicó exponencialmente debido a la suma de diversos factores encadenados. Además, a la insuficiencia de medios humanos se sumó la carencia de medios materiales necesarios para el desarrollo del trabajo. Así, aunque se trata de un servicio intensivo en el factor trabajo, es evidente que, por las circunstancias de vulnerabilidad de las personas que se atienden –lo que conlleva también otro factor de riesgo psicosocial, la carga emocional–, precisa de inversiones en equipos de trabajo, que apenas existen, como tampoco en equipos de protección individual. Numerosos estudios-informes, antes y después de este momento más

---

Lo que más sorprende es el olvido que siguen experimentando otros colectivos que han sufrido también una gran incidencia de la COVID-19 y que, sin embargo, no han recibido el «espaldarazo moral» que supone visibilizar su situación y promover medidas de corrección, sea cual sea el éxito en la práctica, como es el personal de residencias de mayores

---

---

Entre las consecuencias más evidentes que ocasionó la pandemia se encuentra la sobrecarga de trabajo de las personas prestadoras de servicios en las residencias, que se multiplicó exponencialmente debido a la suma de diversos factores encadenados

---

álgido de la pandemia, así lo evidencian, por lo que el problema, una vez más, tendría que haberse previsto<sup>7</sup>.

En apretada síntesis, las deficiencias del sector pueden concretarse en:

- Carencia de personal estructural.
- Reducción adicional de personal: sobre unas plantillas insuficientes, y en un momento de máxima necesidad, las bajas por contagios o cuarentenas fueron demolidoras.
- Imposibilidad de cubrir las bajas por falta de personal disponible: a la merma de plantillas por bajas se sumó la imposibilidad de cubrir las bajas por no disponer de mano de obra dispuesta a realizar el trabajo debido a no considerarlo atractivo.
- Cuando se lograba encontrar personal, generalmente carecía de formación, por lo que era necesario enseñarle, dirigirlo y supervisarlo: falta de profesionalización en el sector ligada a las malas condiciones laborales.
- Enfermedad de residentes, que exigió prestarles mayor atención y distinta de la rutinaria.
- Aplicación de protocolos específicos que supuso trabajo añadido.

Si a esta situación de déficits estructurales organizativos y de gestión se suman otro tipo de circunstancias más coyunturales vinculadas a la pandemia, como es la muerte «masiva» de personas atendidas, cierta culpabilización social, aislamientos decretados en entornos dramáticos, miedo al contagio, incertidumbre..., no sorprende que el resultado sea un plus de estrés psicosocial, evidenciado en los informes realizados en el sector<sup>8</sup>. Otros informes han constatado una alta frecuencia de los casos de *shock* postraumático entre el personal de atención de residencias. Consecuencia de ello es que uno de los daños psicosociales debidos a esta huella psicosocial laboral pandémica haya sido un gran incremento del consumo de sustancias psicoactivas –en particular,

---

Si a esta situación de déficits estructurales organizativos y de gestión se suman otro tipo de circunstancias más coyunturales vinculadas a la pandemia, como es la muerte «masiva» de personas atendidas, cierta culpabilización social, aislamientos decretados en entornos dramáticos, miedo al contagio, incertidumbre..., no sorprende que el resultado sea un plus de estrés psicosocial, evidenciado en los informes realizados en el sector

---

<sup>7</sup> Entre otros estudios-informes, que están sirviendo para la reforma, *vid.* Informe del [Grupo COVID-19 y Residencias \(2020\)](#). Un estudio más extenso en Miñarro Yanini *et al.* (2021, en prensa).

<sup>8</sup> *Vid.* [Pérez de Arenaza Escribano y Rodríguez Rodríguez \(2021\)](#).

los hipnosedantes<sup>9</sup>-, como ya alertaba la OIT. Como se reconoce en el sector, más que los propiamente físicos, afectan «los dolores psíquicos», más aún cuando el escaso salario va unido a la falta de reconocimiento social.

En este contexto tan precarizado, es comprensible el más que notable rechazo a trabajar en este sector, salvo que no exista otra opción, que se produce respecto del personal sanitario, que se suma al de otros colectivos que prestan servicios en residencias. De ello parecen ser más conscientes las diferentes Administraciones públicas, como reclama la institución de defensoría del pueblo, que exige una revisión al alza de las ratios mínimas de personal de atención directa a las personas mayores para mejorar la calidad asistencial (Defensor del Pueblo, 2020, p. 87). No obstante, esta cuestión se plantea con el foco puesto en las personas residentes, no en quienes las atienden, pese a que la mejora de las condiciones de empleo y de trabajo constituye un presupuesto insoslayable para mejorar el bienestar de este personal.

Es, por ello, muy importante potenciar en este ámbito un marco legal e institucional de gestión capaz de interrelacionar eficazmente las políticas de promoción de la salud psicosocial de las personas cuidadoras y de las personas cuidadas, con una adecuada y eficaz gestión de prevención de riesgos laborales, sean ergonómicos sean psicosociales. Un impulso que pudiera –y debiera– vincularse al «Plan de recuperación, transformación y resiliencia» presentado por el Gobierno español para beneficiarse de los tan célebres fondos de recuperación «Next Generation EU», concretamente a propósito del conocido como «Componente 22». En este, el Gobierno se ha comprometido a reforzar los servicios de cuidar con 3.500 millones, centrándose en la atención domiciliaria, la digitalización y la garantía de la accesibilidad «integral». Así, la llegada de los fondos europeos se presenta como una oportunidad para acelerar la necesaria mejora de los servicios de acción social –nueva «economía de los servicios de cuidados» y «sociedad del trabajo de cuidar»–.

---

En este contexto tan precarizado, es comprensible el más que notable rechazo a trabajar en el sector sanitario, salvo que no exista otra opción, que se suma al de otros colectivos que prestan servicios en residencias

---

---

Es muy importante potenciar en este ámbito un marco legal e institucional de gestión capaz de interrelacionar eficazmente las políticas de promoción de la salud psicosocial de las personas cuidadoras y de las personas cuidadas, con una adecuada y eficaz gestión de prevención de riesgos laborales, sean ergonómicos sean psicosociales

---

---

<sup>9</sup> Vid. CC. OO. (2021); estudio llevado a cabo en 9 comunidades autónomas; al sesgo de género hay que sumar el de la edad, pues la mayoría están entre 55 y 65 años.

No obstante, al margen de los objetivos de transformación del modelo de más domicilio y menos residencia, y de modernización, introduciendo más digitalización y reduciendo los contactos directos, sigue ausente el enfoque de mejora de la gestión psicosocial de riesgos laborales, por lo que tampoco atienden las recomendaciones de la OIT.

### 3.2. De la estimación cuantitativa y cualitativa al «testimonio judicial»: la sobrecarga del trabajo residencial y su huella psicosocial registrada por los tribunales

Al margen de la suerte final de estos procesos de reforma legislativa e institucional, ya en marcha, lo cierto es que, como tantas veces, el problema mayor es la ausencia de garantías de cumplimiento efectivo de las previsiones legislativas ya existentes. Como ha evidenciado un reciente [estudio de investigación periodística muy ilustrativo](#), el sector de las residencias de personas mayores sigue siendo un sistema asistencial de una gran opacidad, con poca transparencia y escaso control público y social. La gran mayoría de las comunidades autónomas no examina los centros ni una vez al año, al menos desde 2014, lo que supone una profunda anomalía en el contexto europeo cuya regulación más extendida prevé al menos una inspección anual<sup>10</sup>. Además, las sanciones que se imponen son muy bajas, siendo la más frecuente por falta grave, de importe de 5.000 euros, y casi siempre impuesta debido a «falta de personal».

---

La gran mayoría de las comunidades autónomas no examina los centros ni una vez al año, al menos desde 2014, lo que supone una profunda anomalía en el contexto europeo cuya regulación más extendida prevé al menos una inspección anual. Además, las sanciones que se imponen son muy bajas, siendo la más frecuente por falta grave, de importe de 5.000 euros, y casi siempre impuesta debido a «falta de personal»

---

Gran parte del sector se manifiesta favorable a implantar modelos más transparentes, pues saben que la desconfianza hacia las residencias deriva de la opacidad existente hasta la fecha. Valga para ilustrarla el dato de que, aunque se calcula que el número de residencias en España se sitúa en torno a 5.600 –7 de cada 10 son privadas, pero un amplio número de

---

<sup>10</sup> España es una anomalía entre otros países occidentales, porque en estos suele haber un sistema de clasificación pública de la calidad de las residencias. En Alemania, en el Reino Unido o en Estados Unidos la hacen las autoridades. Tienen sistemas de clasificación de estos centros por estrellas, como para el modelo de los hoteles (USA), o notas de evaluaciones en la puerta (Alemania) o en la web. En España, está abierto un proceso de intensa reforma, precisamente a raíz de la tragedia desvelada por la pandemia y que va más allá de las decenas de miles de personas ancianas que han fallecido en las residencias (más de 30.000).

las plazas que gestionan lo son concertadas con los servicios sociales autonómicos–, no se conoce oficialmente su cifra, ni cuántas personas usuarias hay en España, pues no existe un censo general. El Gobierno ha emprendido este año la elaboración del primer censo oficial, habiendo acordado, también, un sistema de inspección estatal. En países como Alemania y Estados Unidos hay una evaluación anual obligatoria, que no se basa tanto en la constatación del cumplimiento de los requisitos legales, especialmente de tipo procedimental, sino en una verificación de la calidad de vida real de las personas usuarias de estas residencias, cuyos resultados se publican centro por centro. De este modo, no solo se garantiza el derecho a saber o conocer, sino que forma parte de la decisión de uso o derecho a la elección informada del servicio residencial para personas mayores.

Con todo, el problema no reside tanto en la falta de voluntad para llevar a cabo ese control, sino en la incapacidad material de realizarlo, ante la bajísima ratio de personas inspectoras existentes a tal fin. Además, cuando se produce, tampoco se le da difusión pública, por lo que no forma parte de los criterios de elección de residencias para la clientela. En consecuencia, se produce una elección a ciegas, lo que también choca con una regla de transparencia extendida en los demás países de la UE. Como antes se apuntaba, prácticamente un 25 % de las sanciones impuestas a residencias lo son por inobservancia de la ratio autonómica de personal por persona mayor atendida. No obstante, el muy modesto importe de las sanciones determina que a las empresas gestoras les compense tal situación, ya que el coste de la contratación del personal necesario sería muy superior.

Este déficit ha quedado constatado en sede judicial, reflejando la huella psicosocial que deja en las personas trabajadoras de estos «modelos de organización de servicios basados en modelos de gestión de estrés laboral» –como los denomina el profesor Molina, dando cuenta de algunos pronunciamientos en el [estudio](#) que precede al monográfico de diálogos con la jurisprudencia dedicado al tema de la contribución judicial a la mejora

---

El problema no reside tanto en la falta de voluntad para llevar a cabo ese control, sino en la incapacidad material de realizarlo, ante la bajísima ratio de personas inspectoras existentes a tal fin

---

---

Prácticamente un 25 % de las sanciones impuestas a residencias lo son por inobservancia de la ratio autonómica de personal por persona mayor atendida. No obstante, el muy modesto importe de las sanciones determina que a las empresas gestoras les compense tal situación, ya que el coste de la contratación del personal necesario sería muy superior

---

---

Este déficit ha quedado constatado en sede judicial, reflejando la huella psicosocial que deja en las personas trabajadoras de estos «modelos de organización de servicios basados en modelos de gestión de estrés laboral»

---

de la salud psicosocial en los entornos de trabajo-. Sin duda, de enorme interés resulta la [STSJ de Madrid 410/2020, de 16 de junio](#), en la que se refleja perfectamente, a modo de testimonio público o institucional, esta situación de sistemático incumplimiento por parte de un gran número de las empresas del sector –ni todas las que intervienen, ni dentro de las incumplidoras todas con el mismo nivel de inobservancia, por supuesto– de sus obligaciones respecto de la ratio persona cuidadora residencial/persona cuidada residente y en relación con las normas preventivas. En el caso examinado se legitima la decisión extintiva ex [artículo 50 del ET](#) ante la sobrecarga de trabajo experimentada por el gerocultor –no solo hay mujeres, aunque estas son mayoría y añaden otros factores de riesgo que exigirían un enfoque de género– y el efecto de estrés laboral generado.

Si se analizan comparativamente el referido [informe de investigación-difusión periodística](#) y la [sentencia](#), se confirma lo recurrente del problema. En el caso, la deficiencia de organización y gestión del trabajo se sitúa en el marco autonómico madrileño ([Orden 612/1990, de 6 de noviembre](#), de la Consejería de Integración Social de la Comunidad de Madrid, por la que se desarrolla el Decreto 91/1990, de 26 de octubre –hoy derogado–, relativo al régimen de autorización de servicios y centros de acción social y servicios sociales), que establece en su anexo I B) los requisitos funcionales –en vigor– respecto de las referidas ratios de personal para garantizar la calidad asistencial: 0,25 o 0,35 para persona usuaria no dependiente o dependiente, respectivamente.

Sin pretender realizar un análisis mínimamente detenido de tan sugerente sentencia –examinada a diferentes efectos por el profesor Molina en su [estudio preliminar](#) y por el profesor Moreno en su [análisis](#)–, es de destacar la constatación de un incumplimiento recurrente de tales ratios, manteniéndose durante meses, e incluso tras la demanda. Este incumplimiento no se debe a acoso moral en el trabajo, como se pedía en la demanda, aunque sí supone:

[...] un trato absolutamente degradante [...], totalmente incumplidor de las obligaciones empresariales de prevención de riesgos, al ser manifiestamente deficiente la organización y condiciones de trabajo, obligando a los trabajadores a realizarlo en las condiciones señaladas, sin tener en cuenta las graves consecuencias que la sobrecarga de trabajo y del estrés que ello conlleva, máxime dados los usuarios del servicio de que se trata, conlleva un riesgo grave e inminente para la salud del trabajador [...].

Daño biológico este que queda probado por la baja del trabajador desde el 21 de junio al 16 de agosto de 2019, produciéndose recaída del 14 de noviembre hasta el 16 de diciembre.

No es este un problema aislado, pues en el referido [estudio de periodismo de investigación](#) realizado por *El País* se confirma que muchas de las residencias sancionadas por incumplimientos son reincidentes, sin que ello parezca tener especiales consecuencias. Precisamente, el «récord» de acumulación de sanciones lo ostentaba la empresa gestora de la



residencia demandada en la sentencia apuntada, pues desde 2014 hasta 2016, año en el que fue comprada por Orpea, sumaba 12 sanciones, la mayoría por falta de personal, por un importe total que ascendía a 191.192 euros. Aunque la legislación contemple sanciones altas, en absoluto es la norma, pues la multa más elevada de los últimos 7 años ha sido a una residencia pública de gestión privada, que en 2016 fue sancionada con 499.799 euros.

---

Aunque la legislación contemple sanciones altas, en absoluto es la norma, pues la multa más elevada de los últimos 7 años ha sido a una residencia pública de gestión privada, que en 2016 fue sancionada con 499.799 euros

---

No obstante, incluso en ocasiones en que la Administración hace su trabajo, es difícil llegar a adoptar medidas drásticas. Así, el Gobierno de la Comunidad Valenciana, que ha multiplicado por 5 el cuerpo de inspección y ha intensificado las sanciones con su [Ley de 2019](#) –además, incrementó las ratio de personal un 22 %–, multó 3 veces desde 2014 por falta de atención, trato degradante a las personas usuarias y por carecer de autorización administrativa a una residencia de Castellón con una multa que ascendía a un total de 43.915 euros, imponiéndole en 2019 sanción de 140.000 euros y su cierre temporal. Con todo, las familias y el Ayuntamiento recurrieron la medida y el TSJ la paralizó.

#### 4. De la evaluación a la intervención psicosocial: las recomendaciones de la OIT para anticipar una gestión eficaz de la nueva pandemia

Cualquiera que sea la fuente de información, investigación y análisis que se siga, queda evidenciado que existe un porcentaje muy significativo de personas trabajadoras –al menos 4 de cada 10, según el dato más prudente de [Affor](#)– afectadas por esta huella psicosocial derivada de la pandemia, siendo bastante más alta la prevalencia en determinados colectivos profesionales, como el personal sanitario y el de residencias. En atención a estos datos, parece igualmente cierto que tales colectivos de profesionales tienen una alta probabilidad de padecer un trastorno psicosomático a medio plazo si no se gestiona eficazmente la sintomatología hoy existente, como ordena el [artículo 14 de la LPRL](#). Es el momento, por tanto, de pasar a una gestión eficaz del riesgo psicosocial derivado de la pandemia en el entorno laboral, de modo que, como propone la OIT, aunque hoy permanezca desatendida, no solo es recomendable, sino necesario, llevar a cabo una política de evaluaciones pormenorizadas de todas las

---

Queda evidenciado que existe un porcentaje muy significativo de personas trabajadoras afectadas por esta huella psicosocial derivada de la pandemia, siendo bastante más alta la prevalencia en determinados colectivos profesionales, como el personal sanitario y el de residencias

---

personas trabajadoras que muestren sintomatología relevante para prevenir consecuencias, tanto en su salud mental y física, como en la eficiencia de las organizaciones.

Esta misma conclusión se desprende de otros informes, como el realizado por Microsoft (2021), que ha puesto el acento en la huella psicosocial que generan algunas de las respuestas dadas a la pandemia, como la migración masiva hacia el teletrabajo. En ese informe se constata que «hay un sentimiento generalizado de que los límites se han esfumado y los jefes se creen en el derecho de despertar a sus subordinados a las 7 de la mañana o hacerles trabajar hasta las 8 o las 9 de la noche». El problema no parece coyuntural, aunque esté disminuyendo notablemente tras el confinamiento el porcentaje de personas teletrabajadoras, puesto que las ofertas de empleo para trabajar en remoto se han multiplicado por 5 en LinkedIn durante el último año. Por lo tanto, los problemas psicosociales derivados de esta forma de organización del trabajo, que organizada de forma adecuada tiene claras ventajas (el art. 16 Ley 10/2021, de 9 de julio, de trabajo a distancia, reclama una atención especial a los factores de riesgos psicosocial y organizativos asociados al teletrabajo), no solo no desaparecerán, sino que generarán nuevas dimensiones.

En consecuencia, la necesidad de intervención psicosocial se evidencia cada vez más. Existe, además, una nueva razón de actualidad que impone una notable mejora de sistemas y políticas en materia de salud psicosocial y mental de las personas en general, y trabajadoras en particular. Tal necesidad ya fue apuntada por el Defensor del Pueblo en su comparecencia en el Congreso de noviembre de 2020, en la que reiteró y enfatizó su precedente petición al Gobierno y a las comunidades autónomas de incrementar el servicio de atención a la salud mental en España, donde la ratio de profesionales en la sanidad pública es 3 veces menor que la media europea, y muy particularmente el ámbito laboral (Defensor del Pueblo, 2020). De este modo, se insiste en la demanda de asistencia psicosocial, incrementada tras la pandemia, constatándose la muy notable insuficiencia de una prestación que está prevista en la cartera del Sistema Nacional de Salud. En suma, no es ni casualidad ni fatalismo que España sea el país del mundo donde se tomen más tranquilizantes.

---

Es el momento de pasar a una gestión eficaz del riesgo psicosocial derivado de la pandemia en el entorno laboral, de modo que, como propone la OIT, es necesario llevar a cabo una política de evaluaciones pormenorizadas de todas las personas trabajadoras que muestren sintomatología relevante para prevenir consecuencias, tanto en su salud mental y física, como en la eficiencia de las organizaciones

---

---

Tal necesidad ya fue apuntada por el Defensor del Pueblo en su comparecencia en el Congreso de noviembre de 2020, en la que reiteró y enfatizó su precedente petición al Gobierno y a las comunidades autónomas de incrementar el servicio de atención a la salud mental en España, donde la ratio de profesionales en la sanidad pública es 3 veces menor que la media europea, y muy particularmente el ámbito laboral

---

Las causas de esta situación son diversas, tanto de índole institucional, como incluso sociolaboral, por lo que las soluciones también deben atender a estos factores. La situación de sobrecarga psicosocial y emocional en determinadas profesiones, sumada a condiciones de empleo y de trabajo precarias, en modo alguno son ajenas a estos consumos, y requieren sistemas y políticas de gestión psicosocial de los entornos de trabajo en general, y en especial de ciertos colectivos, especialmente feminizados y que han estado en «primera línea de batalla» con la COVID-19, con una extrema escasez de medios –personales y materiales–.

De este modo, una vez más en el marco de las políticas integrales de gestión de la salud laboral promovidas por la OIT –Programa SOLVE–, se debe subrayar la necesidad de una gestión integrada de políticas de promoción de la salud psicosocial laboral con las de prevención de riesgos laborales psicosociales, a fin de evitar que la situación de alto riesgo derivado de la pandemia se actualice en daños psicosociales. Precisamente, como también se anticipó, cuando la OIT aboga por el establecimiento de sistemas de seguridad y salud en el trabajo resilientes para afrontar futuras situaciones de emergencia –que por desgracia parece que serán más frecuentes por cuestiones vinculadas al cambio climático y al errático modelo de crecimiento–, desde la perspectiva integral, no se olvida de esa faceta de gestión psicosocial laboral.

En el citado informe *Anticiparse a las crisis, prepararse y responder*, cuando se examinan la prevención y la gestión de riesgos vinculados con la pandemia, se hace de forma integral, atendiendo a otros riesgos de salud y seguridad asociados a la modificación de las pautas de trabajo como consecuencia de la adopción de medidas de control del virus, como son los psicosociales. Se propone así, si se pretende crear políticas anticipatorias, no solo expandir conceptos tales como los de «emergencia» para abarcar las pandemias –que obligaría a modificar el art. 20 LPRL–, sino también adoptar una visión integral, de modo que los riesgos psicosociales tengan espacios más significativos, máxime si se tiene en cuenta que una parte de las soluciones apuesta por la digitalización y este modelo organizativo es en sí mismo creador de otros factores de riesgo de esta naturaleza –violencia digital y ciberacoso en el trabajo, como reconoce ya el art. 3 Convenio 190 OIT (Mangarelli, 2014; Molina Navarrete, 2019)–.

---

La situación de sobrecarga psicosocial y emocional en determinadas profesiones, sumada a condiciones de empleo y de trabajo precarias, en modo alguno son ajenas a los consumos de tranquilizantes, y requieren sistemas y políticas de gestión psicosocial de los entornos de trabajo en general, y en especial de ciertos colectivos, especialmente feminizados y que han estado en «primera línea de batalla» con la COVID-19, con una extrema escasez de medios –personales y materiales–

---

---

Cuando la OIT aboga por el establecimiento de sistemas de seguridad y salud en el trabajo resilientes para afrontar futuras situaciones de emergencia, desde la perspectiva integral, no se olvida de esa faceta de gestión psicosocial laboral

---

No obstante, la OIT no solo fomenta nuevos contenidos para los sistemas normativos y políticas de seguridad y salud en el trabajo anticipatorios, sino que insiste en reforzar un modelo de gestión también desatendido por completo en esta crisis, como es la gobernanza colectiva o la gestión mediante diálogo social de las crisis. Los protocolos de la autoridad sanitaria –también hoy la [Ley 2/2021](#)– reclaman fundamentalmente el ejercicio del poder empresarial, como garante de la seguridad y salud en el trabajo, pero sin mencionar

que ese ejercicio también ha de hacerse respetando las reglas laborales vinculadas a la participación colectiva. Las decisiones judiciales recientes referidas en el apartado introductorio ponen de relieve este reforzamiento del principio de autoridad empresarial, hasta el punto de habilitarlo para modificaciones unilaterales, incluso sustanciales, si se amparan en exigencias de salud laboral y salud pública. Aunque en un «estado excepcional», propio de la situación de alarma –si bien, como es sabido, el Tribunal Constitucional ha reparado esta identificación<sup>11</sup>– y de un marcado protagonismo de la autoridad sanitaria, pueda parecer razonable tal unilateralismo, realmente constituye una nueva anomalía de gestión, en el marco de los compromisos con las normas y estándares de la OIT.

La OIT recuerda que la [Recomendación sobre el empleo y el trabajo decente para la paz y la resiliencia, 2017 \(núm. 205\)](#), esboza un enfoque estratégico para la respuesta a las crisis basado en el diálogo social. De ahí que destaque la importancia de promover unas condiciones de trabajo seguras y decentes e inste a que se fomente la adopción de políticas negociadas en las empresas para facilitar la resiliencia en orden a prevenir y mitigar las crisis. En sí mismo, el diálogo social sería un valor para preparar un mejor afrontamiento mediante la identificación y la evaluación de los riesgos, la gestión de estos y la prevención y mitigación de sus efectos negativos, sobre una base de consenso, o de participación de las representaciones de las personas trabajadoras.

Finalmente, y en relación con el personal de las residencias de mayores, ya se ha señalado que entre los factores causantes del impacto negativo en su salud psicosocial están, sin duda, las precarias condiciones de empleo y de trabajo. Por lo tanto, corregir esta precariedad es una condición necesaria para proteger su bienestar psicosocial, como también apunta la OIT. De este modo, la seguridad contractual bajo el paradigma

---

Pero la OIT no solo fomenta nuevos contenidos para los sistemas normativos y políticas de seguridad y salud en el trabajo anticipatorios, sino que insiste en reforzar un modelo de gestión también desatendido por completo en esta crisis, como es la gobernanza colectiva o la gestión mediante diálogo social de las crisis

---

---

<sup>11</sup> Si la [Sentencia del Tribunal Constitucional \(STC\) 111/2021, de 13 de mayo](#), ya reparó en el uso y abuso de la técnica del real decreto-ley para la gestión pandémica (en el caso, el traspaso a la Seguridad Social de la gestión de Muface), [una nueva STC ha declarado, por mayoría, la inconstitucionalidad del primer estado de alarma](#).

de trabajo decente de la OIT –estabilidad razonable, salarios dignos, límites adecuados de jornada para que sea saludable, carga de trabajo, física y emocional adecuada...–, así como la fijación institucional de ratios mínimas entre personas atendidas y personas cuidadoras, constituyen dos presupuestos clave para prevenir los principales factores de inseguridad y de insalubridad psicosocial de este personal.

Con todo, se considera que no será suficiente, puesto que también se precisará que esa calidad en el empleo y el trabajo se proyecte en los sistemas de gestión de sus factores de riesgo laboral, sobre todo ergonómicos y psicosociales. En consecuencia, se estima necesario, no solo oportuno, normalizar y mejorar sus evaluaciones de riesgos en los puestos del personal de cuidados de residencias de mayores, como exigencia de la previsión establecida en el [artículo 16.2 a\), 2.º párrafo, de la LPRL](#), así como la planificación de actividad *ex artículo 17 de la LPRL*. Sin duda, la toma de conciencia de los problemas es fundamental para empezar a resolverlos realmente. Se considera de utilidad esta llamada de atención en el actual marco de la denominada y analizada «Componente 22» del «[Plan de recuperación, transformación y resiliencia](#)», relativo al «Plan de choque para la economía de los cuidados y refuerzo de las políticas de inclusión»<sup>12</sup>.

---

En relación con el personal de las residencias de mayores, entre los factores causantes del impacto negativo en su salud psicosocial están, sin duda, las precarias condiciones de empleo y de trabajo. Como también apunta la OIT, corregir esta precariedad es una condición necesaria para proteger su bienestar psicosocial

---

---

Se estima necesario, no solo oportuno, normalizar y mejorar sus evaluaciones de riesgos en los puestos del personal de cuidados de residencias de mayores, como exigencia de la previsión establecida en el artículo 16.2 a), 2.º párrafo, de la LPRL, así como la planificación de actividad *ex artículo 17 de la LPRL*

---

---

<sup>12</sup> *In extenso*, para estas propuestas, *vid.* Miñarro Yanini *et al.* (2021, en prensa).

## Referencias bibliográficas

- Affor. (2021). *I Estudio global sobre el impacto psicológico del COVID-19 en la salud psicosocial de las personas trabajadoras*. Affor. Prevención psicosocial. <https://affor.es>.
- Ausín, Berta; González Sanguino, Clara; Castellanos, Miguel Ángel; López Gómez, Aída; Saiz, Jesús y Ugidos, Carolina. (2020). Estudio del impacto psicológico derivado del COVID-19 en la población española (PSI-COVID-19). Cátedra extraordinaria UCM-Grupo 5. <http://www.infocoponline.es/pdf/ESTUDIO-IMPACTO-COVID.pdf>.
- CC. OO. (2021). *Tus derechos, la mejor medicina. Guía para delegadas y delegados del sector sociosanitario. Residencias para mayores*. Secretaría Confederal de Salud Laboral de CC.OO. <https://www.ccoo.es/7d9d4ddf643f5eb78017aa947e9c4317000001.pdf>.
- Defensor del Pueblo. (2020). *Actuaciones ante la pandemia de COVID-19*. [http://www.infocoponline.es/pdf/Documento\\_COVID-19.pdf](http://www.infocoponline.es/pdf/Documento_COVID-19.pdf).
- García Bustos, José Manuel; Fouce Fernández, José Guillermo; García Villameriel, Luis; Llavona Serrano, Marta; Gutiérrez Bachirí, Dylan; Bazo Santos, Rocío y García Heras, Cristina. (2020). *Riesgos psicosociales y COVID-19. Informe de investigación. El impacto de la pandemia por virus SARS-CoV-2 (enfermedad por coronavirus 2019; COVID-19) en los riesgos laborales psicosociales*. UGT-Madrid. [https://madrid.ugt.org/sites/madrid.ugt.org/files/informe\\_final\\_ugt\\_psf\\_2020.pdf](https://madrid.ugt.org/sites/madrid.ugt.org/files/informe_final_ugt_psf_2020.pdf).
- Grupo COVID-19 y Residencias. (2020). *Informe del Grupo de trabajo COVID-19 y Residencias*. Secretaría de Estado y Derechos Sociales-IMSERSO. [https://www.msccbs.gob.es/ssi/imsero/docs/GTCOVID\\_19\\_RESIDENCIAS.pdf](https://www.msccbs.gob.es/ssi/imsero/docs/GTCOVID_19_RESIDENCIAS.pdf).
- Mangarelli, Cristina. (2014). *Acoso y violencia en el trabajo. Enfoque jurídico*. Fundación de Cultura Universitaria.
- Microsoft. (2021). *The Next Great Disruption Is Hybrid Work-Are We Ready?* <https://www.microsoft.com/en-us/worklab/work-trend-index/hybrid-work>.
- Miñarro Yanini, Margarita; Molina Navarrete, Cristóbal y González Coboleda, Estefanía. (2021). *Estudio-Informe «Crisis y cambios estructurales en el trabajo asociados a la pandemia de COVID-19 y su impacto en la prevalencia de adicciones: nuevos factores de riesgo y factores de protección para las personas trabajadoras»*. UGT-CEC, Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad (en prensa).
- Molina Navarrete, Cristóbal. (2019). *El ciberracoso en el trabajo: cómo identificarlo, prevenirlo y erradicarlo en las empresas*. Wolters Kluwer.
- Osalan-Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales. (2020). *Guía de recomendaciones para la vigilancia específica de la salud de trabajadores expuestos a factores de riesgo psicosocial*. [http://www.infocoponline.es/pdf/guia\\_PSICOVS2012.pdf](http://www.infocoponline.es/pdf/guia_PSICOVS2012.pdf).
- Pérez de Arenaza Escribano, Carmen y Rodríguez Rodríguez, Vicente. (17 de febrero de 2021). Estrés y precariedad: el difícil día a día de los cuidadores de residencias en la pandemia. *The Conversation*. <https://theconversation.com/estres-y-precariedad-el-dificil-dia-a-dia-de-los-cuidadores-de-residencias-en-la-pandemia-155057>.
- Ruiz Frutos, Carlos y Gómez Salgado, Juan. (2021). Efectos de la pandemia por COVID-19 en la salud mental de la población trabajadora. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 1(24). <https://dx.doi.org/10.12961/april.2021.24.01.01>.