

INVISIBLES Y ABANDONADAS: LAS TRABAJADORAS DE LOS CUIDADOS EN LAS RESIDENCIAS DE PERSONAS MAYORES ANTE LA PANDEMIA DE LA COVID-19

INVISIBLE AND NEGLECTED: CARE WORKERS IN CARE HOMES FOR OLDER PEOPLE AND THE COVID-19 PANDEMIC

PALOMA MORÉ CORRAL

Universidade A Coruña. España

paloma.more@udc.es

ORCID id: <https://orcid.org/0000-0003-2929-6987>

SANDRA LÓPEZ FERNÁNDEZ

Universidad de Castilla-La Mancha. España

Sandra.lfernandez@uclm.es

ORCID id: <https://orcid.org/0000-0002-2466-9572>

Cómo citar este artículo / Citation: Moré Corral, Paloma y Sandra López Fernández. 2025. "Invisibles y abandonadas: las trabajadoras de los cuidados en las residencias de personas mayores ante la pandemia de la COVID-19", *Revista Internacional de Sociología* 83(1): e272. <https://doi.org/10.3989/ris.2025.83.2.1333>

Recibido: 15 de febrero de 2024. **Aceptado:** 3 de diciembre de 2024. **Publicado:** 16 de octubre de 2025.

RESUMEN

Este artículo analiza el trabajo de cuidados en residencias de mayores en España antes y después de la COVID-19. El objetivo es doble: por un lado, analizar la organización del trabajo en los centros residenciales y su impacto en las rutinas de las gerocultoras; por otro, explorar el impacto de la pandemia en sus condiciones laborales, considerando sobrecarga emocional, gestión del duelo y reconocimiento social. El enfoque metodológico es cualitativo y el trabajo de campo consistió en 24 entrevistas semiestructuradas con trabajadoras de cuidados en residencias y otros perfiles relevantes. Los resultados muestran que el modelo de cuidados en residencias, basado en privatización, sobrecarga laboral y bajas ratios de personal, influyó en la gestión de la pandemia. Los discursos de las trabajadoras reflejan que, pese a las expectativas, no hubo mejoras en sus condiciones laborales ni apoyo en la recuperación tras la crisis sanitaria.

PALABRAS CLAVE: residencias de personas mayores; trabajo de cuidados; pandemia de la COVID-19; organización social del cuidado; metodología cualitativa.

ABSTRACT

This article analyzes care work in nursing homes in Spain before and after COVID-19. The objective is twofold: on the one hand, to analyse the organisation of work in residential centres and its impact on the routines of geriatricians; on the other, to explore the impact of the pandemic on their working conditions, considering emotional overload, grief management and social recognition. The methodological approach is qualitative and the fieldwork consisted of 24 semi-structured interviews with care workers in nursing homes and other relevant profiles. The results show that the nursing home care model, based on privatisation, work overload and low staff ratios, influenced the management of the pandemic. The workers' speeches reflect that, despite expectations, there were no improvements in their working conditions or support in the recovery after the health crisis.

KEYWORDS: Care homes; care work; COVID-19 pandemic; social care; qualitative methodology.

INTRODUCCIÓN

Este artículo analiza las condiciones laborales de las trabajadoras de atención directa en los centros residenciales para personas mayores en España, poniendo el énfasis en el periodo de la pandemia de la COVID-19 y la posterior vuelta a la normalidad. A través de una investigación cualitativa, en la que se llevaron a cabo 24 entrevistas en profundidad realizadas en el periodo 2020-2023 con gerocultoras y otros agentes involucrados en los cuidados residenciales, este artículo tiene dos objetivos: por un lado, analizar los aspectos estructurales de la organización del trabajo en los centros residenciales y su repercusión sobre el trabajo del personal de gerocultura; por otro lado, explorar el impacto que ha tenido la pandemia de la COVID-19 en el desempeño del trabajo de atención directa que desempeñan las personas gerocultoras, considerando aspectos como la gestión del duelo y el reconocimiento como parte de las condiciones laborales de este personal.

La literatura académica en España ha analizado ampliamente las condiciones de trabajo en el sector de los cuidados a personas mayores, pero se ha centrado principalmente en el empleo en los hogares (Díaz y Martínez-Buján 2018; Moreno *et al.* 2016), siendo mucho más escasas las investigaciones que hacen referencia al trabajo en las residencias geriátricas (López-Fernández, Candela Soto y Sánchez Pérez 2023; Montserrat 2020; Moré 2016). En 2020, la pandemia de la COVID-19 y sus consecuencias pusieron el foco de atención sobre las residencias de personas mayores, motivando una prolífica literatura que analizó los efectos de la primera ola de la pandemia, tanto para personas residentes como para trabajadoras (Galache, Ibáñez y Pérez Loza 2022; Zunzunegui *et al.* 2022; Rodríguez y Gonzalo 2022; Comas d'Argemir, Legarreta y García Sainz 2021; Costa-Font, Jiménez Martí y Viola 2021; Del Pino *et al.* 2020; Jiménez-Martín y Viola 2020), centrándose en la coyuntura excepcional de la crisis sanitaria. Este artículo pretende cubrir un vacío en la literatura al relacionar la crisis sanitaria en las residencias con las condiciones estructurales previas y con el proceso de recuperación de la actividad tras la pandemia. De esta manera, se visibiliza la situación que enfrentan cotidianamente los centros residenciales, estudiando sus carencias y limitaciones a la hora de prestar cuidados adecuados, pero también de cara a garantizar entornos laborales satisfactorios y exentos de riesgos para el personal que los presta.

En España la COVID-19 supuso la pérdida de más de 35 000¹ vidas humanas en las residencias de personas mayores (según fuentes oficiales), y este hecho ha llevado a cuestionar el modelo de atención residencial. En este sentido, la reciente evaluación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD, en adelante) pone de manifiesto la necesidad de revisar en profundidad el modelo de residencias, mejorando de manera simultánea las condiciones laborales y la calidad de la atención y promoviendo centros del tipo “como en casa” (Rodríguez-Cabrero y Marbán Gallego 2022: 305). Los avances hacia un nuevo modelo se han empezado a ver en documentos estratégicos, como la Estrategia Europea de Cuidados, que plantea un enfoque centrado en la persona y la sustancial mejora de las condiciones de trabajo en los centros, para hacerlos más atractivos ante la creciente demanda de mano de obra del sector (Comisión Europea 2022). En esta misma dirección apuntan dos planes estratégicos impulsados por el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 y por el Ministerio de Igualdad: por un lado, la Estrategia Estatal de Cuidados (2023) que pretende dar lugar a un Sistema Estatal de Cuidados en los próximos años; por otro lado, la Estrategia para la Desinstitucionalización (2024), que tiene por objetivo potenciar un modelo de atención comunitaria y personalizada, en el que las personas pueden vivir integradas en su comunidad y no en instituciones. Estas políticas están actualmente en fase de diseño y aún no se han comenzado a implementar. En todo caso, los resultados de esta investigación corroboran la necesidad de un cambio de modelo en la organización y la gestión del trabajo de cuidados en los centros residenciales para personas mayores.

El artículo se estructura de la siguiente manera: en un primer apartado, se presenta el marco teórico y conceptual que contextualiza la investigación y que resalta las contradicciones entre la lógica de mercado y la sostenibilidad de la vida, así como los principales elementos teóricos que caracterizan el trabajo de cuidados; en segundo lugar, se contextualiza y analiza el modelo de cuidados en centros residenciales para personas mayores en España, exponiendo sus principales limitaciones según la literatura previa; en tercer lugar, se detalla la metodología cualitativa que se ha llevado a cabo en este estudio; en cuarto lugar, se exponen los resultados de la investigación, los cuales conforman el grueso del texto y se organizan en tres subapartados que abordan: 1) el modelo de organización del trabajo en las residencias de mayores previo a la aparición de

1 Según la estadística semanal publicada por el IMSERSO sobre la evolución de la incidencia de COVID-19 en centros residenciales, el número total de fallecimientos de residentes con COVID-19 confirmado o con síntomas compatibles, desde el 14 de marzo de 2020 hasta el 29 de enero de 2023, asciende a 35 387 personas. Estos datos dejaron de publicarse en febrero de 2023. La última actualización puede consultarse aquí: https://imserso.es/documents/20123/117116/Inf_resid_20230129.pdf/a7dfa113-f148-a028-88ad-23fa85009e60.

la COVID-19; 2) la irrupción de la crisis sanitaria y el proceso pandémico en las residencias; 3) la posterior “vuelta a la normalidad” y las consecuencias derivadas de esta crisis. El artículo finaliza con un apartado de conclusiones.

EL TRABAJO DE CUIDADOS EN RESIDENCIAS: ENTRE LA RENTABILIDAD Y LA SOSTENIBILIDAD DE LA VIDA

La teoría feminista ha mostrado las contradicciones que existen entre el sistema económico capitalista, orientado hacia el crecimiento y la acumulación, y la lógica de la reproducción social, orientada hacia la sostenibilidad de la vida (Pérez-Orozco 2014). Esta tensión no resuelta está en el origen de la crisis de los cuidados (Fraser 2016), la cual se agudizó durante la pandemia de la COVID-19 (Arruzza 2020). Las residencias de personas mayores se han convertido en un ejemplo paradigmático de estas contradicciones entre la lógica de la rentabilidad económica y la lógica de la sostenibilidad de la vida.

Como señalan Harrington *et al.* (2017) el sector de los cuidados de larga duración en distintos países ha emprendido un proceso de privatización que ha llevado a incrementar enormemente el número de residencias con ánimo de lucro y a incorporar las ideas neoliberales de competencia y libre elección de los usuarios y usuarias. Estas autoras advierten de que el modelo de residencias con ánimo de lucro tiende a disminuir la calidad de los cuidados, debido a que los centros funcionan con menos personal y con peores condiciones laborales (Harrington *et al.* 2017). Por su parte, Walker, Druckman y Jackson (2022) señalan que la introducción de entidades con ánimo de lucro en la prestación de los servicios de cuidados en residencias de personas mayores implica que se da prioridad a los beneficios frente a la calidad de la asistencia, y que los costes y riesgos de las estructuras de grupos empresariales fuertemente financiados no los asumen sus inversores, sino las personas residentes y las trabajadoras a través de bajos salarios, malas condiciones laborales, precios elevados y recortes en los servicios. En el caso de España, Rico (2021) ha documentado de manera extensa la expansión y crecimiento del capital privado en el sector de las residencias. Su investigación revela una importante presencia de fondos de inversión en el sector y una fuerte concentración empresarial en los últimos años. Las cifras obtenidas por Rico muestran que tan solo ocho grupos empresariales gestionan 485 centros y 64 060 plazas, lo que supone el 17 % del sector. Las residencias son un negocio en el que, para iniciarse, es necesario invertir grandes cantidades de capital, pero con la certeza de que se recuperarán con creces, aunque sea en detrimento de las condiciones de vida de las personas residentes y de las condiciones laborales de las trabajadoras (Rico 2021).

Las contradicciones entre la lógica de mercado y la lógica de la sostenibilidad de la vida se hacen patentes en el trabajo que debe realizar el personal gerocultor en las residencias de personas mayores por distintos motivos: 1) el trabajo de cuidados requiere una enorme cantidad de tareas materiales, que implican tanto técnica como fuerza física (Molinier 2013) y que se realizan principalmente en contacto estrecho con el cuerpo ajeno (Wolkowitz 2002) para lograr que las personas en situación de dependencia puedan realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD, en adelante). 2) El trabajo de cuidados es intensivo en tiempo y no es fácil que aumente la productividad laboral (definida en términos de producción por unidad de tiempo trabajado) (Walker, Druckman y Jackson 2022), porque hay tareas que no se pueden realizar más rápido sin violentar a las personas residentes. 3) El trabajo de cuidados es relacional e implica conexiones emocionales recíprocas, lo que hace particularmente vulnerables a las personas trabajadoras a la fatiga emocional (Duffy 2015). Las personas trabajadoras de los cuidados tienen como parte de su rutina el trabajo de inducir o reprimir sus emociones (Hochschild 1983) para generar un cierto efecto en el estado de ánimo de las personas a las que cuidan, pero deben disponer del tiempo necesario para poder llevar a cabo estas tareas. 4) El trabajo de cuidados implica una dimensión ética que alude al compromiso y la responsabilidad con las necesidades de las otras personas (Tronto 1994). En el caso de las personas trabajadoras de las residencias, esta responsabilidad implica mantener el bienestar y la integridad de las personas residentes, atendiendo tanto a las tareas físicas como a los aspectos emocionales y relacionales (Moré 2016). Se trata de un aspecto fundamental del trabajo de cuidados a pesar de que no se valora ni se reconoce económicamente como en otras profesiones (Molero 2020).

En definitiva, la mercantilización de los cuidados refleja un proceso más amplio de integración de la ideología neoliberal de mercado en la prestación de servicios básicos de bienestar (Walker, Druckman y Jackson 2022). En el caso concreto de España, los recortes promovidos por las políticas de austeridad tras la Gran Recesión erosionaron la implementación de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia (LAPAD, en adelante) (FOESSA 2019), generando un contexto de debilidad institucional y de escasos recursos a la hora de enfrentar una crisis sanitaria como la de 2020 (Amnistía Internacional 2020). Los déficits estructurales previos que tenían las residencias en cuanto a falta de recursos humanos y materiales se llevaron al límite, dejando a personal y residentes en una situación de desamparo

(Médicos sin Fronteras 2020) que generó un gran impacto en el trabajo de cuidados en los centros.

EL MODELO DE CUIDADOS EN CENTROS RESIDENCIALES EN ESPAÑA

La entrada en vigor de la LAPAD y la creación del SAAD en 2007 fueron un hito en la política social en España, al reconocer por primera vez la atención a la dependencia como un derecho universal y subjetivo. Sin embargo, la implementación de estas medidas ha tenido grandes limitaciones, en parte debido a los recortes sufridos a raíz de la Gran Recesión (FOESSA 2019; Rodríguez-Cabrero y Marbán Gallego 2022), pero también debido al particular modelo de cuidados basado en la gestión mixta público-privada (Montserrat 2020).

Esta gestión mixta público-privada implica, en la práctica, que la privatización sea la característica más destacada del modelo de residencias en España (Navarro y Pazos 2020). Esto se hace a través de distintos mecanismos, como pueden ser la concertación de plazas públicas en centros privados (según el Censo de Residencias 2022 publicado por el IMSERSO, el 73,8 % de los centros para personas mayores son de titularidad privada); a través de la cesión de la gestión integral de residencias públicas a entidades privadas (el 12 % del total de centros son de titularidad pública y gestión privada) y, por último, a través de las prestaciones económicas vinculadas al servicio (PEVS), que se orientan hacia plazas en centros privados. Así, según el Censo de Residencias del año 2022, solamente el 14,17 % de los centros y el 14,19 % de las plazas residenciales para personas mayores cumplen la doble condición de titularidad pública y gestión pública (IMSERSO 2024).

La implementación de la LAPAD en el contexto de la Gran Recesión favoreció la entrada de grandes empresas y fondos de inversión que lideraron la expansión de los centros residenciales privados (CES 2020), con una importante tendencia a la creación de macro residencias (el Censo de Residencias de 2022 revela que el 51 % de las camas en residencias para personas mayores están ubicadas en centros de más de 100 plazas). Además, el sector ha tendido a la favorecer la presencia de grandes grupos empresariales y fondos de inversión, que han ido absorbiendo a las empresas más pequeñas (Rico 2021). De manera paralela, desde las administraciones no se han promovido una cultura ni unos mecanismos eficaces para evaluar cómo se lleva a cabo la gestión de los centros residenciales (Rodríguez-Cabrero y Marbán Gallego 2022). De hecho, muchos centros no se inspeccionan ni una vez al año (Domínguez, Sosa y Troya 2021) y apenas existen mecanismos formales-legales de provisión de información hacia residentes y familiares (Pérez-Durán y Hernández-Sánchez 2021). A esto se añade la falta de articulación entre el sistema sociosanitario y el sistema sanitario público, lo cual explica en parte los errores de coordinación durante la crisis sanitaria de la pandemia de la COVID-19 (Comas d'Argemir, Legarreta y García Sainz *et al.* 2021).

En lo que respecta a los recursos humanos, se trata de un sector estratégico para la creación de empleo. Los datos de afiliación a la categoría de “asistencia en establecimientos residenciales” muestran un crecimiento interanual del 7,1 % en 2023 (IMSERSO 2023). Se trata de una fuerza de trabajo muy feminizada y con una elevada proporción de trabajadoras de origen migrante (Martínez-Buján y Moré 2021). Las condiciones laborales en el sector se caracterizan por ser peores que en el sistema sanitario. En concreto, en el caso del personal gerocultor, que son la categoría con mayor presencia y contacto con las personas residentes, sus empleos tienen bajos salarios, alta rotación, jornadas parciales, horarios atípicos, turnos rotativos, y bajas por enfermedad o accidente (López-Fernández, Candela Soto y Sánchez Pérez 2023; Martínez-Buján y Moré 2021; Montserrat 2020; Jiménez-Martín y Viola 2020). Prueba de esta situación es que la negociación colectiva estuvo bloqueada entre los años 2019-2023, paralizando la renovación del VIII Convenio Marco Estatal. El principal punto de conflicto era la demanda sindical de una subida salarial para el personal gerocultor. Como consecuencia, los salarios estuvieron estancados desde 2019 hasta 2023, año en el que subieron un 6,5 %, llegando a ascender el salario base a 1104,45 euros brutos.

Además, estudios cualitativos han visibilizado que las personas gerocultoras en las residencias de personas mayores trabajan bajo elevados niveles de estrés debido a la escasez de personal para llevar a cabo las tareas prescritas (Moré 2016). Esta autora señala que la organización del trabajo en las residencias de personas mayores se caracteriza por una lógica de la rentabilidad económica que se concreta en la presión de tiempos, la estandarización de las tareas y los intensos ritmos de trabajo (Moré 2016). En este sentido, Burns, Hyde y Killet (2016) ponen de manifiesto que la organización del trabajo en las residencias establece un marco que conecta la calidad del trabajo y del cuidado, con efectos sobre el bienestar de personas trabajadoras y residentes. Así, la presión a las primeras para reducir el tiempo de interacción con las personas residentes con el fin de aumentar su productividad tiene consecuencias negativas sobre su percepción acerca de la calidad del cuidado que proveen (Walker, Druckman y Jackson 2022).

En este contexto de privatización y precariedad irrumpió en 2020 la pandemia de la COVID-19, produciendo una crisis humana sin precedente en las residencias de personas mayores. España fue uno de los países con mayor mortalidad en las residencias en relación con la población de 80 y más años (OCDE 2020). Diversas

investigaciones cuantitativas relacionan los niveles de mortalidad con las características estructurales del modelo de centros residenciales. Por ejemplo, Barrera-Algarín *et al.* (2021) señalan que el tamaño de las residencias y la extensión del modelo de centros privados están relacionados con las altas tasas de mortalidad. Según estos autores, el modelo de residencias mejor preparadas para enfrentar la COVID-19 son aquellas públicas de menos de 25 plazas (Barrera-Algarín *et al.* 2021). Por su parte, Zunzunegui *et al.* (2022) llegaron a conclusiones similares. Fresno *et al.* (2020) también señalan las bajas ratios de personal como un factor de riesgo en el contagio y el fallecimiento durante la primera ola de la pandemia. Estas investigaciones cuantitativas ponen el foco en la comparación entre centros según sus características (modelo de gestión, tamaño, etc.), pero consideramos que es necesario complementarlas, como se hace en este artículo, con una visión cualitativa que permita captar la organización del trabajo y las condiciones en las que el personal gerocultor desempeña sus tareas.

Como consecuencia de la pandemia de la COVID-19, se ha enfatizado en las limitaciones que enfrentaba el SAAD y el modelo de cuidados en general (Navarro y Pazos 2020). Una de las primeras medidas que se tomaron fue ampliar la financiación del SAAD a través del Plan de Choque en Dependencia para 2021-2023. En 2022, se aprobó un nuevo Acuerdo de acreditación sobre los criterios que deben cumplirse para garantizar la calidad de los centros residenciales. En este documento, se especifica la importancia de transitar hacia un modelo de atención centrada en la persona, entendida como “una nueva relación entre las personas, los profesionales y la comunidad”, incidiendo en aspectos como el respeto a la capacidad de elegir, la toma de decisiones de las personas usuarias, el derecho al bienestar personal y la proximidad con el entorno comunitario; y, a nivel práctico, introduce importantes cambios en la organización de los centros residenciales (Rodríguez-Cabrero y Marbán Gallego 2022). En esta misma línea de dignificación de los cuidados y de garantizar una atención centrada en la persona, se posicionan tanto la Estrategia Estatal de Cuidados (2023) como la Estrategia para la Desinstitucionalización (2024), ambas muy críticas con el modelo actual. De esta manera, se sientan los precedentes para avanzar en un cambio positivo que implique una nueva consideración de las personas residentes en los centros residenciales. Estos documentos enfatizan también la necesidad de mejorar las condiciones laborales de quienes trabajan en atención directa. Está por ver, sin embargo, cómo será el proceso de implementación de estas políticas y cuál será el alcance real que estas líneas estratégicas tendrá sobre el modelo de residencias de personas mayores a medio y largo plazo.

METODOLOGÍA

Enfoque metodológico

Esta investigación adopta un enfoque fenomenológico hermenéutico (Heidegger 1986) para analizar los cuidados en centros residenciales para personas mayores. Este marco teórico permite una comprensión profunda y contextualizada de las experiencias y significados de las personas participantes (Van Manen 1997), al enfocarse en la interpretación y comprensión de los fenómenos sociales, reconociendo la importancia de las interpretaciones subjetivas. La metodología cualitativa utilizada se concretó en la realización de 24 entrevistas semiestructuradas en profundidad con perfiles seleccionados por su capacidad para capturar actitudes e imágenes sociales relevantes (Adams 2015).

Perfil de las personas participantes

El trabajo de campo se desarrolló en tres Comunidades Autónomas: Castilla La Mancha, Galicia y la Comunidad de Madrid, desde abril de 2020 hasta enero de 2023. Este trabajo de campo diacrónico ha podido captar las experiencias relativas a la pandemia de la COVID-19 y al proceso de recuperación, pero también hacer referencia a que la crisis sanitaria fue un momento de excepcionalidad en un sector laboral con características muy marcadas en relación con la organización del trabajo. Estos tres territorios han sido seleccionados como ejemplos de la distinta intensidad que tiene la privatización del modelo residencial en las CC. AA. Como se observa en la siguiente tabla, en la Comunidad de Madrid predomina claramente el sector privado; en Galicia también predomina el sector privado, pero se encuentra en la media de España, y en Castilla-La Mancha, aunque también cuenta con importante presencia privada, el sector público está más presente que en los otros dos casos. De esta manera nuestra muestra de entrevistas intenta reflejar la diversidad dentro del territorio español.

Tabla 1. Plazas y centros residenciales para personas mayores según su titularidad y gestión

CCAA	Total		Tit. Privada - Gest. Privada		Tit. Pública -Gest. Privada		Tit. Pública -Gest. Pública		Tamaño medio (plazas)*	Financiación pública de las plazas*
	Plazas	Centros	Plazas	Centros	Plazas	Centros	Plazas	Centros		
Castilla - La Mancha	25.411	367	67,8%	55,3%	17,6%	23,7%	14,7%	21%	78,8	71,6%
Galicia	21.389	325	78,1%	77,5%	12,0%	10,8%	9,9%	11,7%	76	67,6%
Com. de Madrid	46.813	409	79,4%	85,3%	8,0%	8,3%	12,7%	6,4%	111,2	41,9%
España	323.272	4.396	75,5%	73,8%	10,3%	12,1%	14,2%	14,2%	72,5	62,7%

Fuente: IMSERSO 2024. *Estos datos incluyen centros residenciales para personas mayores y personas con discapacidad

La muestra intencional estuvo formada por 24 entrevistas en profundidad, con 8 entrevistas en cada Comunidad Autónoma, atendiendo a diferentes perfiles: auxiliares de enfermería o gerocultoras (17), de las cuales dos eran, además, representantes sindicales; otras trabajadoras de atención directa con perfil profesional (enfermería, trabajo social, psicología) (4), de las cuales dos eran representantes sindicales; portavoces de asociaciones de familiares (2), y personal directivo de residencias (1). Esta selección permitió: por un lado, privilegiar el discurso de las gerocultoras para profundizar en sus condiciones laborales; y, por otro, obtener una visión integral y diversa de las experiencias y percepciones sobre los cuidados en las residencias de personas mayores. Como criterios de inclusión, se entrevistó a trabajadoras que tuvieran un mínimo de tres años de experiencia en residencias de mayores y que pudieran aportar experiencias en distintos tipos de centros a lo largo de sus carreras laborales. Las entrevistas han adoptado un enfoque biográfico centrado en la trayectoria laboral, por lo que los relatos de las entrevistadas nos ofrecen numerosos ejemplos de su trabajo en diversos centros o con distintas empresas dentro de un mismo centro, por la subrogación de las concesiones de gestión en las residencias concertadas. Además, para garantizar una visión general del sector se entrevistó a personas que fueran representantes de los y las trabajadoras (4), presidentes o presidentas de asociaciones de familiares (2) y representantes de asociaciones de residencias (1).

Instrumento y recogida de datos

Las entrevistas tuvieron una duración promedio de 60 minutos y se realizaron tanto presencialmente como por videollamada, según las preferencias y disponibilidad de las participantes. Las características de las personas entrevistadas pueden encontrarse en el ANEXO (Tabla 3). Todas las participantes dieron su consentimiento expreso y las entrevistas fueron grabadas en audio y transcritas posteriormente. Se emplearon guiones semiestructurados diseñados para cada perfil de participantes, manteniendo flexibilidad en la conversación para facilitar la exploración abierta de sus opiniones, experiencias y significados (Valles 1997). Las cuestiones prioritarias que se indagaban en los guiones estaban relacionadas con: las rutinas de trabajo y el tiempo que podían dedicarles; la calidad del trabajo en términos materiales; la organización del trabajo; la calidad de los cuidados y el bienestar de las personas residentes; el impacto de la pandemia de la COVID-19; el proceso de recuperación y vuelta a la rutina tras la crisis sanitaria, y las expectativas de futuro. Las entrevistas con trabajadoras de atención directa han tenido un enfoque de curso de vida laboral para poder reflejar sus percepciones en los distintos puestos de trabajo desempeñados y a lo largo del tiempo. Por ello, cada entrevista aporta información sobre distintos tipos de centro en cuanto a titularidad, gestión y tamaño.

Análisis

Después de transcribir las entrevistas semiestructuradas en profundidad, se empleó el software ATLAS-ti para realizar un análisis cualitativo de los datos recolectados. Siguiendo las fases propuestas por Braun y Clarke (2006), después de una primera fase de transcripción y familiarización con los datos, se procedió a codificar los discursos, estableciendo conjuntos iniciales de códigos. En la Tabla 2 se detallan las unidades de significado identificadas en las entrevistas, agrupándose en seis subtemas que surgieron de la interacción establecida durante el proceso de codificación.

Tabla 2. Temas, subtemas y unidades de significado para el análisis

Temas	Subtemas	Unidades de Significado
Situación antes de la pandemia en los sucesivos empleos	Descripción del trabajo y ambiente previo	Rutina turnos, tareas de cuidados, ratios de personal, tiempo de atención directa y personalizada.
	Desafíos laborales	Personal, recursos materiales, retos, escasez, insuficiente, calidad cuidados, presión tiempos, riesgos laborales
	Condiciones laborales	Salarios, turnos, horarios, conciliación, contratos, diferencia público-privado, diferencias sector sanitario
Vivencias durante la Covid-19	Impacto psicológico	Estrés, miedo, ansiedad, carga emocional, duelo
	Cambios en protocolos y prácticas diarias	Adaptaciones, caos, incertidumbre, nuevas normativas, medidas de protección, oportunidad cambio de modelo
	Reconocimiento	Reconocimiento social, reconocimiento individual/ centros, aplausos
Postpandemia	Adaptaciones y prácticas en el día a día	Hacer como si nada, continuar con el trabajo, no más recursos
	Cambios a medio plazo	Falta de recursos, falta de apoyo institucional, sobrecarga emocional, olvido
	Reflexión general	Oportunidad cambio de modelo, volver a repetirse, impacto

Fuente: elaboración propia

RESULTADOS

Los resultados obtenidos de la investigación toman forma en tres grandes grupos: comenzamos describiendo la situación estructural de los centros residenciales, previa a la pandemia, en relación con la organización del trabajo de atención directa; después, analizamos la situación vivida durante la COVID-19 desde la voz de las participantes en la investigación; por último, describimos el proceso de apertura a la nueva normalidad y la situación postpandemia de los cuidados en los centros residenciales.

Cuidados bajo mínimos: “no me da tiempo ni a verles la cara”

Los discursos reflejados en las entrevistas coinciden en señalar que la escasez de personal para desempeñar la atención directa a las personas residentes es la característica principal de las residencias en España, especialmente de aquellas que están gestionadas por empresas privadas. El modelo de mercantilización de los cuidados se caracteriza por anteponer una lógica de rentabilidad económica a una lógica de la sostenibilidad de la vida y del bienestar de las personas residentes y de quienes les atienden. Son numerosos los ejemplos en el trabajo de campo que revelan esta realidad y es llamativa la reiteración de los testimonios a este respecto. La metáfora de la fábrica, con claras alusiones a la cadena de montaje propia del taylorismo (Moré 2016), ilustra a menudo los discursos de las trabajadoras:

En esa residencia ibas todo a correr, o sea, yo llegó un momento en que decía: “parece que estoy en Citroën, no me da tiempo ni a verles la cara” (E10, gerocultora, Galicia).

Como consecuencia, existe una demanda generalizada entre las trabajadoras y también entre otros agentes entrevistados, como las asociaciones de familiares, de aumentar las ratios de personal de atención directa en las plantillas, con el fin de adecuarlas a las necesidades reales de las personas residentes, que en su mayoría son grandes dependientes. La falta de adecuación entre recursos humanos y necesidades de cuidados implica gran intensidad en los ritmos de trabajo para el personal de gerocultura. Además, el propio flujo de tareas las obliga a proporcionar unos cuidados de baja calidad, poniendo en riesgo tanto su salud como la de las personas residentes:

En el turno de noche, somos dos auxiliares y una enfermera para toda la residencia [150 personas], así que toda la noche estamos “sube, baja, baja, sube”, y si se cae alguien que no puede timbrar, pues ahí se quedará hasta que hagamos nosotras la ronda (E14, gerocultora, Galicia).

Esta presión de tiempos ejerce una influencia significativa en la ejecución de las tareas, llevando a un enfoque mecánico que limita la capacidad de atender las necesidades menos visibles. Aspectos cruciales como la escucha, el diálogo, la estimulación, entre otros, se ven relegados debido a esta dinámica, lo que puede tener implicaciones negativas en la calidad de los cuidados proporcionados. Se trata de una organización del trabajo estandarizada que no tiene en cuenta que la atención a las personas no puede regirse únicamente por el tiempo “de reloj”, es decir, por horarios estrictos que recuerdan la organización de una fábrica, pues esto no concuerda con las características específicas de la población a la que se atiende en estos centros:

Son personas, no son máquinas ni muebles, entonces hay un día que un abuelillo se levanta mejor, otro se levanta peor, otro se levanta de una manera, otros de otra; entonces claro, nunca dan los tiempos, pero no, ellos te exigían que estén todos levantados a una hora (E8, gerocultora, Madrid).

Se constata así una clara confrontación entre la realidad del trabajo y la ética del cuidado, que está marcada por la escucha de las necesidades ajenas (Molinier 2013). Ante esta contradicción entre los tiempos de vida y los tiempos de trabajo, las trabajadoras desarrollan estrategias de resistencia para poder cumplir con las tareas asignadas. Los testimonios reflejan distintos reajustes de tiempo que van desde alterar las rutinas de las personas mayores hasta extender los horarios laborales:

La cena es a las 19:00 en esa empresa, pero a veces nosotros por agilizar el trabajo y no hacerlo tan atropellado, empezamos a las 18.30, con los que toman triturado, para darles con tranquilidad de comer en boca (E9, gerocultora, Madrid).

Cuando llegabas al turno de la mañana [tenías que levantar] a lo mejor a 15 abuelitos, sabes, entonces tú entrabas a las 8:00 de la mañana y había gente, sobre todo la gente nueva, que entraba a las 7:00 para que le diera tiempo” (E14, gerocultora, Galicia).

De manera paralela a la sobrecarga laboral y la intensificación del trabajo, los equipos directivos de los centros residenciales establecen protocolos para reducir las tareas de del personal gerocultor. En la lógica de gestión, esto implica hacer más eficiente el proceso de trabajo, logrando ajustar los tiempos con el personal disponible (referencia). Pero en la práctica, esto atenta frontalmente contra la lógica de la sostenibilidad de la vida, erosionando el bienestar y la calidad de vida de las personas que residen en los centros y que dependen de las trabajadoras para las ABVD. Algunos de los ejemplos recopilados durante el trabajo de campo y que evidencian esta situación son: el uso generalizado de pañales a personas que, con ayuda para ir al baño, no los necesitarían; la pérdida de movilidad porque no se les puede acompañar a caminar; los extensos tiempos muertos haciendo cola para bajar o subir en el ascensor; los aseos en la cama en lugar de las duchas; las sujeciones físicas; el adelanto de la hora en que se comienza a levantar a las residentes (a veces incluso en el turno de noche) para que dé tiempo antes del desayuno. De esta manera, el trabajo de cuidados, que como veíamos es multidimensional (Duffy 2015; Molinier 2013), se reduce a las tareas imprescindibles para garantizar la supervivencia (Burns, Hyde y Killet 2016).

De manera paralela, las personas auxiliares de enfermería o gerocultoras tienen trayectorias laborales marcadas por la temporalidad y la rotación por distintos centros (Martínez-Buján y Moré 2021; Montserrat 2020), lo que las lleva a una sensación de inestabilidad laboral. Además de la cuestión de los bajos salarios, que como se ha señalado plantea grandes conflictos entre sindicatos y patronal, las trabajadoras constatan la desigualdad de condiciones laborales con respecto a sus homólogas del sector sanitario.

Tienes un montón de responsabilidades y las condiciones laborales no son muy alentadoras. Ni los salarios son competitivos, ni las condiciones de trabajo también, el sistema de turnos, el trabajar los fines de semana, todo eso, al final, causa mella (E15, gerocultora y representante sindical, Galicia).

En definitiva, podemos señalar que la crisis de la COVID-19 irrumpe en un contexto de mercantilización de los cuidados marcado por distintas carencias estructurales, dejando al descubierto las tensiones latentes entre la lógica mercantil y la sostenibilidad de la vida.

COVID-19: una pesadilla en solitario

En este contexto, es fácil comprender las negativas consecuencias que ha tenido la pandemia, especialmente en la primera ola, en unos centros que ya estaban sobrecargados y donde cualquier ausencia de una persona gerocultora ya modificaba enormemente los tiempos y la carga de trabajo del resto de los equipos. Las palabras más repetidas al recordar el proceso de la pandemia, especialmente la primera ola, son las de 'caos', 'horror', 'dureza', 'pena' y 'desesperación'. En los testimonios que relatan cómo se vivieron esas primeras semanas de pandemia, se entrecruzan la desesperación por no dar abasto con el trabajo, el miedo al contagio y a contagiar a sus familiares, la incertidumbre de no saber quién podía ser portador del virus y de hasta qué punto podía llegar a extenderse la enfermedad, pero también la impotencia, la desesperación y la tristeza de ver a las personas más vulnerables enfermas, aisladas y asustadas:

Fue horrible, horrible. Fue horrible en el sentido de que, claro, estábamos desprovistos de todo... Un día eran 6 positivos, al día siguiente eran 20, al día siguiente, de los 6 primeros habían muerto 4 y ya no eran 20 positivos, sino 50, y ya de repente toda la residencia [contagiada] (...). No teníamos guantes, no teníamos mascarillas, no teníamos EPIS de ningún tipo (...). Después de 3 semanas, me parece que la mitad de las auxiliares cogimos baja de COVID (E14, gerocultora, Galicia).

Otro de los aspectos que ha tenido consecuencias importantes en su trabajo es que, en el contexto del caos y la desinformación de las primeras olas de COVID-19, las contrataciones se llevaban a cabo sin los requisitos mínimos necesarios. Las elevadas tasas de bajas laborales, derivadas de la inseguridad a la que se enfrentaba este personal, contribuyeron a formar plantillas incompletas, sin cumplir con la formación básica obligatoria para ejercer como profesionales de los cuidados: *"Uf, ahí es cuando... se contrataban antes de finalizar el curso. Entonces no había control, y todas esas se han quedado..."* (E20, ex-técnica de empleo, Castilla-La Mancha).

Debido al elevado número de bajas laborales como consecuencia de la COVID-19, a petición de las patronales de dependencia, una resolución de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales del 30 de diciembre de 2021 autorizó a las residencias a contratar personal sin titulación, siempre que tuviera experiencia en cuidados a personas dependientes. Se modificaba así el Acuerdo de 27 de noviembre de 2008, sobre criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (BOE 2021).

Los relatos muestran que, en ese contexto de plantillas mermadas, caos e incertidumbre, las trabajadoras tuvieron sobre ellas una enorme responsabilidad que sobrellevaron sin un asesoramiento o ayuda externa: *"Desamparadas, totalmente abandonadas. Esa es la palabra. Te sientes muy mal, porque nosotras también tenemos familia"* (E18, gerocultora, Castilla-La Mancha). También lo observaron de la misma manera los agentes expertos que observaban la crisis vivida: *"Pues mucho descontrol, muy poca formación, muy a sálvese quien pueda"* (E17, psicóloga y orientadora laboral, Castilla-La Mancha). La situación laboral, que en algunos casos se extendía hasta 12 horas ininterrumpidas, se vivió agravada por la necesidad de gestionar el duelo:

Y para mí lo peor no fue el estrés: echábamos 12 horas seguidas durante una semana y luego libramos tres días. No era el estrés. A mí lo que me dolió fue que murieran solos, eso lo tendrían que haber gestionado de otra manera y no permitir que murieran solos. (E21, gerocultora, Castilla-La Mancha).

No solo experimentaron la falta de asistencia directa en los centros residenciales, sino que también se encontraron con la negación de acceso a los hospitales para trasladar a los usuarios contagiados, poniendo en riesgo sus vidas.

Se nos llegaron a morir al día dos y tres personas juntas. Las residencias se pensaron que eran hospitales, aquí no venía nadie a ayudarnos, no vino nadie a atender a nadie. No podíamos derivar a los usuarios al hospital. Era horroroso... a mí se me saltan las lágrimas (se pone a llorar). (E18, gerocultora, Castilla-La Mancha).

A consecuencia de la COVID-19 y de la falta de una mejor organización y preparación de los centros, las trabajadoras han visto morir en un corto periodo a un número muy significativo de residentes. Esta pérdida se agrava (en comparación con los centros hospitalarios) por el hecho de que el contacto con las personas residentes puede prolongarse durante años, haciendo que la relación sea estrecha:

Pues yo estuve haciendo cajas de los enseres de toda la gente fallecida, que eran unos 82 o así (...). Veías sus cositas y pues te da pena porque al final es tu trabajo, pero les coges cariño, ¿sabes? Muy duro, es muy duro, es muy duro, muy duro de verdad, nadie lo sabe, o sea, es de vivirlo. De hecho, estoy hablando y me emociono [llora]. Pero bueno... hicimos lo que pudimos (E8, gerocultora, Madrid).

Enfrentar este duelo no ha sido fácil, sobre todo porque no ha habido medidas específicas para ello. Las trabajadoras coinciden en afirmar que lo han hecho como han podido. Aunque se ha proporcionado apoyo psicológico a profesionales sanitarios de primera línea (Danet 2021), la ausencia de esta medida para el personal de atención directa en las residencias pone en evidencia el escaso reconocimiento y valoración social de los cuidados.

Pero lo peor no fue cuando estabas en todo el meollo, lo peor vino después, cuando te paras y piensas en todo lo que has vivido. Pensar en todo después fue peor. Porque cuando estás en todo el lío ni piensas. Ibas por la residencia y esto parecía un mar de lejía. Pero no hemos necesitado psicólogo ni nada, nos hemos curado entre todas solas... (E19, gerocultora, Castilla-La Mancha).

Con el tiempo, surgió la sorpresa de cómo lograron superar este desafío. Y después la sensación de que, a pesar de haber realizado una labor destacada, la apreciación y el reconocimiento no fueron acordes al esfuerzo realizado, lo que les generó una sensación de soledad y desvalorización:

Entonces, muy duro, ha sido muy duro, o sea, nadie lo sabe nada más que los que lo hemos estado viviendo, ¿sabes? Y luego, teniendo que escuchar barbaridades en la tele, pues mira, yo sí que puedo estar tranquila que he hecho lo que he podido, he estado con ellos a muerte y ya está, ¿sabes? (...) yo he estado dándoles mi apoyo y mi cariño a todos, a todos, a todos, a todos (E8, gerocultora, Madrid).

La falta de reconocimiento social ha generado una sensación de soledad y desvalorización en el desempeño laboral. Las trabajadoras coinciden en señalar que, durante las primeras olas de la pandemia, se sintieron invisibilizadas con respecto a otros colectivos —como el personal médico en los hospitales— y resaltan la importancia de restituir la imagen del personal de atención directa, especialmente gerocultor, en las residencias de personas mayores. Con el tiempo, algunas afirman que les llegaron las felicitaciones desde la dirección de sus centros, pero no estuvieron asociadas a ninguna medida compensatoria efectiva y tampoco se hizo un reconocimiento general al colectivo de personas trabajadoras de los cuidados:

La dirección nos reconoció el trabajo que habíamos hecho y el sacrificio y todo. No podemos decir que no. A ver, moralmente, no de otra forma, no, pero moralmente sí nos felicitaron a todos y nos dieron las gracias por la colaboración (E9, gerocultora, Madrid).

Una vuelta a la “normalidad” sin proceso de recuperación

Durante las entrevistas, se indagó en la autopercepción de las trabajadoras sobre su bienestar durante la llamada ‘vuelta a la normalidad’, una normalidad que podría calificarse de ‘descafeinada’, pues en las residencias el uso obligatorio de mascarillas y las medidas de seguridad se mantuvieron hasta 2023. Los testimonios reflejan un sentimiento de abandono que se manifiesta no solo en la falta de reconocimiento de su labor excepcional durante la pandemia, sino también en la ausencia de apoyo psicológico y en la insuficiente atención a sus necesidades emocionales y de bienestar más adelante.

De sus discursos emerge la invisibilidad de su trabajo en tiempos de COVID-19: “no creo que pensarán en nosotras cuando aplaudían” (E21, gerocultora, Castilla-La Mancha) y el escaso reconocimiento social que tiene su profesión para la sociedad en general. La falta de valoración social sobre su empleo se extiende a todas las entrevistas realizadas: “La poca valoración que se nos dio y el esfuerzo que hicimos” (E16, gerocultora y representante sindical, Galicia). Esta falta de reconocimiento externo convive con una autopercepción positiva de sí mismas relacionada con sentimientos de orgullo por la labor que realizaron. Esta revalorización tiene su origen en la satisfacción moral que se deriva de aplicar la ética del cuidado, que hace referencia a dar una respuesta concreta a las necesidades ajenas (Molinier 2013), incluso en las situaciones más difíciles:

Yo me sentía muy orgullosa cuando me preguntaban: “¿Y les das de comer?”, “¿Y les quitas la mascarilla?”. Y yo les decía: “¿y qué hago? ¿Qué hacen, no comen?” (E18, gerocultora, Castilla-La Mancha).

La falta de reconocimiento por parte de la sociedad y las autoridades pone de manifiesto la persistente invisibilidad de la labor del personal de atención directa en las residencias, un fenómeno que se extiende a todas las trabajadoras del sector de los cuidados. Esta falta de visibilidad y reconocimiento se ha agravado

durante la pandemia, afectando negativamente tanto la moral como el bienestar psicológico de estas personas trabajadoras (Miñarro 2021).

En este sentido, la percepción negativa del proceso vivido se extiende al periodo pospandémico, visibilizando que no se han llevado a cabo transformaciones positivas tras la experiencia de la crisis sanitaria:

Y no ha habido ni un reconocimiento, ni un... porque lo que más te fastidia es que dices: bueno, nos pilló por sorpresa, nadie sabía que esto iba a pasar, nadie sabía cómo se funcionaba, pero hemos sacado esto positivo. No, o sea, ves que no ha cambiado absolutamente nada, que no ha servido para que aprendiésemos nada (E15, gerocultora y representante sindical, Galicia).

Incluso, se ha señalado que la reestructuración laboral y las condiciones de trabajo en la “nueva normalidad” han añadido una capa adicional de problemáticas a las que ya vivían los centros residenciales:

No se ha vuelto. Yo creo que desde ahí se ha arrastrado todo y todo ha cambiado la forma de trabajar y todo, y no se ha vuelto. Antes éramos mucho más equipo por no haber habido ese problema, o lo que sea, y ahora no es lo mismo. Además, se ha quedado la forma de trabajar que teníamos cuando la pandemia: más rápido, no llegamos, más automático todo. No llegamos a sacar todo, nos apañamos con las que estemos en ese momento en turno para sacar la faena. Nos teníamos que apañar con tres para levantar a todos los que había en ese momento, que eran 60 usuarios. Pero ahora la cosa no es muy diferente, por eso te digo que todo ha cambiado y se ha quedado como cuando la pandemia. Ahora también somos tres para levantar a 59, que además son muy dependientes (E18, gerocultora, Castilla-La Mancha).

En la misma línea, desde el punto de vista sindical se manifestaba el descontento por la falta de reconocimiento de la peligrosidad asociada a su trabajo, algo que se puso de manifiesto en la pandemia y que no ha servido para forzar una mejora en las condiciones laborales que regulan el sector:

Todo lo que nos esforzamos no valió para nada, porque, eh... No nos pusieron más personal, eh... Ni siquiera nos quisieron dar en la negociación [de la renovación del convenio colectivo] un plus de peligrosidad y penosidad (...). O las bajas por accidente al 100 %, solo tienen 20 días por enfermedades y por accidente, es decir, cada vez que un usuario se te cae encima, o tienes un problema en un brazo y tal y tienes un accidente de trabajo, solo estás cobrando el 100 % durante 20 días, si sigues de baja, cobras menos, el 70 %, y no nos lo dan... (E16, gerocultora y representante sindical, Galicia).

En consonancia con estas experiencias, se destaca la persistencia de ratios de personal no recuperados tras la flexibilización de las obligaciones normativas durante el periodo de la COVID-19. Esta situación ha dejado una huella significativa en la capacidad operativa y en las condiciones laborales en las residencias de mayores. La relajación de las regulaciones, aunque en un intento de adaptarse a las circunstancias excepcionales, ha generado consecuencias a largo plazo en términos de carga de trabajo y calidad del cuidado proporcionado. La falta de restablecimiento adecuado de las ratios de personal ha creado un desafío continuo para las personas trabajadoras de cuidados de atención directa, impactando directamente en su capacidad para brindar una atención de calidad y en las condiciones en las que realizan su labor cotidiana:

¡Uf! Somos ahora mismo 32. Ahora mismo estamos solo dos compañeras por la tarde y las dos tenemos que preocuparnos de la cocina, acostar a todos. O sea, es poco, poco personal. La cocinera ha dejado todo cocinado, pero nosotras lo tenemos que repartir en el comedor. Nosotras tenemos que calentar, lavar platos, todo. Aparte de acostar a los ancianos, la medicación, todo; o sea, nos tenemos que ocupar de todo (E21, gerocultora, Castilla-La Mancha).

La difícil situación laboral ha propiciado la salida de personas trabajadoras de cuidados de atención directa de los centros residenciales. Es notable que, en muchos casos, el personal más joven y mejor formado elija explorar oportunidades en los servicios públicos de salud u otros sectores que prometan condiciones laborales más favorables. Esta fuga de personas trabajadoras no solo impacta la estabilidad del personal en las residencias, sino que también representa una pérdida significativa de experiencia y conocimientos en el ámbito de los cuidados a personas mayores:

Al principio muy bien, el trabajo me gusta, me sentía útil, valorada, yo estaba feliz. Era joven, vivía con mis padres, no tenía gastos. Me hicieron fija y dije: “pues ya está”. Pero claro, luego me independicé, me fui a vivir con mi pareja, me casé, no sé qué... y el sueldo que ganamos aquí, pues no me es suficiente, entonces hace como 3 años me saqué también el auxiliar de enfermería, terminé hace dos. Y, pues, a mí si me llaman del hospital, sí me voy a ir. Estoy a gusto aquí y me gusta el trabajo (...), pero creo que no es calidad de vida (E22, gerocultora, Castilla-La Mancha).

Mientras no mejoren estas condiciones, no vamos a equipararnos con sanidad (...). Las auxiliares de enfermería, en el momento en el que ven que pueden irse a sanidad, pues se van para sanidad, que tienen menos carga física y mejores condiciones (E7 trabajadora social y representante sindical, Madrid)

Además, su vida personal tampoco ha vuelto a ser la misma, y aspectos como sus ciclos vitales, incluido el sueño, se vieron alterados y aún no se han recuperado. Los testimonios evidencian estados de crisis emocionales resultado de una precariedad laboral latente en su día a día:

Y aunque pase el tiempo que pase, eso se va a quedar ahí. Incluso tienes días, momentos en que te sientes como con bajones. A mí, por ejemplo, me cambió mucho el sueño y no lo he recuperado (E23, gerocultora, Castilla-La Mancha).

Llegas muchas veces... De verdad, que te dan ganas de llorar. Del cansancio físico, psicológico, emocional. Yo hablo por mí, pero creo que casi todas piensan lo mismo (E21, gerocultora, Castilla-La Mancha).

Pues, yo no sé cómo muchas siguen pudiendo levantarse por la mañana y yendo a trabajar, al final la gran mayoría se automedica para poder seguir asistiendo al trabajo (E15, gerocultora y representante sindical, Galicia).

Como ponen de manifiesto los testimonios aquí recopilados, la sensación de malestar de las trabajadoras trasciende el cansancio físico y está relacionada con la multidimensionalidad del trabajo de cuidados. Las malas condiciones laborales, la sobrecarga laboral, la falta de reconocimiento y el duelo pandémico no resuelto son elementos que erosionan el bienestar de quienes trabajan en los centros residenciales y que hacen necesario abordar integralmente una mejora de sus condiciones de trabajo.

CONCLUSIONES

El trabajo de cuidados realizado en las residencias de personas mayores en España representa un ejemplo paradigmático de las contradicciones entre la lógica de la reproducción social y la lógica de la rentabilidad económica (Fraser 2016). A través de las experiencias en torno al trabajo de cuidados en las residencias en tres momentos clave —antes de la pandemia, durante la crisis sanitaria y en el proceso de vuelta a la normalidad—, podemos comprobar que el desastre ocurrido durante la COVID-19 en las residencias se relaciona con los déficits estructurales previos y que sus efectos se extienden una vez finalizada la emergencia sanitaria. El trabajo de cuidados necesario para sostener la vida de las personas residentes y garantizar su bienestar requiere no solamente de tareas utilitarias destinadas a realizar las ABVD, sino también un trabajo relacional y una ética del cuidado (Molinier 2013). Esta multidimensionalidad del cuidado no se tiene en cuenta a la hora de establecer ratios y rutinas de trabajo, haciendo que las personas trabajadoras tengan que desatender las cuestiones no utilitarias durante sus turnos de trabajo (Burns, Hyde y Killet 2016). Las bajas ratios de personal obligan al personal de gerocultura a trabajar de manera acelerada, contribuyendo a que se produzca una atención de baja calidad, con altos riesgos de accidentes de trabajo. La tendencia creciente a la privatización del sector, bajo la fórmula de colaboración público-privada, emerge como un factor determinante en la configuración de estos desafíos (Rico 2021). La privatización, al tiempo que busca eficiencia económica, ha contribuido a la exacerbación de las condiciones laborales precarias y a la falta de recursos y reconocimiento para las personas trabajadoras de cuidados de atención directa (Walker, Druckman y Jackson 2022).

La pandemia de la COVID-19 implicó una abrupta transición de una rutina estable a un escenario caótico, dejando profundas cicatrices en la vida laboral y personal de las personas trabajadoras de las residencias. La falta de reconocimiento social inmediato y la invisibilidad histórica de su labor han sido exacerbadas durante la pandemia, impactando negativamente la moral y el bienestar psicológico de estas profesionales. Esta falta de reconocimiento no solo afecta su ánimo individual, sino que muestra la poca conciencia que tenemos como sociedad sobre la esencial contribución de los cuidados al bienestar colectivo y a la sostenibilidad de la vida (Molero 2020).

La carencia de asesoramiento y la falta de protocolos claros subrayan la necesidad apremiante de una planificación más efectiva y recursos adecuados para el personal de atención directa en futuras crisis sanitarias. Así, la falta de acceso a hospitales y la deficiencia en la coordinación del sistema de salud evidencian debilidades estructurales que deben abordarse para fortalecer la respuesta a situaciones de emergencia (Comas d'Argemir, Legarreta y García Sainz 2021). El equilibrio precario entre obligaciones laborales y personales, exacerbado por la falta de formación y apoyo psicológico, señala la urgencia de programas de capacitación más sólidos y medidas de apoyo continuo. La contratación sin requisitos mínimos y las tasas elevadas de bajas laborales incrementan la precariedad laboral en la que se desenvuelven las plantillas en las residencias de personas

mayores. En este sentido, el éxodo de personas trabajadoras hacia entornos laborales que ofrecen mejores condiciones amenaza la estabilidad y calidad de los servicios de atención a largo plazo. Una mejora de las condiciones laborales es necesaria para garantizar la estabilidad laboral en las residencias, especialmente en las gestionadas por empresas privadas. Al mismo tiempo, es necesario considerar la salud mental y emocional del personal de atención directa como prioridad, no solo en situaciones de crisis, sino como parte integral de su bienestar a lo largo del tiempo.

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERESES

Las autoras de este artículo declaran no tener conflictos de intereses financieros, profesionales o personales que pudieran haber influido de manera inapropiada en este trabajo.

DECLARACIÓN DE CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Paloma Moré: conceptualización, investigación, administración de proyecto análisis formal, investigación, metodología, redacción del borrador original, redacción y revisión.

Sandra López Fernández: conceptualización, investigación, análisis formal, investigación, metodología, redacción del borrador original, redacción y revisión.

BIBLIOGRAFÍA

- Adams, William. 2015. "Conducting Semi-Structured Interviews". Pp. 492-505 en *Handbook of Practical Program Evaluation*. Editor(s): Kathryn E. Newcomer, Harry P. Hatry, Joseph S. Wholey John Wiley y Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/9781119171386.ch19>.
- Amnistía Internacional 2020. *Abandonadas a su suerte. La desprotección y discriminación de las personas mayores en residencias durante la pandemia Covid-19 en España*. Consulta: 14 de febrero de 2024 (<https://www.amnesty.org/es/documents/eur41/5502/2020/es/>).
- Arruzza, Cinzia. 2020. "We Don't Want to Go Back to Normal: COVID-19 and Women's Struggles". Consulta: 6 de mayo de 2020 (<https://rosalux.nyc/covid19-and-womens-struggles/>).
- Barrera Algarín, Evaristo; Francisco Estepa Maestre; José Luis Sarasola Sánchez-Serrano y José Carlos Malagón-Siria. 2021. "COVID-19 y personas mayores en residencias: impacto según el tipo de residencia". *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 56(4), 208-217.
- España. 2021. Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Resolución de 30 de diciembre de 2021, de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales. Boletín Oficial del Estado (BOE) 314: 168184-168186, 31 de diciembre de 2021. Consulta: 14 de febrero de 2024 (<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2021-21965>).
- Braun Virginia, y Victoria Clarke. 2006. "Using thematic analysis in psychology". *Qualitative Research in Psychology* 3(2): 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>.
- Burns Diane, Paula Hyde y Anne Killlett. 2016. "How Financial Cutbacks Affect the Quality of Jobs and Care for the Elderly". *ILR Review* 69(4): 991-1016. <https://doi.org/10.1177/0019793916640491>.
- Comas-d'Argemir, Dolors; Matxalen Legarreta y Cristina García Sainz. 2021. "Residencias, las grandes olvidadas". Pp. 244-394 en *El cuidado importa. Impacto de género en las cuidadoras/es de mayores y dependientes en tiempos de la Covid-19*, editado por D. Comas-d'Argemir y S. Bofill-Poch. Fondo Supera COVID-19 Santander-CSIC-CRUE Universidades Españolas. Tarragona
- Comisión Europea. 2022. *Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones sobre la Estrategia Europea de Cuidados*. Consulta: 14 de febrero de 2024 (<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:52022DC0440>).
- Consejo Económico y Social (CES). 2020. El sistema de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Informe 03|2020. Consulta: 14 de febrero de 2024 (<http://www.ces.es/documents/10180/5226728/Inf0320.pdf>).
- Costa-Font, Joan, Sergi Jiménez Martí y Analía Viola. 2021. "Fatal underfunding? Explaining COVID-19 mortality in Spanish nursing homes". *Journal of Aging and Health* 33(7-8): 607-617. <https://doi.org/10.1177/08982643211003794>.
- Danet, Alina. 2021. "Psychological impact of COVID-19 pandemic in Western frontline healthcare professionals. A systematic review". *Medicina clínica* 156(9): 449-458. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2020.11.009>.
- Del Pino, Eloísa; Francisco Javier Moreno-Fuentes; Gibrán Cruz-Martínez; Jorge Hernández-Moreno; Luis Moreno; Manuel Pereira-Puga y Roberta Perna. 2020. "Gestión institucional y organizativa de las residencias de personas mayores y COVID-19: dificultades y aprendizajes". *Instituto de Políticas y Bienes Públicos (IPP-CSIC)*. <http://doi.org/10.20350/digitalCSIC/12636>.
- Díaz, Magdalena y Raquel Martínez Buján. 2018. "Mujeres migrantes y trabajos de cuidados: transformaciones del sector

- doméstico en España". *Panorama Social* 27: 105-118 Consulta: 14 de febrero de 2024 (https://www.funcas.es/wp-content/uploads/Migracion/Articulos/FUNCAS_PS/027art08.pdf).
- Domínguez, Iñigo; María Sosa y Danielle Troya. 2021. "Las residencias en España: descontrol en un sistema opaco, con multas bajas y contra el que sirve de poco quejarse". *ELPAÍS*, 04 de Julio de 2021.
- Duffy, Mignon. 2015. "Beyond Outsourcing: Paid Care Work in Historical Perspective". Pp. 14-26 en *Caring on the Clock. The Complexities and Contradictions of Paid Care Work*, editado por Mignon Duffy, Amy Armenia y Clare Stacey. Londres: Rutgers University Press.
- España. 2006. Ley 9/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Boletín Oficial del Estado 299, 15 de diciembre de 2006. Consulta: 14 de febrero de 2024 (<https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-21990-consolidado.pdf>).
- España. 2022. Acuerdo sobre criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD). Consulta: 14 de febrero de 2024. (<https://www.agenda2030.gob.es/derechos-sociales/servicios-sociales/docs/AcuerdoSAAD.pdf>).
- FOESSA. 2019. *VIII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España*. Consulta: 14 de febrero de 2024 (<https://caritas-web.s3.amazonaws.com/main-files/uploads/sites/16/2019/05/Informe-FOESSA-2019-completo.pdf>).
- Fraser, Nancy. 2016. "Contradictions of Capital and Care". *New Left Review* 100: 11-132.
- Fresno García, José Manuel; Leticia Henar Lomeña; Raúl Ruiz Villafranca y Fernando Álvarez Puerta. 2020. "Auditoría de los centros residenciales en Navarra ante la crisis de la COVID-19". *Observatorio de la Realidad Social*. Consulta: 14 de febrero de 2024 (<https://www.navarra.es/documents/48192/5050746/Auditoria-Covid-Navarra-Residencias.pdf/203c9382-cb09-afe8-f790-0a6f47a3f70e?t=1600765656950">).
- Galache, Claudia; Felicitas Ibáñez y Miguel Pérez-Lozao. 2022. "Buenas prácticas en las residencias de mayores durante la pandemia covid-19". *Revista de Investigación y Educación en Ciencias de la Salud (RIECS)* 7(1): 26-40. <https://doi.org/10.37536/RIECS.2022.7.1.302>.
- Harrington, Charlene; Frode Jacobsen; Justin Panos; Allyson Pollock; Shailen Sutaria y Marta Szebehely. 2017. "Marketization in Long-Term Care: A Cross-Country Comparison of Large For-Profit Nursing Home Chains". *Health Serv Insights*, 10, 1-23 doi: 10.1177/1178632917710533.
- Heidegger, Martin, GA 24. 1989. *Die Grundprobleme der Phänomenologie*. Frankfurt a. M.: Klostermann.
- Hochschild, Arlie. 1983. *The Managed Heart. The Commercialization of Human Feeling*. Los Angeles, CA: University of California Press.
- IMSERSO. 2023. *Servicios sociales para personas mayores en España. Datos a 31 de diciembre de 2022*. Consulta: 14 de febrero de 2024 (https://imserso.es/documents/20123/6338181/datos_ssppmmesp2022.pdf/db6b04f9-1508-e745-51d0-09fcb846ab16).
- IMSERSO. 2024. *Censo de Centros Residenciales de Servicios Sociales en España*. Consulta: 14 de febrero de 2024 (<https://imserso.es/el-imserso/documentacion/estadisticas/censo-de-centros-residenciales-en-espana>).
- Jiménez-Martín, Sergi y Analía Viola. 2020. La asistencia residencial en España y COVID-19. Estudios sobre la Economía Española - 2020 / 20. Consulta: 14 de febrero de 2024 (<https://documentos.fedea.net/pubs/eee/eee2020-20.pdf>).
- López Fernández, Sandra; Paloma Candela Soto y María del Carmen Sánchez Pérez. 2023. "Precarias, segregadas y divididas: la profesionalización de los cuidados de atención directa en las residencias de mayores". *EHQUIDAD. Revista Internacional De Políticas De Bienestar Y Trabajo Social* (20): 169-200. <https://doi.org/10.15257/ehquidad.2023.0017>.
- Martínez-Buján, Raquel y Paloma Moré Corral. 2021. "Migraciones, trabajo de cuidados y riesgos sociales: las contradicciones del bienestar en el contexto de la COVID-19". *Migraciones* 53: 1-26. <https://doi.org/10.14422/mig.i53y2021.001>.
- Médicos Sin Fronteras. 2020. *Poco, tarde y mal. El inaceptable desamparo de las personas mayores en las residencias durante la COVID-19 en España*. Consulta 14 de febrero de 2024 (<https://www.msf.es/sites/default/files/documents/medicossinfronteras-informe-covid19-residencias.pdf>).
- Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. 2024. *Estrategia estatal para un nuevo modelo de cuidados en la comunidad. Un proceso de desinstitucionalización (2024-2030)*. Consulta: 14 de febrero de 2024 (<https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/docs/Estrategia-nuevo-modelo-cuidados.pdf>).
- Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 y Ministerio de Igualdad. 2023. *Hoja de Ruta de la Estrategia Estatal de Cuidados*. Consulta: 14 de febrero de 2024 (<https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/docs/estrategia-estatal-de-cuidados-v8.pdf>).
- Miñarro, Margarita. 2021. "La «huella psicosocial» de la COVID-19 en la población trabajadora: conclusiones y aprendizajes". *Revista de Contabilidad y Tributación CEF* 461: 143-164. <https://doi.org/10.51302/rtss.2021.2464>.
- Molero, María Luisa. 2020. "Las trabajadoras del cuidado: por un futuro de trabajo decente". *Revista de Derecho Social* 89: 33-64. <https://vlex.es/vid/trabajadoras-cuidado-futuro-trabajo-846202684>.
- Molinier, Pascale. 2013. *Le travail du care*. Paris: La Dispute.
- Montserrat, Julia. 2020. "La calidad del empleo en las residencias para mayores: incidencia en la gestión de la covid-19". *Zerbitzuan* 73: 45-60. <https://doi.org/10.5569/1134-7147.73.04>.

- Moré, Paloma. 2016. "Cuidados «en cadena»: cuerpos, emociones y ética en las residencias de personas mayores". *Papeles del CEIC* 2016(1): 146. <https://doi.org/10.1387/pceic.15343>.
- Moreno, Sara; Carolina Recio; Vicent Borrás y Teresa Torns. 2016. "Significados e imaginarios de los cuidados de larga duración en España. Una aproximación cualitativa desde el discurso de las cuidadoras". *Papeles del CEIC* 2016(1): 145. <https://doi.org/10.1387/PCEIC.15195>.
- Navarro, Vicenç y María Pazos Morán (coords.). 2020. *El cuarto pilar del Estado de bienestar. Una propuesta para cubrir necesidades esenciales de cuidado, crear empleo y avanzar hacia la igualdad de género*. Comisión para la reconstrucción social y económica. Consulta: 14 de febrero de 2024 (<https://www.upf.edu/documents/3943251/0/INFORME+-+4%C2%BA+Pilar+del+Estado+del+Bienestar/80828c07-ae14-8419-2225-f18c2744fb93>).
- OECD. 2020. *Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle*. París: OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/82129230-en>.
- Pérez Orozco, Amaia. 2014. *Subversión feminista de la economía. Aportes para un debate sobre el conflicto capital-vida*. Madrid. Traficantes de sueños.
- Pérez-Durán, Ixchel y Alfredo Hernández Sánchez. 2021. "Transparency in nursing home services before and during the COVID-19 pandemic in Spain". *Revista Española de Ciencia Política* 57: 77-109. <https://doi.org/10.21308/recp.57.03>.
- Rico, Manuel. 2021. ¡Vergüenza!: El escándalo de las residencias. Madrid: Editorial Planeta.
- Rodríguez Cabrero, Gregorio y Vicente Marbán Gallego (coords.). 2022. *Informe de evaluación del Sistema de Promoción a la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (SAAD)*. Madrid. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. Consulta: 14 de febrero de 2024 (https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/inclusion/docs/estudio_evaluacion_saad_completo.pdf).
- Rodríguez, Pilar y Elena Gonzalo. 2022. "COVID-19 en residencias de mayores: factores estructurales y experiencias que avalan un cambio de modelo en España". *Gaceta Sanitaria* 36(3): 270-273. <https://doi.org/10.1016/J.GACETA.2021.09.005>.
- Tronto, Joan. 1994. *Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care*. Nueva York: Routledge.
- Valles, Miguel. S. 1997. *Técnicas cualitativas de investigación social: reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid. Editorial Síntesis.
- Van Manen, Max. 1997. *Researching lived experience. Human science for an action sensitive pedagogy*. London: Alhouse Press
- Walker, Christine C.; Angela Druckman y Tim Jackson. 2022. "A critique of the marketisation of long-term residential and nursing home care". *The Lancet Healthy Longevity* 3(4): E298-E306.
- Wolkowitz, Carol. 2002. "The Social Relations of body Work". *Work Employment Society* 16: 497.
- Zunzunegui, María Victoria; Manuel Rico; François Béland y Fernando J. García-López. 2022. "The Impact of Long-Term Care Home Ownership and Administration Type on All-Cause Mortality from March to April 2020 in Madrid, Spain". *Epidemiología* 3(3): 323-336. <https://doi.org/10.3390/epidemiologia3030025>.

ANEXO

Tabla 3. Perfiles de las personas entrevistadas

Entrevista	Sexo	Edad	Lugar	Tipo de centro en su empleo más reciente	Perfil relacionado con las residencias
E1	M	50	Comunidad de Madrid	Concertado	Gerocultora con FP Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
E2	M	42	Comunidad de Madrid	Concertado	Gerocultora con FP Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
E3	H	60-65	Comunidad de Madrid	-	Presidente de asociación de familiares de residentes.
E4	M	50-55	Comunidad de Madrid	-	Presidenta de asociación de familiares de residentes.
E5	M	50	Galicia	Concertado	Enfermera en residencia y presidenta de asociación de trabajadoras de residencias.
E6	M	35	Comunidad de Madrid	Público	Psicóloga en residencia.
E7	M	55	Comunidad de Madrid	Público	Trabajadora social en residencia y representante sindical.
E8	M	47	Comunidad de Madrid	Público	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en residencia.
E9	M	65	Comunidad de Madrid	Privado	Gerocultora en residencia. Recién jubilada.
E 10	M	40-45	Galicia	Público	Gerocultora con FP Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
E11	M	42	Galicia	Concertado	Gerocultora con FP Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
E12	M	45	Galicia	Concertado	Gerocultora con FP Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
E13	M	57	Galicia	Concertado	Gerocultora con FP Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
E14	M	40	Galicia	Público	Gerocultora con FP Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
E15	M	40-45	Galicia	Concertado	Gerocultora con FP Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería y representante sindical.
E16	M	50-55	Galicia	Privado	Gerocultora con FP Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería y representante sindical.
E17	M	38	Castilla-La Mancha	Privado	Orientadora laboral y psicóloga residencial
E18	M	60	Castilla-La Mancha	Concertado	Gerocultora con Certificado de Profesionalidad de Atención sociosanitaria
E19	M	30-35	Castilla-La Mancha	Público	Gerocultora con FP Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería y representante sindical
E20	M	44	Castilla-La Mancha	Privado	Extécnica de Empleo en el sector de los cuidados y Gerocultora
E21	M	30	Castilla-La Mancha	Concertado	Gerocultora con Certificado de Profesionalidad de Atención sociosanitaria
E22	M	59	Castilla-La Mancha	Concertado	Gerocultora con Certificado de Profesionalidad de Atención sociosanitaria
E23	M	47	Castilla-La Mancha	Concertado	Gerocultora Certificado de Profesionalidad de Atención sociosanitaria
E24	M	57	Castilla-La Mancha	Concertado	Directora y Representante de Asociación de Residencias de Mayores

Fuente: elaboración propia