

GUÍA EL RIESGO BIOLÓGICO EXISTE

Trabajadoras de cuidados
en residencias para personas mayores



CON LA FINANCIACIÓN DE:

AS2024-0019

COLABORA:



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE TRABAJO
Y ECONOMÍA SOCIAL



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



GUÍA
EL RIESGO
BIOLÓGICO
EXISTE

**Trabajadoras de cuidados
en residencias para personas mayores**

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

Materiales elaborados por: Montse López Bermúdez y Mayka Muñoz Ruíz

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

Difusión: Lourdes Larripa Ferriz

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

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 por visibilizar y trabajar sindicalmente en la mejora de las condiciones de trabajo en las actividades de Asistencia en establecimientos residenciales y haber facilitado enormemente la realización de este estudio.

Igualmente queremos agradecer la aportación de la realidad, del trabajo en el día a día en las residencias, a las personas responsables del sector de la federación de Sanidad y Servicios sociosanitarios FSS de CCOO, así como a las delegadas y delegados de prevención de residencias para mayores que participaron en las entrevistas grupales: Juaní Peñafiel Heras, Iría Estevez Casqueiro, Inés Castro Carril, Francisco Alexis, Rodríguez García, David Sanfrutos Sanz, Txus González Camabella, Paula Saenz Vera, Sara Macías Arroyo, Lucía Castro Belloso, Javier Nuñez Álvarez, Ángel Ortega Alonso, María del Cristo Reyes Abreu, Silvia García LLucia, Ángela San Martín González y Cristina González Mesonero.

Diseño gráfico y maquetación: Pilixip

Edición: Valencia, marzo 2026

Este trabajo se realiza al amparo de la convocatoria Intersectorial 2024 de la FEPRL FSP en el marco del proyecto "Trabajadoras de Cuidados en residencias para personas mayores. El riesgo biológico existe" (AS2024-0019).

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO 1. MARCO DE ESTUDIO	9
1.1. Características del sector	9
1.2. Características y condiciones de trabajo de la población trabajadora	13
1.3. Riesgos generales y siniestralidad del sector	19
1.3.1. Los accidentes de trabajo	22
1.3.2. Las enfermedades profesionales.....	26
CAPÍTULO 2. LA EXPOSICIÓN A RIESGO BIOLÓGICO	30
2.1. ¿Qué son los agentes biológicos?	31
2.2. Definición y características de la exposición a riesgo biológico en Residencias para personas mayores	33
2.2.1. Principales agentes biológicos presentes	34
2.2.2. Infecciones más comunes y microorganismos más frecuentes	37
2.2.3. Agentes biológicos con riesgo para la reproducción, embarazo y la lactancia natural.....	39
2.3. Más factores para tener en cuenta en la exposición a agentes biológico	41
2.4. Accidentes de trabajo y Enfermedades Profesionales producidas por la exposición a agentes biológicos	45
CAPÍTULO 3. LA GESTIÓN DEL RIESGO BIOLÓGICO EN LAS RESIDENCIAS DE MAYORES.....	51
3.1. La evaluación de riesgos específica.....	53
3.2. Las medidas preventivas	58
3.3. La formación y la información	61
3.4. La vigilancia de la salud.....	63
3.5. Los derechos y obligaciones de las personas trabajadoras	65
CAPÍTULO 4. BUENAS PRÁCTICAS.....	68
4.1. Buenas Prácticas en la Gestión de la Exposición a Agentes Biológicos	68
4.2. Propuestas para la negociación colectiva.....	73
CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES Y RETOS DE FUTURO.....	75
BIBLIOGRAFÍA.....	77

INTRODUCCIÓN

Tienes en tus manos un informe guía sobre la exposición laboral a riesgo biológico en residencias para personas mayores, fruto del proyecto aprobado por la Fundación Estatal para la prevención de Riesgos Laborales **AS2024-0019: Trabajadoras de cuidados en residencias para mayores. El riesgo biológico existe.**

Este proyecto está orientado a la consecución de los objetivos estratégicos y líneas prioritarias contempladas en la Estrategia de Seguridad y Salud en el Trabajo 2023-2027, en tanto que una prevención eficaz sobre la exposición a riesgo biológico reduce los daños en la salud de las personas trabajadoras, mejora la gestión de la seguridad y la salud en las empresas, eleva el nivel de protección de las trabajadoras y los trabajadores del sector asistencial, introduce la perspectiva de género en la gestión de la prevención y por último, potencia la negociación colectiva.

Se pretende con este proyecto concretar las causas que originan la exposición a riesgo biológico que de forma mayoritaria se encuentran en las residencias para personas mayores, que surjan tras el análisis del cumplimiento del *RD 664/1997 Real Decreto 664/1997, de 12 de mayo, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo*, pero también de la organización del trabajo que se da en estas empresas y las condiciones de empleo de las trabajadoras del sector. Al mismo tiempo se trata de conseguir un abanico de propuestas de buenas prácticas para que sean asumidas en el sector, empezando por dotar de la importancia necesaria a la exposición a riesgo biológico y que se recojan cláusulas de intervención para incluir en la negociación colectiva.

Por último y no menos importante, nuestro objetivo es dotar de una herramienta para la acción sindical que ayude a identificar situaciones de riesgo y oriente a realizar propuestas en las empresas, así como informar y sensibilizar sobre los derechos de la población trabajadora de esta actividad ante la exposición a riesgo biológico.

Los productos resultantes, pues, de este proyecto son tres:

- Este informe con el título: [Trabajadoras de Cuidados en residencias para personas mayores. El riesgo biológico existe.](#)
- Una Lista de comprobación como herramienta de control y participación de las delegadas y delegados de prevención en la gestión de la exposición a riesgo biológico, con el título: [¿Cómo funciona la gestión del riesgo biológico en residencias para personas mayores?](#)
- Una Infografía informativa para los trabajadores y las trabajadoras de la actividad objeto del estudio con el título: [Riesgo biológico en residencias para personas mayores. La empresa cumple sí.](#)

En cuanto a la metodología empleada, el proyecto parte de un revisión bibliográfica y documental, de los estudios y las publicaciones relacionadas con el objetivo del proyecto, así como evaluaciones de riesgo a las que se ha tenido acceso. Se completa este análisis con información directa de informantes clave, mediante entrevistas grupales a personas trabajadoras de residencias para mayores, así como, personas que forman parte de la representación sindical de la Federación de Sanidad y Sectores Socio-sanitarios de CCOO.

Por último y para facilitar el acceso a los diferentes capítulos de este informe-guía, así como su lectura, se muestran algunas orientaciones de uso sobre el contenido y la navegación sobre la misma.

1

En el **capítulo 1** podrás conocer el **CONTEXTO PREVENTIVO DEL SECTOR**. Es importante conocer sobre todo las características de este sector feminizado, los riesgos generales y los daños a la salud de mayor incidencia.

2

En el **capítulo 2** podrás identificar las principales **CAUSAS DE LA EXPOSICIÓN** a agentes biológicos. Se trata de una información más técnica que te interesa conocer.

3

Si accedes al **capítulo 3** estarás al tanto de **CÓMO SE DEBE INTERVENIR** sobre el riesgo biológico según la normativa de referencia, pero también cuál es la realidad, el día a día en la gestión de este riesgo según nos lo han contado las personas que han participado en el estudio. Quizás el contenido de este capítulo te resulte familiar.

En este capítulo se recogen las **obligaciones empresariales** y por tanto los **derechos de la población trabajadora** ante la exposición a agentes biológicos, al igual que las obligaciones de esta última.

4

Si necesitas saber de buena tinta las **BUENAS PRÁCTICAS** para la gestión de la exposición a riesgo biológico en residencias para mayores, acude al **Capítulo 4**.

5

Esto no se acaba aquí, queremos saber la realidad de la gran mayoría de residencias para mayores, en el último capítulo: **RETOS PARA EL FUTURO**, os anticipamos como seguiremos después de este proyecto visibilizando la exposición a riesgo biológico de las trabajadoras y trabajadores de residencias para personas mayores.



¿Cuál es tu realidad? Revisa las llamadas de atención con el título **UNA DOSIS DE REALIDAD**, si se parece a la tuya, ten en cuenta el capítulo buenas prácticas.

CAPÍTULO 1. MARCO DE ESTUDIO

En las residencias de mayores, el principal factor de producción son los “empleados” que atienden a las personas usuarias. La calidad de la atención dependerá, en gran parte, de las condiciones de trabajo de su personal. Durante la crisis sanitaria de la covid-19 se han evidenciado las dificultades de atención en las residencias por falta de suficientes cuidadores y de profesionales cualificados, y también se ha hecho evidente la precariedad de las condiciones laborales de dicho personal.

Julia Montserrat Codorniu.

*Consultora, Red Europea de Protección Social
Zerbitzuan Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria, 2020*

1.1. Características del sector

La Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo 2023-2027 (EESST 2023-2027) establece, como su objetivo número 4, el refuerzo de la protección de las personas trabajadoras en situación de mayor riesgo o vulnerabilidad, considerando entre ellas a quienes realizan las actividades relacionadas con el cuidado y la asistencia de personas mayores, que pueden prestarse tanto en establecimientos residenciales como en los hogares familiares (SAD). Además, prevé que el porcentaje de personas que trabajan en este sector vaya en aumento en el futuro, como consecuencia del creciente envejecimiento de la población.

Este sería el marco a partir del cual planteamos el presente estudio sobre la exposición a riesgos biológicos del personal trabajador en las residencias de atención a personas mayores, cuyo CNAE sería el 8731: *Asistencia en establecimientos residenciales para personas mayores*. En este sector están incluidos los puestos de trabajo dedicados a los servicios que se incluyen en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia junto con otros del Sector Servicios Sociales. En términos generales, el sector se caracteriza por la atención las 24 horas al día, los 7 días de la semana y los 365 días al año.

Nos encontramos ante un ámbito laboral feminizado porque las tareas principales son cuidados y responsabilidades que tradicionalmente venían asumiendo las mujeres de la familia. Al externalizarse progresivamente esta actividad, serán también mujeres las que se encarguen mayoritariamente de realizar estas labores. Ahora bien, como trabajo efectuado por mujeres, este es menos valorado socialmente y, sobre todo, económicamente. Al conceptualizarse tradicionalmente que el salario “familiar” es el que lleva a casa el varón, el de la mujer es de ayuda o complementario, por lo que puede ser inferior al que se daría a un varón. Está comprobado que todos los empleos tradicionalmente femeninos tienen menor remuneración en conjunto que los que realizan los varones, con independencia de que sean esenciales o no. Tampoco parece importar en estos casos si es necesario emplear fuerza física, porque preci-



samente en los trabajos en residencias los sobreesfuerzos son frecuentes a la hora de movilizar a las personas mayores, lo que se estudia en el marco de los riesgos ergonómicos en el trabajo.

Ahora bien, la normativa sobre protección de mujeres y menores en el trabajo asalariado históricamente ha tenido como objetivo limitar las opciones laborales de estos grupos, así como intentar reducir la mortalidad infantil y perinatal, que en esa época era desorbitada. Estamos hablando de finales del siglo XIX y principios del siglo XX. Por lo tanto, estas fueron medidas demandadas por los higienistas, no reivindicaciones laborales. Básicamente la normativa proteccionista se centró en las cuestiones relacionadas con el embarazo y la lactancia (Nielfa, 2006).

Por otra parte, en nuestra sociedad actual, aunque se han producido muchos cambios en relación con la percepción social de las tareas asignadas tradicionalmente en función de género, aún es muy importante la idea colectiva sobre la idoneidad de que las personas mayores sean cuidadas por sus familiares más cercanos, mayoritariamente hijas o nueras. Esto es pertinente señalarlo porque se están trasladando responsabilidades emocionales a personas que únicamente están realizando una labor profesional, con todas las consecuencias que esto puede tener para su desempeño.

Como se señala en un estudio: *el hecho de que esta actividad sea desarrollada mayoritariamente por mujeres y que nueve de cada diez mencionen la obligación moral como primer motivo para llevarla a cabo puede tener su explicación en la influencia cultural ligada a la asunción de los roles emocionales por parte de las mujeres* (NSST, 2020, p.32).

Nos encontramos, por tanto, ante un sector que aúna una precariedad de medios con una alta expectativa por parte del conjunto de personas usuarias y, sobre todo, de sus familias. Y esta situación compleja se carga en las espaldas de un personal mayoritariamente femenino y con una alta cuota migrante, que cuenta con una problemática social específica, la cual también debemos de tener en cuenta si queremos realizar un enfoque de salud laboral que tenga efectos reales sobre la salud de estas trabajadoras y trabajadores.

LUGARES DE TRABAJO: EL “ENTORNO RESIDENCIAL”

En los centros residenciales se prestan servicios continuados de carácter personal y sanitario en función del tipo y grado de dependencia y de la intensidad de los cuidados que se precisen. Según la normativa, estos centros ofrecen alojamiento y manutención a las personas mayores, con servicios y programas de intervención adecuados a sus necesidades para conseguir una mejor calidad de vida y promover su autonomía personal.

Según los datos proporcionados por el IMSERSO, en 2022 había en España 5.188 centros de atención a personas mayores. Las entidades gestoras se definen según la forma jurídica en: organizaciones privadas con ánimo de lucro, organizaciones privadas sin ánimo de lucro, organismos públicos e instituciones religiosas. Los organismos públicos pueden gestionar estos centros de manera directa, aunque son los menos, o en modo de concertación con una entidad privada. Por su parte, las instituciones religiosas también gestionan directamente un porcentaje muy reducido de establecimientos, aunque llegan a ser titulares del 43,5% del sector sin ánimo de lucro.

En síntesis, son centros privados un 77,3%, respecto al 22,7% que son de titularidad pública. Es decir, que la asistencia a las personas mayores se ha externalizado a través de la empresa privada con ánimo de lucro, lo que ha monetizado e integrado en el sistema de costes/beneficios un servicio social que tradicionalmente había sido asumido por las mujeres de las familias. Tal y como señala Julia Montserrat, esta externalización se enmarca en lo que se denomina como “economía mixta del bienestar”, en el contexto de la irrupción de las ideas neoliberales en los años ochenta del siglo XX, que coincidió en España con el proceso de democratización de los ayuntamientos y el desarrollo de las comunidades autónomas (Codorniu, 2020, p.48).

La transformación social, económica y familiar experimentada en el país en las últimas décadas se manifiesta en el aumento constante de las plazas residenciales ofertadas a las personas mayores. Con los datos de 2022, existen un total de 381.514 plazas, distribuidas entre los 5.188 centros dirigidos a este colectivo, lo que nos da una media de 73,5 plazas por centro. Los centros de titularidad privada que suponen el 77,3% del total de centros acumulan el 75% de las plazas.

Los últimos datos disponibles nos dicen que en los tres años posteriores a la pandemia (2021, 2022 y 2023) habían aumentado en 6.031 las plazas residenciales, mientras que la población mayor de 65 años se había incrementado en más de 600.000 personas en esos mismos años. A comienzos de 2024 existían 395.065 plazas residenciales para mayores con una ocupación del 84,1% de las plazas (332.431 personas usuarias).

Volviendo a los datos del 2022, que son los que han sido analizados por el IMSERSO, un 19,4% de los centros de personas mayores tienen una capacidad inferior o igual a 25 plazas, y un 63% por debajo de 76 plazas. Únicamente el 3,4% de los centros tienen más de 200 plazas, pero acumulan el 13,43% de las plazas, siendo el tamaño medio de este tipo de centros de 293 plazas por centro. Es decir, predominan los centros de un tamaño medio, aunque esta afirmación debería ser contextualizada con datos de comunidades autónomas, pues es posible que el factor geográfico influya en el tipo de establecimiento residencial prevalente.

Respecto al uso de los espacios, según los datos, el 43,2% de las habitaciones son de uso individual, el 55,6% son de uso doble, y el 1,2% restante son habitaciones de uso triple o superior. En aquellos centros con modelos totalmente públicos o sin ánimo de lucro el porcentaje de habitaciones de uso individual se sitúa alrededor de un 47,6% (IMSERSO, 2024). Claro que en este sentido es importante tener en cuenta los recursos con los que cuentan las familias y las personas para hacer frente a esta externalización de los cuidados de las personas mayores.

PERSONAS DESTINATARIAS DE LOS SERVICIOS RESIDENCIALES

Los cambios sociales, económicos y de vivienda, como ya hemos señalado, unido al aumento de la esperanza de vida en el país, que en 2021 se situaba en 85,8 años en mujeres y en 80,2 de los varones, han impulsado la demanda de plazas residenciales para personas mayores. En 2022 el total de personas usuarias de los centros residenciales ascendió a 288.765, siendo el 98,04% de carácter permanente. En la distribución por sexo, paralela a la esperanza de vida, los hombres suponen únicamente un 31,3% frente al 68,7% de las mujeres. A nivel nacional, el porcentaje de ocupación de los centros residenciales de personas mayores se sitúa en un 89,3%, oscilando entre el 85,5% de aquellos centros cuya titularidad y gestión es pública y el 95,1 % de los que tienen titularidad pública y gestión privada. Únicamente disminuye el porcentaje de ocupación en aquellos cuya titularidad y gestión son públicas, con un 85,5% de ocupación.

El aumento de la esperanza de vida también incrementa las patologías físicas y psíquicas, sobre todo la demencia, el Alzheimer o el Parkinson, lo que supone una motivación más para que en un momento dado las personas mayores se trasladen a una residencia de manera permanente. Como señalábamos anteriormente, la mayoría de las residencias son privadas y más de la mitad de las personas comparten habitación, porque los precios son muy altos, aunque también sufren una gran variabilidad. La riqueza patrimonial de las personas jubiladas se está transfiriendo a las empresas que gestionan las residencias de mayores en gran medida, al igual que parte de los recursos de la Ley de Dependencia, que van a sufragar un porcentaje de las mensualidades. Las personas mayores en España cuentan con una pensión de jubilación, mayor o menor, contributiva o no contributiva, pero por lo general estas personas suelen ser propietarias de bienes inmuebles, que pueden ponerse en alquiler, venderse o ser gestionados con hipoteca inversa para sufragar los gastos de las residencias.



Otro factor importante en la caracterización de las personas usuarias de centros residenciales es la autonomía, que se determina en función de los grados de dependencia reconocidos por las administraciones competentes. Esto es importante porque en función de la autonomía el trabajo del personal es mayor o menor. La mayor esperanza de vida propicia que se incremente el número de personas usuarias, especialmente mujeres con más de 80 años y en peores condiciones físicas. Pese a que los datos sobre la valoración de los grados de dependencia no son completos, en general podemos decir que el 43,2% de las personas residentes tiene un nivel de autonomía compatible con un Grado I o un Grado II reconocido, mientras que el 36,7% tienen un nivel de autonomía compatible con un Grado III reconocido. Por último, el 20,1% restante está sin valorar o no tiene grado reconocido.

1.2. Características y condiciones de trabajo de la población trabajadora

Según los datos de afiliación de la Tesorería General de la Seguridad Social (TGSS), en concreto sobre la situación de alta en actividades del Sector Servicios Sociales, para el cuarto trimestre de 2024 el número de personas afiliadas de la **Asistencia en establecimientos residenciales** alcanzó los 292.129 (div.87). De los cuales son mujeres el 86,6%, frente a un 13,4% de hombres. En cuanto a la edad de las trabajadoras, se concentran entre los 35 y 59 años, tramos en los que superan el 10% de representación respectivamente.

La población trabajadora de este sector está más distribuida entre diferentes franjas de edad, superando el 10% en todas las franjas desde los 25 hasta los 59 años. Atendiendo a la procedencia, el 87,9% son de nacionalidad española frente a un 12,1% de nacionalidad extranjera.

Respecto al tipo de contrato: el 55,8% del total tenían contrato indefinido, el 18,8% contrato eventual a tiempo completo, y el 6,1% del total con contrato eventual a tiempo parcial.

En cuanto a los niveles de formación requeridos, a partir de los datos del SISPE para 2023, el 22,6% contaban únicamente con estudios primarios; un porcentaje similar, el 22,4% tenían FP Grado Medio, el 19,3% la ESO y el 14,7% estudios universitarios. Estos datos se corresponden con las principales ocupaciones que se encargan de la atención de las personas mayores en establecimientos residenciales: personal gerocultor, auxiliar de enfermería, personal de enfermería y de medicina, junto con el personal de cocina y limpieza. Ahora bien, mientras que el personal auxiliar cuenta con un nivel formativo de FP, las gerocultoras y los gerocultores únicamente precisan de un certificado de profesionalidad (350 horas) (SEPE, 2024, p.35, 49-51).

Para concretar más el tema de la caracterización del personal trabajador en residencias de mayores de régimen privado, que son las mayoritarias, vamos a acudir a los datos de la EPA del segundo trimestre de 2004.

Tabla 1. Asalariados/as sector privado

	Española	Española y doble nacionalidad	Extranjera	Total
Hombres	20.443	4.465	4.944	29.852
Mujeres	148.537	26.106	39.510	214.153
Total	168.980	30.571	44.454	244.005

Del total de personas asalariadas el 82,3% cuentan con un contrato indefinido, también la mayoría, el 86%, tiene un contrato a tiempo completo. Las diferencias entre trabajadores y trabajadoras son mínimas. Esta situación contrasta vivamente con la que existía en 2018 cuando los contratos indefinidos no llegaban al 75%. Es importante tener en cuenta que, a partir de 2022, con la nueva reforma laboral (RDL 32/2021, de 28 de diciembre), se ha impulsado la contratación indefinida frente a la temporal.

El cuidado de las personas mayores es una tarea pesada debido principalmente a tres factores: a la gran cantidad de movilizaciones que exige la propia actividad, lo que implica una gran carga física diaria; a la carga emocional que se deriva de la atención a personas que sufren un deterioro paulatino de su salud física y mental; y a la organización del tiempo de trabajo a turnos y nocturno ya que la atención, inevitablemente, debe desarrollarse las 24 horas del día.

Este cuidado concreto lo llevan a cabo principalmente las categorías laborales incluidas en auxiliar de enfermería y asimiladas y de personal técnico auxiliar relacionados con el cuidado de personas. Ambas ocupaciones representan en torno al 55% de la ocupación en el sector. La categoría profesional que figura para trabajadoras/es en residencias de personas mayores es la de gerocultor/a.

Ahora bien, antes de centrarnos en las cuidadoras, vamos a esbozar el perfil general del personal laboral en residencias de mayores. La población trabajadora de una residencia se puede clasificar en cuatro subgrupos: la dirección, el equipo técnico (formado por profesionales titulados superiores en Medicina, Enfermería, Fisioterapia, Psicología, Terapia ocupacional, Trabajo Social y algunos cargos intermedios como la responsabilidad de la cocina o de la Animación sociocultural) auxiliares de geriatría y, por último, servicios básicos (cocina, lavandería, limpieza y mantenimiento).

Según el VIII Convenio marco estatal de servicios de atención a las personas dependientes y desarrollo de la promoción de la autonomía personal, existen tres áreas de actividad: Gestión, administración y servicios generales, Servicios socioasistenciales, y Servicios residenciales. En el convenio están descritas las tareas de las distintas categorías, pero vamos a centrarnos en la que es la base del cuidado asistencial en residencias de mayores: el **gerocultor y gerocultora**.

Según dicho convenio marco, esta categoría profesional el personal que, bajo la dependencia de la dirección del centro o persona que se determine, tiene como función principal la de asistir y cuidar a las personas usuarias en las actividades de la vida diaria que no puedan realizar por sí mismos y efectuar aquellas realizaciones profesionales encaminadas a su atención personal y de su entorno.

Desarrollará las funciones que se detallan a continuación, así como aquellas que le sean solicitadas y que tengan relación con las mismas y/o con su titulación, habilitación o competencia profesional de acuerdo con los protocolos establecidos:

- Apoyar al equipo interdisciplinar en la recepción y acogida de las nuevas personas usuarias colaborando en la adecuación del plan de cuidados individualizado.
- Realizar intervenciones programadas por el equipo interdisciplinar dirigidas a cubrir las actividades de la vida diaria.
- Colaborar en la planificación, organización y ejecución de las actividades preventivas, ocupacionales y de ocio.
- Mantener la higiene personal de las personas usuarias.



- Realizar la limpieza del botiquín y su contenido, así como del resto de material de índole sanitario o asistencial.
- Proporcionar y administrar los alimentos a la persona residente facilitando la ingesta en aquellos casos que así lo requieran.
- Ocuparse de la recepción, distribución y recogida de los alimentos en la habitación de la persona usuaria.
- Realizar los cambios de postura y aquellos servicios auxiliares que de acuerdo con su preparación técnica le sean encomendados.
- Colaborar con el servicio de enfermería en la realización de los cambios posturales de las personas encamadas y en las actuaciones que faciliten su exploración y observación.
- Colaborar con la persona usuaria en su preparación para un traslado, efectuando actuaciones de acompañamiento, vigilancia y apoyo.
- Colaborar con el personal sanitario en la administración de la medicación.
- Colaborar bajo la supervisión de la enfermera en el cuidado de las personas residentes colostomizadas y con sondas, así como en la administración de comida mediante jeringuilla.
- En ausencia del personal de enfermería podrá hacer la prueba de glucosa, utilizar la vía subcutánea para administrar insulina y, siempre que la dosis y el seguimiento del tratamiento se realice por personal médico o de enfermería.

- Acompañar a la persona usuaria en la realización de actividades para facilitar el mantenimiento y mejora de las capacidades físicas y motoras, así como en la realización de actividades programadas, ya sean para citas médicas, excursiones, gestiones, etc., facilitando la participación de la persona usuaria en las mismas.
- Colaborar en la aplicación de técnicas de prevención de accidentes, de acuerdo a los protocolos establecidos y a las indicaciones del superior responsable.
- Colaborar con el TASOC en la animación y dinamización de la vida diaria de la Institución.
- Ayudar a la persona usuaria en la realización de las actividades y ejercicios de mantenimiento siguiendo las orientaciones de los profesionales competentes.
- Sin que en ningún caso suponga la sustitución del personal contratado específicamente para la limpieza habitual, podrá realizar la limpieza e higiene de utensilios, ropa y estancias, cuando en el servicio existan circunstancias que así lo requieran.
- Apoyar y estimular la comunicación de las personas usuarias favoreciendo su desenvolvimiento diario y su relación social.
- Colaborar con el equipo interdisciplinar en la integración de los familiares de las personas usuarias en la vida del centro.
- Guardar absoluto silencio sobre la patología y el plan de cuidados individualizado del personal usuario, así como de cualquier asunto referente a su intimidad, y siempre actuará en coordinación y bajo la responsabilidad de profesionales de quienes dependan directamente.
- Efectuar la limpieza y mantenimiento de los enseres de las personas usuarias, colaborar en mantener ordenadas las habitaciones, recoger la ropa, llevarla a la lavandería, encargarse de la ropa personal y hacer las camas en función de acuerdo a los criterios de calidad establecidos, con la lencería limpia, ausencia de arrugas y humedad, en la posición adecuada, con especial atención a los pliegues corporales y otras zonas de especial riesgo, respetando la intimidad del usuario.
- Comunicar las incidencias que se produzcan sobre la salud de las personas usuarias. Observar y registrar en el libro de incidencias cualquier cambio de comportamiento y/o físico detectado.

Estas funciones las realizan principalmente trabajadoras, siendo el **perfil de la Cuidadora/Gerontóloga en Asistencia en Establecimientos Residenciales** es el siguiente:

- Mujer (89,3% de la población ocupada en el sector).
- Edad media en torno a los 49 años. (El mayor porcentaje tiene entre 35 y 59 años).
- Un 81,5% desarrolla su trabajo en el sector privado.
- Predominan los contratos indefinidos (67,9%) y a jornada completa (más del 80%).
- Las cuidadoras forman el grupo con mayor índice de ocupación del sector.

- Estudios de grado medio de formación profesional específica (más del 24%).
- El 76% son de nacionalidad española. No obstante, la población inmigrante es superior a la de otros sectores de actividad (Fuente EPA 2016).

Estos son datos e información en bruto, porque el trabajo diario en residencias de mayores tiene más elementos que influyen tanto en la calidad del servicio que se presta a las personas usuarias, como en la salud laboral de las trabajadoras y los trabajadores. Respecto a la organización del trabajo, las gerocultoras realizan una amplia variedad de tareas, que suelen estar protocolizadas y para las que cuentan con poca autonomía, en función del tamaño de la residencia. En muchos casos hacen un trabajo que está cronometrado, como en las fábricas de coches: tanto tiempo para tal tarea, para cada persona. El principal inconveniente que surge es que se trata de personas, no de engranajes, y estas tienen otras demandas, además de que en muchas ocasiones surgen imprevistos, como la extensión de un virus entre las personas residentes, por ejemplo.

La carga de trabajo está muy ligada a las ratios con las que se trabaja en los centros residenciales, es decir, con el número de personas mayores asignadas a cada cuidadora. En este aspecto, la normativa varía en cada comunidad autónoma y existen diferentes ratios en función de los grados de dependencia, lo que complica el trabajo a la hora de asignar las personas a las cuidadoras. Por esta razón en algunas residencias existe una rotación de puestos o de personas a cuidar.

En general se trabaja a turnos, que suelen ser rotativos de mañana y tarde, así como turnos fijos nocturnos. En los momentos de más trabajo, como las mañanas con las tareas de levantamiento, aseo, vestido y desayuno, en ocasiones se contrata a personal de refuerzo, pero esto significa que las trabajadoras tienen unos horarios que no les permiten conciliar la vida laboral y personal. Por ejemplo, que una trabajadora con una jornada de trabajo completa trabaja en el pico de la mañana dos horas y luego



por la tarde hace las horas necesarias para completar la jornada. Cuando se trabaja solo durante los picos de actividad, los contratos de trabajo son muy precarios, tanto en condiciones laborales, como en salario. Aunque los horarios, o las personas a cuidar cambien, las tareas a realizar suelen ser repetitivas, lo que incide en los trastornos musculoesqueléticos. Esto se agudiza por el ritmo de trabajo, habitualmente muy alto en las residencias, especialmente en los momentos de la jornada en los que se acumulan tareas.

Para la movilización de las personas dependientes, en algunos centros y no en todos, se utilizan ayudas técnicas, como las grúas, pero en muchas ocasiones el propio ritmo de trabajo limita la utilización de estas herramientas, lo que incide negativamente en la salud laboral del personal. Existen estas ayudas, pero hay que tener en cuenta que muchas de estas personas mayores cuentan con patologías cognitivas, deterioro mental o necesidades psicoafectivas que las personas cuidadoras no pueden atender de manera adecuada, tanto por la falta de formación, como por el alto ritmo de trabajo.

A todo ello se suman dos elementos fundamentales que se retroalimentan. Por un lado, está la escasa valoración social de este trabajo, pese a que es una labor fundamental en la sociedad actual. Sin embargo, al ser un trabajo que hasta hace pocas décadas se realizaba en el interior de los hogares familiares por parte de las mujeres de la casa, no se concibe como un empleo del mismo valor o complejidad que el de, por ejemplo, una fábrica o una oficina, aunque conlleve un mayor esfuerzo físico o mental. Paralelamente, las retribuciones salariales son muy bajas. Según las tablas salariales para 2025 del VIII Convenio Marco Estatal de Servicios de Atención a las Personas Dependientes y Desarrollo de la Promoción de la Autonomía Personal, los salarios base varían según la categoría, destacando en ambos extremos de la escala los 2.103,62 euros para directores de residencia y los 1.160,37 euros para gerocultoras. Es importante destacar que la subida del SMI, de un 61% desde el año 2018, ha tenido importantes consecuencias para este sector laboral, puesto que en 2025 alcanzará los 1.184 euros mensuales en 14 pagas. De hecho, la retribución salarial media anual en los servicios residenciales para mayores era de 17.813,31 euros en 2018, siendo la media para el conjunto de la población en ese año de 24.009,12 euros.

Estas condiciones laborales inciden en la alta rotación de personal entre las trabajadoras eventuales, aunque existe poca rotación entre las trabajadoras con contrato fijo, debido en muchos casos a la falta de otras salidas profesionales a causa de las variables de sexo, edad y formación.

Estas condiciones de trabajo precarias, explican que las trabajadoras prefieran trabajar en los hospitales y en las residencias públicas, realizando básicamente el mismo tipo de tareas, pero donde las condiciones sobre todo salariales son mucho mejores, al igual que el servicio que se presta a las personas mayores.

1.3. Riesgos generales y siniestralidad del sector

Los estudios analizados identifican la presencia de riesgos de diferentes tipologías en el sector. Empezamos por aquellos relacionados con las instalaciones de dónde se desarrolla el trabajo, como, por ejemplo:

- **Riesgo eléctrico.** Debido a instalaciones viejas, equipos obsoletos y otros equipos de mala calidad y con defectos que pueden generar cortocircuitos, contactos eléctricos, etc.
- **Riesgos de incendio y explosión.** Se han identificado, sobre todo, en la cocina del establecimiento.



Accidente laboral en Casasimarro (Cuenca): herida por quemaduras la cocinera de una residencia

[Pulsa para ver la noticia](#)

- **Riesgos de caídas al mismo nivel.** Derivados de tropiezos con objetos y equipos como, por ejemplo, grúas que estén ubicadas o almacenadas en los pasillos, suelos mojados en el comedor, restos de alimentos en el suelo del comedor, etc.
- **Riesgo de caídas a distinto nivel.** Principalmente al subir o bajar por las escaleras del recinto mientras se acompaña a la persona usuaria.

El **riesgo químico** también puede estar presente por el manejo de sustancias nocivas y tóxicas, por ejemplo, durante las tareas de esterilización con desinfectantes del material e instrumental de curas, y durante las tareas de limpieza de las instalaciones.

Pero podríamos determinar que existe la exposición a riesgos “estrella” que alcanzan a la totalidad del personal como son los **psicosociales**, siendo las dimensiones de mayor incidencia:

- Las **altas exigencias cuantitativas**, que se producen cuando la carga de trabajo es demasiado elevada para la jornada laboral, ello deriva en un alto ritmo de trabajo y/o en alargamiento de jornada. El origen en estas actividades está en la falta generalizada de personal.
- La **baja influencia y las escasas posibilidades de aplicar habilidades y conocimientos**. Las trabajadoras no tienen autonomía en el momento de realizar el trabajo, no tienen influencia ni la posibilidad de adquirir nuevos conocimientos al realizar las tareas, ello tiene su origen en la estandarización del trabajo y en el poco reconocimiento de su profesionalidad.
- Las **altas exigencias emocionales** debido a la naturaleza de la tarea. Estas exigencias derivan del cuidado de personas mayores, casi siempre con discapacidades severas, que suelen agudizarse con el paso del tiempo y cuya expectativa de vida es escasa.

- El **alto conflicto trabajo-vida**. Tiene que ver principalmente con las exigencias cuantitativas, la ordenación, la duración, el alargamiento o la modificación de la jornada de trabajo y con el nivel de autonomía sobre ésta. Por ejemplo, horarios o días laborables incompatibles con el trabajo de cuidado de las personas o la vida social o demasiada carga de trabajo.



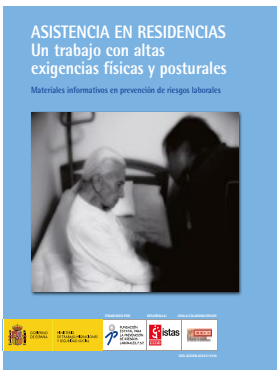
Desarrollando la cultura preventiva en el sector de la dependencia de andalucía: sensibilizar para la prevención en origen de los riesgos psicosociales en el puesto de gerocultora.

[Pulsa para descargar](#)

Ningún análisis en la materia puede obviar la incidencia de los **trastornos musculoesqueléticos**, que como problema específico de las residencias se vincula de forma singular con funciones muy concretas: la movilización de personas dependientes.

Factores ergonómicos como:

- Las **posturas de trabajo** asociadas a la postura de cuerpo entero como de pie y caminando, sin descansos, o posturas asociadas a determinadas tareas que suponen la inclinación de la espalda y elevación/abducción de brazo en tareas como aseo, manipulación de personas con movilidad reducida, transferencias y cambios posturales, manipulación de sacos de ropa y residuos, ayuda en la alimentación, hacer las camas, etc.
- Las movilizaciones, las transferencias y los acompañamientos son las principales tareas con las que se asocia este riesgo la **manipulación manual de cargas**. Sin embargo, hay otras tareas de la actividad diaria del personal que se pasan por alto en las evaluaciones y que también suponen una exposición al riesgo ergonómico por exposición a movimientos repetidos y manipulación manual de objetos.
- Los **movimientos repetitivos**, están mucho menos identificados, aunque el personal gerocultor realiza la limpieza de las instalaciones, de las bandejas en el túnel de lavado y las dependencias de las personas residentes. En esta actividad laboral los movimientos repetitivos se multiplican en número con un ritmo de trabajo elevado y se relacionan principalmente con molestias en el cuello.



ASISTENCIA EN RESIDENCIAS. UN TRABAJO CON ALTAS EXIGENCIAS FÍSICAS Y POSTURALES .

Materiales informativos en prevención de riesgos laborales

[Pulsa para descargar](#)

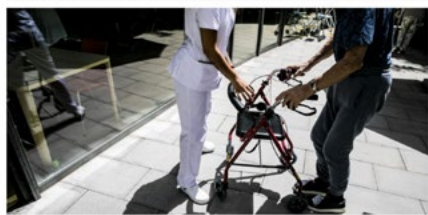
Otro de los peligros con mayor trascendencia en este ámbito, el biológico que puede incidir especialmente en aquellas trabajadoras que mantienen relación directa con las personas usuarias. Objeto de este estudio y tratado de forma más exhaustiva en los siguientes capítulos de este informe.

Para abordar el estado de salud de las personas trabajadoras que desarrollan esta actividad es necesario analizar los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales, al igual que las patologías no traumáticas causadas o agravadas por el trabajo. A continuación, se presentan datos de siniestralidad del 2024.

SANIDAD

CC.OO. denuncia que seis residencias de mayores han registrado brotes de sarna y chinches este año en Madrid

• Madrid elimina los ratios mínimos del 0,15 para el personal de limpieza, cocina y mantenimiento de las residencias acogidas al acuerdo marco



CCOO denuncia que seis residencias de mayores han registrado brotes de sarna y chinches este año en Madrid

[Pulsa para ver la noticia](#)

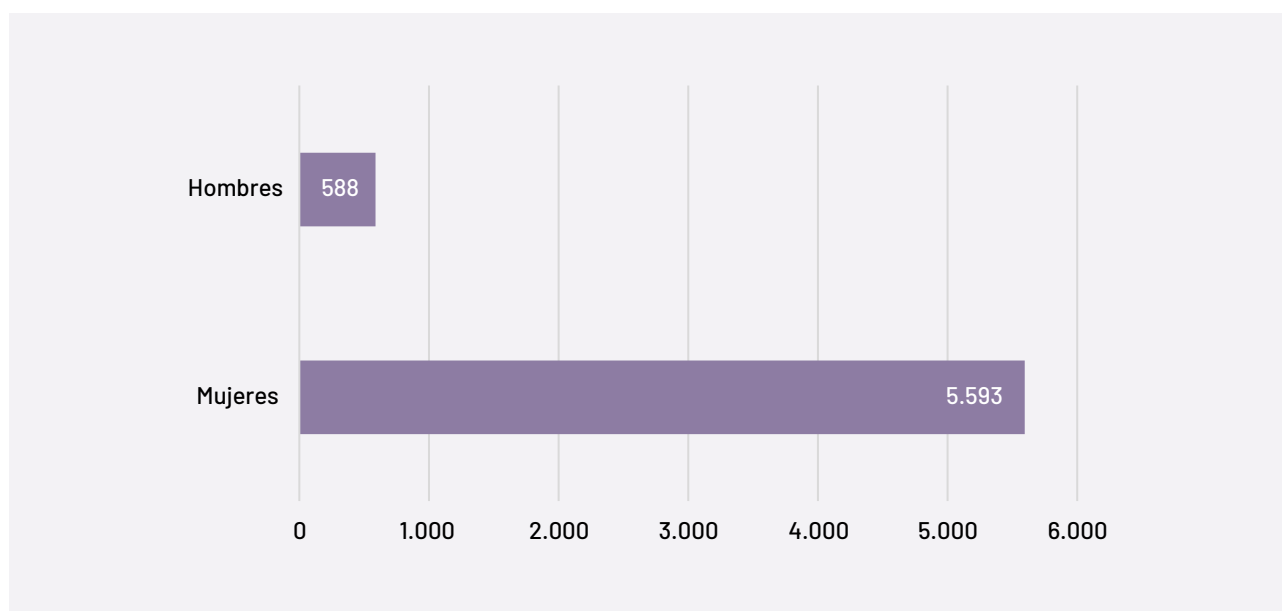


1.3.1. Los accidentes de trabajo

El artículo 156 de la Ley General de la Seguridad Social define accidente de trabajo como toda lesión corporal que el trabajador sufre con ocasión o por consecuencia del trabajo que realiza por cuenta ajena. Para que se considere accidente laboral, debe ser una lesión física o enfermedad que cause incapacidad o incluso muerte, y que esté directamente relacionada con la actividad profesional, incluyendo los accidentes durante el trayecto al o desde el trabajo (accidente in itinere).

Durante el 2024 en la actividad con CNAE 8731 de asistencia en establecimientos residenciales para personas mayores, se produjeron un total de 6.181 accidentes de trabajo (AT) con baja, el 90% afectaron a mujeres y el 10% a hombres. La franja de edad de mayor concentración es la de 40 a 59 años.

Gráfico 1. Número de accidentes de trabajo según sexo



Fuente: propia elaborado a partir de datos facilitados por el Ministerio De Trabajo y Economía Social sobre 2024

El Índice de incidencia (número de accidentes de trabajo por cada 100.000 personas) en la actividad de residencias para personas mayores es de 5.139, siendo más elevado que el índice de la actividad económica a la que pertenece: Actividades sanitarias y de servicios sociales, que fue de 2.231.

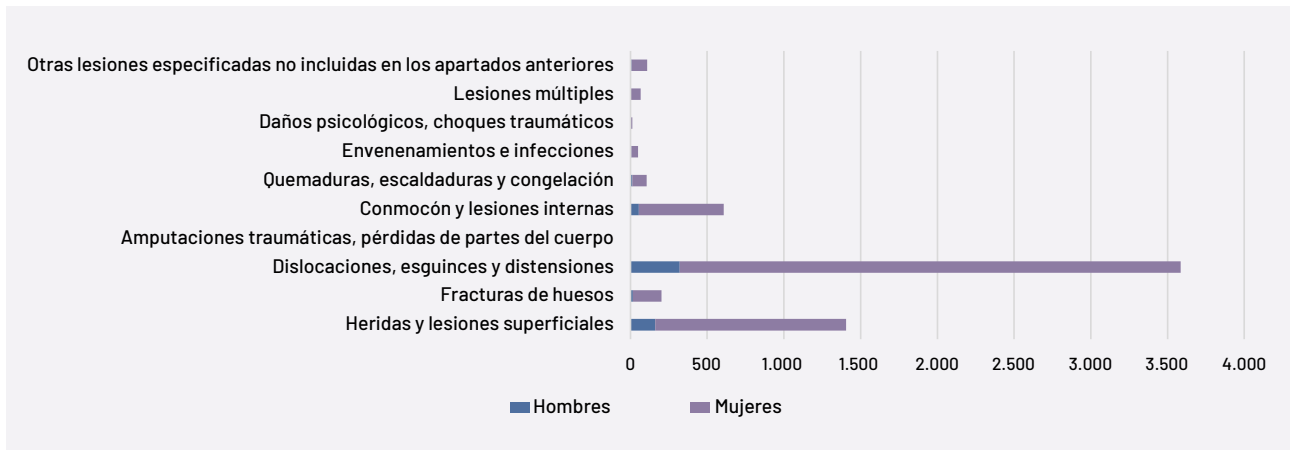
El 79% de estos accidentes afectaron a la ocupación de Trabajadores de los servicios de la salud y el cuidado de las personas. Entendemos por este epígrafe que se hace referencia a las personas que se encargan del cuidado directo de las personas mayores en estos centros asistenciales.

Los tres tipos de lesiones ocasionadas de mayor incidencia fueron:

- El 58%, dislocaciones, esguinces y distensiones. Estas lesiones van desde desplazamientos de los huesos, las articulaciones, hasta cuando se realiza un esfuerzo excesivo y se producen roturas, distensiones y desgarramientos de músculos, tendones, ligamentos (y articulaciones), así como hernias debidas a un esfuerzo excesivo.

- Casi el 23%, heridas y lesiones superficiales. Se trata de contusiones, magulladuras, hematomas, abrasión, rasguños, ampollas, picaduras y mordeduras de insectos no venenosos, heridas superficiales; incluye igualmente las heridas en el cuero cabelludo y las lesiones superficiales provocadas por un cuerpo extraño en los ojos, oídos, etc.
- Casi el 10%, fueron lesiones internas. Se trata de lesiones internas sin fractura: contusiones, hemorragias y desgarramientos internos y las lesiones cerebrales e internas; lesiones intracraneales.

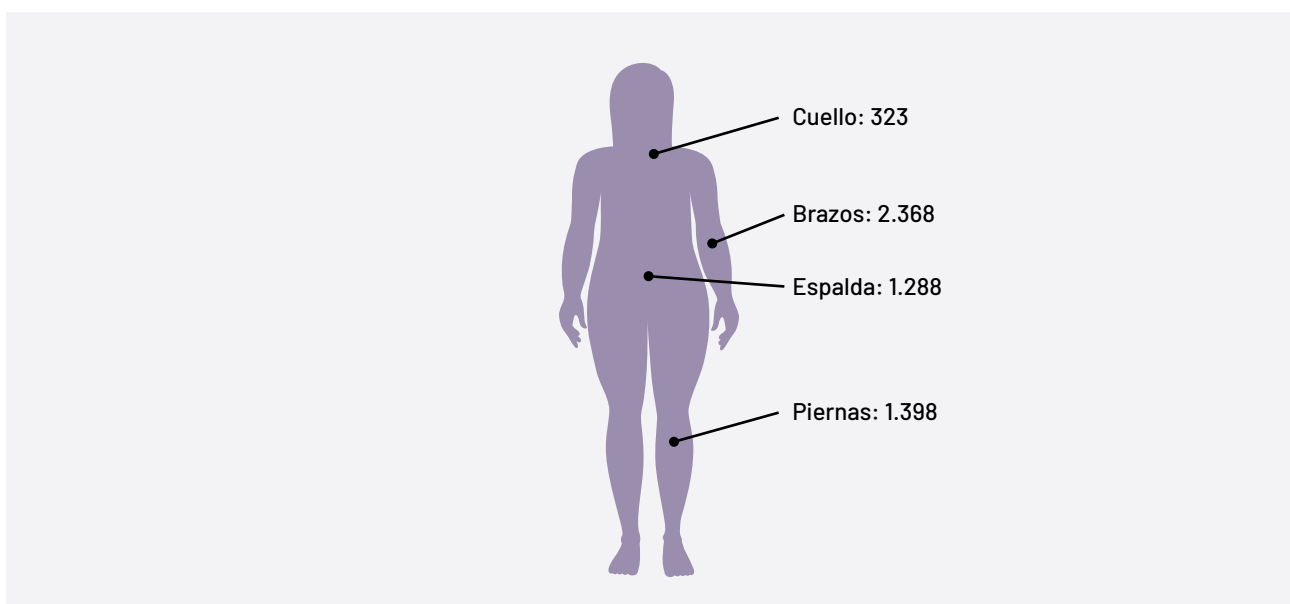
Gráfico 2: Descripción de las lesiones más importantes según sexo



Fuente: propia elaborado a partir de datos facilitados por el Ministerio De Trabajo y Economía Social sobre 2024

Estas lesiones afectaron a determinadas zonas corporales muy concretas de las trabajadoras, principalmente a las extremidades superiores e inferiores y a la espalda, tanto lumbar como dorsal.

Gráfico 3. Mapa corporal con las zonas corporales afectadas y con el número de AT

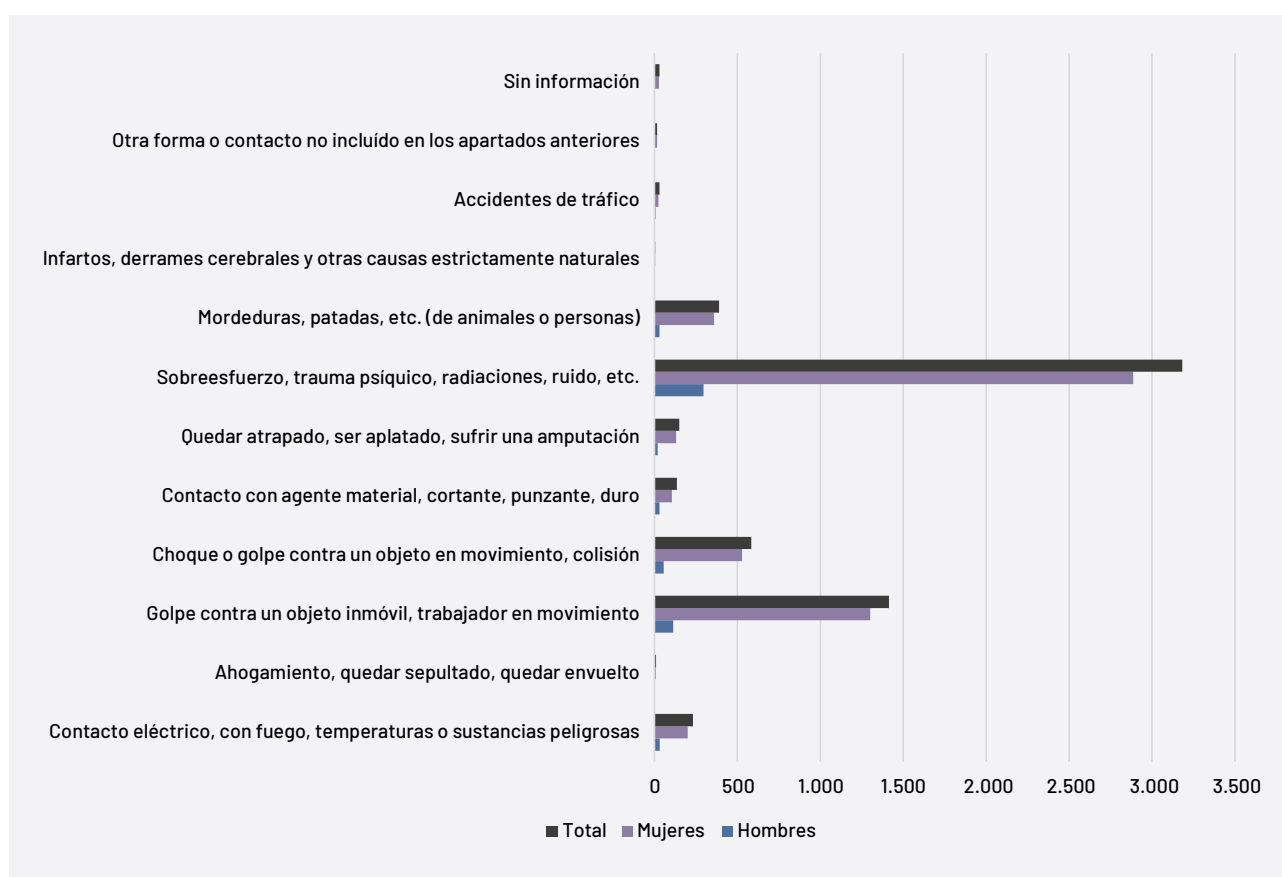


Fuente: propia tomando como base la imagen sacada del banco de imágenes gratuito: <https://www.freepik.es/>

Es importante indicar la forma o contacto que produjo la lesión en estos AT como se puede apreciar en el siguiente gráfico. En concreto, destacamos las siguientes cinco formas de contacto, por su mayor incidencia:

- El sobreesfuerzo, el trauma psíquico, las radiaciones, el ruido etc. provocaron 3.182 accidentes (51.4%)
- Los golpes contra un objeto inmóvil, trabajador en movimiento ocasionaron 1.414 accidentes. (22.8%)
- Los golpes contra un objeto inmóvil, estar en movimiento, causaron 584 accidentes (9.4%)
- Las mordeduras, patadas etc. (de animales o personas) fueron el origen de 390 accidentes (6.3%).
- Por último, el contacto eléctrico, con fuego, temperaturas o sustancias peligrosas provocaron 233 accidentes (3,7%) .

Gráfico 4. Accidentes de trabajo teniendo en cuenta la forma o contacto de la lesión, según sexo



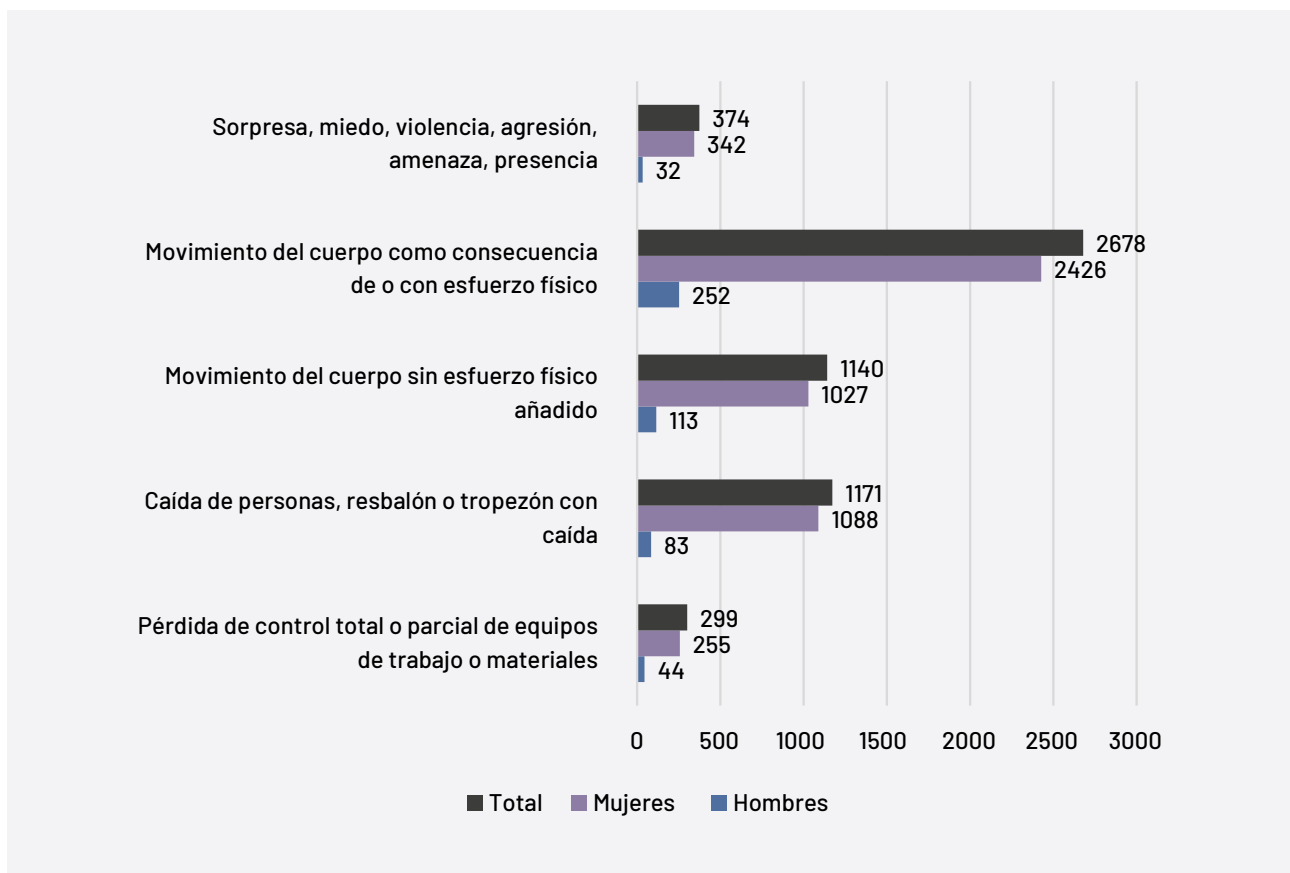
Fuente: propia elaborado a partir de datos facilitados por el Ministerio De Trabajo y Economía Social sobre 2024

También es importante tener en cuenta en el contexto del accidente de trabajo la desviación. Se trata de la descripción del suceso anormal que ha interferido negativamente en el proceso normal de ejecución del trabajo y que ha dado lugar a que se produzca u origine el accidente.

Principalmente en la desviación de estos AT encontramos:

- Movimientos del cuerpo como consecuencia de un esfuerzo físico al levantar, transportar, levantarse, empujar, depositar una carga, un objeto, agacharse, al girarse o manipular en rotación, en torsión de una carga, un objeto, caminar con dificultad, traspies, tropezón, resbalón.
- Movimientos del cuerpo sin esfuerzo físico añadido, pisar un objeto cortante o punzante, arrodillarse, sentarse, apoyarse contra, quedar atrapado, ser arrastrado por algún elemento o por el impulso de este, movimientos no coordinados, gestos intempestivos, inoportunos
- Sorpresa, miedo, violencia, agresión, amenaza, presencia, estas últimas ejercidas por personas ajenas a la empresa o entre miembros de la empresa, la presencia de la víctima o de una tercera persona que represente un peligro.

Gráfico 5. Desviación de la lesión según sexo



Fuente: propia elaborado a partir de datos facilitados por el Ministerio De Trabajo y Economía Social sobre 2024



PUNTOS CLAVE:

Las principales causas de los AT de esta actividad con mayor incidencia son las posturas, los esfuerzos implicados en la manipulación de las personas residentes, también los tropezones y resbalones.

En cuanto a las agresiones y en relación con los agentes biológicos, las mordeduras pueden ser un medio de transmisión de enfermedades infecciosas, siendo significativo el número de AT que ponen a las personas residentes como origen de la forma de contacto y las agresiones.

1.3.2. Las enfermedades profesionales

En el artículo 157 de la Ley General de Seguridad Social se refiere a aquellas enfermedades contraídas a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena en actividades especificadas en un cuadro de enfermedades profesionales, provocadas por agentes o sustancias listadas en dicho cuadro. Para que se reconozca una enfermedad como profesional, deben cumplirse tres requisitos: que la enfermedad sea resultado directo del trabajo, que la actividad laboral esté incluida en el cuadro oficial, y que esté causada por los agentes o sustancias especificados para esa enfermedad

A pesar del sistema de comunicación y registro de enfermedades profesionales (EEPP), en nuestro país, la obtención de datos con la asignación de un CNAE específico y la desagregación fina de la información puede ser compleja incluso la mayoría de las veces, imposible. Ante este hecho y para poder mostrar una radiografía de la afectación de las EEPP en la actividad objeto de estudio vamos a tener en cuenta:

- El número de partes comunicados a la Seguridad Social,
- El número de patologías no traumáticas causadas o agravadas por el trabajo (PANOTRATSS)
- La información facilitada por CEPROSS, de comunicación de enfermedades profesionales en Seguridad Social, en su SERVICIO DE ALERTAS.

Sobre el período de revisión, dependiendo de la fuente de información, hemos intentado trasladar la información lo más cercana posible. Sobre todo, se ha conseguido con las estadísticas del servicio de alertas.

Además, es necesario añadir que en nuestro país existe una clara infradeclaración de las enfermedades profesionales, lo que significa que las cifras oficiales no reflejan la situación real.

Según el Observatorio de Enfermedades Profesionales (CEPROSS), en 2024 se comunicaron 26.993 partes de EEPP en total en España, de los cuales 11.554 fueron con baja y el 56.96% corresponden a mujeres. Su distribución según el tipo de agente es la siguiente, teniendo en cuenta que son los agentes físicos los de mayor incidencia:

- Grupo 1 Agentes químicos 2.64%.
- Grupo 2 Agentes físicos 81.15%.
- Grupo 3 Agentes biológicos 6.40%.
- Grupo 4 Inhalación de sustancias 3.81 .
- Grupo 5 Enfermedades profesionales 5.62.

Para poder aproximarnos a la actividad CNAE 87: Asistencia en establecimientos residenciales, que nos ocupa en este estudio, debemos tener en cuenta:

- El número de partes cerrados, que fueron en total 331, de los que el 86% eran de mujeres y casi 14% de hombres.
- El número de partes comunicados, que fueron 1679, de los que el 88% eran de mujeres y el 11% de hombres.

Más difícil resulta conseguir para esta actividad el número de partes cerrados y comunicados según el tipo de enfermedad, ya que la información que se facilita hace referencia al nivel de agrupación de la letra del CNAE, en este caso Q Actividades Sanitarias y de Servicios sociales, en el que se encuadra la actividad que nos ocupa. En este contexto, si atendemos al número de partes comunicados para la letra Q, se comunicaron 609 casos en total, de los que el 42% eran enfermedades causadas por agentes químicos y el 35% enfermedades causadas por agentes biológicos.

Pero resulta también interesante poder abordar la información del sistema de la Seguridad Social sobre las Patologías no traumáticas causadas o agravadas por el trabajo (PANOTRATSS). Se trata de una explotación de las estadísticas de accidentes de trabajo que ofrece información de aquellos casos de enfermedades ocasionadas por el trabajo que no computan como enfermedad profesional, sino como accidente. En 2024 se detectaron 2.723 patologías no traumáticas, 2.377 son enfermedades causadas por el trabajo y 346 son enfermedades agravadas por el trabajo. Del total de patologías, 142 se produjeron en las Actividades sanitarias y de servicios sociales, siendo las de mayor incidencia las enfermedades del aparato locomotor con el 65% de los casos.

Por otra parte, el sistema CEPROSS, de comunicación de enfermedades profesionales en Seguridad Social, contiene un SERVICIO DE ALERTAS que ofrece la posibilidad de detectar, en tiempo real, aquellas empresas que superan los límites de ALERTA establecidos para cada grupo de enfermedades profesionales. Por ejemplo, para el Grupo 3 (EP causadas por agentes biológicos) y 5 (EP de la piel causada por sustancias y agentes no comprendidos en otros grupos) los indicadores son:

- Empresas con más de una persona en plantilla.
- Dos o más personas han presentado la misma enfermedad profesional con baja laboral.

De enero a junio de 2024, 116 empresas superaron los límites de siniestralidad. En las alertas de estas empresas se han producido 136 enfermedades profesionales, por lo que existen empresas donde las alertas se han originado en más de una enfermedad profesional.

Con este sistema de alerta, la Seguridad Social pone a disposición de la Administración Laboral y de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social este servicio para localizar posibles “focos de riesgo” de enfermedades profesionales, a fin de facilitar una mayor eficiencia en las acciones de prevención.

Desde el punto de vista sectorial, la actividad donde más veces se han superado los límites de siniestralidad es “8610 - Actividades hospitalarias”. Le siguen “**8731 - Asistencia en establecimientos residenciales para personas mayores**” y “1011 - Procesado y conservación de carne”.

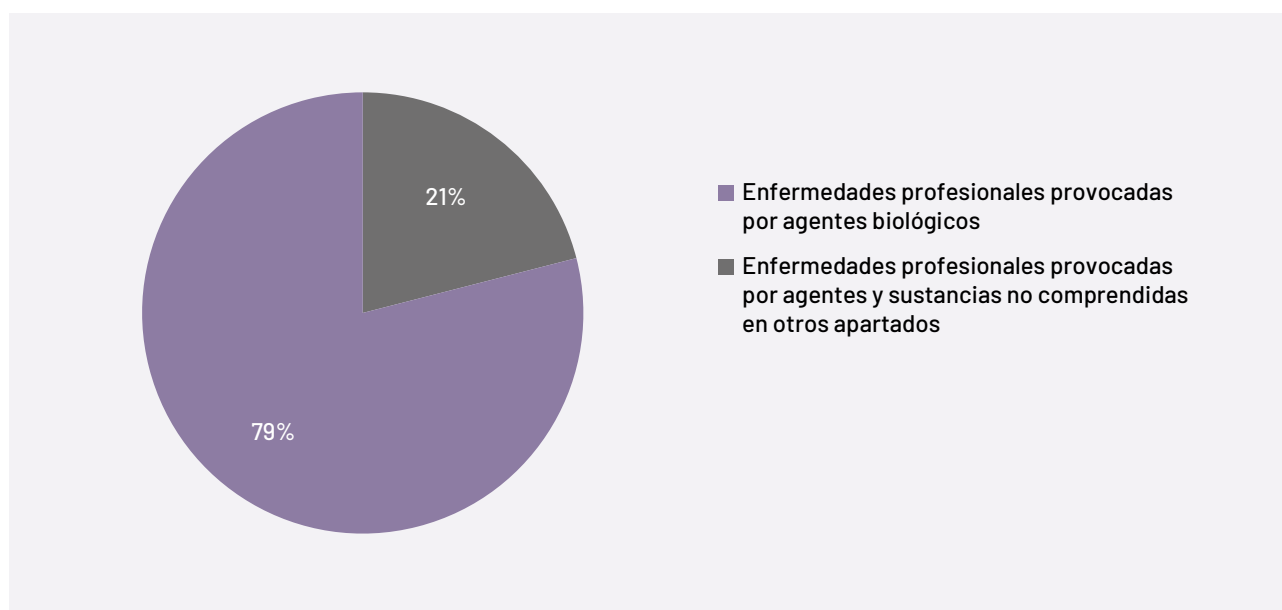
Atendiendo a los grupos de enfermedad profesional, el mayor número de veces que ha saltado el sistema de alertas sigue siendo en el “Grupo 2 -Enfermedades causadas por agentes físicos”, concretamente el 39% del total de alertas. Le sigue el “Grupo 3 - Enfermedades profesionales causadas por agentes biológicos” (35%).

Del total de 116 empresas, 12 pertenecen al CNAE 8731 - Asistencia en establecimientos residenciales para personas mayores:

- dos empresas cuentan con plantilla de 6 a 50 personas;
- cuatro con plantilla de 51 a 100 personas
- seis de 101 a 250 trabajadores.

En estas doce empresas se han producido 14 enfermedades profesionales de las que 11 han sido provocadas por agentes biológicos y 3 por sustancias y agentes no comprendidos en los otros apartados.

Gráfico 6. Tipo de enfermedades profesionales registradas en el SERVICIO DE ALERTA en 12 empresas de la actividad 8731 Asistencia en establecimientos residenciales para personas mayores



Fuente: Elaboración propia a partir del informe Enfermedades profesionales Sistema de alerta como herramienta para la prevención, 1er semestre 2024. Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones

Sobre la concentración de Enfermedades causadas por agentes biológicos, destaca por su mayor número de casos la actividad “8610 - Actividades hospitalarias”, seguida de “8731- Asistencia en establecimientos residenciales para personas mayores.”

La mayor concentración de casos de Enfermedades de la piel causadas por sustancias y agentes no comprendidos en alguno de los otros apartados se da en las actividades: 8731 - Asistencia en establecimientos residenciales para personas mayores y las actividades 8610 - Actividades hospitalarias.



PUNTOS CLAVE:

Atendiendo al sistema de alerta de EEPP –es decir, al superarse los límites establecidos de siniestralidad–, se observa que las enfermedades causadas por agentes biológicos son claramente las de mayor incidencia en la asistencia en establecimientos residenciales para personas mayores. Por ello, resulta necesario intensificar y mejorar las acciones de prevención.

Por otra parte, es importante tener en cuenta que los AT y las EEPP ocurren porque el sistema de prevención ha fallado. Si se demuestra que el accidente o enfermedad profesional ha sido causado por el incumplimiento de la empresa de la normativa de prevención de riesgos laborales, las cuantías de las prestaciones económicas a las que tiene derecho la persona que ha sufrido el daño sufren un recargo (aumento) entre el 30% y el 50%.

[Una residencia condenada a indemnizar a una empleada, incapacitada por un tirón en la espalda al levantar un anciano. La condena consiste en el 30% de recargo en las prestaciones de la Seguridad Social y una indemnización de 100.000 euros](#)

CAPÍTULO 2.

LA EXPOSICIÓN A RIESGO BIOLÓGICO



Las trabajadoras y los trabajadores del sector de cuidados de la Unión Europea tienen tres veces más posibilidades de manipular, estar en contacto con materiales que pueden ser infecciosos, el contacto con fluidos corporales de pacientes o proximidad a personas enfermas, destacando las trabajadoras de residencias para mayores.

OSH in figures in the health and social care sector, Report, 2024 EU-OSHA

El personal de residencias de mayores se encuentra expuesto a una serie de riesgos laborales, como hemos visto anteriormente, entre los que destaca el riesgo biológico. Este riesgo se refiere a la posibilidad de contraer enfermedades infecciosas a través del contacto con las personas residentes, fluidos corporales o superficies contaminadas. Numerosos estudios han investigado la naturaleza y magnitud de este riesgo, así como las medidas preventivas más efectivas.

Los estudios realizados en este ámbito han revelado una serie de hallazgos importantes:

- La alta prevalencia de infecciones: las trabajadoras de residencias presentan una mayor prevalencia de infecciones respiratorias, gastrointestinales y de la piel en comparación con la población general.
- La exposición a múltiples patógenos: exposición a una amplia gama de patógenos, incluyendo bacterias, virus y hongos.
- Los factores de riesgo: se han identificado diversos factores que incrementan el riesgo de exposición a agentes biológicos, como la falta de formación en prevención de infecciones, la escasez de personal, las condiciones laborales precarias y la edad avanzada de las trabajadoras.
- El impacto en la salud: la exposición a agentes biológicos puede tener consecuencias negativas para la salud de las trabajadoras, como enfermedades crónicas, fatiga crónica, estrés y burnout.
- Las consecuencias en la calidad de vida: las enfermedades adquiridas en el trabajo pueden afectar significativamente la calidad de vida de las personas trabajadoras y sus familias.

2.1. ¿Qué son los agentes biológicos?

Los agentes biológicos son organismos que al penetrar en el cuerpo del trabajador o la trabajadora determinan un efecto adverso para su salud, diferente según su agente causal. Existen varios **tipos de agentes biológicos**:

- Los virus como el de la hepatitis B o el virus de la inmunodeficiencia adquirida.
- Las bacterias como el tétanos, el botulismo, la salmonelosis, la tuberculosis o la legionela.
- Los hongos como el *candida albicans*.
- Los parásitos (protozoos) como la *tenia* o los ácaros.

Los agentes biológicos pueden encontrarse en el agua, el aire, el suelo, los animales, las materias primas y los fluidos biológicos.

La **entrada de estos agentes al organismo humano** puede darse a través de diferentes vías, siendo la vía respiratoria la de mayor probabilidad:

- Vía dérmica (piel): a través de lesiones y/o roturas de la piel.
- Vía ocular (mucosas): a través de la conjuntiva.
- Vía parenteral (sangre, mucosas): como consecuencia de pinchazos, mordeduras, cortes, erosiones, salpicaduras, etc.
- Vía digestiva (oral-ingestión): por ingestión accidental, al pipetear con la boca, al comer, beber o fumar en el lugar de trabajo, etc.
- Vía respiratoria (inhalación): por inhalación de aerosoles en el medio de trabajo, que son producidos por la centrifugación de muestras, agitación de tubos, aspiración de secreciones, toses, estornudos, etc.

Para que este contacto se produzca debe existir una **vía de transmisión**, que permita que el agente entre en contacto con el órgano o sistema dónde el agente en cuestión puede causar daño.

Los **efectos** pueden ser:

- Infecciones causadas por virus, bacterias o parásitos.
- Envenenamiento o efectos tóxicos (endotoxinas, micotoxinas).
- Alergias desencadenadas por la exposición a polvos orgánicos de mohos, enzimas o ácaros, debido a la reacción de los antígenos.

La **exposición laboral** a estos agentes se produce como consecuencia del desarrollo de una actividad profesional que facilita el contacto con uno o varios agentes. Se pueden distinguir dos tipos de actividades de exposición:

1. Aquellas que no implican intención deliberada de manipular agentes biológicos, pero éstos pueden encontrarse en el medio de trabajo, en las personas o animales o en las muestras manipuladas. Por ejemplo: trabajos agrarios, trabajos de asistencia sanitaria, trabajos en unidades de eliminación de residuos, también la actividad que nos ocupa en este estudio, etc.
2. Aquellas que implican intención deliberada de manipular agentes biológicos. Por ejemplo: laboratorios de diagnóstico microbiológico, obtención de vacunas, procesos de depuración de aguas altamente contaminadas, etc.

Los **efectos producidos en el organismo humano** por los agentes biológicos son muy variados en función del tipo de agente biológico.

Existe una norma expresa que regula el **marco de intervención** sobre estos agentes biológicos en el ámbito laboral, estableciendo las disposiciones mínimas aplicables a las actividades en las que el personal de un centro de trabajo pueda estar expuesta a agentes biológicos debido a la naturaleza de su actividad laboral. Se trata del [Real Decreto 664/1997, de 12 de mayo, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo](#).

Este real decreto (RD) clasifica a los agentes biológicos en 4 grupos en función del riesgo de infección. El riesgo de infección depende de la capacidad del agente biológico de producir una enfermedad, la posibilidad de contagio de la enfermedad y la existencia de tratamiento eficaz:

- a) Agente biológico del grupo 1: aquél que resulta poco probable que cause una enfermedad.
- b) Agente biológico del grupo 2: aquél que puede causar una enfermedad y puede suponer un peligro para la salud, siendo poco probable que se propague a la colectividad y existiendo generalmente profilaxis o tratamiento eficaz.
- c) Agente biológico del grupo 3: aquél que puede causar una enfermedad grave y presenta un serio peligro para la salud, con riesgo de que se propague a la colectividad y existiendo generalmente una profilaxis o tratamiento eficaz.
- d) Agente biológico del grupo 4: aquél que causando una enfermedad grave supone un serio peligro para la salud, con muchas probabilidades de que se propague a la colectividad y sin que exista generalmente una profilaxis o un tratamiento eficaz.

Además, en el anexo II de este RD se presenta una lista de agentes biológicos, clasificados en los grupos 2, 3, ó 4.

2.2. Definición y características de la exposición a riesgo biológico en Residencias para personas mayores

La presencia de agentes biológicos en las residencias para mayores puede darse debido a una variedad importante de situaciones:

- La propia presencia y cuidado de las personas mayores estando enfermas o no estándolo. La plantilla puede exponerse a estos agentes a través del contacto con fluidos corporales (orina, heces, sangre), secreciones respiratorias o superficies contaminadas; o la manipulación de ropa de cama o pañales contaminados también puede ser una vía de exposición.
- La falta de higiene en las instalaciones puede ocasionar la presencia de ácaros y roedores capaces de producir y transmitir enfermedades.
- Un sistema de recogida y tratamiento de residuos inadecuado.
- El manejo de agujas y otros instrumentos peligrosos puede traer aparejado el contagio de patógenos peligrosos como la hepatitis en distintas variables.
- Una falta o un inadecuado mantenimiento de las unidades de acondicionamiento puede dar lugar a la presencia de legionela.

Estas situaciones afectan a todo el colectivo de personas que trabajan en las residencias, independientemente de la categoría/puesto de trabajo, desde el personal de cocina hasta la recepción. Si bien el personal sanitario que opera en la residencia tiene especial incidencia en el colectivo, no solo por la cercanía con las personas usuarias, sino también por posibles lesiones derivadas del manejo de agujas y otros instrumentos, la transmisión vía respiratoria amplía el alcance del peligro también a otras categorías profesionales.

Las residencias para personas mayores son lugares donde conviven en proximidad personas con frecuentes e importantes enfermedades de base que comparten cuidadoras en un hábitat común. En ese sentido, las residencias de mayores son también un nosocomio (hospital), es decir un lugar donde se cuida y trata a personas enfermas y donde la transmisión de microorganismos patógenos es posible y frecuente.

Las personas mayores tienen una mayor susceptibilidad a las infecciones debido a los cambios fisiológicos del envejecimiento, del deterioro del sistema inmunitario y de la malnutrición. Características de las personas residentes en establecimientos geriátricos:

- Deterioro inmunitario.
- Cambios fisiológicos propios del envejecimiento.
- Enfermedades crónicas.
- Deterioro funcional.
- Malnutrición.
- Dispositivos invasivos.

- Uso de medicación (polifarmacia).
- Colonización bacteriana.

En estos centros existe, además, una elevada prevalencia de infección nosocomial (infecciones adquiridas en la propia residencia) y de colonización por microorganismos multi-resistentes (MDR), con una alta tasa de traslados de personas enfermas con los hospitales de referencia ya que en las residencias hay muy pocos medios diagnósticos, por lo que el manejo de la infección nosocomial es un verdadero problema de salud. Las infecciones nosocomiales más frecuentes son, por orden de incidencia:

1. De tipo respiratorio.
2. La urinaria.
3. De piel y partes blandas.
4. Del tracto gastrointestinal y ojos.

2.2.1. Principales agentes biológicos presentes

Para conseguir una prevención eficaz de la exposición a agentes biológicos es necesario partir de una identificación de éstos lo más exhaustiva posible. El propio RD 664/1997 incluye en el [Anexo II](#) un listado de agentes biológicos clasificados en función del riesgo de infección.

El Instituto Valenciano de Seguridad y Salud en el Trabajo (INVASSAT) en su [Manual práctico para la evaluación del riesgo biológico en actividades laborales diversas](#) identifica de forma específica los agentes biológicos para trabajos de asistencia sanitaria, comprendidos los desarrollados en servicios de aislamiento y de anatomía patológica.

Por su parte, el INSST recoge en su base de datos [BASEBIO](#), fichas de agentes biológicos, ofreciendo información ampliada y actualizada del listado de agentes biológicos incluido en el anexo II del RD 664/1997. Esta base de datos constituye una herramienta de gran utilidad para la evaluación, prevención y control del riesgo biológico.

Para cada agente biológico se puede encontrar información relacionada con:

- El nombre del agente biológico, las diferentes especies del género, los sinónimos, el tipo, las características morfológicas y el ciclo de vida.
- La viabilidad, la propagación y la transmisión: reservorios, hospedadores, dosis infectiva mínima, supervivencia ambiental, formas de resistencia, mecanismo de propagación y transmisión, vías de entrada y distribución geográfica.
- Actividades laborales con riesgo: listado no exhaustivo de actividades económicas contenidas en CNAE (Clasificación Nacional de Actividades Económicas 2009) y ocupaciones contenidas en CNO (Clasificación Nacional de Ocupaciones 2011).



- Efectos en la salud: grupo de riesgo según la clasificación del Anexo II del RD 664/1997, infección, efectos tóxicos, efectos alérgicos, efectos cancerígenos, efectos en la maternidad, nombre de la principal enfermedad que causan de acuerdo con su código CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades, 10.ª edición), y necesidad de declaración obligatoria (de acuerdo a la Orden SSI 445/2015, de 9 de marzo, por la que se modifican los anexos I, II, y III del Real Decreto 2210/1995, de 28 de diciembre, por el que se crea la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, relativos a la lista de enfermedades de declaración obligatoria, modalidades de declaración y enfermedades endémicas de ámbito regional).
- Prevención y control: modos de inactivación química y física, antimicrobianos, vacunación, EPI adecuados, medidas preventivas generales y específicas en centros sanitarios y laboratorios.

En la siguiente tabla se recogen los agentes biológicos que pueden estar presentes en las residencias para mayores, en la actividad con el CNAE Q 8731 Asistencia en establecimientos residenciales para personas mayores. El riesgo en nuestro país de algunos de ellos (de momento subrayados en amarillo) es extremadamente bajo, la exposición se limita principalmente al personal de laboratorio y al personal sanitario que puede atender pacientes infectados.

Tabla 2. Agentes biológicos

HONGOS	BACTERIAS	PARÁSITOS	VIRUS	OTROS SERES VIVOS
Trichophyton spp. (2)	Bordetella pertussis	Cryptosporidium	Adenovirus (excepto serotipos 40 y 41)	Sarcoptes scabiei
Trichophyton tonsurans (2)	B paraptussis	hominis	Adenovirus entéricos (serotipos 40 y 41)	
	Bordetella spp.	Giardila lamblia	Coronavirus (SARS-CoV)	
	Chlamydia-pneumoniae	Plasmodium falciparum	Coronavirus del síndrome respiratorio agudo grave 2 (SARS-CoV-2)	
	Chlamydia trachomatis	Plasmodium spp.	Coronavirus del síndrome respiratorio agudo grave 2 (SARS-CoV-2)	
	Corynebacterium diphtherie		Hepacivirus C (virus de la hepatitis C)	
	Mycobacterium bovis (excepto la cepa BCG)		Hepatovirus A (virus de la hepatitis A, enterovirus humano de tipo 72)	
	Mycobacterium tuberculosis		Herpesvirus humano 3 alfa (herpesvirus varicela-zóster)	
	Pseudomonas aeruginosa		Herpesvirus humano 4 gamma (virus de Epstein-Barr)	
	Staphylococcus aureus		Herpesvirus humano 5 beta (citomegalovirus)	
	Streptococcus pneumoniae		Herpesvirus humano 6A beta (virus linfotrópico humano de célula B).	
	Streptococcus pyogenes		Herpesvirus humano 6B beta	
	Streptococcus spp.		Herpesvirus humano 7 beta	
			Herpes virus humano 8 gamma	
			Mamarenavirus de Guanarito	
			Mamarenavirus de Junín	
			Mamarenavirus de Lassa	
			Mamarenavirus de Lujó	
			Mamarenavirus de Machupo	
			Morbilivirus del sarampión	
			Otros Coronaviridae de patogenicidad conocida	
			Rubulavirus de la parotiditis	
			Virus de la Gripe A	
			Virus de la Gripe B	
			Virus de la Gripe C	
			Virus de la Hepatitis B	
			Virus de la inmunodeficiencia adquirida	
			Virus de la inmunodeficiencia humana 2	
			Virus de la viruela de los simios	
			Virus de Marburgo	
			Virus Ébola	

2.2.2. Infecciones más comunes y microorganismos más frecuentes

Las infecciones de mayor incidencia en las personas mayores que habitan en una residencia y por las que las personas que los cuidan pueden verse afectadas serían las siguientes:

1. **Infecciones respiratorias.** Son muy comunes y pueden afectar las vías altas o las vías bajas.

TIPO DE INFECCIÓN	QUÉ ES Y QUÉ DEBEMOS SABER
Vías bajas (Pulmón)	La neumonía y la bronquitis son las más frecuentes. Son serias y requieren atención inmediata.
Vías altas (Nariz/Garganta)	Incluyen la sinusitis, otitis y faringitis.
Tuberculosis	Aunque menos frecuente, es una posibilidad.

2. **Infecciones urinarias.** Son la causa más importante de infección grave, por eso debemos estar muy atentas.

Esta infección es la causa de la mitad de los casos de bacteriemia (bacterias en la sangre) en residencias de personas mayores. Tener bacterias en la sangre aumenta el riesgo de muerte por infección de orina y es más común en personas con sonda urinaria. En las mujeres, la bacteria *Escherichia coli* es la más frecuente (50-60% de los casos), mientras que, en los hombres, la bacteria *Proteus mirabilis* es un poco más común.

3. **Infecciones de piel y tejidos:**

- **Úlceras por presión.** Se producen al permanecer mucho tiempo en posturas como tumbadas, acostadas o sentadas y son un problema. Son más comunes en las piernas y pies, y aparecen por problemas de salud como enfermedades inmunitarias (artritis, esclerodermia, vasculitis), problemas de circulación (en las arterias, venas o vasos linfáticos) o problemas en los nervios.
- **Celulitis.** Se trata de una infección bacteriana de la piel. Se manifiesta como un enrojecimiento, hinchazón y calor en la zona. Generalmente, la celulitis se debe a estreptococos beta hemolíticos (*S. pyogenes*, *S. agalactiae*) o *S. aureus*.
- **Conjuntivitis:** infección en los ojos. Aunque a veces es por irritación, puede ser infecciosa y es importante prevenir su contagio.
- **Otras Infecciones de la piel.** Son frecuentes el herpes (como el labial o el Zóster) y la candidiasis (infección por hongos, común en pliegues de la piel o boca).

4. **Infecciones gastrointestinales.** No siempre son infecciones, la mayoría de los episodios de diarrea en personas residentes NO son por un virus o bacteria. Suelen ser un efecto secundario de la medicación (incluidos los antibióticos) o de la dieta. Sí que hay que vigilar, aunque son menos comunes, las posibles infecciones por bacterias como la *Salmonella* o la *Clostridium difficile* (esta última es especialmente común en residencias).

5. **Bacteriemia** (infección en la sangre): generalmente, esta infección ocurre por otra infección en alguna parte del cuerpo, casi siempre en la orina. Después, también puede ser causada por infecciones en la piel o en heridas, y a veces por neumonía. *E. coli* y *Streptococcus pneumoniae* son las bacterias más comunes.

Brotos Infecciosos

Como la residencia es un entorno cerrado y el contacto es estrecho, el riesgo de que una enfermedad se contagie y afecte a muchos (un brote) es mayor.

- Gripe (Influenza): es el brote más común y puede afectar a un gran número de personas, tanto residentes como trabajadoras. La vacunación es esencial.
- Gastrointestinales: suelen empezar por alimentos contaminados (*Salmonella*), pero una vez que hay diarrea, se contagian fácilmente de persona a persona, sobre todo si hay incontinencia.
- Sarna: se contagia por contacto piel a piel o a través de objetos contaminados (fómites). Se transmite fácilmente y aunque el Anexo II del RD 664/1997 no incluye a este ácaro como agente biológico sí que los encontramos en la **BASEBiO del INSST**: <https://www.insst.es/agentes-biologicos-basebio/otros/sarcoptes-scabiei>
- *Streptococcus pyogenes*: se han descrito brotes en geriátricos. Las personas infectadas pueden presentar bacteriemia, neumonía, celulitis, infección de heridas, faringitis o conjuntivitis
- SARS-CoV (Coronavirus): es crucial mantener las medidas preventivas (mascarilla, higiene de manos) si hay un caso.



2.2.3. Agentes biológicos con riesgo para la reproducción, embarazo y la lactancia natural



UNA DOSIS DE REALIDAD:

Entre la SEGO y las evaluaciones mal hechas, no hay manera de proteger el embarazo correctamente en las residencias.

La exposición a determinados agentes químicos, físicos o biológicos puede dañar los óvulos o el espermatozoides disminuyendo la fertilidad o incluso produciendo esterilidad. También puede producir malformaciones y enfermedades, incluyendo cáncer en los órganos reproductores de hombres y mujeres.

La mayor representación femenina entre el personal de residencias hace que las trabajadoras sufran un mayor riesgo de ser infectadas por los contaminantes biológicos presentes en estos entornos de trabajo.

Las trabajadoras embarazadas o en período de lactancia, constituyen un grupo de riesgo especial frente a la acción de los agentes biológicos por el efecto directo que dichos agentes pueden ejercer sobre ellas (el virus de la Rubéola puede provocar daños a la función reproductora de las mujeres alterando su fertilidad) o sobre el feto, por lo que esta circunstancia debe ser contemplada como un riesgo adicional a la hora de identificar y evaluar los mismos. Es importante tener en cuenta que el riesgo varía dependiendo del agente biológico específico y del nivel de exposición.

Algunos de los agentes biológicos más preocupantes que pueden causar complicaciones graves durante el embarazo, como defectos de nacimiento, abortos espontáneos o enfermedades en el recién nacido, son:

- Citomegalovirus (CMV).
- Virus de la rubéola.
- Parvovirus B19.
- *Toxoplasma gondii*.
- *Clostridium difficile*.

El Reglamento de los Servicios de Prevención (RSP), aprobado por el Real Decreto 39/1997 en el Anexo VIII, establece la prohibición de que las trabajadoras embarazadas estén expuestas al virus de la Rubéola y al toxoplasma salvo si se demuestra que están suficientemente protegidas (por ejemplo, por su estado de inmunización):

Además, en el Anexo VII del Reglamento incluye, entre los agentes que pueden influir negativamente en la salud de las trabajadoras embarazadas o en periodo de lactancia, del feto o de la criatura: los agentes biológicos de los grupos de riesgo 2, 3 y 4, según la clasificación del Real Decreto 664/1997 (sobre exposición a agentes biológicos).

Por otro lado, las Directrices para la evaluación de riesgos y protección de la maternidad en el trabajo del INSST recogen en cada ficha de agente las actividades en las que puede existir exposición, siendo para las actividades encuadradas en el CNAE 8731 los siguientes:

1. Virus de la rubéola.
2. *Toxoplasma gondii*.
3. Virus de la varicela-zóster.
4. Virus del sarampión.
5. Citomegalovirus.
6. Parvovirus B19.
7. Virus de la hepatitis B.
8. Virus de la hepatitis C.
9. Virus de la inmunodeficiencia humana.
10. *Listeria monocytogenes*.
11. *Brucella abortus*.
12. Virus del herpes simple 1 y 2.
13. *Treponema pallidum*.
14. *Chlamydia trachomatis*.
15. Virus de la hepatitis A.

Para poder proteger a las trabajadoras embarazadas de estos agentes biológicos es necesario que informen a su empresa sobre su estado para que se puedan tomar las medidas de protección adecuadas. En algunos casos, puede ser necesario adaptar las tareas o cambiar de puesto a la trabajadora para reducir el riesgo de exposición. Es importante que las trabajadoras embarazadas consulten con su médico para evaluar su riesgo individual y recibir recomendaciones específicas.

En este sentido el artículo 25 de la LPRL establece la obligación empresarial de:

1. Identificar y evaluar la exposición de algunos de los agentes biológicos presentes en los puestos de trabajo, identificando puestos con y sin riesgo para el embarazo y la lactancia natural.
2. Si no es posible adaptar el trabajo, o si aún hay riesgos, la trabajadora debe cambiar a un puesto seguro y compatible con su estado. La empresa con ayuda de la representación sindical debe tener una lista de puestos sin riesgos. Si no hay puestos compatibles, la trabajadora puede ocupar un puesto de menor categoría, pero manteniendo su salario.
3. Si no es posible el cambio de puesto, la trabajadora puede suspender su contrato por riesgo durante el embarazo, recibiendo una prestación económica.



PUNTOS CLAVE:

La trabajadora embarazada no podrá verse obligada, en ningún caso, a realizar actividades que supongan un riesgo, salvo si existen pruebas de que dicha trabajadora está suficientemente protegida contra estos agentes por su estado de inmunización..

2.3. Más factores para tener en cuenta en la exposición a agentes biológico

Son múltiples las condiciones, junto con los agentes biológicos en sí, que fomentan la exposición a estos agentes en residencias para mayores y de diversa índole que vamos a clasificar en este apartado.

Sin duda, la más importante: la falta de personal.

Una plantilla insuficiente obliga a las trabajadoras a tomar atajos, a descuidar los protocolos de seguridad por falta de tiempo, y aumenta la fatiga, lo que multiplica el riesgo de accidente y la exposición biológica.



UNA DOSIS DE REALIDAD:

Lo que más dificulta es la falta de personal y por tanto el ritmo de trabajo, al final vas corriendo, corriendo... este es el principal problema.

1. Dificulta el poder garantizar el cumplimiento de los Protocolos de Bioseguridad.

- Aplicación lenta o nula. Tareas preventivas esenciales como el lavado de manos exhaustivo entre la atención a diferentes personas residentes, la colocación y retirada correcta de EPI (guantes, batas, mascarillas) y la limpieza y desinfección de superficies requieren tiempo. Un personal sobrecargado puede verse obligado a omitir o realizar de forma deficiente estos pasos para cumplir con los horarios de atención (aseo, alimentación).
- Procedimientos seguros. Los procedimientos de alto riesgo (curas, manejo de fluidos, gestión de residuos sanitarios) están diseñados para ser realizados de forma metódica. La prisa y el estrés generados por la falta de personal llevan a la improvisación y al aumento de pinchazos, salpicaduras y contactos accidentales.

2. Genera fatiga y estrés.

- Una persona fatigada o bajo estrés crónico tiene una menor capacidad de concentración, lo que incrementa significativamente la probabilidad de cometer errores críticos en la manipulación de objetos contaminados o en la atención a personas residentes agitadas o con problemas de contención.
- El personal insuficiente es un factor de riesgo psicosocial (sobrecarga de trabajo, ritmos intensos). Los riesgos psicosociales y los riesgos biológicos están interconectados: el estrés deteriora la atención y aumenta el riesgo de accidente biológico.

3. Impide el manejo adecuado de situaciones complejas.

- La movilización y el aseo de personas con alto grado de dependencia necesitan asistencia intensiva. Si solo hay una persona para movilizar o asear a una persona residente con riesgo de expulsión de fluidos o con dificultad de colaboración, la probabilidad de exposición biológica para la trabajadora se dispara. Una plantilla adecuada permite la movilización en pareja o el uso correcto de ayudas técnicas, reduciendo la exposición.
- Durante un brote de enfermedades infecciosas (gripe, COVID-19, gastroenteritis), la carga de trabajo se multiplica (más limpieza, más EPI, más aislamiento). Si la plantilla habitual ya es mínima, es imposible gestionar un brote sin poner en riesgo masivo la salud del personal y la de las personas residentes. Se necesita personal extra para poder rotar los puestos de alto riesgo (atención a contagiados) y realizar las tareas de limpieza profundas necesarias.



UNA DOSIS DE REALIDAD:

La falta de personal tiene consecuencias, la falta de higiene produce riesgos biológicos concretos como: brote de gastroenteritis porque no se lavan bien los cubiertos, infecciones de orina por inadecuada limpieza de inodoros, afecciones respiratorias, etc.

4. Imposibilita la cobertura y la atención directa constante

- Imprevistos. Las residencias deben contar con personal suficiente para cubrir ausencias, bajas, permisos y poder atender imprevistos (caídas, urgencias médicas) sin desatender las tareas de prevención biológica en el resto del centro.
- Distribución equitativa. Una plantilla generosa permite distribuir equitativamente a las personas más dependientes o con mayor riesgo de infección entre varias trabajadoras, evitando la sobrecarga individual y la exposición continuada a las situaciones más críticas.

En conclusión: si la plantilla no está dimensionada para la dependencia real de las personas residentes y las tareas de prevención, la prevención del riesgo biológico pasa de ser una prioridad a ser un lujo que el trabajador y la trabajadora no se puede permitir, y la evaluación de riesgos deja de ser efectiva.

Los factores derivados de la organización del trabajo:

- Las elevadas exigencias cuantitativas, debido a la falta de personal, exigen trabajar rápido, lo que puede ocasionar el incumplir debidamente con las prácticas higiénicas necesarias para protegerse de una determinada infección que pueda padecer la persona mayor a la que se está cuidando/atendiendo.
- La falta de influencia sobre su trabajo, las exigencias emocionales, pueden priorizar la atención a la persona residente en detrimento de la propia seguridad y salud de las trabajadoras y de los trabajadores.

La precariedad del empleo en las residencias:

- La elevada proporción de contratos temporales o a tiempo parcial y bajos salarios; condiciones que sufren especialmente mujeres, al estar las plantillas muy feminizadas.
- La escasez de profesionales cualificados, cuyo origen se encuentra en las condiciones laborales y salariales del colectivo anteriormente expresadas. Existe una rotación permanente, sobre todo en puestos de mayor cualificación como médicas y enfermeras, así como una mayor contratación de personal de oficios varios a la que no se forma y se les contrata de gerocultoras o auxiliares.

Las características de los lugares de trabajo:

- Las dimensiones de los centros. El elevado número de plazas por centro es uno de los factores explicativos de la rápida propagación de determinados agentes biológicos.
- El diseño interior dificulta el aislamiento de personas contagiadas. Salas grandes ocupadas por grupos numerosos, y habitaciones, la gran mayoría compartidas.



Algunos factores estructurales:

- La mayoría de las profesionales de atención continuada no tienen una asignación fija a una unidad o a un grupo de personas residentes, sino que rotan por todo el centro, entrando y saliendo de él continuamente e interactuando con las familias y la comunidad.
- La presencia del personal de atención directa es muy baja.
- El modelo asistencial centrado en el déficit y en la enfermedad.
- La falta de personal sanitario en las residencias está dificultando la atención rápida y adecuada ante síntomas y tratamientos, así como el acceso a hospitales y centros de atención primaria. Solo las residencias más grandes o de mayor nivel económico cuentan con personal sanitario permanente.
- La gestión de estos centros por fondos de inversión, las subrogaciones y las posibles externalizaciones de servicios, tienen consecuencias para la calidad del servicio y para la salud laboral del personal.
- El escaso control y supervisión por parte de las administraciones permite el incumplimiento de normativas en aspectos como los ratios, la calidad y la seguridad y salud tanto de las personas residentes como de las trabajadoras que las cuidan.

La privacidad de los datos de la salud de las personas residentes:

Las trabajadoras de residencias para personas mayores desempeñan un papel fundamental en su cuidado y bienestar, su labor implica una interacción constante y cercana. Conocer sus enfermedades, especialmente aquellas de carácter contagioso, es vital para que las trabajadoras puedan implementar las medidas de protección adecuadas. Es cierto que la información de salud es altamente sensible y está protegida por normativas. Sin embargo, esto no contradice el derecho de las trabajadoras a conocer lo necesario para desempeñar su labor de forma segura y eficaz.

Las residencias tienen la obligación de proporcionar al personal la información relevante sobre la salud de las personas residentes. Esta comunicación debe realizarse bajo un estricto principio de confidencialidad y necesidad de saber. Es decir, solo se debe compartir la información indispensable para el desarrollo de las tareas, y las trabajadoras deben comprometerse a mantener dicha información en secreto.



UNA DOSIS DE REALIDAD:

El mayor problema que nos encontramos en las empresas es cuando entran residentes con este tipo de enfermedades y no se lo dicen a las trabajadoras. En muchas residencias ha habido gente con hepatitis y la gente se ha enterado dos años después: anda la virgen, estuve con unas prisas, se me calló y no me puse los guantes, estuve en contacto con su sangre y al final es un riesgo increíble. El ir a la carrera es el mayor riesgo que tenemos.

2.4. Accidentes de trabajo y Enfermedades Profesionales producidas por la exposición a agentes biológicos

Las principales tareas con riesgo biológico en una residencia de mayores, susceptibles de provocar un accidente de trabajo y enfermedades profesionales, son:

- **Tareas de cuidado directo y asistencia sanitaria.** Estas actividades implican contacto directo con personas mayores, fluidos corporales, o material sanitario, siendo las de mayor exposición:
 - ↳ Atención de la higiene personal:
 - Aseo y ducha de residentes.
 - Cambios de pañal, recogida de orina o heces.
 - Manejo de vómitos o de cualquier otro fluido biológico (sangre, esputos, secreciones, etc.).
 - Asistencia en la alimentación (riesgo de contacto digestivo por malas prácticas higiénicas).
 - ↳ Procedimientos sanitarios (principalmente personal de enfermería):
 - Administración de inyectables (pinchazos accidentales con agujas).
 - Curación de heridas o úlceras.
 - Manejo y recogida de instrumental sanitario contaminado (agujas, jeringas, bisturís, etc.).
- **Tareas de manipulación de residuos y material contaminado.** Estas tareas conllevan riesgo por contacto dérmico, a través de mucosas, o parenteral (pinchazos/cortes):
 - ↳ Manejo de ropa y lencería:
 - Recogida, clasificación y manipulación de ropa y lencería contaminada con fluidos biológicos.
 - ↳ Gestión de residuos:
 - Recogida de bolsas de basura y demás residuos sanitarios y su traslado a los contenedores correspondientes (incluyendo material punzante no segregado correctamente).

Ejemplos de accidentes de trabajo que conlleven la posibilidad de exposición a un agente biológico en el ámbito de las residencias para personas mayores:

- Pinchazos con agujas contaminadas.
- Salpicaduras de sangre o fluidos corporales.
- Contacto con personas usuarias infectadas.
- Inhalación de aerosoles infectados en procedimientos médico.

Según la información que se recoge en los partes de accidentes de trabajo y atendiendo a los accidentes de trabajo y la forma o contacto que produjo la lesión, se especifican las siguientes **situaciones**:

Contacto con agente material, cortante, punzante, duro.

- Contacto con un agente material cortante – cuchillo, hoja, etc.
- Contacto con un agente material punzante – clavo, herramienta afilada, etc.
- Contacto con un agente material que arañe – rallador, lija – o duro.
- Contacto con agente material, cortante, punzante, duro – Sin especificar.

Mordeduras, patadas, etc. (de animales o personas)

- Mordeduras, arañazos.
- Picadura de un insecto, un pez.
- Golpes, patadas, cabezazos, estrangulamiento, etc.
- Mordeduras, patadas, etc. (de animales o personas) – Sin especificar.



En cuanto al listado de **enfermedades profesionales** que aprueba el [Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro](#), contempla los siguientes casos de enfermedades profesionales causadas por agentes biológicos:

- Enfermedades infecciosas causadas por el trabajo de las personas que se ocupan de la prevención, asistencia médica y actividades en las que se ha probado un riesgo de infección (excluidos aquellos microorganismos incluidos en el grupo 1 del R.D. 664/1997, de 12 de mayo regulador de la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo).

En cuanto al personal afectado, esta norma indica el personal sanitario, especificando:

- Personal sanitario y auxiliar de instituciones cerradas.
 - Personal de laboratorio.
 - Personal no sanitario, de centros asistenciales o de cuidados de personas enfermas, tanto en ambulatorios como en instituciones cerradas o a domicilio.
 - Trabajadoras y trabajadores de laboratorios de investigación o análisis clínicos.
 - Trabajos de toma, manipulación o empleo de sangre humana o sus derivados.
 - Personal de auxilio.
- Enfermedades infecciosas o parasitarias transmitidas a las personas por los animales o por sus productos y cadáveres, afectando al personal sanitario
 - Paludismo, amebiasis, tripanosomiasis, dengue, fiebre amarilla, fiebre papataci, fiebre recurrente, peste, leishmaniosis, pian, tifus exantemático, borrelias y otras rickettsiosis. Que afecta a Trabajos desarrollados en zonas endémicas.
 - Enfermedades infecciosas y parasitarias no contempladas en otros apartados: micosis, legionela y helmintiasis.

Por otra parte, existe una serie de enfermedades transmisibles consideradas de declaración obligatoria (ver lista) con el fin de ejercer sobre ellas una adecuada vigilancia y control sanitarios. Cualquier persona, sea profesional sanitario o no, puede declarar la sospecha de estas enfermedades. Igualmente, es de declaración obligatoria cualquier brote de enfermedad, entendiendo por tal la aparición de dos o más casos de una misma enfermedad en un tiempo y espacio limitados. Este tipo de notificaciones debe realizarse ante las autoridades sanitarias autonómicas.

Real Decreto 2210/1995, de 28 de diciembre, por el que se crea la red nacional de vigilancia epidemiológica. Lista de enfermedades de declaración obligatoria

- | | | |
|---|---|--|
| 1. Botulismo. | 21. Fiebre tifoidea/Fiebre paratifoidea. | 40. Paludismo. |
| 2. Brucelosis. | | 41. Parotiditis. |
| 3. Campilobacteriosis. | 22. Fiebres hemorrágicas víricas (Ébola, Marburg y Lassa entre otras). | 42. Peste. |
| 4. Carbunco. | | 43. Poliomielitis/parálisis flácida aguda en menores de 15 años. |
| 5. Cólera. | 23. Giardiasis. | |
| 6. COVID-19. | 24. Gripe/Gripe humana por un nuevo subtipo de virus. | 44. Rabia. |
| 7. Criptosporidiosis. | 25. Hepatitis A. | 45. Rubéola. |
| 8. Dengue. | 26. Hepatitis B. | 46. Rubéola congénita. |
| 9. Difteria. | 27. Hepatitis C. | 47. Salmonelosis. |
| 10. Encefalitis transmitida por garrapatas. | 28. Herpes zóster. | 48. Sarampión. |
| 11. Encefalopatías espongiiformes transmisibles humanas (incluye vECJ). | 29. Hidatidosis. | 49. SARS (en español: Síndrome Respiratorio Agudo Grave) |
| 12. Enfermedad invasora por Haemophilus influenzae. | 30. Infección por Chlamydia trachomatis (excluye el linfogranuloma venéreo). | 50. Shigellosis. |
| 13. Enfermedad meningocócica. | 31. Infección por cepas de Escherichia coli productoras de toxina Shiga o Vero. | 51. Sífilis. |
| 14. Enfermedad neumocócica invasora. | 32. Infección gonocócica. | 52. Sífilis congénita. |
| 15. Enfermedad por virus Chikungunya. | 33. Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA). | 53. Tétanos/Tétanos neonatal. |
| 16. Fiebre amarilla. | | 54. Tos ferina. |
| 17. Fiebre del Nilo occidental. | 34. Legionelosis. | 55. Toxoplasmosis congénita. |
| 18. Fiebre exantemática mediterránea. | 35. Leishmaniasis. | 56. Triquinosis. |
| 19. Fiebre Q. | 36. Lepra. | 57. Tuberculosis. |
| 20. Fiebre recurrente transmitida por garrapatas. | 37. Leptospirosis. | 58. Tularemia. |
| | 38. Linfogranuloma venéreo. | 59. Varicela. |
| | 39. Listeriosis. | 60. Viruela. |
| | | 61. Yersiniosis. |

El principal problema que tienen las trabajadoras de residencias de personas mayores relacionado con las enfermedades profesionales y con los accidentes de trabajo está en su falta de reconocimiento como contingencias profesionales.



UNA DOSIS DE REALIDAD:

Todos los años hay brote de gastroenteritis y se contagian, pero no van con la Mutua. Hacen un tratamiento preventivo de sarna en la residencia, pero sin pasar por la Mutua. Hepatitis no han tenido, tuberculosis sí. Es difícil demostrar que las enfermedades respiratorias son enfermedades laborales, las lleva la seguridad social y no se contabilizan como laborales. Con el covid tuvieron que denunciar.

Hubo una conjuntivitis muy agresiva que ha dejado secuelas a casi la totalidad de la plantilla, pero según la dirección no había sido allí.

Este ha sido históricamente un tema complejo y que cobró especial relevancia con la pandemia de COVID-19. Si la enfermedad no está en la lista o el trabajo no se corresponde exactamente con la descripción, se considera AT, que exige demostrar la relación causal directa entre el contagio y el trabajo. En muchos casos, las mutuas y el INSS denegaban el reconocimiento como contingencia profesional (ya fuera EEPP o AT)

La pandemia de COVID-19 puso de manifiesto de manera dramática la alta exposición al riesgo biológico en las residencias y la precariedad en el reconocimiento legal:

- **Restricciones Iniciales:** Al principio de la pandemia, la normativa extraordinaria (como el Real Decreto-ley 28/2020) solía acotar el reconocimiento automático del contagio como contingencia profesional principalmente al personal sanitario y sociosanitario en centros sanitarios. Esto dejaba fuera o dificultaba el reconocimiento para muchas trabajadoras de residencias que no eran consideradas “estrictamente sanitarias” o cuya labor se desarrollaba en centros calificados de forma diferente.
- **Cambio a Enfermedad Profesional:** Posteriormente, el Gobierno en España reconoció la COVID-19 como EEPP) para el personal sanitario y sociosanitario, con carácter retroactivo. Esto incluyó a trabajadoras como celadoras, auxiliares y gerocultoras de residencias, que hasta entonces debían tramitarlo como accidente de trabajo, un proceso más arduo que requería acreditar el contagio en el puesto de forma fehaciente.
- **Sentencias Judiciales:** La falta de un reconocimiento claro y rápido obligó a muchas trabajadoras a recurrir a los tribunales. Han existido sentencias judiciales importantes que han reconocido el contagio por COVID-19 de trabajadoras de residencias como enfermedad profesional, incluso para contagios anteriores a la entrada en vigor de la normativa más favorable. Estas sentencias establecen la presunción de que la enfermedad es profesional debido a la naturaleza de la actividad y la exposición al riesgo.



Aunque la situación mejoró con el reconocimiento de la COVID-19 como Enfermedad Profesional para el sector socio-sanitario, el problema subyacente de la falta de reconocimiento y protección adecuada frente a otros riesgos biológicos y las dificultades para la calificación como contingencia profesional sigue siendo una demanda de los sindicatos, que buscan una protección que se extienda a todos los trabajadores y trabajadoras con exposición presencial y un reconocimiento completo del riesgo biológico inherente a las residencias.

El reconocimiento como contingencia profesional es fundamental para las trabajadoras, ya que garantiza mejores prestaciones, especialmente si la enfermedad deja secuelas o afecta a su futura jubilación.

CAPÍTULO 3. LA GESTIÓN DEL RIESGO BIOLÓGICO EN LAS RESIDENCIAS DE MAYORES

Según los resultados del estudio [“Prevención de riesgos laborales en el sector de cuidados”](#) (CCOO de Madrid, 2022), el 71% de las delegadas y delegados de establecimientos residenciales que participaron en el estudio señalaron que siempre o casi siempre existe exposición a riesgo biológico. Con respecto a la adopción de medidas preventivas frente al riesgo biológico el 53% respondieron afirmativamente.

En este capítulo se muestra cómo debe gestionarse la exposición a riesgo biológico en los lugares de trabajo y por tanto también en las residencias para mayores, según la normativa de referencia y los criterios técnicos establecidos, pero también atendiendo a cómo se lleva a cabo esta gestión en la realidad, en el día a día de las residencias. Esta última información se ha extraído de las entrevistas grupales realizadas y de los estudios analizados, así como gracias a la documentación preventiva a la que se ha tenido acceso, visibilizando las carencias y las deficiencias encontradas en esta gestión.

Atendiendo al RD 664/1997 este sería el esquema de la gestión del riesgo biológico y el esquema de intervención:

Gráfico 7. Esquema del riesgo biológico y su intervención



Se podría manifestar que pocos Reales Decretos desarrollados a partir de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, detallan al nivel de profundidad del RD 664/1997. Con su cumplimiento de forma estricta se podría garantizar un nivel de protección muy alto de la seguridad y la salud de los trabajadores y las trabajadoras de las residencias para mayores. Por otra parte, llegar al 100% del cumplimiento, implicaría abordar otros tipos de riesgos como los psicosociales.

Para implementar la gestión o la intervención ante el riesgo biológico, como ante cualquier riesgo, debemos partir de la identificación y evaluación de los factores de riesgo.

En este sentido el art. 4. Identificación y evaluación de riesgos del RD 664/1997 regula que

cuando se identifiquen uno o más riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo, se procederá, para aquellos que no hayan podido evitarse, a evaluar los mismos determinando la naturaleza, el grado y duración de la exposición de los trabajadores y las trabajadoras.

Es decir, es necesario realizar una evaluación específica de la exposición a agentes biológicos, no siendo suficiente el tratamiento de los mismos en las evaluaciones generales.

Posteriormente se deben adoptar medidas, atendiendo a los principios de la actividad preventiva establecidos en el art.15 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales:

El empresario aplicará las medidas que integran el deber general de prevención previsto en el artículo anterior, con arreglo a los siguientes principios generales:

- a) Evitar los riesgos.
- b) Evaluar los riesgos que no se puedan evitar.
- c) Combatir los riesgos en su origen.
- d) Adaptar el trabajo a la persona, en particular en lo que respecta a la concepción de los puestos de trabajo, así como a la elección de los equipos y los métodos de trabajo y de producción, con miras, en particular, a atenuar el trabajo monótono y repetitivo y a reducir los efectos del mismo en la salud.
- e) Tener en cuenta la evolución de la técnica.
- f) Sustituir lo peligroso por lo que entrañe poco o ningún peligro.
- g) Planificar la prevención, buscando un conjunto coherente que integre en ella la técnica, la organización del trabajo, las condiciones de trabajo, las relaciones sociales y la influencia de los factores ambientales en el trabajo.
- h) Adoptar medidas que antepongan la protección colectiva a la individual.
- i) Dar las debidas instrucciones a los trabajadores.

Por tanto, en la intervención ante la exposición a agentes biológicos en las residencias para personas mayores, hay que tener en cuenta la adopción de medidas preventivas organizativas, técnicas y medidas de protección colectiva e individual que partan siempre de la necesidad de actuar en el origen o las causas de la exposición.

Pero, la realidad nos muestra que ya en la evaluación de riesgos generales existen deficiencias y que no se tiene en cuenta la exposición a agentes biológicos

3.1. La evaluación de riesgos específica

La actividad de residencias para mayores se encuadra dentro de las actividades en las que el riesgo de exposición a agentes biológicos no viene determinado por la manipulación expresa de manipular este tipo de agentes, sino de la naturaleza misma de la actividad.

Según el principio de precaución, si existe cualquier duda o incertidumbre sobre la presencia de un agente biológico hay que dar por segura dicha presencia en el ambiente laboral.



UNA DOSIS DE REALIDAD:

Si se realizan evaluaciones específicas de exposición a riesgo biológico es debido a requerimiento nuestro o de la Inspección de trabajo, cuando se solicita el lavado de uniformes por parte de la empresa, si no, no hay manera.

No se hacen evaluaciones de riesgos específicos ni se indican en las evaluaciones generales. He estado preguntando a compañeras de otras residencias y ante estas preguntas la respuesta ha sido NO. No se hace la evaluación de riesgos, si lo pides, no la tienen y tampoco lo saben, la hacen ante casos concretos como un residente con VIH. Sí que es verdad que ha habido gente que sí tienen evaluación de riesgos y que cuentan con ellas, pero son las menos, si las hacen no cuentan con nadie, es algo secundario, no solo las biológicas, tampoco el riesgo psicosocial, al menos en Castilla y León y si las hacen no cuenta con la RLT.

El artículo 4. Identificación y evaluación de riesgos explica cómo las empresas deben identificar y evaluar los riesgos que pueden afectar a las personas expuestas a agentes biológicos.

1. Saber si hay riesgo y cuánto riesgo hay

- Si al revisar los puestos de trabajo se detecta que hay riesgo de exposición a agentes biológicos, y ese riesgo no se puede evitar por completo, entonces hay que evaluarlo. Esto significa saber:
 - Qué tipo de agente biológico es.
 - Qué tan peligroso es (el grado de riesgo).
 - Por cuánto tiempo existe exposición.
- Si existe exposición a varios tipos de agentes biológicos a la vez, se debe evaluar el riesgo considerando el peligro de todos ellos juntos.



UNA DOSIS DE REALIDAD:

Me he encontrado con evaluaciones de riesgos en las que se reconoce al médico y a la enfermera, pero no a la gerocultora ni al personal de lavandería, ni a la limpiadora. La enfermera como mucho le va a pinchar la insulina, porque las extracciones de sangre se hacen en el servicio público de salud de atención primaria, intramusculares se ponen pocas. El riesgo que puede tener una enfermera es mucho más bajo que la gerocultora que lo va a lavar, le va a dar de comer, hay mucho más contacto, por lo tanto, más riesgo.

2. Cuando hay que revisar la evaluación de riesgos

- Esta evaluación se debe repetir regularmente (periódicamente).
- También se debe hacer una nueva evaluación si hay algún cambio en las condiciones de trabajo que pueda afectar la exposición a los agentes biológicos.
- Y es obligatorio hacer una nueva evaluación si una trabajadora se infecta o enferma y se sospecha que fue por la exposición a agentes biológicos en el trabajo.



UNA DOSIS DE REALIDAD:

Hace unos 14 o 15 años, cuando se inauguró la residencia, se solicitó una evaluación de riesgos, que se hizo, pero no se ha vuelto a hacer.

3. Qué información se usa para evaluar el riesgo

Para hacer una buena evaluación, se debe usar toda la información disponible, incluyendo:

- Tipo y grupo del agente biológico. Saber qué agente es y a qué grupo de peligrosidad pertenece según una tabla específica (Anexo II). Si un agente no está en la tabla, la empresa debe estimar su riesgo y clasificarlo provisionalmente. Si hay dudas entre dos grupos, siempre se elige el más peligroso. Las fichas de los agentes biológicos de BASEBiO del INSST, mencionadas anteriormente, son una buena herramienta.
- Recomendaciones sanitarias. Las indicaciones de las autoridades de salud para controlar ese agente y proteger a los trabajadores y trabajadoras.
- Enfermedades conocidas. Información sobre las enfermedades que se pueden contraer por su tipo de trabajo.



UNA DOSIS DE REALIDAD:

El problema con la mayoría de las enfermedades es que no se reconocen como profesionales, a pesar de que haya habido en el centro varios casos, a pesar de haber tenido contacto directo con un residente y vivas solo en tu casa.

- Efectos secundarios: Conocer los posibles efectos (alergias o toxicidad) que la actividad laboral pueda causar.



UNA DOSIS DE REALIDAD:

Cualquier persona con problemas como por ejemplo de asma y que todos los años puede contagiarse de una gripe, enfermedades digestivas, si no se ponen medidas la mal llama absentismo, pero es falta de prevención.

- Enfermedades relacionadas con el trabajo: Si ya se ha detectado que una persona tiene una enfermedad directamente relacionada con su trabajo con agentes biológicos.
- Trabajadores y trabajadoras más sensibles: Considerar el riesgo extra para aquellas que son más vulnerables por su salud o estado (por ejemplo, si tienen enfermedades previas, toman ciertos medicamentos, tienen problemas inmunitarios, están embarazadas o en periodo de lactancia).



UNA DOSIS DE REALIDAD:

Los riesgos biológicos son los olvidados, parece que en las residencias no existen, si se solicitan para las trabajadoras embarazadas.

4. La valoración del riesgo

Según la Secretaría de Salud Laboral de CCOO Madrid, en su publicación [Método y análisis en la Evaluación de Riesgos Biológico](#), existen metodologías de evaluación simplificada aplicables en todos aquellos sectores o ámbitos de trabajo donde el riesgo de exposición a agentes biológicos deriva de la propia naturaleza de la actividad, como es el caso de la actividad en establecimientos residenciales para personas mayores.

El INSST ha validado dos metodologías simplificadas distintas para realizar la evaluación de riesgos por exposición a agentes biológicos en escenarios de manipulación no intencionada:

1. [Evaluación simplificada NTP 833](#) (Hernández A., 2009) del Centro Nacional de Condiciones de Trabajo (CNCT) del INSST. Este modelo se divide en dos partes, atendiendo a si los agentes biológicos son o no infecciosos:
 - Para la evaluación de riesgos por exposición a agentes infecciosos. Considera la probabilidad de que se produzca el daño por las condiciones de exposición (generación de bioaerosoles, frecuencia de contacto, cantidad manipulada), junto con las consecuencias (grupo de riesgo de infección). Propone un conjunto de medidas preventivas según el nivel de riesgo obtenido.
 - Para la evaluación de riesgos por exposición a agentes no infecciosos, pero que pueden provocar efectos alérgicos y/o tóxicos. Considera la probabilidad del daño y las consecuencias (desde irritación hasta efectos cancerígenos), agrupándose en cuatro categorías, con un nivel de riesgo potencial.
2. [Método BIOGAVAL](#), publicado por el INVASSAT (Instituto Valenciano de Seguridad y Salud en el Trabajo) en 2004, que ha sido objeto de varias revisiones, siendo la última versión el BIOGAVAL-NEO de 2018.

CCOO de Madrid propone usar el método NTP 833 simplificado para evaluar el riesgo biológico, porque lo consideran más seguro y protector para los trabajadores y las trabajadoras que el método BIOGAVAL.

Las Razones clave para Preferir la NTP 833:

Aspecto	NTP 833	BIOGAVAL
Clasificación del Riesgo y Medidas	Clasifica el riesgo en Bajo, Medio o Alto y asocia directamente medidas preventivas a cada nivel.	Da dos valores numéricos (NAB y LEB), pero no especifica qué medidas tomar en el nivel de acción (NAB).
Presencia del Microorganismo	Si es difícil saber si el microorganismo está presente, asume que sí está para ser más precavido.	En versiones simplificadas, usaba "microorganismos centinela" (un agente representativo de todos), lo cual no cumple del todo con la ley de evaluar todos los agentes presentes.
Cálculo del Riesgo	Usa una evaluación cualitativa de Exposición vs. Consecuencias (basada en el riesgo de infección y propagación) y siempre prioriza el riesgo más alto.	Utiliza una fórmula matemática con 5 variables y reduce el riesgo con un cuestionario y la vacunación , lo cual puede ser problemático, ya que la vacunación no debe sustituir las medidas de prevención generales.
Agentes No Infecciosos	Sí los considera (como toxinas y alérgenos en bioaerosoles).	La última versión (NEO) no considera agentes biológicos no infecciosos.

La metodología propuesta en la NTP 833 es más recomendable porque es más proteccionista (asume la presencia del agente, prioriza el riesgo más alto, considera más tipos de agentes) y más clara al asociar el nivel de riesgo con las medidas preventivas necesarias. Se considera a BIOGAVAL como demasiado dependiente de un cálculo numérico y de factores de reducción (como la vacunación) que podrían subestimar el riesgo real, así como solo se puede aplicar sobre personas sanas, dejando fuera a personal especialmente sensible, trabajadoras embarazadas o en período de lactancia natural.

El método de la NTP 833 es un instrumento adecuado y comúnmente utilizado para realizar la evaluación simplificada del riesgo biológico en puestos de trabajo de una residencia para personas mayores. Las residencias para personas mayores se clasifican como centros sociosanitarios, donde la exposición a agentes biológicos no es intencionada (no se manipulan con un fin concreto), sino que es resultado del contacto con personas residentes, sus fluidos corporales, y la manipulación de residuos o lencería.

5. Quién y cómo participar

El RD 664/1997 remite al art. 18 LPRL: la empresa deberá consultar a los trabajadores, y a las trabajadoras, así como permitir su participación en el marco de todas las cuestiones que afecten a la seguridad y a la salud en el trabajo. Su participación directa es crucial para la identificación de riesgos y para que la evaluación refleje la realidad del puesto de trabajo, son quienes mejor conocen los agentes biológicos presentes o potenciales (fluidos, muestras, contacto con personas residentes que estén enfermas) y las tareas específicas que implican mayor riesgo (aseo, curas, manipulación de ropa sucia, gestión de residuos, etc.).

Por otra parte, los delegados y delegadas de prevención participarán en la elección de la metodología de evaluación, los criterios de valoración utilizados y podrán acompañar al personal de prevención durante la toma de datos y observación de las tareas.



UNA DOSIS DE REALIDAD:

Nos cuesta encontrar residencias que hayan hecho las evaluaciones de riesgo psicosociales cuanto más las de riesgo biológico. Las delegadas sindicales no participan de forma activa, ni en unas ni otras. Tenemos que hacer una labor importante en este sentido de concienciarlas y que las hagan y que están en su derecho.

3.2. Las medidas preventivas

Una vez identificados y evaluados los agentes hay que intervenir para evitar la exposición, es la primera meta, actuar en el origen, siguiendo con los principios preventivos expuestos anteriormente fijados en el art. 15 de la LPRL.



UNA DOSIS DE REALIDAD:

Recuerdo algunas medidas que se dieron en la pandemia, como gerocultoras para un sitio, otras para otro, cestos de la ropa específicos y separados, pero ahora se centran en las medidas individuales, tus guantes y tus mascarillas, la ropa se echa en el mismo bombo, la basura todo en el mismo sitio, a ninguna compañera de lavandería se le dice cómo tiene que clasificar la ropa. Que al final individualmente se protegen, pero a nivel colectivo no hay nada, no existe un protocolo de contención.

Si no se puede evitar por completo por el tipo de trabajo, hay que reducir el riesgo al mínimo posible. Para eso, se deben tomar las siguientes medidas establecidas en el art. 6 del RD 664/1997.

Medidas organizativas:

- Métodos de trabajo seguros. Usar maneras de trabajar y herramientas adecuadas para que los agentes biológicos no se liberen o se liberen lo menos posible en el lugar de trabajo.

- Menos personas expuestas. Reducir al mínimo la cantidad de personas que pueden estar en contacto con estos agentes.
- Manejo seguro. Transportar, recibir y manipular los agentes biológicos de forma segura dentro de la residencia.
- Protección colectiva o individual. Si no se puede evitar la exposición de otra forma, usar medidas que protejan a todo el personal (por ejemplo, buena ventilación) o, si no es posible, equipos de protección personal (mascarillas, guantes, etc.).
- Gestión segura de residuos. Recoger, guardar y tirar los desechos peligrosos de forma segura. Usar recipientes especiales, bien identificados, y si es necesario, tratar los residuos antes de desecharlos.
- Higiene para evitar contagios. Aplicar medidas de higiene para que los agentes biológicos no se dispersen fuera de la zona de trabajo.
- Señalización clara. Cuando sea necesario poner la señal de peligro biológico (como la del Anexo III de este Real Decreto) y otras señales de advertencia importantes.
- Plan de accidentes y protocolos ante posibles brotes. Tener planes preparados para saber qué hacer si ocurre un accidente y hay riesgo de exposición a agentes biológicos.
- Verificar la contención. Cuando sea necesario y posible, comprobar que los agentes biológicos no se salgan de su lugar seguro.



UNA DOSIS DE REALIDAD:

En muchas ocasiones es la propia familia a la que no le parece bien que su padre o su madre esté aislada unos días.

Medidas especiales para la higiene y protección personal:

- No comer, beber ni fumar en las zonas de trabajo donde haya riesgo biológico.
- Ropa de protección adecuada o ropa especial para ese fin y suficiente.
- Baños y aseos adecuados de uso exclusivo de las trabajadoras y los trabajadores, con productos para lavarse los ojos y desinfectantes para la piel.
- Almacenamiento y cuidado de EPI en un lugar específico. Hay que asegurarse de que se limpien y funcionen bien antes de usarlos y, siempre, después de cada uso. Si un equipo está dañado, hay que arreglarlo o reemplazarlo antes de que se vuelva a usar. Adecuados, suficiente y ubicados en los lugares oportunos.



UNA DOSIS DE REALIDAD:

En algunos sitios, al igual que con los uniformes, economizan los guantes: te doy una caja al mes, se racanea hasta con eso. Te decían que la caja de guantes te tiene que durar 15 días. Hicimos informes de cómo esta situación podía influir en una atención inadecuada a las personas residentes. Conseguimos que no controlaran tanto los guantes.

Los uniformes se lavan allí pero no tienen doble taquilla. Sí tienen zona de descanso y han conseguido poner allí aire acondicionado. En la mayoría de las residencias no hay baños para el personal, no hay productos para la limpieza o ocular ni antisépticos.

- Manejo de muestras. Establecer procedimientos claros para obtener, manipular y procesar muestras de personas o animales.

Higiene personal durante la jornada:

- Tiempo para aseo. Los trabajadores y las trabajadoras tienen derecho a diez minutos para su aseo personal antes de la comida y otros diez minutos antes de terminar la jornada.
- Ropa contaminada. Al salir de la zona de trabajo, los trabajadores y las trabajadoras deben quitarse la ropa y los equipos de protección que puedan estar contaminados con agentes biológicos. Deben guardarlos en lugares separados de su ropa de calle.

Responsabilidad de las empresas:

La dirección de la residencia debe encargarse de lavar, desinfectar y, si es necesario, destruir la ropa de trabajo y los equipos de protección contaminados. Los trabajadores y las trabajadoras no pueden llevarse estas prendas a casa para limpiarlas. Si se contrata a otra empresa para esto, hay que asegurarse de que la ropa y los equipos se envíen en recipientes cerrados y bien identificados con las advertencias necesarias.



UNA DOSIS DE REALIDAD:

El problema es que por los turnos de lavandería tendrían que estar 2 días con el mismo uniforme tras el fin de semana, por lo que a veces las trabajadoras se llevan a escondidas para lavarlo en casa

En la reunión con la inspección, el inspector comenta al técnico del Servicio de prevención ajeno que al hacer copia y pega de las medidas del RD, quiere creer que por error, precisamente, se ha olvidado de copiar el lavado de ropa. El SPA ajeno también a la realidad de la empresa.

- Los gastos de todas las medidas de seguridad y salud en el trabajo, según este decreto, deben ser asumidos íntegramente por las empresas y por tanto, bajo ninguna circunstancia por sus plantillas.

En la [Guía técnica para la evaluación y prevención de los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo](#) (criterio técnico del RD 664/1997) se incluye un apéndice sobre el riesgo biológico en distintos sectores de actividad. Aunque la actividad objeto de este proyecto no se encuentra entre ellas de forma específica, sí que se encuentran los Trabajos de asistencia sanitaria, en la que se especifican actividades concretas, algunas muy relacionadas con las residencias para mayores, como lo es el Trabajo de cuidados personales a domicilio. En este apéndice se recogen medidas preventivas ya recogidas en el RD 664/1997.

3.3. La formación y la información

Siguiendo con el RD 664/1997 en el artículo 12. Información y formación de los trabajadores y trabajadoras se explica cómo las empresas deben asegurarse de que su plantilla esté bien informada y formada para protegerse de los agentes biológicos en el trabajo. Aspectos fundamentales a tener en cuenta:

1. La empresa tiene que asegurarse de que los trabajadores y las trabajadoras, así como su representación sindical, reciban información suficiente y formación adecuada sobre:
 - Los posibles peligros para la salud que implican los agentes biológicos.
 - Las medidas de precaución que deben tomar para evitar exponerse.
 - Las normas de higiene que deben seguir.
 - Cómo usar correctamente la ropa y los equipos de protección individual (EPI).
 - Qué hacer en caso de incidentes (y cómo prevenirlos).
2. Esta formación debe impartirse:
 - Debe impartirse de forma teórica y práctica (art.19 LPRL).
 - Al empezar un nuevo trabajo que implique contacto con agentes biológicos.
 - Cuando aparezcan nuevos riesgos o los existentes cambien.
 - De forma periódica (repetirse cada cierto tiempo) si es necesario.
3. La empresa debe colocar instrucciones escritas o avisos en el lugar de trabajo, explicando al menos qué hacer:
 - En caso de accidente o incidente grave que involucre un agente biológico.
 - Cuando se manipule un agente biológico del grupo 4 (los más peligrosos).

4. Comunicación de accidentes e incidentes

- Los trabajadores y trabajadoras deben informar inmediatamente de cualquier accidente o incidente con agentes biológicos a su persona responsable de referencia y al personal de prevención.
- La empresa debe informar inmediatamente si un accidente o incidente liberó un agente biológico que pueda causar una infección o enfermedad grave en humanos.
- Además, la empresa debe informar lo antes posible sobre cualquier accidente o incidente grave, su causa y las medidas tomadas (o a tomar) para solucionarlo.

5. Acceso a la información

- Las trabajadoras y los trabajadores tienen derecho a acceder a su propia información sobre riesgos biológicos (la que les concierna directamente).
- Las delegadas y delegados de prevención tienen acceso a información colectiva pero anónima (sin datos personales).
- A petición de la representación sindical o, en su defecto, de las propias trabajadoras y trabajadores, la empresa debe proporcionarles información específica sobre la actividad (definiciones y clasificación de agentes).



UNA DOSIS DE REALIDAD:

En mi residencia, el equipo técnico da microcursos con lo básico en los cambios de turno, en 5 o 10 minutos.

En la mayoría de las residencias a la gente se les da a firmar cursos que no han recibido.

3.4. La vigilancia de la salud

El artículo 8. Vigilancia de la salud de los trabajadores y trabajadoras del RD 664/1997 y el [Protocolo de Vigilancia de la Salud](#) (Agentes Biológicos) establecen cómo debe llevarse a cabo esta vigilancia.

Este protocolo específico elaborado por el Ministerio de Sanidad (y el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud) es un documento técnico para el Servicio de Prevención (personal sanitario, en concreto de enfermería y médico del trabajo) que establece cómo y cuándo se deben hacer los reconocimientos médicos.

Su objetivo principal es detectar a tiempo posibles daños a la salud causados por la exposición a los agentes biológicos presentes en la residencia.

La empresa debe asegurar un seguimiento médico adecuado y específico para los trabajadores y trabajadoras expuestas a agentes biológicos. Este seguimiento lo hará personal sanitario experto del servicio de prevención que debe aplicar los criterios establecidos en este protocolo.



UNA DOSIS DE REALIDAD:

Las compañeras tienen miedo a hacerse la vigilancia de la salud, que les salga algo para que la empresa quiera quitárselas de encima, van con miedo. También es cierto que de todas maneras la vigilancia de la salud no es la panacea, te hacen un electro, una placa como mucho, una analítica, revisión ocular, oído y arreando. No te miran si tienes un trastorno musculoesquelético o posibles enfermedades contagiosas relacionadas con los agentes biológicos.

Los reconocimientos se hacen fuera de horario por falta de personal y la gente no quiere hacerlos.

El protocolo se centra en los siguientes puntos:

- a) Evaluación previa, antes de empezar a trabajar con la finalidad de conocer el estado de salud de la trabajadora antes de que comience la exposición al riesgo. Se realiza un reconocimiento médico inicial donde se evalúa su historial de salud y su estado de vacunación.
- b) Oferta de vacunación específica:
 - Al principio: si existen vacunas eficaces para los agentes biológicos a los que la trabajadora está expuesta (y en las residencias hay muchos), la empresa debe ponerlas a su disposición.
 - Vacunas clave en residencias:
 - Hepatitis B: es fundamental debido al contacto con sangre y fluidos.

- Gripe (Influenza): recomendación anual para protegerse a sí misma y a los residentes.
 - Tétanos/Difteria/Tosferina.
 - SARS-CoV-2 (COVID-19): según las recomendaciones sanitarias vigentes.
- **Nota Importante:** la vacunación es un acto médico y, salvo excepciones muy específicas, la decisión de vacunarse es voluntaria para la trabajadora. Tanto el ofrecimiento de la vacuna/medida como la aceptación o rechazo deben quedar por escrito.



UNA DOSIS DE REALIDAD:

En algunos casos esconden tu hoja informativa para que no te vacunen, no vaya a ser que te pongas mala por reacción a la vacuna y no puedas venir a trabajar, y una persona menos, lo ocultan.

No conozco ninguna campaña organizada por los servicios de prevención. Cuando hay campañas de salud pública, como de la gripe, acuden a las residencias a vacunar a las personas residentes y a las trabajadoras.

En pocas residencias se tiene en cuenta el carnet vacunal de la plantilla.

- c) Reconocimientos médicos periódicos, a intervalos regulares, determinados por el personal médico del Trabajo basándose en el riesgo y la historia clínica de la trabajadora con el objetivo de detectar si la exposición al riesgo biológico ha causado algún efecto negativo en la salud. Estos reconocimientos deben adaptarse a los riesgos de la residencia. Por ejemplo, si hay un caso de tuberculosis en un residente, la vigilancia del personal expuesto se intensifica.
- d) Actuación ante exposición accidental
- Definición: ocurre cuando hay un contacto significativo con sangre u otros fluidos corporales potencialmente infecciosos (ej. pinchazo con una aguja usada, salpicadura en ojos o boca).
 - Acción inmediata: la persona afectada debe lavar inmediatamente la zona afectada (herida con agua y jabón, ojos con suero o agua) e informar inmediatamente a su persona responsable de referencia y al Servicio de Prevención o a los servicios de emergencia (según el protocolo interno de la residencia).
 - Aplicación del protocolo: se activa un protocolo de urgencia para realizar pruebas serológicas y, si es necesario, iniciar una profilaxis post-exposición (tratamiento preventivo).
- e) Post-Exposición o cese de la actividad. El personal médico del Trabajo debe aconsejar a la trabajadora sobre cualquier control médico que sea pertinente realizar después de finalizar la exposición (por ejemplo, al cambiar de puesto o jubilarse), especialmente si la exposición fue a un agente con un largo periodo de incubación (como algunas hepatitis).



PUNTOS CLAVE:

EL PAPEL DE LA EMPRESA.

Para que este protocolo funcione es fundamental haber identificado y evaluado todos los agentes biológicos presentes en la residencia, formado e informado sobre las medidas de prevención, de higiene y del uso correcto de EPI, por supuesto suministrar los adecuados y asegurar su disponibilidad y correcto mantenimiento.

Esto funciona como la pescadilla que se muerde la cola, sin una buena identificación y evaluación de los agentes biológicos el resto de las actuaciones no tendrán sentido ni cumplirán con el objetivo de prevención y protección ante los agentes biológicos previsto tanto en la LPRL como en el RD 665/1997.

3.5. Los derechos y obligaciones de las personas trabajadoras

Los derechos y las obligaciones de las plantillas de las residencias para mayores ante la exposición a agentes biológicos se rigen principalmente por la LPRL y el Real Decreto 664/1997. Estos derechos los acabamos de mostrar en cuanto a obligaciones empresariales, que recogemos a continuación de forma resumida, derecho a:

- Una protección eficaz ante la exposición a agentes biológicos en el lugar de trabajo mediante la identificación y evaluación de la exposición a agentes biológicos, así como la adopción de las medidas necesarias que cumplan con los criterios establecidos en el art. 15 de la LRPL.
- Recibir información y formación sobre los riesgos de tu puesto de trabajo, medidas de protección y prevención aplicables y sobre los planes de emergencia
- Vigilancia de su salud con los criterios legales y técnicos establecidos.

Es importante señalar que la jurisprudencia ha ido delimitando algunos derechos específicos, como el relativo a las pausas para el aseo personal. Aunque ha habido sentencias contradictorias, el Tribunal Supremo ha establecido en algunas ocasiones que los trabajadores y las trabajadoras de residencias para personas mayores con exposición a agentes biológicos *no tienen un derecho explícito a disponer de 10 minutos adicionales para aseo personal antes de la comida y a la finalización de la jornada*, argumentando que el propio sistema de trabajo y las normas de higiene universales ya suponen una mejora del régimen de derechos mínimos. Sin embargo, otras sentencias (de Tribunales Superiores de Justicia) han reconocido este derecho, por lo que es un aspecto que puede variar según la interpretación judicial y las circunstancias específicas de cada caso. No obstante, lo que sí está claro es que el Real Decreto 664/1997 en su artículo 7.2 establece que *“los trabajadores dispondrán, dentro de la jornada laboral, de diez minutos para su aseo personal antes de la comida y otros diez minutos antes de abandonar el trabajo”*, lo que ha generado debate sobre su aplicación en el sector.



En cuanto a las obligaciones de la población trabajadora de las residencias para mayores, de forma esquemática, son las siguientes:

1. Usar y cuidar correctamente los guantes, batas, mascarillas, gafas o pantallas faciales, y calzado de seguridad que la empresa les proporcione para las tareas que lo requieran (aseo de residentes, curas, manejo de fluidos, etc.); y por supuesto no alterar ni sustituir los equipos de protección sin permiso o conocimiento de los responsables de prevención.
2. Cumplir con las normas de higiene personal:
 - Lavado de manos: realizar la higiene de manos de forma rigurosa y frecuente, especialmente antes y después del contacto con los residentes, tras manipular material biológico, y al quitarse los guantes.
 - Higiene en el puesto de trabajo: abstenerse de comer, beber, fumar o aplicarse cosméticos en las zonas donde exista riesgo de exposición (habitaciones, cuartos de sucio, etc.).
 - Protección de heridas: cubrir cualquier herida o lesión cutánea con un apósito impermeable antes de iniciar la actividad laboral.
 - Ropa de trabajo: usar la ropa de trabajo solo dentro del centro y no sacarla a la vía pública. Guardar la ropa de trabajo separada de la ropa personal.
3. Seguir los procedimientos de trabajo seguros, siguiendo al pie de la letra las instrucciones y procedimientos, utilizando los medios seguros y recipientes identificados para la recogida, almacenamiento y evacuación de residuos contaminados (como pañales, material de cura, etc.); participando activamente en los procedimientos de descontaminación y desinfección de superficies y equipos.

4. Informar sobre incidentes y situaciones de riesgo: informando a la persona de mayor responsabilidad ante cualquier accidente o incidente grave (por ejemplo, un pinchazo accidental) o cualquier situación que implique una exposición biológica, así como informando sobre cualquier deficiencia o anomalía que detecte en las medidas de prevención (ej. falta de guantes, rotura de contenedores de residuos).
5. Colaborar en la vigilancia de la salud y formación, asistiendo a la formación e información que la empresa debe ofrecer sobre el riesgo biológico, las precauciones a tomar y el uso de los equipos y poner en conocimiento del médico del trabajo su estado de salud, y colaborar con la vigilancia de la salud, que puede incluir la oferta de vacunas eficaces disponibles.



UNA DOSIS DE REALIDAD:

Se hacen campañas para las trabajadoras sobre la importancia del reconocimiento médico. En nuestra empresa acabarán quitándolo porque las trabajadoras no acuden. No son conscientes de lo importante que es, que vayan valorando que lo que me pasa es porque llevo 20 años trabajando de malas maneras. Nos matamos con las delegadas para que se lo hagan.

En resumen: Su principal obligación es velar por su propia seguridad y salud, y por la de las otras personas que puedan verse afectadas, utilizando correctamente los medios proporcionados y siguiendo las instrucciones recibidas.

CAPÍTULO 4. BUENAS PRÁCTICAS

“El ejercicio de nuestra actividad no se podría llevar a cabo con la calidad que nos autoexigimos sin el compromiso y participación de todos y cada uno de los profesionales de la compañía. Nuestra Política garantiza unas condiciones laborales dignas y seguras, impulsa el trabajo en equipo, el desarrollo profesional, la formación continua y la promoción interna, además, prioriza la salud en el trabajo y garantiza la seguridad, suprimiendo todos los riesgos posibles y reduciendo al máximo los que no se puedan eliminar”

[Política de calidad, medio ambiente y prevención de riesgos laborales de DomusVi](#)

4.1. Buenas Prácticas en la Gestión de la Exposición a Agentes Biológicos

La declaración de principios en las políticas de prevención en las empresas es necesaria, pero inútil si no se lleva a la práctica. La gestión eficaz de la exposición a agentes biológicos en residencias para personas mayores es crucial para proteger la salud de las trabajadoras, quienes están en la primera línea de cuidado. Una estrategia integral se basa en la prevención, la formación y una cultura de seguridad, pero también es fundamental la mejora de la asistencia sanitaria que se presta a las personas residentes.

Para mejorar la asistencia sanitaria de las personas residentes:

1. **Lucha contra la resistencia a los antimicrobianos.** Las residencias son un foco de alta prevalencia de microorganismos multirresistentes. Muchas personas residentes ya están colonizadas por estos organismos sin presentar síntomas. Es necesaria una gestión más intensa y coordinada para frenar su propagación:
 - Programas de optimización del uso de antibióticos. Implementar de forma rigurosa estos programas para reducir la prescripción inapropiada de antibióticos, evitando que las infecciones comunes se vuelvan intratables.
 - Precauciones de barrera mejoradas. Asegurar el uso sistemático de equipos de protección personal y técnicas de higiene en actividades de alto contacto (aseo, vestido, cambios posturales), incluso para personas residentes que solo están colonizadas, no infectadas.
 - Reformar los espacios para mejorar la ventilación natural, reducir la densidad de personas residentes por habitación y facilitar la limpieza puede limitar la propagación de patógenos.

2. **Vigilancia epidemiológica y formación continua.** La detección temprana y la respuesta rápida son cruciales, es necesario fortalecer los sistemas de vigilancia:
 - Establecer un registro estandarizado y continuo de todas las infecciones (respiratorias, urinarias, de piel, etc.) para monitorear tendencias y detectar brotes con antelación.
 - Invertir en la formación constante del personal de atención directa en prácticas de prevención y control de infecciones. Una buena práctica puede ser incorporar o designar a una persona con conocimientos avanzados en control de infecciones que lidere y supervise los protocolos de bioseguridad.
3. **Integración y coordinación sociosanitaria.** Las residencias a menudo se encuentran en una zona gris entre lo social y lo sanitario, lo que dificulta la gestión de riesgos biológicos, especialmente en crisis.
 - Es fundamental que las residencias estén plenamente integradas en el sistema de salud, con atención primaria y hospitalaria. Esto incluye protocolos claros para el traslado y la gestión de ingresos/altas de personas residentes, reduciendo el riesgo de entrada de patógenos del hospital a la residencia.
 - Desarrollar planes de respuesta a emergencias (como nuevas pandemias) que establezcan roles y responsabilidades claras entre la residencia, las autoridades sanitarias y los servicios de emergencia. La pandemia evidenció la necesidad de protocolos más estrictos para la gestión de brotes. Se sugiere mantener medidas como cribados periódicos, aislamiento preventivo y trazabilidad de contactos.
4. **Adaptación Tecnológica.** La tecnología será un aliado clave para la bioseguridad futura:
 - Usar tecnología para el seguimiento de constantes vitales o síntomas de forma no invasiva, lo que podría alertar de infecciones antes de que se conviertan en brotes.
 - Uso de la Inteligencia Artificial (IA) y Big Data: Implementar herramientas que analicen los datos de vigilancia (de infecciones, uso de antibióticos) para predecir y anticipar posibles brotes.
5. **Modelo centrado en la atención comunitaria.** Se propone avanzar hacia un modelo menos institucionalizado, con unidades más pequeñas y personal estable, lo que facilita el control de infecciones y mejora la calidad de vida de personas residentes y trabajadoras.

En resumen, el futuro de la gestión del riesgo biológico en residencias pasa por un modelo que sea proactivo, integrado, centrado en la prevención y flexible, que entienda la residencia como un hogar para la persona mayor, pero con una sólida base de bioseguridad a nivel profesional y estructural.



Para mejorar la gestión de agentes biológicos en residencias de mayores y proteger a la plantilla trabajadora, es clave transformar el modelo actual hacia uno más preventivo, centrado en la salud laboral y el bienestar integral. Las principales estrategias y propuestas que se están considerando podrían ser las siguientes:

- 1. Evaluación y planificación del riesgo constante.** La base de una buena gestión es entender y anticipar los riesgos.
 - **Identificación de agentes biológicos:** Realizar un inventario de los posibles agentes biológicos presentes en la residencia (virus, bacterias, hongos) y las vías de transmisión más probables (contacto directo, indirecto, aérea).
 - **Evaluación de puestos de trabajo/tareas:** analizar las tareas específicas que implican riesgo de exposición, como el aseo de personas residentes, la manipulación de ropa de cama contaminada, la gestión de residuos o la asistencia en procedimientos médicos, ampliar el rango de tareas implica una mayor prevención y protección. Se recomienda aplicar guías y normas técnicas actualizadas como la del INSST, que establece protocolos para identificar, clasificar y controlar la exposición a agentes biológicos.
 - **Plan de prevención específico:** desarrollar un plan detallado que contemple medidas preventivas para cada riesgo identificado, incluyendo procedimientos de actuación ante posibles exposiciones. Este plan debe ser revisado y actualizado periódicamente.
- 2. Medidas de prevención y control.** Estas medidas buscan eliminar o reducir el riesgo desde su fuente.
 - **Higiene ambiental rigurosa:** implementar protocolos estrictos de limpieza y desinfección de superficies, equipos y áreas comunes. Esto incluye el uso de desinfectantes adecuados y la frecuencia de la limpieza, especialmente en zonas de alto contacto.

- Ventilación adecuada: asegurar una correcta ventilación en todas las áreas de la residencia, priorizando la ventilación natural o sistemas mecánicos eficientes para reducir la concentración de aerosoles.
 - Gestión de residuos sanitarios: establecer un protocolo claro y riguroso para la recogida, clasificación, almacenamiento y eliminación de residuos potencialmente infecciosos, garantizando que el personal esté formado en su manejo.
 - Controles de ingeniería: Si es posible, instalar barreras físicas o sistemas de extracción localizada en áreas de alto riesgo (por ejemplo, lavanderías o cuartos de tratamiento).
3. **Medidas de EPI.** El uso correcto y sistemático de es fundamental cuando el riesgo no puede eliminarse por completo.
- Disponibilidad y accesibilidad: asegurar que las trabajadoras tengan acceso fácil y constante a los EPI necesarios: guantes, mascarillas (quirúrgicas o FFP2/N95 según el riesgo), batas impermeables, protección ocular.
 - Formación en el uso correcto: capacitar exhaustivamente a todo el personal en la colocación, uso, retirada y desecho adecuado de cada tipo de EPI. Esto es vital para evitar la auto-contaminación y la propagación de agentes.
4. **Vigilancia de la salud y vacunación.** La protección de la plantilla también pasa por la vigilancia activa de su estado de salud.
- Programas de vacunación: ofrecer y promover activamente la vacunación del personal contra enfermedades infecciosas relevantes (gripe, hepatitis B, COVID-19, etc.), siguiendo las recomendaciones de las autoridades sanitarias.
 - Reconocimientos médicos periódicos: realizar exámenes de salud específicos que consideren los riesgos de exposición biológica.
 - Actuación ante exposición accidental: establecer protocolos claros para la actuación inmediata en caso de salpicaduras, pinchazos o cualquier otra exposición a material biológico, incluyendo la desinfección, notificación y seguimiento médico.
 - Vigilancia epidemiológica: monitorear la incidencia de enfermedades infecciosas entre las trabajadoras, en tiempo real, para detectar posibles síntomas o brotes relacionados con el entorno laboral, también entre personas residentes, con respuesta rápida y coordinada.
5. **Formación y Cultura de Seguridad.** El conocimiento y la concienciación son pilares fundamentales.
- Formación continua: impartir cursos de formación y actualización periódicos sobre higiene de manos, prevención de infecciones, uso de EPI y gestión de residuos. Los contenidos deben ser prácticos y adaptados a las tareas diarias.
 - Fomento de una cultura preventiva: promover un ambiente donde la seguridad sea una prioridad compartida. Esto incluye la comunicación abierta, la participación del personal en la identificación de riesgos y la implementación de soluciones.

- Protocolos de actuación claros: desarrollar y difundir manuales y protocolos de actuación ante diferentes situaciones de riesgo biológico, asegurando que sean accesibles y comprensibles para todo el personal.
- Apoyo psicosocial: considerar el impacto emocional del trabajo con personas vulnerables y la exposición a riesgos. Ofrecer apoyo psicológico y fomentar un entorno laboral saludable también es parte de la prevención

6. **Garantizar la presencia adecuada y suficiente de personas trabajadoras** que, por lo tanto, también garantizará una mejor atención para las personas residentes, beneficiando a toda la comunidad.

Es necesario un cambio radical en la gestión del sector, con una mayor inversión en recursos humanos, una mejora de las condiciones laborales y un reconocimiento social del valor del trabajo que realizan las trabajadoras. La precariedad laboral del sector con altas tasas de rotación son prácticas habituales. Algunas estrategias de retención del personal para evitar la alta rotación son:

- Ofrecer salarios justos y competitivos con otras organizaciones del sector.
- Proporcionar formación continua, oportunidades de crecimiento y promoción.
- Fomentar un ambiente de trabajo seguro, saludable, inclusivo y participativo.
- Implementar sistemas de evaluación para identificar y premiar a las profesionales destacadas.
- Involucrar a las gerocultoras en decisiones relacionadas con la residencia para que se sientan valoradas y comprometidas.
- Abordar los riesgos psicosociales inherentes al puesto y mejorar el diseño, la gestión y la organización del trabajo.

El nuevo modelo residencial aboga por entornos más parecidos a un hogar y menos a un hospital, poniendo en el centro las necesidades de las personas residentes, garantizando sus derechos y respetando sus deseos en la atención y la vida cotidiana. En este modelo es fundamental enfatizar el rol de las gerocultoras, siendo necesaria su estabilidad laboral como un requisito de calidad en la atención, ya que la alta rotación puede ser perjudicial para el vínculo con la persona residente, además se sugiere implementar la figura de un profesional de referencia para no más de 5 personas residentes, lo cual aumenta la necesidad de personal cualificado y estable.

Implementar estas buenas prácticas de manera consistente no solo protege a las trabajadoras, sino que también contribuye directamente a la seguridad y bienestar de las personas residentes, creando un entorno de cuidado más seguro y saludable para todo el mundo. Pero las buenas prácticas también deben dirigirse a las instituciones públicas para que intervengan realizando un control periódico y exhaustivo de las condiciones de las residencias y del trabajo de las trabajadoras.

4.2. Propuestas para la negociación colectiva



UNA DOSIS DE REALIDAD:

En el convenio no hay nada de los riesgos y de los problemas que tenemos, habría que incluir aspectos para mejorar las condiciones de trabajo relacionadas con la exposición a riesgo ergonómico, psicosocial y biológico.

Aunque la prevención de riesgos laborales se rige por la ley (principalmente la Ley 31/1995 y el Real Decreto 664/1997 sobre agentes biológicos), los convenios colectivos pueden complementar y detallar algunos aspectos importantes:

- La empresa garantizará la eliminación y /o reducción al mínimo del riesgo de exposición a agentes biológicos que entrañe un peligro para la seguridad y salud.
- La empresa contratará con el servicio de prevención ajeno las actividades relacionadas con la especialidad de Higiene Industrial. Si hubiera optado por un servicio de prevención propio, éste contará con esta disciplina. En las empresas que, por sus características, se opte por la asunción de la empresa de las funciones del servicio de prevención, deberá tener contratadas estas actividades con un servicio de prevención ajeno.
- Los procedimientos y los diversos métodos de evaluación serán acordados con los delegados y delegadas de prevención y deberán ser siempre métodos validados y homologados científicamente, eligiendo el que mejor se ajuste a las características de los riesgos específicos a evaluar. Se priorizarán aquellas metodologías y criterios elaborados por el INSST.
- Las evaluaciones específicas a agentes biológicos se actualizarán de forma anual, salvo si se dieran las condiciones legalmente establecidas por la LRPL y el RD 664/1997 y fuera necesaria una actualización menor en tiempo.
- Se contará con un listado de puestos de trabajo exentos y con riesgo para el embarazo y la lactancia natural.
- Se deberá contar con un plan de actuación y mejora constante ante la exposición a agentes biológicos que contengan protocolos de actuación ante brotes o accidentes graves.
- La empresa habilitará taquillas individuales, que deberán reunir las condiciones necesarias para poder guardar, de forma separada, la ropa de calle y de trabajo y espacio específico para el almacenaje de los EPI.
- La empresa proveerá vestuarios, aseos y duchas adecuados al número de personas a las que debe prestar servicio, confortables y ventilados, contando con un servicio de limpieza específico.



- Los delegados y las delegadas de prevención deben participar en todo el proceso de toma de decisiones: evaluación del riesgo, propuesta de alternativas, selección del EPI, adecuación de los equipos a las personas, evaluación de su eficacia, etc. Dando participación a las personas trabajadoras que vayan a utilizarlos.
- El coste y la responsabilidad del lavado, descontaminación o destrucción de la ropa y EPI contaminados recae en la empresa. Se prohíbe explícitamente que el trabajador o trabajadora se lleve la ropa de trabajo a su domicilio.
- La formación en materia de seguridad y salud ante la exposición a riesgo biológico debe ser presencial, teórica y práctica, acorde tanto en los contenidos como en el tiempo de formación y debe acordarse con la representación sindical. Se realizará en horario de trabajo. En el caso de que se realicen fuera de dicho horario, se compensará el tiempo invertido en horas de descanso
- Los exámenes de salud se realizarán en horario de trabajo. En el caso de que se realicen fuera de dicho horario, se compensará el tiempo invertido en horas de descanso. La empresa deberá facilitar los medios para llevarse a cabo la vigilancia de la salud y en todo caso correr con los gastos derivados del desplazamiento. Dichas actuaciones se consensuarán con la representación sindical.
- Establecer protocolos de adaptación y/o cambio de puesto de trabajo para trabajadores y trabajadoras especialmente sensibles ante la exposición a agentes biológicos, con la participación de la representación sindical.

CAPÍTULO 5.

CONCLUSIONES Y RETOS DE FUTURO

A pesar de que las trabajadoras de residencias presentan una mayor prevalencia de infecciones respiratorias, gastrointestinales y de la piel en comparación con la población general, desgraciadamente las **conclusiones** de la información y documentación analizada y de la realidad del día a día en las residencias para personas mayores, sobre la gestión de la exposición a agentes biológicos, son negativas, identificando incumplimientos empresariales de gran calado ya que:

1. Existe una preocupación ante la falta de evaluaciones específicas de exposición a agentes biológicos. Las empresas no realizan las evaluaciones de riesgos generales con la periodicidad adecuada, y menos las específicas de la exposición a agentes biológicos.
2. Si no se realizan estas evaluaciones, no se pueden implementar medidas preventivas. La protección individual ante este riesgo es la medida más habitual, encontrando en algunos casos, una escasez y falta de idoneidad de la misma.
3. La formación y la información a las trabajadoras es nula y/o escasa.
4. La falta de personal influye negativamente en la gestión de la exposición a agentes biológicos. La presencia ajustada de las plantillas es crucial para poder adoptar las medidas organizativas, higiénicas y de limpieza, los protocolos y las medidas que conciernen a gran parte del trabajo de las trabajadoras.
5. La inacción ante la exposición a agentes biológicos es más preocupante en aquellas residencias gestionadas por fondos de inversión, las subrogaciones y las posibles externalizaciones de servicios agudizan la falta de seguridad y salud.
6. Las enfermedades derivadas de contagios en el entorno laboral se reconocen como comunes y no como laborales, con las desventajas que esta situación conlleva para el personal trabajador.
7. Existe una carencia de intervención de los servicios de prevención en las empresas, dos ejemplos concretos: son las propias residencias, incluso las trabajadoras, las que adoptan medidas para actuar antes los posibles brotes; los/as trabajadores/as acceden a las vacunas, como la gripe y el covid, a través de los programas de vacunación de salud pública para las personas residentes.
8. El personal gerocultor no puede acceder a la información sobre infecciones o enfermedades de las personas residentes debido a la protección de datos. Aunque son las gerocultoras las primeras en detectar que algo está mal, muchas veces no saben los diagnósticos y no pueden articular la prevención adecuada.

9. Se echa de menos la presencia en las residencias de personal cualificado. Debido a que la precariedad de las condiciones laborales y salariales incrementa la rotación, sobre todo en puestos de mayor cualificación como médicas y enfermeras, así como una mayor contratación de personal de oficios varios a los que se les da una formación mínima y se les contrata como gerocultoras o auxiliares.
10. Sólo a través de las denuncias y los requerimientos de la Inspección de Trabajo, se han conseguido mejoras en algunas residencias.

La gestión del riesgo biológico en residencias para mayores se enfrenta a **desafíos importantes** en el futuro, impulsados por el aumento de la población envejecida, las características de las personas residentes y la necesidad de integrar la bioseguridad con un modelo de cuidado centrado en la persona.

Hemos dejado claro que la dotación de personal, la presencia de trabajadoras por persona residente no es solo una cuestión de calidad asistencial, sino una medida preventiva de primer orden frente al riesgo biológico. Asimismo, la necesaria transformación del sector de residencias en cuanto al modelo de servicio y de sus instalaciones se convierte igualmente en una medida que pueda mejorar las enfermedades infectocontagiosas de las personas residentes y de forma consecuente, reducir la exposición laboral a agentes biológicos de las trabajadoras y de los trabajadores.

Consideramos imprescindible buscar el equilibrio entre la protección de las trabajadoras y la calidad de vida de las personas residentes mediante la innovación en los diseños de los espacios, creando estructuras y flujos de trabajo que permitan la sectorización o el aislamiento efectivo en caso de brote, sin que la residencia parezca un hospital; así como desarrollar guías de actuación que se puedan modular rápidamente en función del nivel de riesgo, minimizando las restricciones al proyecto de vida de los residentes.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) ha publicado un nuevo convenio: [C192 - Convenio sobre los peligros biológicos en el entorno de trabajo, 2025](#) que nuestro país todavía no ha ratificado. Resulta necesario un diagnóstico del sector sobre la exposición a agentes biológicos para demostrar la necesidad del cambio del modelo asistencial y la mejora de las condiciones de trabajo de las plantillas.

BIBLIOGRAFÍA

- EU-OSAH [Agentes Biológicos](#). FACTS 41, 2003.
- EU-OSAH [OSH in figures in the health and social care sector Report](#). 2024.
- AGRA VIFORCOS, B. [Riesgos laborales en una ocupación altamente feminizada: atención sanitaria y socioasistencial en residencias de la tercera edad](#). *Lex Social, Revista De Derechos Sociales*. 2021, nº 11 (2), pp.758-779.
- ALBA FERNÁNDEZ, J. [Guía de recomendaciones para la prevención de infecciones en residencias de mayores de La Rioja](#). 2024.
- ALEKSANDRE JEDYNSKA, A. et al. [Biological agents and work-related diseases: results of a literature review, expert survey and analysis of monitoring systems](#). Bilbao: EU-OSHA, 2019.
- BOUZA, E. et al. [La opinión del experto. El control de la infección en residencias de ancianos: un documento de reflexión](#). *EIDON*. 2021, 56, pp.166-227.
- CANUT BLASCO, A. [Infecciones en residencias de ancianos: microorganismos más frecuentes, uso de antimicrobianos y resistencias bacterianas](#). *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. 2007, Vol. 42, S1, pp.27-38.
- CC00 ILLES BALEARS. [Gabinete de salud laboral La salud laboral como herramienta transversal de la acción sindical](#). 2021.
- CES. [Mujeres, trabajos y cuidados: propuestas y perspectivas de futuro](#). 27 de abril de 2022.
- ESPAÑA. Jefatura del Estado. 1995. [Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales](#).
- ESPAÑA. Ministerio de la Presidencia. 1997. [Real Decreto 664/1997, de 12 de mayo, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo](#).
- ESPAÑA. Ministerio de la Presidencia. 1997. [Real Decreto 773/1997, de 30 de mayo, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas a la utilización por los trabajadores de equipos de protección individual](#).
- ESPAÑA. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 1997. [Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención](#).
- ESPAÑA. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2006. [Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro](#).
- ESPAÑA. Ministerio de Trabajo y Economía Social. 2023. [VIII Convenio marco estatal de servicios de atención a las personas dependientes y desarrollo de la promoción de la autonomía personal](#).
- FUNDACIÓN 1º DE MAYO. [Desarrollando la cultura preventiva en el sector de la dependencia de Andalucía: sensibilizar para la prevención en origen de los riesgos psicosociales en el puesto de gerocultora](#). Madrid, 2025.
- IMSERSO. [Informe de empleo en sector servicios sociales](#). 1º trimestre 2024.
- IMSERSO. [Informe de empleo en sector servicios sociales](#). 2º trimestre 2024.

- IMSERSO. [Informe de empleo en sector servicios sociales. 3º trimestre 2024.](#)
- IMSERSO. [Informe de empleo en sector servicios sociales. 4º trimestre 2024.](#)
- IMSERSO. [Censo de centros residenciales de servicios sociales en España. Situación año 2022.](#) 2024.
- INSHT. [Directrices para la evaluación de riesgos y protección de la maternidad en el trabajo.](#) 2011.
- INSST. [Siniestralidad en la actividad de asistencia en establecimientos residenciales 2016.](#) 2017.
- INSST. [NTP 652: Sensibilización laboral por exposición a ácaros \(I\): ácaros en el ambiente laboral.](#) 2018.
- INSST. [NTP 653. Sensibilización laboral por exposición a ácaros \(II\): técnicas de muestreo y prevención.](#) 2018.
- INSST. [NTP 700. Precauciones para el control de las infecciones en centros sanitarios.](#) 2018.
- INSST. [Guía para la gestión de los riesgos psicosociales en la actividad de cuidado para mayores.](#) 2020.
- INSST. [Las mujeres en actividades de cuidado de personas mayores. Exposición a factores psicosociales en establecimientos residenciales y servicio de ayuda a domicilio.](#) 2020.
- INSST. [Guía de Ayuda para la Valoración de las enfermedades profesionales. Sexta edición. Volumen II.](#) 2022.
- INSST. [Seguridad y salud en el trabajo. Estrategia española 2023-2027.](#) 2023.
- INSST. [Evaluación y gestión de riesgos psicosociales en la actividad de cuidado de personas mayores. Método para la evaluación y gestión de factores psicosociales en pequeñas empresas.](#) 2024.
- INSST. [Guía técnica para la evaluación y prevención de los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo.](#) 2024.
- INVASSAT. [Manual práctico para la evaluación del riesgo biológico en actividades laborales diversas.](#) 2018.
- ISTAS, SECRETARÍA CONFEDERAL DE LA MUJER DE CCOO, SECRETARÍA CONFEDERAL DE SALUD Y MEDIO AMBIENTE DE CCOO. [Guía sindical para la prevención de riesgos para la reproducción, el embarazo y la lactancia.](#) 2009.
- ISTAS. [La prevención de riesgos en los lugares de trabajo Guía para una intervención sindical. Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud\).](#) noviembre de 2013.
- ISTAS. [El día a día y las condiciones de trabajo.](#) 2018.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. [Protocolos de vigilancia sanitaria específica. Agentes Biológicos.](#) 2001.
- MONTSERRAT CODORNIU, J. [La calidad del empleo en las residencias para mayores: incidencia en la gestión de la covid-19. Zerbitzuan Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria = Revista de servicios sociales.](#) 2020, nº 73, pp. 45-60.
- NIELFA, G. La regulación del trabajo femenino. Estado y sindicatos. En GÓMEZ-FERRER, G. *Historia de las mujeres en España y América Latina.* Vol. 3, Madrid: Cátedra, 2006, pp.313-351.
- OIT. [Cómo proteger a sus empleados y a sus negocios contra la Pandemia de Gripe Humana. Manual de acción para pequeñas y medianas empresas.](#) 2009.
- OSALAN. [Principales factores de género que inciden en las actitudes y comportamientos ante los riesgos laborales y en los daños derivados de los mismos.](#) 2012.

- OSALAN. [Situación de mujeres y hombres en materia de accidentalidad laboral y enfermedades profesionales, \(Actualizado con datos de 2020\)](#). [2021].
- OSALAN. [Condiciones laborales, accidentes de trabajo y enfermedad profesional: una comparativa de la población migrante y autóctona en la C.A. de Euskadi desde una perspectiva de género](#). 2024.
- OSALAN. [Situación de mujeres y hombres en materia de seguridad y salud laborales: condiciones de trabajo, percepción de riesgos y daños para la salud](#). 2024.
- RODRÍGUEZ, P. y GONZALO, E. [COVID-19 en residencia de mayores: factores estructurales y experiencias que avala un cambio de modelo en España](#). *Gaceta Sanitaria*. 2022, vol.36, nº3, pp.270-273.
- SECRETARÍA CONFEDERAL DE SALUD LABORAL DE CCOO. [Guía para delegadas y delegados del sector sociosanitario. Residencias para mayores](#). 2021.
- SECRETARIA DE ESTADO DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y PENSIONES. DIRECCIÓN GENERAL DE ORDENACIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL. [Enfermedades profesionales sistema de alerta como herramienta para la prevención](#). Primer semestre 2024.
- SEPE. [Observatorio de las Ocupaciones, El empleo en España en el sector de los cuidados de larga duración](#). 2024.
- SEPE. [Observatorio de las Ocupaciones, Informe del Mercado de Trabajo de las Mujeres](#). 2024.
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA (SEGG). [Cuadro resumen Normativa Residencias](#). Rev.17, junio 2020.

CON LA FINANCIACIÓN DE:

AS2024-0019

COLABORA:



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE TRABAJO
Y ECONOMÍA SOCIAL



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

