

Situación del personal Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en España. 2025

Julio 2026

MINISTERIO DE SANIDAD

2026

Copyright © MINISTERIO DE SANIDAD

Paseo del Prado, 18-20 28014 Madrid

NIPO: preedición pendiente de NIPO



GOBIERNO DE ESPAÑA MINISTERIO DE SANIDAD

Autores

Paloma Calleja Toledano

Gabinete de la Secretaría de Estado de Sanidad
Ministerio de Sanidad

Lucía Camacho Montaña

Unidad de investigación en cuidados y servicios de salud (Investén-Isciii)
Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España

M. Teresa Moreno-Casbas

Unidad de investigación en cuidados y servicios de salud (Investén-Isciii)
Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España
CIBER de Fragilidad y Envejecimiento Saludable (CIBERFES)

María Fernández Gómez

Gabinete de la Secretaría de Estado de Sanidad
Ministerio de Sanidad

Sonia Betsabé Gómez Arribas

Gabinete de la Secretaría de Estado de Sanidad
Ministerio de Sanidad

Cristina García Herranz

Gabinete de la Secretaría de Estado de Sanidad
Ministerio de Sanidad

Marina Zancajo Alejandro

Gabinete de la Secretaría de Estado de Sanidad
Ministerio de Sanidad

Colaboradoras

Leticia Bernués Caudillo
Blanca Alda Recas Martín

El presente documento ha contado con la valiosa colaboración de la Organización Mundial de la Salud (OMS), a quien se agradece la cesión de las preguntas correspondientes a “*The Mental Health of Nurses and Doctors (MeND)*”. Esta aportación ha sido clave para el diseño y definición de los instrumentos de recogida de información, contribuyendo de manera significativa al rigor y consistencia del análisis realizado.

Abreviaturas

AP: Atención Primaria

AE: Atención Especializada

CCAA: Comunidad Autónoma

MEFPD: Ministerio de Educación, Formación Profesional y Deportes

IQR: Rango intercuartílico

$\bar{X}$: Media

M_e : Mediana

Max: Máximo

Min: Mínimo

NA: Valores perdidos

Q1 / 1er Q: Primer cuartil

Q3 / 3er Q: Tercer cuartil

PTCAE: Personal Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería ¹

SNS: Sistema Nacional de Salud

TCAE: Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería

¹ Nota: En el presente documento se utiliza la expresión Personal Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (PTCAE) para referirse al colectivo, con el fin de emplear una denominación neutra e inclusiva, adecuada al registro técnico y administrativo, que engloba a todo el personal que desempeña esta función, independientemente de su género. No obstante, dado que la mayoría son mujeres, cuando se hace referencia a la persona concreta se empleará el femenino “TCAE” para facilitar la lectura y la identificación individual.

Índice

Autores	3
Abreviaturas	5
Índice de figuras y tablas.....	8
Índice de figuras.....	8
Índice de tablas.....	10
Índice de figuras en anexos	11
Parte I. Análisis normativo y de los sistemas de información.....	13
1. Introducción	13
2. Análisis de las TCAEs en el sistema sanitario	14
2.1. Registro Estatal de Profesionales Sanitarios (REPS)	14
2.2. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP) y Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE)	15
2.3. Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud	17
2.4. Modelos de estimación.....	20
2.5. Contexto internacional de las TCAEs	26
2.6. Evolución de las necesidades de cuidados y adecuación de las plantillas de TCAEs en el sistema sanitario español.....	30
3. De la Formación Profesional en España	35
3.1. Configuración formativa del título de TCAE.....	38
3.2. Competencias y configuración profesional de las TCAEs	38
3.3. Alumnado en el ciclo formativo de grado medio de TCAEs	40
4. Empleabilidad de las TCAEs	45
5. Características laborales de las TCAEs en España	51
5.1. Retribuciones salariales en los Servicios de Salud.....	51
5.2. Jornada laboral en los Servicios de Salud	59
6. De la atención sociosanitaria en España	65

6.1. Análisis de situación.....	69
6.2. Gerocultor/a.....	71
Parte II. Análisis descriptivo de la encuesta.....	74
7. Caracterización de los datos.....	74
7.1. Número de respuestas.....	74
7.2. Canal de recepción de respuestas	75
7.3. Características sociodemográficas del PTCAE que ha respondido a la encuesta	75
7.4. Características laborales del PTCAE que ha respondido a la encuesta	78
8. Análisis descriptivo de los resultados	81
8.1. Módulo 1. Percepciones del PTCAE sobre condiciones laborales, desarrollo profesional y equilibrio vida-trabajo	82
8.2. Módulo 2. Prioridades, opiniones y sugerencias del PTCAE	108
8.3. Módulo 3. Satisfacción.....	121
8.4. Módulo 4. Futuro laboral del Personal Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería.	137
8.5. Módulo 5. Salud mental	146
9. Conclusiones	163
Bibliografía	173
Anexos.....	180
Anexo I. Tablas retributivas por comunidad autónoma	180
Anexo II. Jornada laboral del personal estatutario en las distintas comunidades autónomas	182
Anexo III. Percepción del PTCAE sobre calidad del cuidado, condiciones laborales, autonomía y reconocimiento.....	188
Anexo IV. Distribución de las respuestas a los ítems del Índice de Bienestar de la OMS	198
Encuesta relativa a la situación del Personal Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (PTCAE) en España. 2025	207

Índice de figuras y tablas

Índice de figuras

Figura 1. Evolución de las TCAEs en los EAP según SIAP desde 2017 hasta 2024.....	16
Figura 2. Comparativa del total de TCAEs por CCAA según REPS 2024 y según datos reportados por las CCAA e INGESA en 2026.....	21
Figura 3. Contexto internacional de las TCAEs.....	29
Figura 4. Evolución y proyección de la plantilla de TCAEs en España 2017 - 2026	32
Figura 5. Organización de las ofertas del Sistema de Formación Profesional	36
Figura 6. Alumnos matriculados en el ciclo formativo de TCAEs según datos aportados por el MEFPD	41
Figura 7. Alumnos que finalizan el ciclo formativo de TCAEs según datos aportados por el MEFPD	41
Figura 8. Expedientes de homologación del título de TCAEs años 2021 - 2024 según datos reportados por el MEFPD	44
Figura 9. Evolución mensual del número de contratos y desempleados de TCAEs en Atención Especializada.....	47
Figura 10. Evolución mensual del número de contratos y desempleados de TCAEs en Atención Primaria.....	49
Figura 11. Tipo de contratación en cada CCAA en Atención Primaria según datos remitidos por las CCAA.....	50
Figura 12. Tipo de contratación en cada CCAA en Atención Especializada según datos remitidos por las CCAA	51
Figura 13. Retribuciones de las TCAEs en unidades de hospitalización	57
Figura 14. Retribuciones del PTCAE estatutario en Equipos de Atención Primaria	58
Figura 15. Horas a la semana del personal estatutario en las distintas CCAA.....	63
Figura 16. Horas anuales según turno del personal estatutario en las distintas CCAA.....	64
Figura 17. Conceptos de larga estancia, cuidados de larga duración y atención sociosanitaria.....	66
Figura 18. Distribución territorial por comunidades autónomas de las respuestas a la encuesta.....	77
Figura 19. Formación continuada según características sociodemográficas.....	97
Figura 20. Formación continuada según características laborales	98
Figura 21. Turnos y conciliación familiar según características sociodemográficas	99
Figura 22. Turnos y conciliación familiar según características laborales.....	100
Figura 23. Equilibrio entre vida personal y profesional según características sociodemográficas .	102

Figura 24. Equilibrio entre vida personal y profesional según características laborales.....	104
Figura 25. Medida en que los turnos posibilitan un descanso adecuado según características sociodemográficas	105
Figura 26. Medida en que los turnos posibilitan un descanso adecuado según características laborales	107
Figura 27. Principales contribuciones de las TCAEs a la población y al sistema de salud según características sociodemográficas	110
Figura 28. Principales contribuciones de las TCAEs a la población y al sistema de salud según características laborales.....	112
Figura 29. Principales aspectos motivadores según las características sociodemográficas	114
Figura 30. Principales aspectos motivadores según las características laborales.....	116
Figura 31. Principales aspectos prioritarios percibidos por las TCAEs según las características sociodemográficas	118
Figura 32. Principales aspectos prioritarios percibidos por las TCAEs según las características laborales	120
Figura 33. Satisfacción con la profesión según características sociodemográficas	122
Figura 34. Satisfacción con la profesión según características laborales	124
Figura 35. Causas de insatisfacción con la profesión según características sociodemográficas	126
Figura 36. Causas de insatisfacción con la profesión según características laborales	128
Figura 37. Satisfacción con el puesto de trabajo según características sociodemográficas	130
Figura 38. Satisfacción con el puesto de trabajo según características laborales.....	132
Figura 39. Causas de insatisfacción con el puesto de trabajo según características sociodemográficas	134
Figura 40. Causas de insatisfacción con el puesto de trabajo según características laborales	136
Figura 41. Proporción de intención de abandono de la profesión en los próximos 12 meses según características sociodemográficas	139
Figura 42. Proporción de intención de abandono de la profesión en los próximos 12 meses según características laborales.....	141
Figura 43. Razones de la intención de abandono de la profesión según características sociodemográficas	143
Figura 44. Razones de la intención de abandono de la profesión según características laborales ..	145
Figura 45. Interpretación categórica de la puntuación total del PHQ-9 según características sociodemográficas	149

Figura 46. Interpretación categórica de la puntuación total del PHQ-9 según características laborales	151
Figura 47. Interpretación categórica de la puntuación total del GAD-7 según características sociodemográficas	154
Figura 48. Interpretación categórica de la puntuación total del GAD-7 según características laborales	156
Figura 49. Bienestar mental según el punto de corte del OMS-5 y variables sociodemográficas ..	161
Figura 50. Bienestar mental según el punto de corte del OMS-5 y variables laborales	162

Índice de tablas

Tabla 1. TCAEs en activo por CCAA en 2024	15
Tabla 2. Evolución de las TCAEs en atención especializada según el informe de Indicadores Hospitalarios 2014-2023	17
Tabla 3. Datos reportados por las CCAA e INGESA sobre el número de TCAEs en su territorio ..	19
Tabla 4. Aplicación de los modelos estimativos a las CCAA sin datos reportados	25
Tabla 5. Evolución de los principales indicadores demográficos 2014 - 2025	33
Tabla 6. Evolución de las principales enfermedades crónicas 2014 - 2023	34
Tabla 7. Evolución de las TCAEs en Atención Especializada y en Atención Primaria 2014 - 2025	34
Tabla 8. Centros autorizados por CCAA según datos aportados por el MEFPD	42
Tabla 9. Retribuciones del PTCAE estatutario en unidades de hospitalización	55
Tabla 10. Retribuciones del PTCAE estatutario en Equipos de Atención Primaria	56
Tabla 11. Jornada laboral del personal estatutario en las distintas CCAA	61
Tabla 12. Ratios específicas para el personal de atención directa de primer nivel	69
Tabla 13. Información relativa al canal de recepción de la encuesta	75
Tabla 14. Características sociodemográficas	76
Tabla 15. Distribución de la edad del PTCAE que ha respondido a la encuesta	77
Tabla 16. Institución en la que trabaja el PTCAE que ha respondido a la encuesta	78
Tabla 17. Distribución del PTCAE según la unidad hospitalaria de pertenencia	79
Tabla 18. Descripción general de las características laborales del PTCAE	80
Tabla 19. Número de pacientes atendidos por el PTCAE que trabajan en instituciones asistenciales	83
Tabla 20. Número de pacientes atendidos en función del ámbito de atención	83
Tabla 21. Número de pacientes atendidos en función de la institución a la que pertenecen	84

Tabla 22. Percepción del PTCAE sobre calidad del cuidado, condiciones laborales, autonomía y reconocimiento.....	84
Tabla 23. Percepción del PTCAE sobre el equilibrio entre vida laboral y personal, y el descanso	101
Tabla 24. Percepción del PTCAE sobre la contribución de su profesión a la población y al sistema de salud	108
Tabla 25. Percepciones del PTCAE acerca de los aspectos laborales más motivadores.....	113
Tabla 26. Percepciones sobre los aspectos prioritarios de mejora en la profesión de TCAEs	117
Tabla 27. Causas de la insatisfacción con la profesión descritas por el PTCAE	125
Tabla 28. Causas de la insatisfacción con el puesto laboral descritas por el PTCAE	133
Tabla 29. Información sobre las jubilaciones previstas en los próximos años.....	138
Tabla 30. Información sobre la intención de abandono de la profesión del PTCAE en los próximos 12 meses	139
Tabla 31. Razones de la intención de abandono de la profesión reportadas por el PTCAE	142
Tabla 32. Respuestas más frecuentes a las 9 preguntas recogidas en el PHQ-9	146
Tabla 33. Interpretación categórica de la puntuación total del PHQ-9	147
Tabla 34. Descripción de las respuestas a los ítems del GAD-7	152
Tabla 35. Interpretación categórica de la puntuación total del GAD-7.....	152
Tabla 36. Distribución de las respuestas a los ítems del Índice de Bienestar de la OMS	157
Tabla 37. Estadísticos descriptivos del OMS-5 según características sociodemográficas.....	158
Tabla 38. Estadísticos descriptivos del OMS-5 según características laborales	159

Índice de figuras en anexos

Figura A3. 1. Leyenda de los gráficos sobre percepciones acerca de las condiciones laborales	188
Figura A3. 2. Percepción del PTCAE sobre calidad del cuidado, condiciones laborales, autonomía y reconocimiento según género (%).....	189
Figura A3. 3. Percepción del PTCAE sobre calidad del cuidado, condiciones laborales, autonomía y reconocimiento según año de titulación (%)	190
Figura A3. 4. Percepción del PTCAE sobre calidad del cuidado, condiciones laborales, autonomía y reconocimiento según posesión de otras titulaciones (%).....	191
Figura A3. 5. Percepción del PTCAE sobre calidad del cuidado, condiciones laborales, autonomía y reconocimiento según institución (%).....	192
Figura A3. 6. Percepción del PTCAE sobre calidad del cuidado, condiciones laborales, autonomía y reconocimiento según tipo de contrato (%).....	193

Figura A3. 7. Percepción del PTCAE sobre calidad del cuidado, condiciones laborales, autonomía y reconocimiento según experiencia laboral (%)	194
Figura A3. 8. Percepción del PTCAE sobre calidad del cuidado, condiciones laborales, autonomía y reconocimiento según horas semanales (%).....	195
Figura A3. 9. Percepción del PTCAE sobre calidad del cuidado, condiciones laborales, autonomía y reconocimiento según régimen de dedicación (%).....	196
Figura A3. 10. Percepción del PTCAE sobre calidad del cuidado, condiciones laborales, autonomía y reconocimiento según jornada (%).....	197
Figura A4. 1. Leyenda de los gráficos sobre distribución de las respuestas a los ítems de la OMS-5	198
Figura A4. 2. Distribución de las respuestas a los ítems del OMS-5 según año de titulación	199
Figura A4. 3. Distribución de las respuestas a los ítems del OMS-5 según otra titulación.....	200
Figura A4. 4. Distribución de las respuestas a los ítems del OMS-5 según institución en la que trabajaban	201
Figura A4. 5. Distribución de las respuestas a los ítems del OMS-5 según tipo de contrato.....	202
Figura A4. 6. Distribución de las respuestas a los ítems del OMS-5 según experiencia laboral	203
Figura A4. 7. Distribución de las respuestas a los ítems del OMS-5 según horas semanales.....	204
Figura A4. 8. Distribución de las respuestas a los ítems del OMS-5 según régimen de dedicación.....	205
Figura A4. 9. Distribución de las respuestas a los ítems del OMS-5 según jornada laboral.....	206

Parte I. Análisis normativo y de los sistemas de información

1. Introducción

Este informe se ha realizado en el desarrollo del Marco Estratégico para los Cuidados de Enfermería (MECE) [1], aprobado por unanimidad por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en mayo de 2025.

Tal y como recoge el MECE, el objetivo general de *la Línea Estratégica 1: Situación de las necesidades de salud de la población y de la adecuación de los recursos humanos para atenderlas* es determinar las dotaciones necesarias de recursos humanos en el ámbito de los cuidados en salud (enfermeras y Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAEs)) para garantizar una atención de calidad en la prestación de cuidados profesionales en los diferentes ámbitos asistenciales, incluyendo atención primaria, atención especializada, atención sociosanitaria, servicios de urgencias y emergencias, y salud pública, entre otros.

Para dar cumplimiento a este objetivo, se plantearon distintos objetivos específicos y acciones relacionadas. Entre otras, la *ACCIÓN O.E.1.2.1 Realización y análisis de la encuesta acerca de la situación de profesionales Enfermeras y TCAEs*, cuyo fin es conseguir un diagnóstico global sobre la situación de las enfermeras y TCAEs en el SNS en los ámbitos en los que estas profesionales trabajan y prestan cuidados, da respuesta al *Objetivo Específico 1.2. Analizar la situación de necesidades de recursos humanos dentro de las profesiones de los cuidados (enfermeras generalistas, especialistas, otras figuras enfermeras y TCAEs)*. Así pues, el propósito del presente informe es analizar la situación de necesidades del Personal Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (PTCAE).

Por primera vez, el Ministerio de Sanidad ha llevado a cabo un análisis específico de la situación actual del colectivo de las TCAEs, poniendo el foco en su situación laboral, sus necesidades percibidas y los retos asociados a su ejercicio profesional. La elevada participación alcanzada, con más de 30.000 respuestas válidas, proporciona una base sólida que permite obtener conclusiones robustas sobre la realidad de este colectivo. Este trabajo evidencia el compromiso del Ministerio con el reconocimiento, la mejora y el fortalecimiento de los cuidados en el Sistema Nacional de Salud (SNS).

No obstante, antes de continuar con el análisis de la situación laboral, se presenta un breve análisis normativo y una compilación de datos obtenidos de los sistemas de información públicos,

con el fin de contextualizar adecuadamente la situación profesional y laboral del colectivo y facilitar una interpretación más completa de los hallazgos obtenidos.

2. Análisis de las TCAEs en el sistema sanitario

El análisis del colectivo de las TCAEs en el sistema sanitario español requiere la integración de múltiples fuentes de información, dado que no existe un registro único que permita estimar de forma exhaustiva y homogénea el número total de estas profesionales en ejercicio.

2.1. Registro Estatal de Profesionales Sanitarios (REPS)

El Registro Estatal de Profesionales Sanitarios (REPS) [2] se creó en el año 2012 con la finalidad de facilitar la planificación de necesidades de profesionales sanitarios y coordinar las políticas de recursos humanos del SNS.

Incorpora información de todos los profesionales sanitarios autorizados para trabajar en España y dispone de una serie de datos públicos que permiten garantizar a los ciudadanos que los profesionales sanitarios que les atienden tienen la titulación adecuada y pueden ejercer su profesión.

Según el *Informe Registro Estatal de Profesionales Sanitarios (REPS)[3] 2024*, que detalla la información de las y los profesionales sanitarios registrados en 2024, tomando como referencia los datos disponibles en el REPS a fecha de 1 de enero de 2025, el total de profesionales sanitarios registrados asciende a 816 146, de los cuales 601 330 son mujeres y 214 816 hombres. Dentro de este conjunto, se contabilizan 113 403 profesionales TCAEs, lo que representa un 13,89% del total de profesionales sanitarios registrados. De ellas, 101 798 son mujeres y 11 605 hombres, reflejando la marcada feminización de esta profesión. Asimismo, del total de TCAEs registradas, 83 392 se encuentran en situación de actividad profesional.

La distribución territorial de estas profesionales muestra diferencias relevantes entre comunidades autónomas. El mayor número de profesionales TCAEs registradas en activo por comunidad autónoma se encuentra en Andalucía con 15 496 TCAEs, seguida muy de cerca por la Comunidad de Madrid con 14 252. En contraposición, La Rioja es la comunidad con menor número de TCAEs registradas, incluso por debajo de las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, con tan solo 34 profesionales.

Tabla 1. TCAEs en activo por CCAA en 2024

Andalucía	15 496	Extremadura	2359
Aragón	4429	Galicia	8110
Principado de Asturias	2560	Comunidad de Madrid	14 252
Islas Baleares	253	La Rioja	34
Islas Canarias	3601	Comunidad Foral de Navarra	1979
Cantabria	2159	País Vasco	5777
Castilla y León	4195	Región de Murcia	104
Castilla-La Mancha	5174	Ceuta	56
Cataluña	4224	Melilla	70
Comunidad Valenciana	8766	No consta	75

Fuente: Informe Registro Estatal de Profesionales Sanitarios (REPS) 2024 [3]

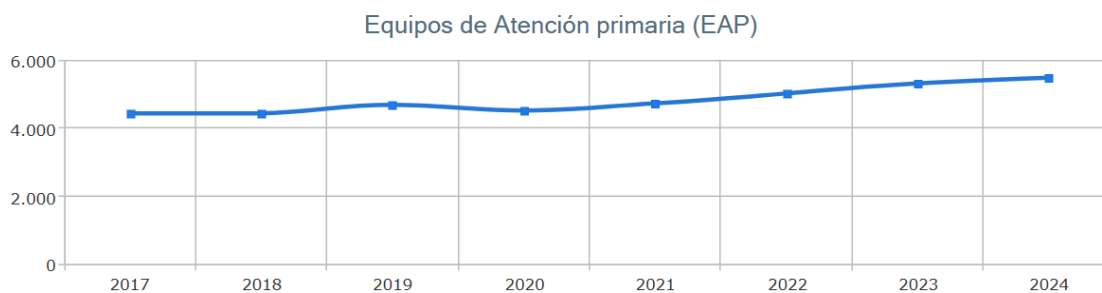
Al analizar concretamente el número de TCAEs que trabajan en centros con dependencia funcional pública, se observa un total de 77 531 y con dependencia funcional privada 6663.

No obstante, es importante señalar que el REPS recoge profesionales registrados, por lo que, aunque constituye la mejor aproximación disponible del número total de TCAEs en el sistema sanitario, las diferencias observadas entre comunidades autónomas no deben interpretarse exclusivamente como variaciones reales en dotación, sino también como resultado de niveles heterogéneos de desarrollo y calidad del registro en el REPS.

2.2. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP) y Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE)

Al consultar el Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP) [4], sistema de información del Ministerio de Sanidad que contiene información sobre la población asignada a los profesionales de Atención Primaria, recursos disponibles (tanto centros como profesionales) y actividad asistencial, se evidencia que, en los Equipos de Atención Primaria, el número de TCAEs ha ido en aumento desde 2017, donde se encontraban 4434 profesionales TCAEs, a 5510 en 2024.

Figura 1. Evolución de las TCAEs en los EAP según SIAP desde 2017 hasta 2024



Fuente: Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP)[4]

Para conocer la dotación de TCAEs en el ámbito hospitalario se han consultado los datos provenientes del informe *Indicadores Hospitalarios 2014-2023*[5] elaborado con datos provenientes de SIAE [6], que incorpora información específica sobre la dotación de TCAEs en los hospitales del sistema sanitario español. De acuerdo con esta fuente, la dotación de TCAEs en la atención especializada ha experimentado un crecimiento sostenido durante la última década, especialmente en la red pública.

En los hospitales del SNS, el número de TCAEs pasó de 99 830 profesionales en 2014 a 133 386 en 2023, lo que supone un incremento del 33,6%, mientras que en los hospitales privados aumentó de 15 477 a 18 154 profesionales, es decir, un incremento del 17,3%. Este crecimiento se concentró principalmente en los hospitales de agudos, donde los efectivos de TCAEs en el SNS aumentaron de 91 206 a 12 2431 profesionales. En conjunto, el sistema hospitalario español pasó de contar con 115 307 TCAEs en 2014 a 151 540 en 2023, lo que representa un aumento de más de 36000 profesionales en el periodo analizado.

Tabla 2. Evolución de las TCAEs en atención especializada según el informe de Indicadores Hospitalarios 2014-2023

Categoría	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Total Públicos-SNS	99 830	100 182	102 956	106 312	110 169	111 910	123 754	127 021	129 671	133 386
Hospitales de Agudos	91 206	91 160	93 653	96 767	100 385	102 550	114 164	117 325	119 729	122 431
Hospitales de Media Larga Estancia	4930	5311	5676	5649	5781	5542	5820	5620	5971	6266
Hospitales de Salud Mental	3694	3711	3627	3896	4003	3818	3770	4076	3971	4689
Total Privados	15 477	15 651	16 067	15 771	16 144	17 107	17 553	18 638	18 672	18 154
Hospitales de Agudos	12 793	13 035	13 884	13 535	13 847	14 423	14 706	15 743	15 895	16 368
Hospitales de Media Larga Estancia	1068	919	559	568	595	872	792	782	661	260
Hospitales de Salud Mental	1616	1697	1624	1668	1702	1812	2055	2113	2116	1526
TOTAL	115 307	115 833	119 023	122 083	126 313	129 017	141 307	145 659	148 343	151 540

Fuente: Informe Indicadores Hospitalarios 2014-2023[5]

2.3. Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud

En conjunto, las diferentes fuentes disponibles analizadas permiten obtener aproximaciones parciales al número de TCAEs en el sistema sanitario español, si bien ninguna de ellas, considerada de manera aislada, permite estimar con precisión el total de profesionales en ejercicio activo.

En consecuencia, la estimación del número total de TCAEs requiere una interpretación prudente, al derivarse de la integración de diversas fuentes caracterizadas por diferencias en sus definiciones, coberturas y restricciones metodológicas. Por este motivo, con el objetivo de mejorar la calidad, exhaustividad y comparabilidad de la información disponible, se ha considerado oportuno solicitar a las comunidades autónomas e INGESA datos actualizados y validados acerca del número de TCAEs contratadas como tal en los respectivos servicios de salud.

La consulta se realizó en el mes de abril de 2026 mediante una pregunta ad hoc canalizada a través de la Comisión de Recursos Humanos del SNS, desagregando los datos por ámbito de atención (atención primaria, atención especializada y ámbito sociosanitario) e indicando el tipo de vinculación laboral (fijo, interino, temporal, otros), todos ellos presentados en la [Tabla 3](#).

La información remitida por los distintos servicios de salud permite identificar un total de 94 335 TCAEs en activo en el conjunto de los territorios que aportaron información. No obstante, se debe tener en cuenta en la interpretación que el reporte no ha sido homogéneo entre todas las regiones

ya que no se dispone de información de Asturias, Comunidad de Madrid, Comunidad Valenciana ni País Vasco.

A ello se añade que, en el ámbito sociosanitario, únicamente Cataluña ha aportado datos específicos, con 4936 de TCAEs adicionales en este sector, lo que aumenta el total de TCAEs a 99 271 en todo el territorio nacional. Dado que esta información no está disponible de forma homogénea para el resto de las comunidades autónomas, los datos correspondientes al ámbito sociosanitario se presentan de forma diferenciada y no se incluyen en las estimaciones comparativas realizadas para el conjunto del SNS.

Con estas salvedades, y considerando únicamente los ámbitos para los que se dispone de información comunicada directamente por las comunidades autónomas e INGESA para los ámbitos hospitalario y de atención primaria, la distribución observada de TCAEs se concentra de forma muy marcada en la atención especializada que reúne 88 455 profesionales (93,8%), frente a 5880 en atención primaria (6,2%).

Asimismo, la mayor presencia de TCAEs se registra en Cataluña (26 212) y Andalucía (21 052), que conjuntamente concentran cerca de la mitad del total analizado, seguidas a distancia por Canarias (8821), Galicia (8487) y Castilla-La Mancha (6958). Entre los territorios con menor volumen de estos profesionales se encuentran Ceuta y Melilla (386), La Rioja (1089), Navarra (1923) y Cantabria (2054).

Tabla 3. Datos reportados por las CCAA e INGESA sobre el número de TCAEs en su territorio

CCAA/ Servicio de salud	AP ² Fijos	AP Interinos	AP Temporales	AP Otros	AP Total	AE ³ Fijos	AH Interinos	AE Temporales	AE Otros	AE Total	Total general
Andalucía	1072	169	387	0	1628	10909	2803	5712	0	19 424	21 052
Aragón	58	34	29	0	121	2195	1611	1276	0	5082	5203
Islas Baleares	122	12	34	0	168	1805	695	854	0	3354	3522
Islas Canarias	73	316	143	0	532	1182	5560	1547	0	8289	8821
Cantabria	38	1	31	0	70	1187	194	603	0	1984	2054
Castilla y León	220	36	27	0	283	3699	1347	501	0	5547	5830
Castilla-La Mancha	59	20	64	0	143	2729	1346	2740	0	6815	6958
Cataluña	1373	NR ⁴	706	0	2079	11 908	NR	7289	0	19 197	21 276
Extremadura	111	23	2	0	136	1714	762	32	0	2508	2644
Galicia	200	32	23	93	348	3635	1759	1211	1534	8139	8487
La Rioja	40	17	13	0	70	460	352	192	15	1019	1089
Navarra	12	18	12	0	42	833	351	697	0	1881	1923
Región de Murcia	94	83	66	0	243	1594	2284	969	0	4847	5090
INGESA (Ceuta y Melilla)	14	0	3	0	17	312	0	57	0	369	386
TOTAL	3486	761	1540	93	5880	44 162	19 064	23 680	1549	88 455	94 335

Fuente: Datos reportados por las CCAA

² AP: Atención Primaria³ AE: Atención Especializada⁴ NR: No reportado

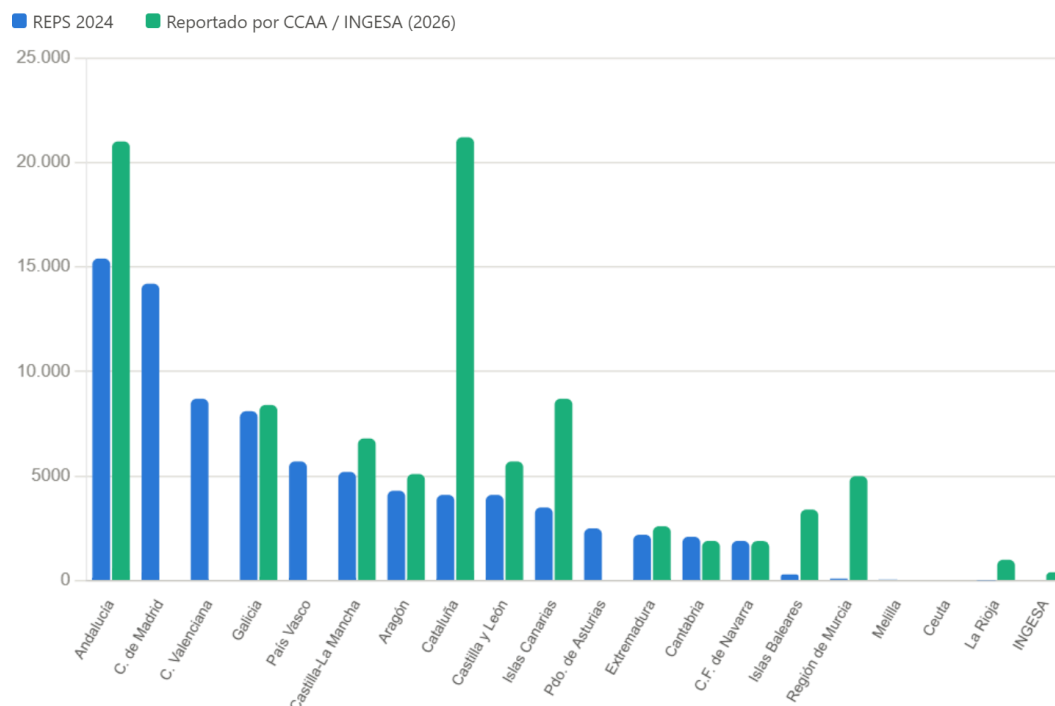
2.4. Modelos de estimación

El análisis comparado de la información procedente del REPS y de los datos facilitados por las comunidades autónomas e INGESA pone de manifiesto la existencia de diferencias en la cuantificación del colectivo de TCAEs en el sistema sanitario, mostrando, en términos generales, valores superiores en las plantillas comunicadas por los servicios de salud frente a los registrados en el REPS.

Estas diferencias no se distribuyen de manera homogénea entre los territorios, sino que muestran una notable variabilidad. Así, en comunidades como Galicia, Navarra o Aragón, los valores procedentes de ambas fuentes presentan un grado razonable de proximidad, lo que sugiere una mayor alineación en los procesos de registro y notificación. Por el contrario, en otros territorios se observan divergencias más acusadas. Destacan, en este sentido, los casos de Cataluña, Andalucía o Región de Murcia, donde las cifras reportadas por las comunidades autónomas superan de forma significativa a las registradas en el REPS.

Desde el punto de vista interpretativo, estas diferencias pueden estar relacionadas, en gran medida, con la distinta naturaleza y finalidad de las fuentes. El REPS constituye un registro administrativo de profesionales sanitarios cuya cobertura depende de los mecanismos de inscripción, actualización y reporte definidos en cada territorio, lo que puede influir en el grado de cumplimentación de la información disponible. Por su parte, los datos proporcionados por las comunidades autónomas se aproximan, en mayor medida, al volumen de profesionales efectivamente vinculados a los servicios de salud, si bien presentan ciertas limitaciones derivadas de la heterogeneidad metodológica en los criterios de contabilización y clasificación.

Figura 2. Comparativa del total de TCAEs por CCAA según REPS 2024 y según datos reportados por las CCAA e INGESA en 2026



Fuente: Informe Registro Estatal de Profesionales Sanitarios (REPS) 2024[3] y datos reportados por las CCAA

Ante esta situación, y con el objetivo de aproximar con mayor precisión el número de TCAEs en activo en el conjunto del SNS, se desarrollaron dos metodologías de estimación para aquellas regiones que no habían podido aportar información directa.

2.4.1. Modelo estimativo 1

Para esta primera estimación se seleccionaron aquellas comunidades en las que la relación entre los efectivos registrados en el REPS y las plantillas comunicadas por los respectivos servicios de salud presentaba un comportamiento suficientemente homogéneo y sin desviaciones relevantes. En concreto, se consideraron Andalucía, Castilla y León y Castilla-La Mancha.

Sobre este conjunto de comunidades se calculó el cociente entre la plantilla total de TCAEs comunicada por estos servicios de salud y el número de profesionales registrados en el REPS. Los factores obtenidos fueron de 1,36 en Andalucía (21 052 profesionales comunicados frente a 15 496

registrados en el REPS), 1,39 en Castilla y León (5830 frente a 4195) y 1,35 en Castilla-La Mancha (6958 frente a 5174). La media ponderada de estos valores dio lugar a un factor de corrección de 1,36.

Una vez obtenido este factor corrector, se aplicó a las comunidades autónomas para las que no se disponía de información reportada directamente. La estimación se realizó multiplicando el número de profesionales registrados en el REPS por el factor de corrección calculado. Como resultado, se estimaron 19 383 TCAEs en la Comunidad de Madrid, 11 922 en la Comunidad Valenciana, 7857 en el País Vasco y 3482 en el Principado de Asturias, lo que supone una aportación conjunta de 42 644 profesionales.

En consecuencia, al incorporar estas estimaciones a las 94 335 TCAEs comunicadas directamente por las comunidades autónomas e INGESA, se obtiene una cifra aproximada de 13 6979 TCAEs en el ámbito sanitario del SNS. Esta estimación no incluye el ámbito sociosanitario, para el que no existe información homogénea y comparable para el conjunto del territorio nacional.

2.4.2. Modelo estimativo 2

En este modelo estimativo, para las cuatro comunidades autónomas que no respondieron a la solicitud de datos sobre TCAEs (Comunidad de Madrid, Comunidad Valenciana, País Vasco y Principado de Asturias), los efectivos se estimaron mediante un método de calibración con variable auxiliar, ante la ausencia de fuentes administrativas con desglose autonómico para esta categoría en el periodo de referencia. La selección de la metodología vino condicionada por la disponibilidad de información a nivel territorial.

De las fuentes analizadas, únicamente la información facilitada por las comunidades autónomas y el REPS permitían disponer de datos desagregados por comunidad autónoma, mientras que el SIAP y los Indicadores Hospitalarios del SNS únicamente proporcionan información agregada de ámbito estatal, por lo que solo podían utilizarse como elementos de contraste y validación de los resultados obtenidos

Se descartó el uso directo del REPS para TCAEs como base de cálculo, al observarse una variabilidad extrema entre comunidades en la relación entre los efectivos declarados y los TCAEs registrados como activos en el REPS (coeficiente de variación = 1,77; razón entre 0,95 y 48,9 según comunidad), coherente con que las TCAEs, a diferencia de enfermería, no está sujeto a colegiación obligatoria y su incorporación al registro depende de una comunicación desigual por parte de empleadores y servicios de salud, limitación reconocida por el propio informe REPS 2024. Esta

circunstancia provoca diferencias muy relevantes en el grado de cobertura del registro entre territorios y limita su utilidad como fuente directa para la estimación de efectivos.

En su lugar, se empleó como variable auxiliar el número de profesionales de enfermería activos registrados en el REPS por comunidad autónoma, cuya relación con las TCAEs declaradas resultó considerablemente más estable ($CV = 0,28$; razón entre 0,39 y 1,09), lo que permitió utilizar esta variable como aproximación indirecta para estimar los efectivos de TCAEs en aquellas comunidades sin información disponible.

Para las 14 comunidades e INGESA con datos conocidos se calculó la razón entre el número de TCAEs declaradas y las profesionales de enfermería activas registradas en el REPS, así como el porcentaje de TCAEs ubicado en Atención Primaria sobre el total de efectivos, empleando las medianas de ambos parámetros (razón mediana = 0,68; % en Atención Primaria = 4,8 %; % en Atención Especializada = 95,2 %) como estimadores robustos, que se aplicaron posteriormente al número de profesionales de enfermería registradas en el REPS de las cuatro comunidades sin datos reportados.

Tras esta operación, se obtuvo una estimación de 19 832 TCAEs para la Comunidad de Madrid, 10 399 para la Comunidad Valenciana, 8218 para el País Vasco y 2842 para el Principado de Asturias, distribuidos posteriormente entre Atención Primaria y Atención Especializada conforme a la proporción observada en las comunidades con información disponible, incorporando en su conjunto aproximadamente 41 291 TCAEs. En consecuencia, al añadir estas estimaciones a las 94 335 TCAEs comunicadas directamente por el resto de las comunidades autónomas e INGESA, se obtiene una cifra aproximada de 135 625 TCAEs en el ámbito sanitario del SNS.

Deben señalarse, no obstante, varias limitaciones metodológicas. En primer lugar, el método asume que la relación entre efectivos de enfermería y TCAEs observada en las comunidades con información disponible es extrapolable a las comunidades estimadas, supuesto no verificable directamente. En segundo lugar, el rango intercuartílico de la razón aplicada implica un margen de incertidumbre no despreciable, mayor cuanto mayor es la comunidad. En tercer lugar, las fuentes nacionales complementarias consultadas (SIAP e Indicadores Hospitalarios del SNS) carecen de desglose autonómico y, por tanto, únicamente se han usado como contraste agregado y no como fuente de estimación directa. Finalmente, el número de observaciones disponibles para construir el modelo (14 comunidades autónomas más INGESA) limita la robustez estadística de cualquier procedimiento de inferencia, por lo que los resultados obtenidos deben interpretarse como

estimaciones razonables y metodológicamente fundamentadas, pero sujetas a la incertidumbre inherente a la ausencia de información directa.

Tabla 4. Aplicación de los modelos estimativos a las CCAA sin datos reportados

CCAA/Servicio de salud	Datos REPS 2024	Datos reportados por las CCAA 2026			Modelo estimativo 1: Factor de corrección 1.36	Modelo estimativo 2		
		AP Total	AH Total	Total general		AP total estimado	AH total estimado	Total general estimado
Andalucía	15 496	1628	19 424	21 052				
Aragón	4429	121	5082	5203				
Islas Baleares	253	168	3354	3522				
Islas Canarias	3601	532	8289	8821				
Cantabria	2159	70	1984	2054				
Castilla y León	4195	283	5547	5830				
Castilla-La Mancha	5174	143	6815	6958				
Cataluña	4224	2079	19197	21 276				
Extremadura	2359	136	2508	2644				
Galicia	8110	348	8139	8487				
La Rioja	34	70	1019	1089				
Navarra	1979	42	1881	1923				
Región de Murcia	104	243	4847	5090				
INGESA (Ceuta y Melilla)	126	17	369	386				
Comunidad de Madrid	14 252				19 383	946	18 886	19 832
Comunidad Valenciana	8766				11 922	496	9903	10 399
Principado de Asturias	2560				3482	136	2706	2841
País Vasco	5777				7857	392	7826	8218
TOTAL REPORTADO	83 598	5880	88 455	94 335				
TOTAL ESTIMADO					42 644	1970	39 321	41 290
SUMATORIO TOTAL					136 979			135 625

Teniendo en cuenta ambos modelos estimativos, y la suma del total de TCAEs teniendo en cuenta tanto los datos reportados por las CCAA como los estimados, podemos realizar una aproximación del total de TCAEs en el sistema sanitario de entre 135 625 – 136 979 de estas profesionales.

2.5. Contexto internacional de las TCAEs

El análisis de la situación de las TCAEs a nivel internacional presenta una complejidad significativa derivada, principalmente, de la ausencia de una estandarización homogénea de esta categoría profesional entre países. A diferencia de otras profesiones sanitarias reguladas, la ocupación de las TCAEs se define de manera diversa en función de los sistemas educativos, sanitarios y laborales, lo que dificulta la comparabilidad directa y la identificación de equivalencias exactas.

A nivel internacional, la referencia principal es la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (ISCO-08) [7] de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), que clasifica ocupaciones en función de tareas, funciones y nivel de cualificación, y no de títulos nacionales. En este marco, las TCAEs no aparecen como denominación específica, sino que se encuadran dentro del grupo 532 – *personal care workers in health services*, y más concretamente en el código 5321 – *healthcare assistants* que comprende a los trabajadores que prestan cuidados personales directos a pacientes en entornos institucionales, así como, de manera complementaria, en el código 5322 – *Home-based Personal Care Workers*, referido a profesionales que realizan funciones análogas en el ámbito domiciliario. Este enfoque permite la comparabilidad funcional entre países, aunque reduce la precisión respecto a las denominaciones propias de cada sistema.

La principal fuente de datos comparables a nivel internacional es el Joint Questionnaire on Non-Monetary Healthcare Statistics (JQNMHC) [8], desarrollado por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), Eurostat y OMS-Europa. Este instrumento recoge información armonizada sobre recursos humanos sanitarios conforme al Reglamento (UE) 2022/2294 [9]. En este contexto, las TCAEs se integran dentro de la categoría de “*practising caring personnel*”, que incluye a los profesionales en ejercicio de los grupos ISCO-08 5321 e ISCO-08 5322, es decir, aquellos que realizan atención directa a pacientes en instituciones o en el domicilio, diferenciándose de la categoría “*professionally active care workers*”, que abarca tanto al conjunto de profesionales activos como a aquel otro personal de cuidados para el que su formación específica constituye un requisito previo para el desempeño de su puesto de trabajo, con independencia de que desempeñen o no funciones asistenciales directas.

De forma complementaria, el cuestionario recoge la categoría específica de “*Healthcare assistants employed in hospitals*”, sobre la que se pueden encontrar estadísticas como las de la OCDE [10] donde, en 2024, España se sitúa en una posición alta respecto a otros países, con 3,16 profesionales por cada 1000 habitantes. Solo Francia presenta una ratio superior, con 3,67 de

este perfil por cada 1000 habitantes. Con cifras relativamente próximas, aunque inferiores, se encuentran Estonia (2,66) y Chile (2,59), mientras que por debajo de España se sitúan países como la República Checa (2,24), Finlandia (2,01), Dinamarca y Nueva Zelanda (1,85), Canadá (1,82), Suiza (1,66), Reino Unido (1,33), Austria (1,00) y Alemania (0,95).

No obstante, esta comparación también ilustra una de las principales limitaciones existentes para el análisis internacional de las TCAEs: aunque existen marcos estadísticos y clasificatorios que permiten identificar funciones y ámbitos de actividad equivalentes, la información disponible suele presentarse de forma agregada, incluyendo distintas categorías de personal de cuidados tanto en servicios de salud como en el ámbito domiciliario, sin desagregación suficiente para identificar exclusivamente a las TCAEs. Igualmente, no se dispone de información sistemática a nivel internacional sobre titulaciones expedidas ni sobre registros profesionales consolidados.

Desde una perspectiva ocupacional, la clasificación ESCO [11] proporciona un lenguaje común europeo de competencias, ocupaciones y cualificaciones. En este sistema, los perfiles equivalentes a las TCAEs se integran en ocupaciones vinculadas al código ISCO-08 5321, tales como *healthcare assistants* (código ESCO 5321.1) y *nurse assistants* (código ESCO 5321.1.1) [12]. No obstante, estas categorías agrupan perfiles heterogéneos y de alcance amplio, sin correspondencia unívoca con las denominaciones nacionales.

Por su parte, otras iniciativas como las National Health Workforce Accounts (NHWA) [13] de la OMS, permiten incorporar desagregaciones adicionales (sexo, edad, tipo de contrato), aunque mantienen la misma lógica de agregación ocupacional. Del mismo modo, los sistemas de información de la OCDE en el ámbito de los cuidados de larga duración agrupan conjuntamente a enfermeras y personal de cuidados, lo que limita nuevamente la posibilidad de análisis específico de las TCAEs.

En el contexto europeo, distintas herramientas contribuyen a mejorar la comparabilidad. El Marco Europeo de Cualificaciones (MEC) [14] facilita la correspondencia entre niveles formativos a partir de resultados de aprendizaje (conocimientos, capacidades y responsabilidad/autonomía), mientras que su desarrollo nacional a través del Marco Español de Cualificaciones para el Aprendizaje Permanente (MECU) [15] refuerza la movilidad y el reconocimiento dentro del Espacio Europeo de Educación y Formación. Sin embargo, estos marcos operan a nivel de cualificaciones y no permiten identificar de forma directa categorías profesionales específicas como las TCAEs.

Por otro lado, en lo que respecta al sistema español, el Real Decreto 1591/2010, de 26 de noviembre, por el que se aprueba la Clasificación Nacional de Ocupaciones 2011 (CNO-11) [16], la define como un sistema de codificación que tiene por objeto el tratamiento de la información sobre ocupaciones de manera uniforme a efectos estadísticos. En adaptación al marco internacional definido por la ISCO-08, la CNO-11 establece en su Anexo único que el grupo 56 es para “*Trabajadores de los cuidados a las personas en servicios de salud*”, el subgrupo 561 para “*Auxiliares de enfermería*” y los códigos 5611 y 5612 para “*Auxiliares de enfermería hospitalaria*” y “*Auxiliares de enfermería de atención primaria*”, respectivamente.

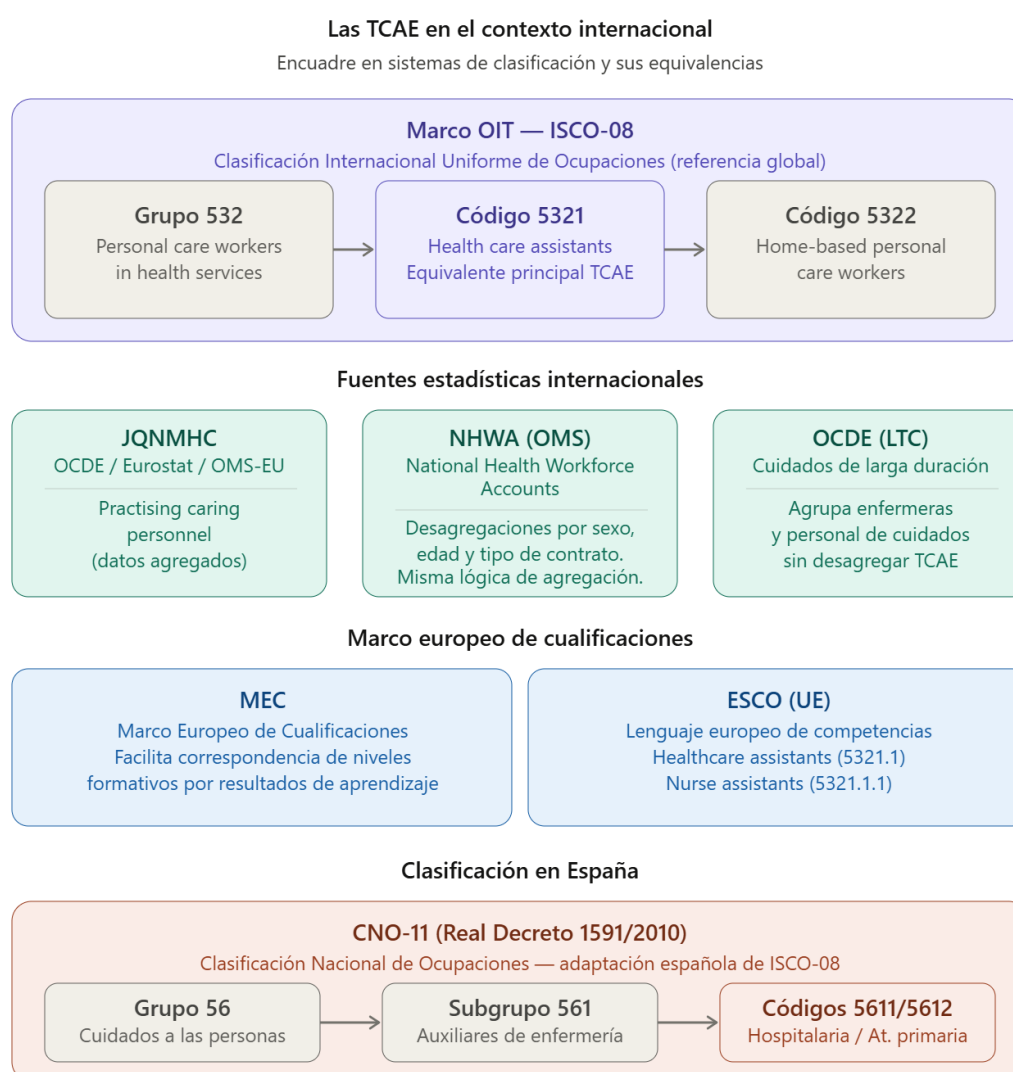
Desde una perspectiva comparada, puede considerarse que la aproximación más adecuada para referirse a las TCAEs en el ámbito internacional es su inclusión dentro del concepto de “*personal care workers*”, ampliamente empleado en las estadísticas internacionales (OMS, Eurostat, OCDE), si bien no siempre se corresponde con una categoría nominal específica en todos los sistemas de clasificación. En este contexto, dicha referencia se alinea principalmente con el código ISCO-08 5321, relativo a trabajadores de cuidados personales en instituciones, con posibles solapamientos funcionales con el código ISCO-08 5322, correspondiente a trabajadores de cuidados personales a domicilio.

De forma complementaria, los datos de la OCDE sobre “*personal care workers*” [17] muestran que España alcanzó en 2024 una disponibilidad de 12,45 profesionales por cada 1000 habitantes, tras un incremento sostenido desde los 9,49 por cada 1000 habitantes registrados en 2013. Esta posición sitúa a España por encima de países como Austria (5,16), Canadá (7,32), Estonia (3,06), Irlanda (5,21) o Italia (10,95), aunque por debajo de otros con una mayor dotación relativa, como Finlandia (24,06), Noruega (18,18), Estados Unidos (16,07) o Países Bajos (14,78).

Por otra parte, la categoría “*associate professional nurses*” (ISCO-08 código 3221) no presenta una correspondencia directa y claramente equiparable en el sistema español, dado que no existe un nivel intermedio formal entre los cuidados de grado medio y la enfermería de grado universitario. Esta ausencia de equivalencia estructural tiene implicaciones en los sistemas de información internacionales, ya que España no dispone de una categoría claramente equiparable a *associate professional nurses*, lo que limita su identificación en los cuestionarios internacionales armonizados y puede traducirse en ausencia o infrarrepresentación de datos en esta categoría. En consecuencia, las TCAEs en España se adscriben al grupo 5 de ISCO (códigos 5321 y 5322), conforme a la clasificación basada en tareas y funciones que desempeñan y el nivel de cualificación, más que en la titulación formal u otras denominaciones profesionales nacionales.

En conjunto, el análisis internacional de las TCAEs debe abordarse desde una perspectiva funcional y armonizada. Sin embargo, existen limitaciones derivadas de la heterogeneidad conceptual, la ausencia de correspondencia directa entre títulos y ocupaciones, y el carácter agregado de las fuentes estadísticas. Estos aspectos condicionan tanto la interpretación de resultados como el diseño de políticas orientadas al reconocimiento y desarrollo de esta categoría profesional, lo que limita la posibilidad de realizar comparaciones numéricas precisas sobre total de las TCAEs en el sistema sanitario, al menos, si se compara con otros países del entorno europeo.

Figura 3. Contexto internacional de las TCAEs



2.6. Evolución de las necesidades de cuidados y adecuación de las plantillas de TCAEs en el sistema sanitario español

La planificación de las necesidades futuras de TCAEs se ve limitada por la ausencia de sistemas de información que permitan conocer con precisión el volumen total de estos profesionales en el conjunto del sistema sanitario español. No obstante, esta limitación puede compensarse mediante el análisis de los principales factores que determinan la demanda de cuidados, entre ellos la evolución demográfica, la carga de enfermedad, la dependencia funcional y la utilización de los servicios sanitarios.

Desde esta perspectiva, la evidencia disponible muestra que España está experimentando una transformación demográfica y epidemiológica de carácter estructural que conlleva un incremento progresivo de las necesidades de cuidados. Entre 2014 y 2025, la población residente pasa de 46,5 a 49,1 millones de habitantes [18], lo que supone un incremento cercano al 6%. Sin embargo, el cambio más significativo es el aumento del índice de envejecimiento, que se incrementa desde 112,63 hasta 148,05 [19], lo que representa un crecimiento acumulado del 31,4%, reflejando el creciente peso de la población con mayores necesidades asistenciales, de apoyo y supervisión, así como de cuidados de larga duración.

Este proceso de envejecimiento se acompaña además de un incremento continuado del índice de dependencia de las personas de 65 y más años, que pasa de 27,53 en 2014 a 31,73 en 2025, lo que equivale a un aumento superior al 15%. Este indicador refleja la presión creciente sobre los sistemas de protección social y sanitaria al incrementarse progresivamente el número de personas con necesidades potenciales de apoyo para las actividades básicas de la vida diaria.

La evolución de los indicadores de salud muestra que el aumento de la esperanza de vida no se acompaña necesariamente de una reducción de las necesidades asistenciales. Entre 2014 y 2023, tanto la esperanza de vida al nacer como los años de vida saludable registran una evolución favorable, pasando de 83,22 a 83,90 años y de 78,41 a 80,08 años [20], respectivamente. Sin embargo, durante ese mismo periodo también se observa un incremento de la carga de enfermedad crónica y de condiciones asociadas a una mayor necesidad de cuidados.

En este sentido, los datos procedentes de las encuestas nacionales de salud [21,22] ponen de manifiesto un aumento sostenido de la carga de enfermedad crónica. Entre 2014 y 2023 crecen la prevalencia de hipertensión arterial (del 16,12% al 18,69%), la hipercolesterolemia (del 16,48% al 18%), la diabetes mellitus (del 6,37% al 7,64%) y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (del 3,08% al 3,56%). Asimismo, los trastornos mentales aumentan del 11,69% al 17,86%, mientras que

los síndromes dolorosos de la columna vertebral pasan del 8,39% al 13,70% y el dolor severo del 8,12% al 10,6%.

En conjunto, estos datos reflejan un incremento de la cronicidad, la multimorbilidad y las limitaciones funcionales de la población. Como consecuencia, aumenta el número de personas que requieren atención sanitaria continuada, apoyo en actividades de la vida diaria y cuidados prolongados.

La evolución de los indicadores relacionados con las necesidades de cuidados en las personas mayores muestra igualmente una elevada demanda de apoyo y cuidados de larga duración. En 2023, el 44,42% de las personas de 65 o más años declaraba limitaciones para realizar actividades relacionadas con el hogar, el 41,64% presentaba dificultades de movilidad y el 28,76% refería deterioro cognitivo[20]. Paralelamente, el índice de dependencia en mayores de 65 años aumentó desde el 27,53% en 2014 hasta el 31,73% en 2025, lo que refuerza la evidencia de un aumento sostenido de las necesidades de apoyo y cuidados asociados al envejecimiento.

Por otra parte, la utilización de los servicios sanitarios mantiene niveles elevados a lo largo de todo el periodo analizado²⁷. Los ingresos hospitalarios se situaron sistemáticamente por encima de los 110 ingresos por cada 1000 habitantes entre 2014 y 2019 y volvió a alcanzar niveles próximos a dicha cifra tras la pandemia de COVID-19, con 113 ingresos por 1000 habitantes en 2024. Este comportamiento sugiere la persistencia de una presión asistencial hospitalaria elevada, estrechamente vinculada al envejecimiento poblacional y a la creciente complejidad clínica de los pacientes atendidos.

Frente a este aumento continuado de las necesidades de cuidados, y con el objetivo de disponer de una visión homogénea y comparable de la evolución de las plantillas de TCAEs en el SNS, se han integrado las series históricas procedentes del SIAE [6] y del SIAP [4] para analizar conjuntamente la evolución de los efectivos vinculados a ambos niveles asistenciales y estimar la tendencia reciente de crecimiento del colectivo.

El análisis de las series disponibles muestra una evolución ascendente de las plantillas de TCAEs durante la última década. En el ámbito hospitalario, los datos del SIAE reflejan un incremento desde 115 307 profesionales en 2014 hasta 151 540 en 2023, lo que equivale a una tasa media anual de crecimiento del 3,12%. Aunque la tendencia presenta una evolución progresiva a lo largo de todo el período, destaca especialmente el incremento registrado en 2020, asociado al refuerzo extraordinario de recursos humanos realizado durante la pandemia de COVID-19.

Por su parte, en Atención Primaria, la serie de auxiliares de enfermería recogida en el SIAP muestra un crecimiento desde 4434 profesionales en 2017 hasta 5510 en 2024, lo que supone una tasa media anual de incremento del 3,15%. La similitud entre ambas tasas de crecimiento sugiere una dinámica de expansión comparable en los dos niveles asistenciales.

A partir de estas tasas de crecimiento observadas, se ha procedido a completar la serie histórica más reciente mediante estimaciones. Dado que la información disponible en el informe de *Indicadores Hospitalarios 2014-2023*[5] elaborado con datos provenientes de SIAE, finaliza en 2023, se han estimado los efectivos correspondientes a 2024, 2025 y 2026 aplicando la tasa media anual de crecimiento observada en la propia serie hospitalaria (3,12%), obteniéndose una estimación de 157731 profesionales en 2024, de 162 646 en 2025 y de 173 577 en 2026. Adicionalmente, con carácter exclusivamente prospectivo, se han proyectado los efectivos de Atención Primaria para los ejercicios 2025 (con 5684) y 2026 (con 5863), manteniendo las tendencias históricas observadas.

La serie consolidada resultante muestra un crecimiento continuo del número total de TCAEs pasando de 126 517 profesionales en 2017 a una estimación de 163 241 en 2024, lo que representa un incremento acumulado próximo al 29% en siete años. Bajo las hipótesis de continuidad de las tendencias actuales, el volumen total podría situarse en torno a 168 330 profesionales en 2025 y alcanzar aproximadamente 179 440 en 2026.

Figura 4. Evolución y proyección de la plantilla de TCAEs en España 2017 - 2026

Análisis basado en datos históricos del Ministerio de Sanidad (SIAE y AP) y estimaciones recientes. Se observa una tendencia al alza impulsada por la necesidad de reforzar las plantillas, con una proyección de crecimiento sostenido del 3,1% anual hasta 2026.

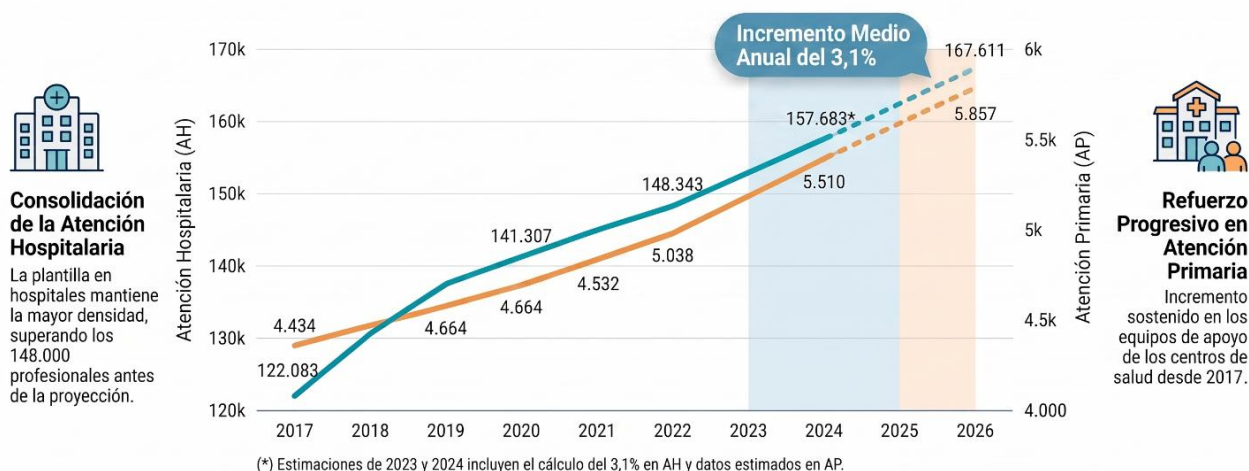


Tabla 5. Evolución de los principales indicadores demográficos 2014 - 2025

Indicador	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Esperanza de Vida al nacer	83,22	82,83	83,36	83,25	83,29	83,76	82,25	83,20	83,07	83,90		
Años de vida saludable al nacer	78,41	78,48	79,25	79,17	79,19	79,89	79,69	79,43	79,35	80,08		
% Población con valoración positiva de su estado de salud	70,98%			70,51%			75,51%			74,01%		
% Población ≥ 65 años con valoración positiva de su estado de salud	44,15%			45,8%			50,66%			49,42%		
Limitación para la realización de actividades relacionadas con el hogar en ≥ 65 años	47,07%			52,37%			42,18%			44,42%		
Dificultad para la movilidad en ≥ 65 años	44,65%			45,32%			41,38%			41,64%		
Índice de dependencia en ≥ 65 años	27,53	28,18	28,59	29,00	29,41	29,70	29,92	30,15	30,68	30,91	31,30	31,73
Índice de envejecimiento	112,63	114,69	116,33	118,36	120,56	123,00	125,82	129,16	133,64	137,33	142,35	148,05
Deterioro cognitivo en ≥ 65 años				31,30%			26,66%			28,76%		
Población total residente en España (en millones) a 1 de enero de cada año	46.5	46.4	46.4	46.5	46.6	46.9	47.3	47.4	47.5	48.0	48.6	49.1
Ingresos hospitalarios por 1000 habitantes/año	113,47	114,23	115,89	115,97	116,81	116,55	98,79	107,82	110,09	112,77	113,00	

Fuente: Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud (INCLA-SNS)[5]

Tabla 6. Evolución de las principales enfermedades crónicas 2014 - 2023

Indicador	2014	2023
Prevalencia registrada de cardiopatía isquémica en ≥ 40 años	3,70%	3,84%
Prevalencia de hipertensión arterial en población general	16,12%	18,69%
Prevalencia de hipercolesterolemia en población general	16,48%	18%
Prevalencia de diabetes mellitus en población general	6,37%	7,64%
Prevalencia registrada de EPOC en ≥ 40 años	3,08%	3,56%
Prevalencia registrada de trastornos mentales en la población general	11,69%	17,86%
Prevalencia registrada de síndromes dolorosos de columna vertebral en población general	8,39%	13,70%
Dolor severo en la población general	8,12%	10,6%

Fuentes: Encuesta Nacional de Salud en España 2014[21] y Encuesta de Salud de España 2023[22]

Tabla 7. Evolución de las TCAEs en Atención Especializada y en Atención Primaria 2014 - 2025

Indicador	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Estimación 2025	Estimación 2026
Número total de TCAEs (público y privado) en Atención Especializada	115 307	115 833	119 023	122 083	126 313	129 017	141 307	145 659	148 343	151 540	157 731 *Estimado	168 330	173 577
Número de TCAEs en Atención Primaria				4434	4447	4664	4532	4736	5038	5290	5510	5684	5863
Total				126 517	130 760	133 681	163 241	150 395	153 381	156 830	163 241	174 014	179 440

Fuentes: SIAP[4] e informe de Indicadores Hospitalarios 2014 - 2023[5]

Aunque las distintas fuentes utilizadas no cubren exactamente los mismos períodos temporales, todas ellas muestran una tendencia convergente de aumento tanto de las necesidades de cuidados como de las plantillas de TCAEs. Así, mientras que el volumen de profesionales aumenta aproximadamente un 29% entre 2017 y 2024, los indicadores demográficos y epidemiológicos disponibles reflejan incrementos sostenidos del envejecimiento, la dependencia y la cronicidad de la población. En particular, entre 2014 y 2025 el índice de envejecimiento aumenta un 31,4% y el índice de dependencia de las personas mayores un 15,2%, al tiempo que se incrementan la prevalencia de enfermedades crónicas, la multimorbilidad y las limitaciones funcionales asociadas al envejecimiento.

Estos resultados sugieren que el crecimiento de las plantillas de TCAEs ha evolucionado de forma coherente con la expansión de las necesidades de cuidados derivadas del cambio demográfico. No obstante, la demanda de cuidados no depende exclusivamente del volumen de población o de su estructura por edad, sino también de factores como la carga de enfermedad, la complejidad clínica, la dependencia funcional y la necesidad de cuidados prolongados.

En este sentido, el aumento registrado en indicadores de cronicidad, salud mental y limitaciones de movilidad sugiere que la demanda efectiva de cuidados podría estar creciendo a un ritmo superior al reflejado únicamente por los indicadores demográficos. Por ello, aunque la expansión de las plantillas de TCAEs durante los últimos años ha sido significativa y discurre en paralelo al incremento de los principales determinantes de la demanda de cuidados, la evidencia disponible no permite concluir si dicho crecimiento ha sido suficiente para cubrir íntegramente las necesidades asistenciales generadas, o si, más bien, ha contribuido a absorber una parte relevante del incremento de las necesidades de cuidados experimentado por la población española.

3. De la Formación Profesional en España

La Ley Orgánica (L.O) 3/2022, de 31 de marzo, de ordenación e integración de la Formación Profesional [23], establece un sistema único e integrado de formación profesional orientado a dar respuesta, de forma flexible, tanto a la evolución de la cualificación profesional de las personas a lo largo de su vida como a las demandas del mundo laboral. Este sistema se caracteriza por ser acreditable, acumulable y capitalizable, e incorpora la formación profesional con carácter dual, combinando el aprendizaje en centros educativos y en entornos laborales.

Como elemento estructural novedoso, el sistema se organiza en una doble escala. Por un lado, se articula en cinco grados formativos ascendentes (A, B, C, D y E), organizados según el tipo de

oferta formativa de acuerdo con el Catálogo Nacional de Estándares de Competencias Profesionales. Por otro lado, se establecen tres niveles de competencia profesional (1, 2 y 3), según los criterios de conocimientos, iniciativa, autonomía y complejidad de las tareas, establecidos en cada una de las ofertas de formación profesional.

Figura 5. Organización de las ofertas del Sistema de Formación Profesional



Fuente: L.O 3/2022[23]

Como se lee en la *figura 5*, y así se determina en la L.O 3/2022, los distintos Grados se relacionan con unas determinadas ofertas formativas que se organizan de manera secuencial en:

- a) Grado A: Acreditación parcial de competencia o microacreditaciones.
- b) Grado B: Certificado de competencia.
- c) Grado C: Certificado profesional.
- d) Grado D: Ciclo formativo.
- e) Grado E: Curso de especialización.

Según el Real Decreto (RD) 659/2023, de 18 de julio, por el que se desarrolla la ordenación del Sistema de Formación Profesional [24], corresponde al Ministerio de Educación, Formación Profesional y Deportes (MEFPD) la aprobación de propuestas de ciclos formativos y la definición de los aspectos básicos del currículo. Además, las ofertas de formación profesional (grados A, B, C, D y E) pueden impartirse tanto en modalidad presencial, semipresencial, virtual o mixta.

En coherencia con el objeto de este informe, centrado en las TCAEs, resulta necesario descender al análisis específico del grado D, regulado en los artículos 39 – 50 de la L.O 3/2022.

El Grado D del Sistema de Formación Profesional corresponde con los ciclos formativos de formación profesional de grado medio y superior, en los términos de la L.O 2/2006 de Educación [25], que conducen a la obtención de los títulos de Técnico o Técnico Superior de Formación Profesional, respectivamente. Estos ciclos presentan una estructura modular con dos partes; una parte troncal obligatoria y común, que asegura la competencia general correspondiente, y una parte optativa que depende de cada itinerario formativo y profesional. Asimismo, incorporan contenidos transversales vinculados a la digitalización, prevención de riesgos laborales o la igualdad efectiva entre hombres y mujeres, y se vinculan, con carácter general, a los estándares de competencia profesional de nivel 2 y 3.

El acceso a estos ciclos requiere el cumplimiento de uno de los siguientes requisitos, que se recogen en el artículo 41 de la L.O 2/2006, en el artículo 108 del RD 659/2023 y, de forma más genérica, en el artículo 46 de la L.O 3/2022:

- a) Estar en posesión del título de graduado en Educación Secundaria Obligatoria.
- b) Estar en posesión del título de Técnico Básico o de Técnico.
- c) Haber superado una oferta formativa de Grado C incluida en el ciclo formativo.
- d) Haber superado un curso de formación específico preparatorio y gratuito para el acceso a ciclos formativos de grado medio en centros expresamente autorizados por la Administración educativa.
- e) Haber superado una prueba de acceso.

Asimismo, para determinados supuestos de acceso (puntos c, d y e) se exige una edad de diecisiete años como mínimo, cumplidos en el año de realización de la prueba.

Según el Catálogo de ofertas formativas de grado D del Sistema de Formación Profesional [26] publicado por el MEFPD en 2025, en la familia profesional de “*Sanidad*” y de Nivel 2, se recogen los Grados D de *Cuidados Auxiliares de Enfermería*, *Emergencias Sanitarias* y *Farmacia y Parafarmacia*.

En este marco, y dada la relevancia del objeto de estudio de este informe, resulta necesario contextualizar específicamente el título de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería y sus características formativas y competenciales.

3.1. Configuración formativa del título de TCAE

El título de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería se regula mediante el Real Decreto 546/1995 [27], de 7 de abril que establece sus enseñanzas mínimas y define los elementos básicos de esta cualificación, así como el Real Decreto 549/1995 [28] que determina el currículo correspondiente a las enseñanzas de formación profesional vinculadas a dicho título.

El título se organiza en módulos profesionales e incluye formación en centros de trabajo. No obstante, presenta una característica diferencial especialmente relevante respecto al modelo general de los ciclos formativos de Grado D contemplados en el marco de la Ley Orgánica 3/2022: la duración total del ciclo formativo de las TCAEs es de 1400 horas, frente a las 2000 horas que, con carácter general, presentan el resto de los ciclos formativos de grado D.

Esta circunstancia sitúa a las TCAEs en una posición diferenciada dentro de la formación profesional sanitaria, al constituir el único perfil profesional de este ámbito que mantiene una titulación de 1400 horas. Esta diferencia responde a una regulación normativa previa que se mantiene sin adaptación completa al nuevo marco regulador, lo que lo diferencia del resto de titulaciones de su mismo nivel.

En este sentido, el Marco Estratégico para los Cuidados de Enfermería (MECE) [1], a través de su Línea Estratégica 3 dedicada al desarrollo competencial en cuidados, sitúa la actualización y fortalecimiento de las competencias de los profesionales de los cuidados como una de las líneas de actuación necesarias para dar respuesta a las necesidades presentes y futuras del sistema sanitario. Desde esta perspectiva, la singularidad que supone mantener una titulación de 1400 hora constituye una excepción dentro del modelo formativo vigente y refuerza la conveniencia de avanzar en la actualización y adecuación del itinerario formativo de las TCAEs, en coherencia con la evolución de sus competencias y con las necesidades asistenciales que demandan los actuales modelos de cuidados.

3.2. Competencias y configuración profesional de las TCAEs

Desde el punto de vista competencial, el Real Decreto 546/1995 [27] determina que la competencia general de este título consiste en *proporcionar cuidados auxiliares al paciente y actuar sobre las condiciones sanitarias de su entorno como miembro de un equipo de enfermería, tanto en atención primaria como especializada, bajo la dependencia del profesional de enfermería o, en su caso, en el ejercicio liberal bajo la correspondiente supervisión.*

Asimismo, la norma recoge diversas capacidades profesionales, entre las que destacan la visión integral de las condiciones sanitarias del paciente y de los cuidados a prestar, la promoción de la humanización de la asistencia mediante técnicas de apoyo psicológico y educación sanitaria, el fomento de hábitos higiénico-sanitarios en la población y la colaboración activa con el equipo de salud.

Estas capacidades se concretan en distintas unidades de competencia, entre las que se incluyen la preparación de materiales y gestión de la información en la consulta o unidad, la aplicación de cuidados auxiliares de enfermería, el mantenimiento de las condiciones higiénico-sanitarias del entorno y del material, la colaboración en cuidados psíquicos del paciente y la participación en tareas de instrumentación en salud bucodental.

En términos normativos, el artículo 3 de la Ley 44/2003, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) [29] define a las TCAEs como profesionales del área sanitaria de formación profesional de grado medio, en tanto que son poseedoras del título de TCAE, al ser un título de formación profesional de la familia profesional “*Sanidad*”. No obstante, conviene precisar que, de acuerdo con esta regulación, no tienen la consideración de profesión sanitaria titulada, a diferencia de otras profesiones como la medicina o la enfermería.

La configuración actual de este perfil profesional, al igual que en otras profesiones, ha pasado por una evolución normativa progresiva. El primer antecedente más relevante se encuentra en la Orden del 26 de abril de 1973 por la que se aprueba el *Estatuto del personal Auxiliar sanitario titulado y Auxiliar de clínica de la Seguridad Social* [30][31], que regulaba al personal auxiliar sanitario, contemplando ya la categoría de *Auxiliares de Clínica* (que, actualmente, son las TCAEs).

Posteriormente, la Orden de 26 de diciembre de 1986 [32] introdujo modificaciones sustanciales, sustituyendo la denominación de “*Auxiliar de Clínica*” por la de “*Auxiliar de Enfermería*”. También se modificaron los baremos para la provisión de vacantes de estos puestos y la denominación del propio estatuto, que pasó a configurarse como el “*Estatuto del personal sanitario no facultativo de las Instituciones sanitarias de la Seguridad Social*”.

Con la aprobación de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud [33], en adelante Estatuto Marco, se derogó la regulación anterior. No obstante, se mantuvo vigente el artículo 151 de la Orden de 1973, incorporando una disposición transitoria sexta que establece la vigencia de las disposiciones relativas a categorías profesionales del personal estatutario, y a las funciones de las mismas, hasta la regulación en cada servicio de salud.

El Estatuto Marco regula la relación del personal estatutario de los servicios de salud que conforman el Sistema Nacional de Salud, siendo de aplicación en los centros e instituciones sanitarias de los servicios de salud de las comunidades autónomas (CCAA) y de la Administración General del Estado (AGE). Además, extiende su ámbito al personal sanitario funcionario y al personal laboral que preste servicios en los centros del SNS, como resultado de los procesos de transferencias del antiguo INSALUD.

En este sentido, la Resolución del 13 de mayo de 2019, de la Dirección General de Trabajo, por la que se registra y publica el IV Convenio colectivo único para el personal laboral de la Administración General del Estado[34], regula la relación contractual del personal laboral de la AGE y sus organismos autónomos (OOAA), permitiendo la presencia de TCAEs en ámbitos quizá menos conocidos como son la Academia General del Aire del Ministerio de Defensa, en Centros penitenciarios del Ministerio del Interior, Centros de Atención a personas con discapacidad física del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) o en las Direcciones provinciales/ locales del Instituto Social de la Marina (ISM).

Por último, el Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público [35], en adelante TREBEP, se aplica al personal funcionario y en lo que proceda al personal laboral al servicio de las Administraciones Públicas, actuando como norma supletoria aplicable al conjunto del personal de las Administraciones Públicas.

En consecuencia, más allá de su definición normativa, las funciones y el desempeño profesional de las TCAEs no dependen únicamente de su categoría, sino del ámbito concreto en el que desarrollan su actividad, lo que implica una notable variabilidad en sus funciones según el entorno organizativo y asistencial en el que se integren.

3.3. Alumnado en el ciclo formativo de grado medio de TCAEs

Con objeto de profundizar y actualizar el análisis de la capacidad formativa de las TCAEs, se ha realizado una consulta específica al MEFPD mediante la cual se han obtenido datos desagregados recientes que permiten reforzar la consistencia del análisis.

En este sentido, la información facilitada confirma una evolución reciente claramente expansiva del ciclo formativo, que ha experimentado un crecimiento significativo en los últimos cursos académicos, alcanzando cifras superiores a los 70 000 alumnos matriculados en el periodo

2022-2024 (figura 6). De forma paralela, el número de estudiantes que finalizan sus estudios también ha seguido una tendencia creciente, situándose en 29 364 titulados en el curso 2023-2024 (figura 7), lo que evidencia una elevada capacidad de generación de egresados hacia el sistema sanitario.

Figura 6. Alumnos matriculados en el ciclo formativo de TCAEs según datos aportados por el MEFPD

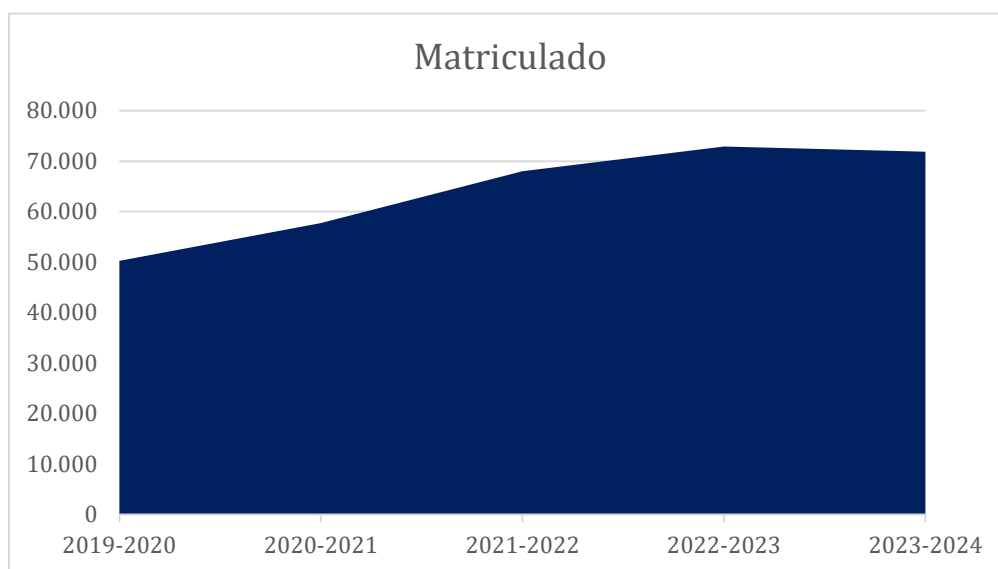
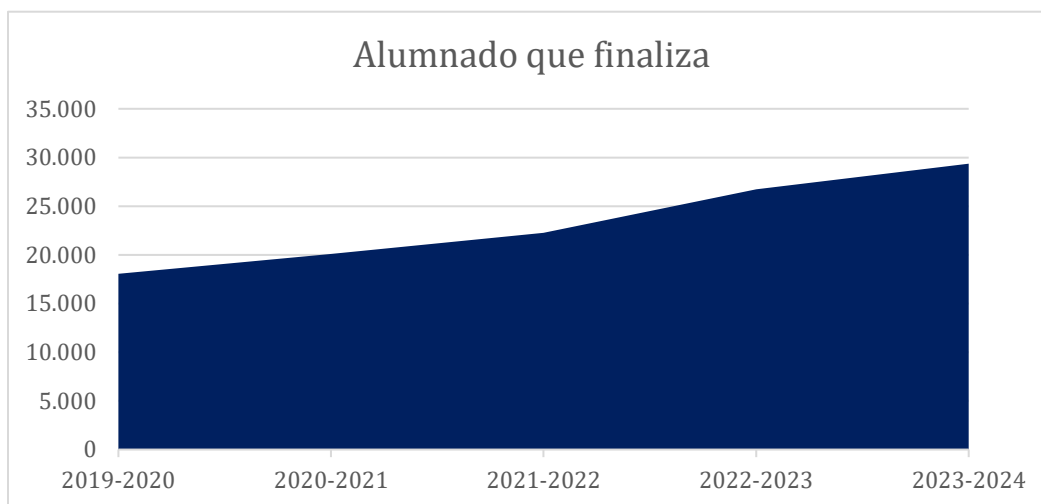


Figura 7. Alumnos que finalizan el ciclo formativo de TCAEs según datos aportados por el MEFPD



En términos más amplios, y de acuerdo con la “*Estadística de Formación Profesional del Sistema Educativo (edición 2025)*”[36], en el curso 2023 – 2024 la familia profesional de “*Sanidad*” presenta el mayor peso relativo en el conjunto del alumnado de Formación Profesional de grado

medio, concentrando el 26,4% del total. Este dato sitúa a las enseñanzas sanitarias, entre ellas el ciclo de TCAE, como uno de los pilares fundamentales del sistema de formación profesional.

Asimismo, la distribución por sexo en esta familia profesional muestra una composición relativamente equilibrada, con una participación femenina del 45,7% respecto al total del alumnado en grado medio, si bien su presencia es notablemente mayoritaria en familias como *Sanidad, Servicios Socioculturales y a la Comunidad* o *Administración y Gestión*.

La implantación territorial del ciclo es también muy extensa, con una amplia red de centros autorizados en todas las comunidades autónomas, lo que refuerza su papel estructural dentro del sistema educativo y su contribución al mercado laboral sanitario.

Tabla 8. Centros autorizados por CCAA según datos aportados por el MEFPD

COMUNIDAD AUTÓNOMA	Pública	Privado sostenido con fondos públicos	Privada	TOTAL
Andalucía	49	43	57	149
Aragón	10	8	7	25
Principado de Asturias	9	2	11	22
Canarias	20	2	8	30
Cantabria	6	6	2	14
Castilla y León	17	6	13	36
Castilla-La Mancha	17	6	4	27
Cataluña	59	35	30	124
Ciudad autónoma de Ceuta	1			1
Extremadura	16	1	4	21
Galicia	14	7	13	34
Illes Balears	12	4	5	21
La Rioja	3	2		5
Comunidad de Madrid	32	31	37	100
Ciudad autónoma de Melilla	1			1
Región de Murcia	14	13	6	33
Comunidad foral de Navarra	5	2	1	8
País Vasco	13	14	7	34
Comunidad Valenciana	29	19	9	57
Extranjero	1			1
TOTAL	328	201	214	743

Desde una perspectiva complementaria, vinculada al acceso y reconocimiento de la cualificación, los datos facilitados por el MEFPD en materia de homologación de títulos extranjeros ponen de manifiesto la elevada atracción internacional de este perfil profesional.

En este sentido, el procedimiento de homologación, regulado por el Real Decreto 104/1988 de 29 de enero, sobre homologación y convalidación de títulos y estudios extranjeros de educación no universitaria[37], se basa en la verificación del nivel de cualificación, la duración de los estudios

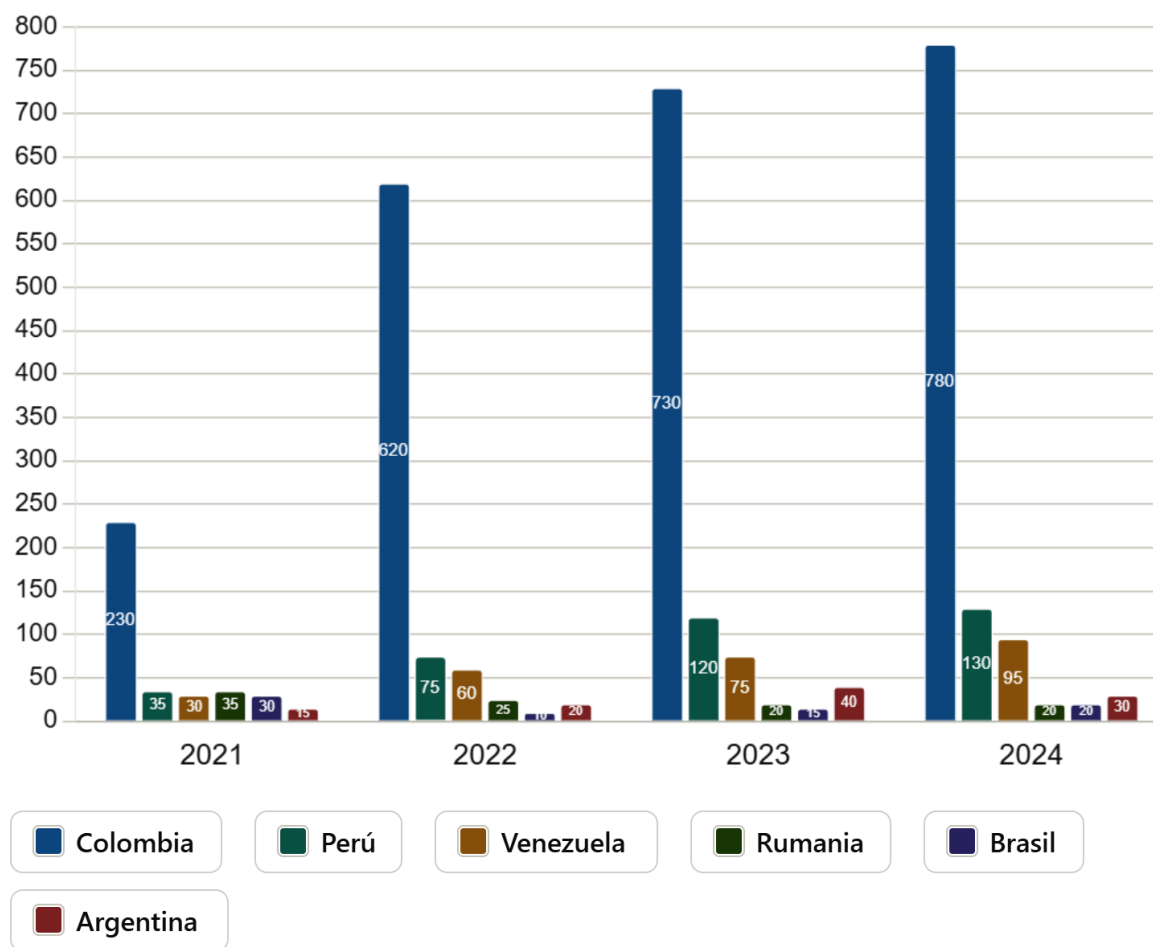
(con referencia expresa a las 1400 horas del título de TCAE), el análisis comparado de contenidos formativos y la correspondencia con marcos internacionales como el Marco Europeo de Cualificaciones, cuando se trate de países europeos, o la Clasificación Internacional Normalizada de la Educación (CINE) para el resto de los países.

La información disponible muestra una tendencia ascendente y sostenida en el volumen de solicitudes de homologación del título de TCAE en el periodo reciente. Así, desde 2021 se observa un crecimiento muy significativo, prácticamente duplicando las solicitudes (1441) en 2024.

Desde el punto de vista geográfico, la demanda presenta una alta concentración en países de América Latina, destacando de manera muy significativa Colombia, que constituye el principal país de origen y concentra una proporción mayoritaria de solicitudes, seguido a distancia por Perú y Venezuela. Por su parte, aunque con menor peso relativo, también se aprecia una contribución de países europeos, como Rumanía o Ucrania.

En este sentido, la homologación de titulaciones extranjeras se configura como un mecanismo clave para garantizar la equivalencia formativa y competencial, al tiempo que contribuye a la cobertura de necesidades de recursos humanos en el ámbito sanitario, reforzando el papel estructural de las TCAEs dentro del sistema.

Figura 8. Expedientes de homologación del título de TCAEs años 2021 - 2024 según datos reportados por el MEFPD



4. Empleabilidad de las TCAEs

El perfil profesional de las TCAEs, atendiendo a lo publicado por el MEFPD[38], se caracteriza por una amplia versatilidad en los entornos de desempeño, abarcando múltiples ámbitos asistenciales e institucionales. En este sentido, su ejercicio profesional se desarrolla principalmente en tres grandes áreas:

- Atención primaria y comunitaria: incluye actividades vinculadas a la atención domiciliaria, la promoción de la salud, la salud bucodental, así como la atención en consultas y centros residenciales.
- Atención especializada: incluye funciones en consultas hospitalarias, unidades de hospitalización, servicios de urgencias, pediatría y unidades especiales (UVI, UCI, etc.) así como servicios de geriatría, entre otros.
- Otros ámbitos institucionales y asistenciales, como centros sanitarios, centros balneoterápicos, departamentos de asuntos sociales de Ministerios, Comunidades Autónomas y Ayuntamientos.

Desde la perspectiva de la adecuación entre formación y mercado laboral, el *Barómetro de Empleo y Formación: primer semestre 2025*[39], pone de manifiesto que la formación profesional es la que mejor se ajusta a los requerimientos del mercado laboral. En concreto, un 67% de los encuestados opina que esta formación se ajusta bastante o completamente, frente a un 42% de la formación para el empleo y un 24% de la formación universitaria.

Por su parte, la *Estadística de inserción laboral de los graduados en enseñanzas de Formación Profesional* [40] publicada por el MEFPD en noviembre de 2025, evidencia diferencias significativas entre familias profesionales. Para la cohorte 2020-2021, la familia *Sanidad* presenta, en el primer año tras la graduación, una de las tasas de afiliación media a la Seguridad Social más elevadas, con un 46,7%.

A nivel más desagregado, las tasas de afiliación más altas en el primer año corresponden a Emergencias Sanitarias con un 53,9%, mientras que el título de TCAE se sitúa en el 45% en este mismo período, por encima de la tasa de afiliación media total, que es de 36,2%.

Complementariamente, la *Información mensual de mercado trabajo por ocupación* [41], en el marco de la Clasificación Nacional de Ocupaciones 2011 (CNO-11) [16], permite profundizar en la dinámica de empleo distinguiendo el código CNO-5611 para *Auxiliares de enfermería hospitalaria*

[42] y CNO-5612 para *Auxiliares de enfermería de atención primaria* [43], observándose los siguientes datos:

- **CNO-5611: Auxiliares de enfermería hospitalaria:**

En los últimos doce meses, teniendo de referencia como última fecha mayo de 2026, se han registrado 217312 contratos para la ocupación de auxiliares de enfermería hospitalaria (CNO-5611). Solo en el mes de mayo de 2026, se contabilizan 15981 contratos, de los cuales una amplia mayoría corresponde a mujeres (13825 frente a 2156 hombres), lo que refleja la marcada feminización de la profesión.

Por grupos de edad, la contratación se concentra principalmente entre las personas mayores de 44 años, con 4722 contratos, muy seguido del grupo entre los 18 a 24 años, con 4543 contratos, mientras que el menor volumen se centra en los menores de 18 años, con 186 contratos. En cuanto a la duración y jornada, 14008 han sido de carácter temporal y 11563 de jornada completa.

Desde el punto de vista de la distribución geográfica, la contratación en el mes de mayo de 2026 muestra una concentración superior en determinadas provincias, destacando Barcelona, con 4202 contratos, seguida de Madrid con 1694. En el extremo opuesto, Ceuta es la ciudad autónoma que registra menor número de contratos (8), mientras que, a nivel provincial, Soria se sitúa en 28. Asimismo, en términos de movilidad geográfica, Barcelona se sitúa como la provincia más receptora de contratos, con un saldo positivo de 311 contratos, seguida de Madrid con 138. Por el contrario, las provincias más emisoras son Tarragona, con un saldo negativo de 34, seguido de Málaga con 28.

En lo relativo al desempleo, en el mes de mayo de 2026 se observa un repunte hasta los 26 117 desempleados en esta ocupación. Estos 26 117 suponen el 1,13% del total de las personas en desempleo en este mes, que ascienda a 2 320 721. En cuanto a la demanda de empleo, a fecha del último día del mes de mayo de 2026, se registran en esta ocupación 158 591 personas, de los cuales 45 490 la solicitan en primer lugar.

Figura 9. Evolución mensual del número de contratos y desempleados de TCAEs en Atención Especializada



Fuente: Información mensual de mercado trabajo por ocupación [41] CNO-5611 - Auxiliares de enfermería hospitalaria [42]

Asimismo, la estructura del desempleo reproduce la feminización del colectivo, donde, de las 26 117 personas en situación de desempleo, 23 936 son mujeres. Respecto de los tramos de edad, la mayoría se concentra en el grupo de 44 años o más con 13 936 desempleados, seguido del grupo de 30 a 39 años con 4777.

Finalmente, desde una perspectiva territorial, la provincia con mayor número de desempleados en esta ocupación es Barcelona (2931), seguido de Madrid (2420) y, en tercer lugar, Sevilla (1752). En el extremo contrario, a nivel de ciudad autónoma Melilla registra 68 personas desempleadas mientras que, a nivel provincial, es Soria la que presenta el menor dato con 29.

- **CNO-5612: Auxiliares de enfermería de atención primaria:**

En los últimos doce meses, teniendo de referencia como última fecha mayo de 2026, se han registrado 39 342 contratos para la ocupación de auxiliares de enfermería en atención primaria (CNO-5612). Solo en el mes de mayo de 2026, se han registrado un total de 2878 contratos, de los cuales 2540 fueron para mujeres y 338 para hombres.

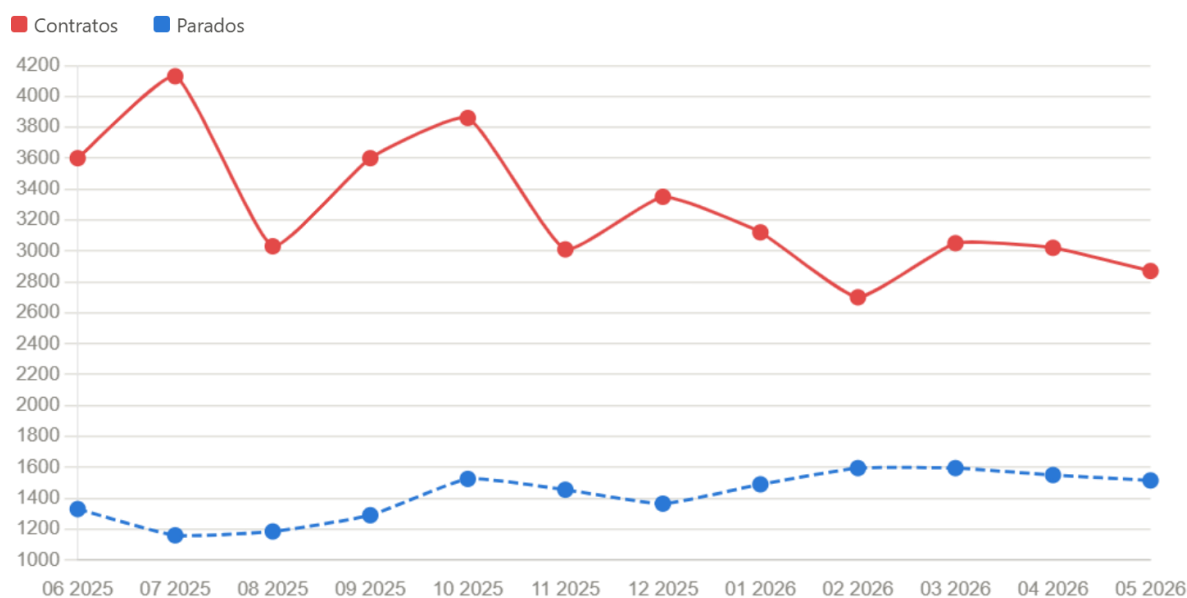
Al igual que en atención especializada, la mayoría de las contrataciones se han realizado a mayores de 44 años con 852 contratos, seguido del grupo de edad de 18 a 24 años con 740 contratos. En contraposición, el menor número corresponde a los menores de 18 años, con tan solo 13 contratos. Respecto de las características contractuales, 2327 han sido de duración temporal y 1905 a jornada completa.

Según la distribución geográfica, la contratación en mayo de 2026 se concentra en la provincia de Madrid con 342 contratos, seguida de Bizkaia con 236 contratos. En el extremo opuesto, Ceuta es la ciudad autónoma con menor contratación con 2 contratos, a diferencia de los 38 de Melilla, mientras que, a nivel provincial, Soria es la provincia con menor contratación con 0 contratos.

En relación con la movilidad geográfica, Madrid se posiciona como la provincia con mayor capacidad de atracción de contratos, con un saldo positivo de 25, seguida de Bizkaia e Islas Baleares, con 10 cada una. En sentido contrario, Alicante se configura como la principal provincia emisora de contratos, al registrar un saldo negativo de 5, seguida de Jaén, con 2.

Asimismo, al igual que en el ámbito de la atención especializada, puede observarse la evolución mensual del número de personas desempleadas. En el último mes analizado, esta cifra alcanza los 1513 parados. Este volumen representa el 0,07 % del total de personas en desempleo en dicho mes que sitúa en 2320721, con un perfil mayoritariamente femenino (1379 mujeres y 134 hombres) y dentro del tramo de edad de más de 44 años (564 personas). La provincia con mayor número de parados es Madrid con 319 desempleados, seguida de Murcia con 173. En última posición, con un menor número de parados, se encuentra Soria con 0, seguida de Ávila, La Rioja, Segovia, Soria y Zamora con 1 cada una.

Figura 10. Evolución mensual del número de contratos y desempleados de TCAEs en Atención Primaria



Fuente: Fuente: Información mensual de mercado trabajo por ocupación [41] CNO-5612 - Auxiliares de enfermería de atención primaria[43]

Finalmente, en lo relativo a la vinculación contractual en el SNS, los datos reportados por las comunidades autónomas e INGESA, a través de la Comisión de Recursos Humanos del SNS, anteriormente presentados en la [Tabla 3](#), evidencian un predominio del personal fijo, que representa en torno al 51,1% del total, seguido del temporal (27,3%), del interino (20,0%) y, de forma mucho más residual, de otras situaciones contractuales (1,7%).

La estructura contractual muestra diferencias relevantes entre territorios. Así, algunas comunidades presentan un mayor peso del empleo estable, como Extremadura, donde el personal fijo representa el 69,0% del total, y Castilla y León, con un 67,2%. En cambio, otras muestran una mayor dependencia de modalidades de contratación menos estables, especialmente Canarias, donde los interinos suponen el 66,6% del total de TCAEs, y la Región de Murcia, con un 46,5% de interinidad. Del mismo modo, la temporalidad alcanza valores especialmente elevados en Castilla-La Mancha (40,3%) y Navarra (36,9%), mientras que Galicia presenta un perfil singular por el peso de otras situaciones contractuales (19,2%). Por su parte, Andalucía, además de concentrar uno de los mayores volúmenes de TCAEs del conjunto analizado, muestra una distribución más equilibrada entre personal fijo (56,9%), temporal (29,0%) e interino (14,1%).

En conjunto, estos datos ponen de manifiesto que la profesión de TCAEs presenta una elevada inserción laboral, un volumen significativo de contratación y una amplia presencia en el sistema sanitario, si bien persisten desafíos vinculados a la temporalidad y a la heterogeneidad territorial en las condiciones de empleo.

Figura 11. Tipo de contratación en cada CCAA en Atención Primaria según datos remitidos por las CCAA

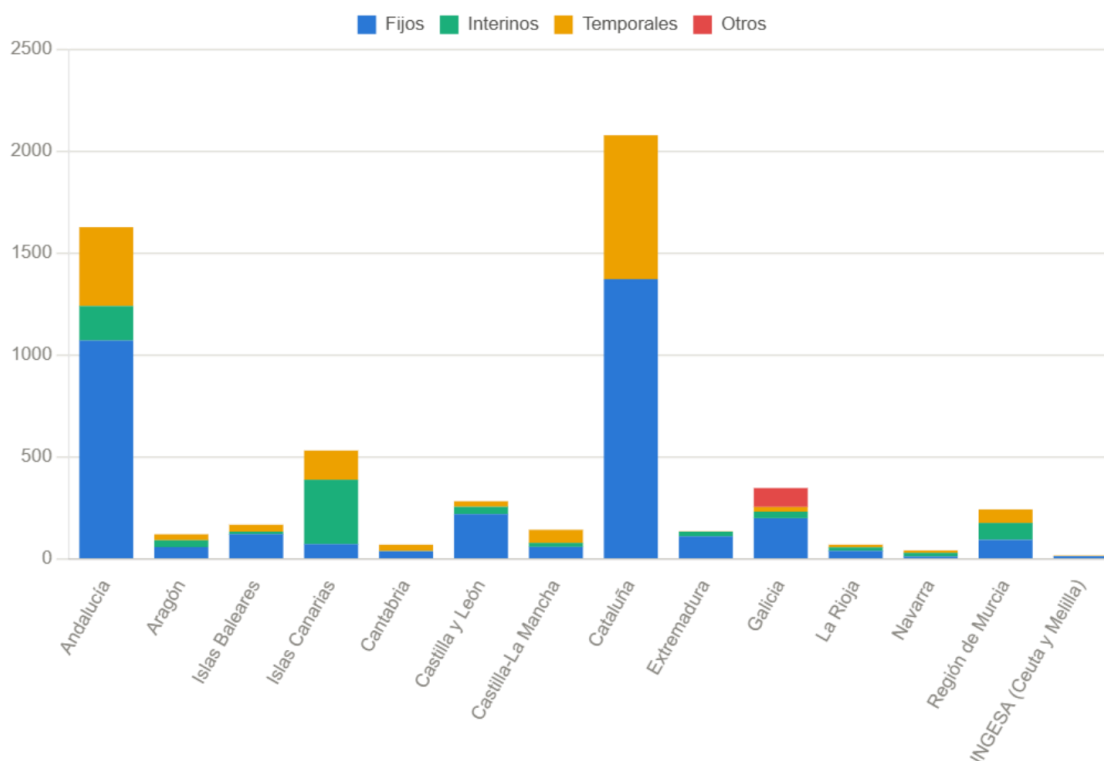
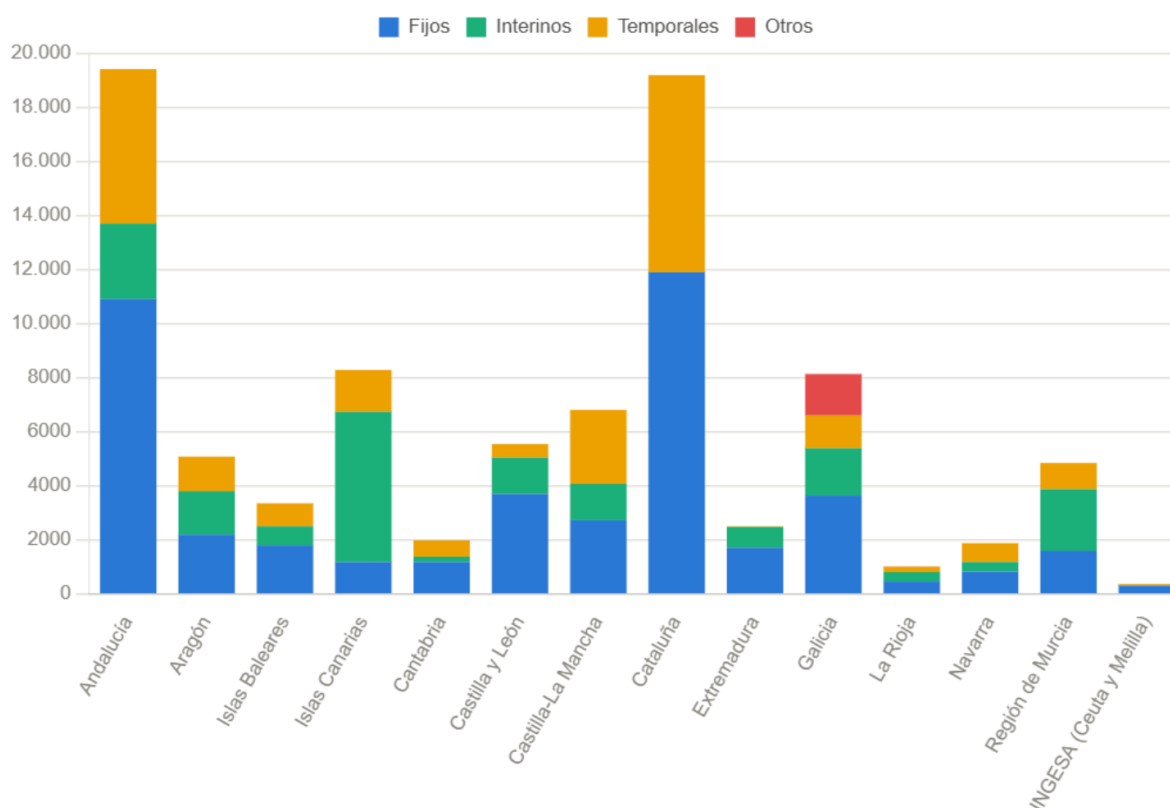


Figura 12. Tipo de contratación en cada CCAA en Atención Especializada según datos remitidos por las CCAA



5. Características laborales de las TCAEs en España

El presente apartado tiene por objeto caracterizar las principales dimensiones del empleo de las TCAEs en el ámbito del SNS, prestando especial atención a aspectos como las retribuciones y la organización de la jornada laboral.

El análisis de estas variables contribuye a ofrecer una visión integral del papel que desempeña este colectivo en el sistema sanitario, así como a identificar posibles diferencias territoriales y organizativas entre comunidades autónomas. Asimismo, permite aportar elementos de contexto relevantes para la planificación de recursos humanos y la definición de políticas orientadas a garantizar la adecuada disponibilidad, estabilidad y desarrollo profesional de las TCAEs.

5.1. Retribuciones salariales en los Servicios de Salud

Para la elaboración de este epígrafe fueron consultados Boletines y/o Diarios Oficiales, Consejerías de Sanidad, organismos oficiales de salud autonómicos, portales de transparencia

autonómicos, portales web de Gobiernos Autonómicos y plataformas sindicales, tomando como referencia las tablas retributivas oficiales publicadas entre los años 2024 y 2025 por las distintas comunidades autónomas ([Anexo I](#)).

En términos generales, todas las comunidades articulan el salario de las TCAEs mediante:

- Retribución fija: incluye el salario base, complementos de destino y específico, productividad fija y otros complementos de naturaleza estructural. Estas cuantías pueden variar en función del nivel, ámbito asistencial, trienios, pagas extraordinarias y normativa autonómica.
- Retribución variable: incluye complementos vinculados a turnicidad, nocturnidad, festivos, atención continuada y/o productividad variable; su existencia y cuantías dependen de la normativa autonómica y del puesto o unidad.

El análisis realizado se centra exclusivamente en las retribuciones fijas mensuales del Personal Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (PTCAE) estatutario que desempeña su labor en unidades de hospitalización y equipos de atención primaria, sin considerar antigüedad (trienios), pagas extraordinarias ni retribuciones variables.

En relación con el sueldo base, encuadrado en el subgrupo C2, se observa una elevada homogeneidad territorial derivada de su regulación estatal. Las cuantías oscilan entre un mínimo de 699,52 € (Cantabria) y un máximo de 738,50 € (Asturias, Canarias), lo que supone una diferencia máxima de 38,98 €. Este comportamiento homogéneo pone de manifiesto que el sueldo base no constituye el principal elemento de divergencia salarial entre comunidades autónomas.

Debe tenerse en cuenta que Navarra aplica régimen foral y un sistema retributivo propio (niveles A–E) distinto al modelo estatal C2/nivel 15, por lo que la estructura retributiva no es plenamente homogénea.

Los principales vectores de variabilidad retributiva residen en la productividad fija y en el complemento específico, así como en determinados complementos fijos adicionales propios de cada servicio de salud. En ambos ámbitos asistenciales, la productividad fija presenta diferencias muy significativas, con valores reducidos en Asturias (66,39 € en atención especializada y 27,62 € en atención primaria) o Extremadura (63,78 € y 26,54 € respectivamente), frente a cuantías significativamente superiores, como en Islas Baleares (504,01€ en ambos ámbitos asistenciales).

Debe señalarse que determinadas comunidades incorporan otros complementos integrados en la estructura fija mensual, como Canarias (añade 452,68 € en ambos ámbitos asistenciales por armonización retributiva), Madrid (añade 266,59 € en ambos ámbitos asistenciales por Acuerdo de Mesa Sectorial) o Castilla y León (añade 202,83 € en atención especializada y 202,04 € en atención primaria por Acuerdo Marco), entre otras. Estos conceptos explican parte de las diferencias territoriales más acusadas.

En cuanto al complemento específico, se aprecian diferencias importantes condicionadas tanto por el ámbito asistencial como por la política retributiva autonómica. En hospitalización, Cataluña (ICS) alcanza valores especialmente altos (510,72 €), seguida de la Comunidad Valenciana (410,25 €), Andalucía (399,08 €) y Extremadura (350,88 €), mientras que comunidades como Madrid (65,57 €), Cantabria (65,52 €) o País Vasco (76,17 €) presentan cuantías más moderadas.

En atención primaria, aunque el complemento específico tiende a ser inferior, las diferencias persisten, destacando nuevamente Cataluña (ICS) (454,08 €), Andalucía (399,08 €), Comunidad Valenciana (384,11 €), y Extremadura (331,98 €), frente a valores más contenidos como Madrid (60,59 €), Cantabria (60,55 €) o País Vasco (76,17 €).

El análisis comparado de los totales mensuales fijos brutos permite identificar diferencias territoriales relevantes. En unidades de hospitalización, el valor más elevado se registra en Navarra (1912,22 €), seguido de Islas Baleares (1724,06 €), Islas Canarias (1654,00 €), Cataluña (ICS) (1619,48 €), Murcia (1615,58 €) y La Rioja (1606,41 €). El valor mínimo corresponde a Cantabria (1404,92 €).

En atención primaria, el total mensual más alto lo presenta igualmente Navarra (1912,22 €), seguida de Islas Baleares (1724,06 €), Islas Canarias (1654,00 €), Murcia (1572,60 €), La Rioja (1567,10 €) y Cataluña (ICS) (1562,84 €). El valor más bajo vuelve a observarse en Cantabria (1363,10 €).

La posición destacada de Navarra debe contextualizarse en su régimen foral, mientras que el valor mínimo de Cantabria puede deberse al menor peso de productividad fija y complementos estructurales. Además, debe tenerse en cuenta que el análisis comparado de los totales mensuales se realiza exclusivamente en base a los elementos retributivos fijos, pudiendo verse alterado el total mensual real percibido en función de los elementos retributivos variables presentes en cada región, que no se han incluido en este análisis.

De forma global, se constata que el salario fijo mensual en hospitalización resulta, en términos generales, ligeramente superior al de atención primaria (diferencia aproximada del 2,5 %), debido al mayor peso del complemento específico y, en determinados casos, de la productividad fija.

Finalmente, se evidencia que, aun compartiendo un marco estatutario común, las retribuciones del PTCAE muestran una variabilidad significativa entre comunidades autónomas, derivada fundamentalmente de la configuración y cuantía de los complementos fijos. Comunidades como Cataluña destacan por un complemento específico elevado, mientras que otras, como Islas Baleares o Canarias, presentan estructuras retributivas reforzadas mediante productividades fijas o complementos de armonización. Esta diversidad evidencia el margen de autonomía retributiva existente dentro del sistema sanitario público español.

Tabla 9. Retribuciones del PTCAE estatutario en unidades de hospitalización

UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN						
CCAA y Año consultado	Sueldo base	Complemento de Destino	Complemento Específico	Productividad fija	Otros complementos	Total mensual
MADRID (2024)	716,98	391,78	65,57	63,29	266,59 (por acuerdo de mesa sectorial)	1504,21
GALICIA (2025)	716,98	418,69	215,75	114,55	---	1465,97
CANTABRIA (2024)	699,52	382,24	65,52	257,54	---	1404,92
PAÍS VASCO (2024)	716,98	412,36	76,17	---	---	1205,51
ASTURIAS (2025)	738,50	407,62	342,96	66,39	---	1555,47
NAVARRA (2024)	1319,54	592,68	---	---	---	1912,22
ARAGÓN (2024)	720,49	393,70	143,11	285,90	---	1543,20
CATALUÑA ICS (2024)	716,98	391,78	510,72	---	---	1619,48
CASTILLA Y LEÓN (2024)	720,49	393,70	95,51	64,48	182,07 (Compl. Acuerdo Marco) + 20,76 (Compl. Productividad Acuerdo Marco)	1477,01
LA RIOJA (2025)	716,98	391,78	264,98	78,12	154,55 (Compl. Acuerdo SERIS)	1606,41
EXTREMADURA (2025)	720,49	393,70	350,88	63,78	---	1528,85
CASTILLA-LA MANCHA (2025)	720,49	393,70	206,19	66,28	176,29 (Compl. JCCM)	1562,95
C.VALENCIANA (2024)	716,98	418,69	410,25	---	---	1545,92
MURCIA (2024)	716,98	391,78	250,80	256,02	---	1615,58
ANDALUCÍA (2024)	720,49	420,74	399,08	---	---	1540,31
ISLAS BALEARES (2025)	720,49	393,70	105,86	504,01	---	1724,06
ISLAS CANARIAS (2025)	738,50	409,13	---	53,69	452,68 (Armonización)	1654,00
CEUTA Y MELILLA (INGESA) (2025)	720,49	393,70	317,88	65,03	---	1497,11

Tabla 10. Retribuciones del PTCAE estatutario en Equipos de Atención Primaria

EQUIPO ATENCIÓN PRIMARIA						
CCAA y Año consultado	Sueldo base	Complemento de Destino	Complemento Específico	Productividad fija	Otros complementos	Total mensual
MADRID (2024)	716,98	391,78	60,59	26,32	266,59 (acuerdo de mesa sectorial)	1462,26
GALICIA (2025)	716,98	418,69	191,12	114,55	---	1441,34
CANTABRIA (2024)	699,52	382,24	60,55	220,79	---	1363,10
PAÍS VASCO (2024)	716,98	412,36	76,17	---	---	1205,51
ASTURIAS (2025)	738,50	407,62	341,85	27,62		1515,59
NAVARRA (2024)	1319,54	592,68	---	---	---	1912,22
ARAGÓN (2024)	720,49	393,70	135,83	254,11	---	1504,13
CATALUÑA ICS (2024)	716,98	391,78	454,08	---	---	1562,84
CASTILLA Y LEÓN (2024)	720,49	393,70	90,33	26,86	182,07 (Compl. Acuerdo Marco) + 19,97 (Compl. Productividad Acuerdo Marco)	1433,42
LA RIOJA (2025)	716,98	391,78	260,01	43,78	154,55 (Compl. Acuerdo SERIS)	1567,10
EXTREMADURA (2025)	720,49	393,70	331,98	26,54	---	1472,71
CASTILLA-LA MANCHA (2025)	720,49	393,70	185,01	27,60	176,29 (Compl. JCCM)	1503,09
C.VALENCIANA (2024)	716,98	418,69	384,11	---	---	1519,79
MURCIA (2024)	716,98	391,78	246,15	217,69	---	1572,60
ANDALUCÍA (2024)	720,49	420,74	399,08	No aplica	---	1540,31
ISLAS BALEARES (2025)	720,49	393,70	105,86	504,01	---	1724,06
ISLAS CANARIAS (2025)	738,50	409,13	---	53,69	452,68 (Armonización)	1654,00
CEUTA Y MELILLA (INGESA) (2025)	720,49	393,70	313,53	27,05	---	1454,78

Figura 13. Retribuciones de las TCAEs en unidades de hospitalización

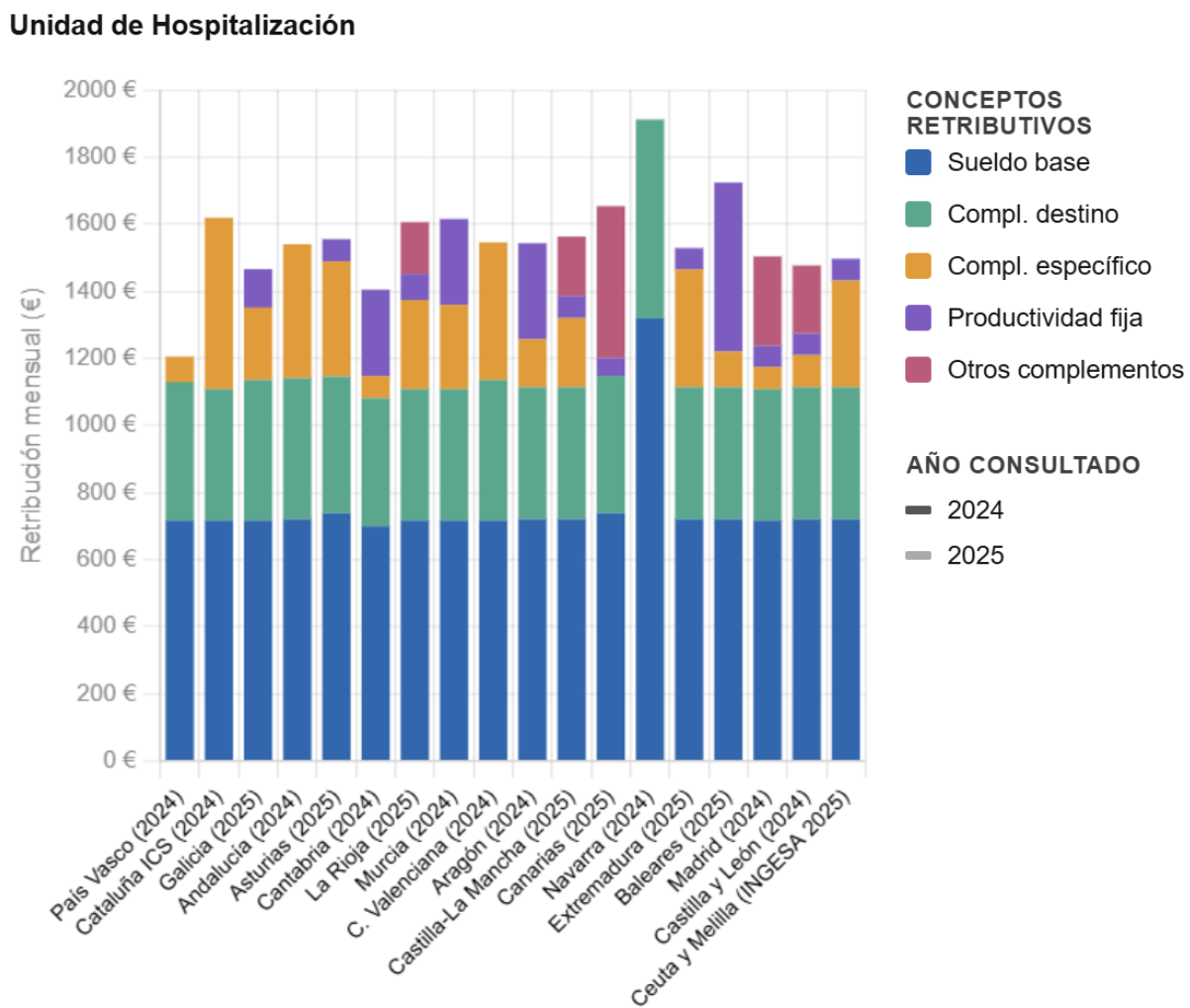
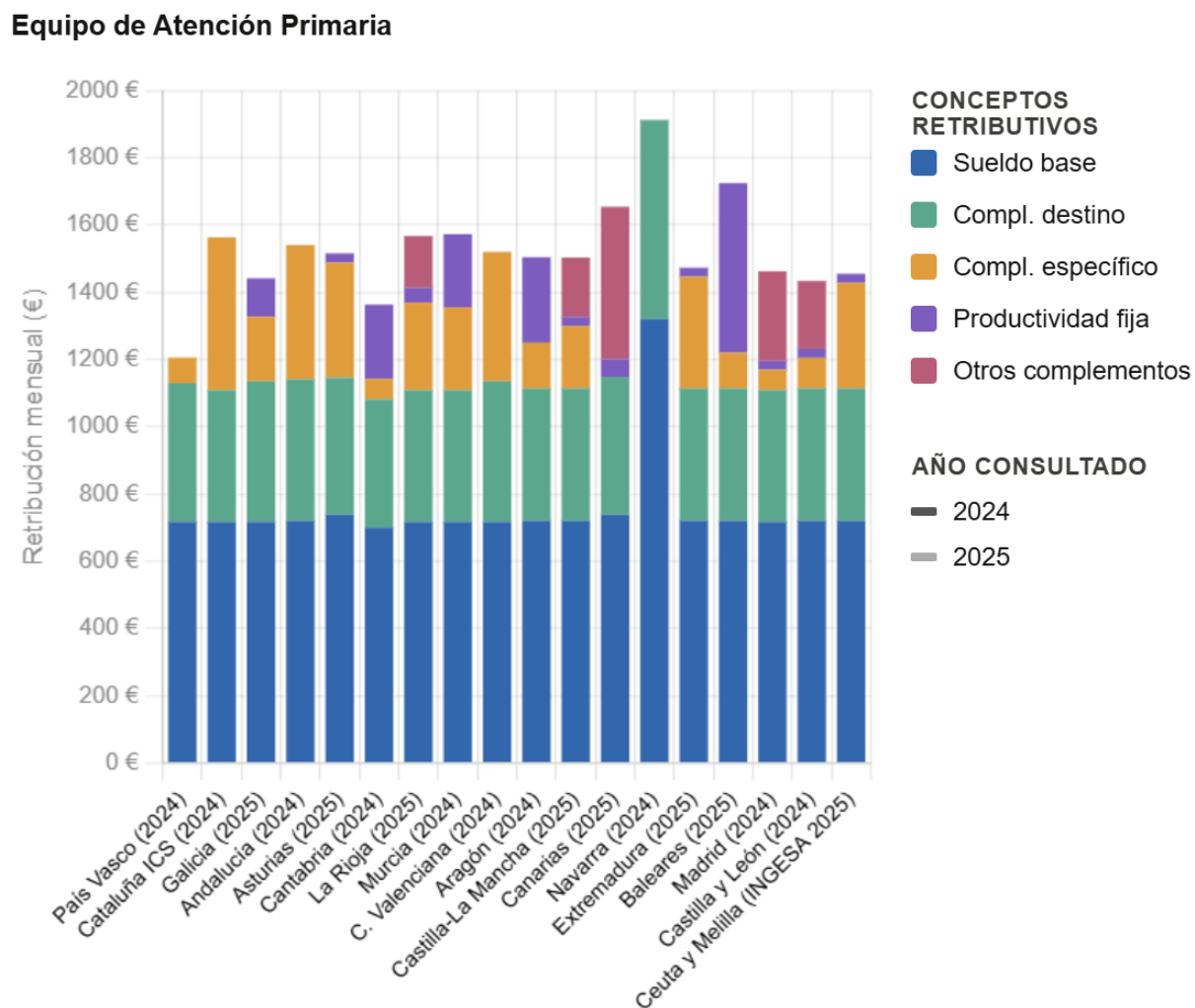


Figura 14. Retribuciones del PTCAE estatutario en Equipos de Atención Primaria



5.2. Jornada laboral en los Servicios de Salud

La regulación de la jornada laboral de las TCAEs en el sistema sanitario público español se fundamenta en la normativa autonómica específica de cada servicio de salud, desarrollada a través de decretos, resoluciones e instrucciones de carácter organizativo. Las fuentes consultadas ([Anexo II](#)) evidencian una notable heterogeneidad en la ordenación del tiempo de trabajo, particularmente en lo relativo al cómputo anual de horas según el tipo de turno, si bien se mantienen ciertos elementos comunes en materias como vacaciones y permisos.

En términos de jornada semanal, se observa una tendencia predominante hacia las 35 horas semanales en la mayoría de las comunidades autónomas como Cantabria, País Vasco, Asturias, Castilla y León, La Rioja, Extremadura, Murcia, Andalucía, Baleares, Canarias e INGESA, mientras que otras mantienen jornadas superiores de 36,2 horas como Galicia y Aragón o 37,5 horas como Madrid, Navarra, Cataluña, Castilla-La Mancha y Comunidad Valenciana. Esta diversidad refleja distintos grados de implantación de políticas de reducción de jornada en el ámbito sanitario.

En cuanto al cómputo anual en turno diurno, las horas oscilan aproximadamente entre las 1519 horas (Asturias, Extremadura y Castilla-La Mancha) y las 1657,5 horas (Madrid), situándose la mayoría de los servicios de salud en una franja intermedia en torno a las 1530–1590 horas anuales.

Respecto al turno nocturno, el número de horas anuales es significativamente inferior como consecuencia de la aplicación de coeficientes reductores o ponderaciones específicas por nocturnidad. Así, los valores se sitúan generalmente entre aproximadamente 1370 horas (Murcia) y 1480 horas (Madrid), pudiendo variar en algunos servicios sanitarios en función del número de noches efectivamente trabajadas o del uso de factores correctores.

En el caso del turno rotatorio, no existe un valor homogéneo, puesto que en numerosas comunidades el cómputo anual se determina mediante sistemas de ponderación que tienen en cuenta el número de noches realizadas. No obstante, en aquellos servicios donde sí se establece un valor de referencia, este suele situarse entre aproximadamente 1450 y 1550 horas anuales, reflejando una reducción respecto al turno exclusivamente diurno.

Por su parte, la jornada en servicios de urgencias/emergencias/112 presenta también particularidades, con cómputos específicos que, en términos generales, se sitúan en una horquilla similar o ligeramente inferior a la del turno rotatorio, frecuentemente en torno a 1480–1530 horas

anuales, aunque en muchos casos se determina igualmente mediante criterios de ponderación vinculados a la nocturnidad.

Finalmente, en relación con los periodos de descanso, las vacaciones anuales se fijan mayoritariamente en 22 días hábiles, si bien algunas comunidades optan por su equivalencia en días naturales (habitualmente 30) o amplían ligeramente su duración (hasta 27 o 28 días laborables en Navarra o País Vasco). En cuanto a los días de asuntos particulares, lo más habitual es el reconocimiento de 6 días al año, con ciertas variaciones al alza (hasta 8 en Aragón o 9 en Galicia) o a la baja (3 días en Navarra y Castilla y León).

En conjunto, el análisis pone de manifiesto una estructura común en la regulación de la jornada de las TCAEs, basada en la diferenciación por turnos y la compensación del trabajo nocturno, aunque con importantes diferencias territoriales en la concreción del tiempo de trabajo.

Tabla 11. Jornada laboral del personal estatutario en las distintas CCAA

CCAA	Horas/semana	Horas/año Turno Diurno	Horas/año Turno Rotatorio	Horas/año Turno Nocturno	Horas/año Urgencias	Vacaciones	Días de asuntos particulares
Madrid	37,5 h	1657,5 h	1544,5 h	1480 h	1536 h en SUMMA112 centro coordinador y SUAP	22 días hábiles	6 días
Galicia	36,2 h	1624 h	Según ponderación en función del número de noches (ej: 1491 h para 42 noches)	1.430 h	No especificado	30 días naturales	9 días
Cantabria	35 h	1652 h	1537 h (calculado para 42 noches)	1477 h	1535 h en SUAP y 1527 h en unidades móviles y centro coordinador	22 días hábiles	6 días
País vasco	35 h	1592 h	1587 h aplicando la ponderación proporcional mediante factor 1,10 hora nocturna (1,25 si ≥ 55 años)	1.463 h	No especificado	28 días laborables	6 días laborables
Asturias	35 h	1519 h	Aplicación coeficiente reductor por nocturnidad del 1,21 por cada hora nocturna trabajada	Aplicación coeficiente reductor por nocturnidad del 1,21 por cada hora nocturna trabajada	No especificado	22 días hábiles	6 días
Navarra	37,5 h	1592 h	1457 h	1535 h	No especificado	27 días laborables	3 días laborables
Aragón	36,2 h	1575 h	1456 h con 42 anuales noches efectivas	1400 h	Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias y SUAP: jornada establecida con carácter general con jornada ponderada si se realiza trabajo nocturno	22 días hábiles	8 días
Cataluña ICS	37,5 h	1599 h	Se ajusta la jornada anual teniendo en cuenta la parte proporcional de jornada que se realiza en ambos turnos	1445 h	No especificado	30 días naturales	6 días

CCAA	Horas/semana	Horas/año Turno Diurno	Horas/año Turno Rotatorio	Horas/año Turno Nocturno	Horas/año Urgencias	Vacaciones	Días de asuntos particulares
Castilla y León	35 h	1578 h	1498 h por la realización de 42 noches anuales	1420 h por la realización de 142 noches anuales	En SUAP: en función de la ponderación entre la jornada a en turno diurno y en turno nocturno, con un mínimo de 1420h al año. En Emergencias Sanitarias: 1498 horas	22 días hábiles	3 días laborables
La Rioja	35 h	1575 h	Ponderado por factor corrector según el número de noches	1450 h	No especificado	22 días hábiles	6 días
Extremadura	35 h	1519 h	1484 h	1450 h	No especificado	22 días hábiles	6 días
Castilla-la Mancha	37,5 h	1519 h	1491 h tras ponderar al considerar la realización de 42 noches al año	1450 h	1488 h en SUAP y en unidad móvil de emergencias y centro coordinador	22 días hábiles	6 días
C. Valenciana	37,5 h	1.589 h	1484 h Desde 2006. Cada hora nocturna equivale a 1,25 horas diurnas a efectos del cómputo anual	1238 h	CICU-SAMU: en proporción a la jornada de trabajo que se cumpla dentro del turno diurno y del nocturno	22 días hábiles	6 días
Murcia	35 h	1533 h	La jornada anual se determinará en función del número de noches trabajadas cada año natural. (ej. para 43 noches la jornada anual es de 1424 h)	1370 h	1320 h en SUAP, unidades de emergencia y centro coordinador	22 días hábiles	6 días
Andalucía	35 h	1540 h	1483 h. Según el número de noches	1450 h	No especificado	22 días hábiles	6 días
Islas baleares	35 h	1533 h	En función del número de noches efectivamente trabajadas, según ponderación. El resultado es una jornada entre las 1533–1430 h	1430 h	1430 h en SUAP	22 días hábiles	6 días
Islas canarias	35 h	1533 h	En función del número de horas efectivamente trabajadas durante el año en horario diurno y en horario nocturno y según ponderación	1400 h	No especificado	22 días hábiles	6 días
Ceuta y Melilla (INGESA)	35 h	1533 h	Se aplica coeficiente de reducción según el número de noches	Se aplica coeficiente de reducción según el número de noches	1524h en SUAP y unidad móvil de emergencias	22 días hábiles	6 días

Figura 15. Horas a la semana del personal estatutario en las distintas CCAA

Horas semanales

■ Horas/semana

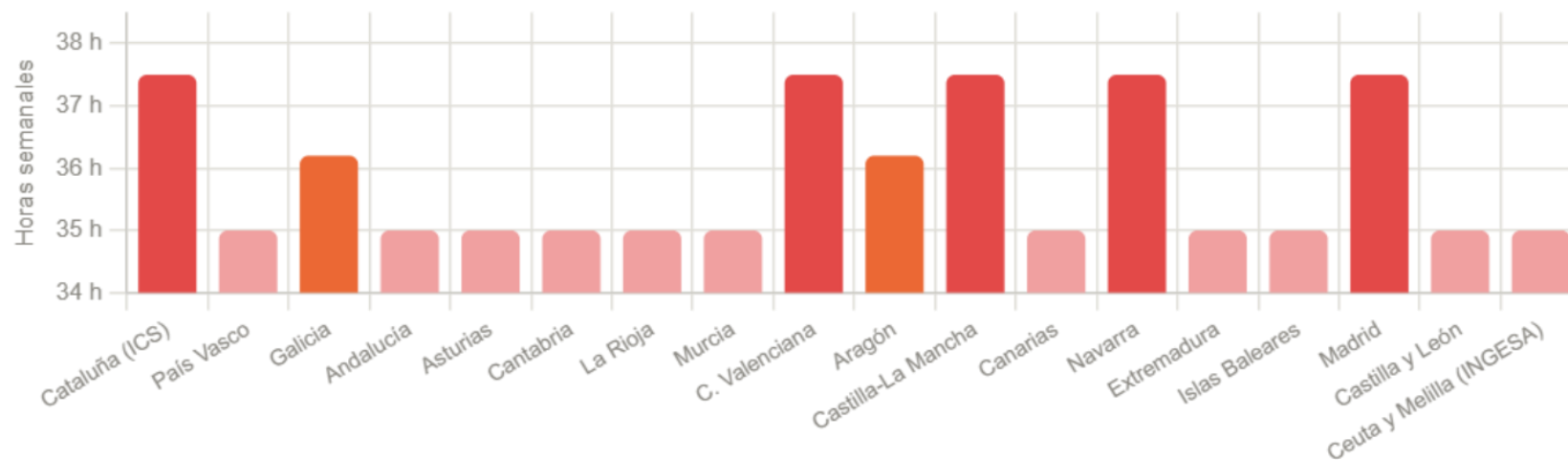
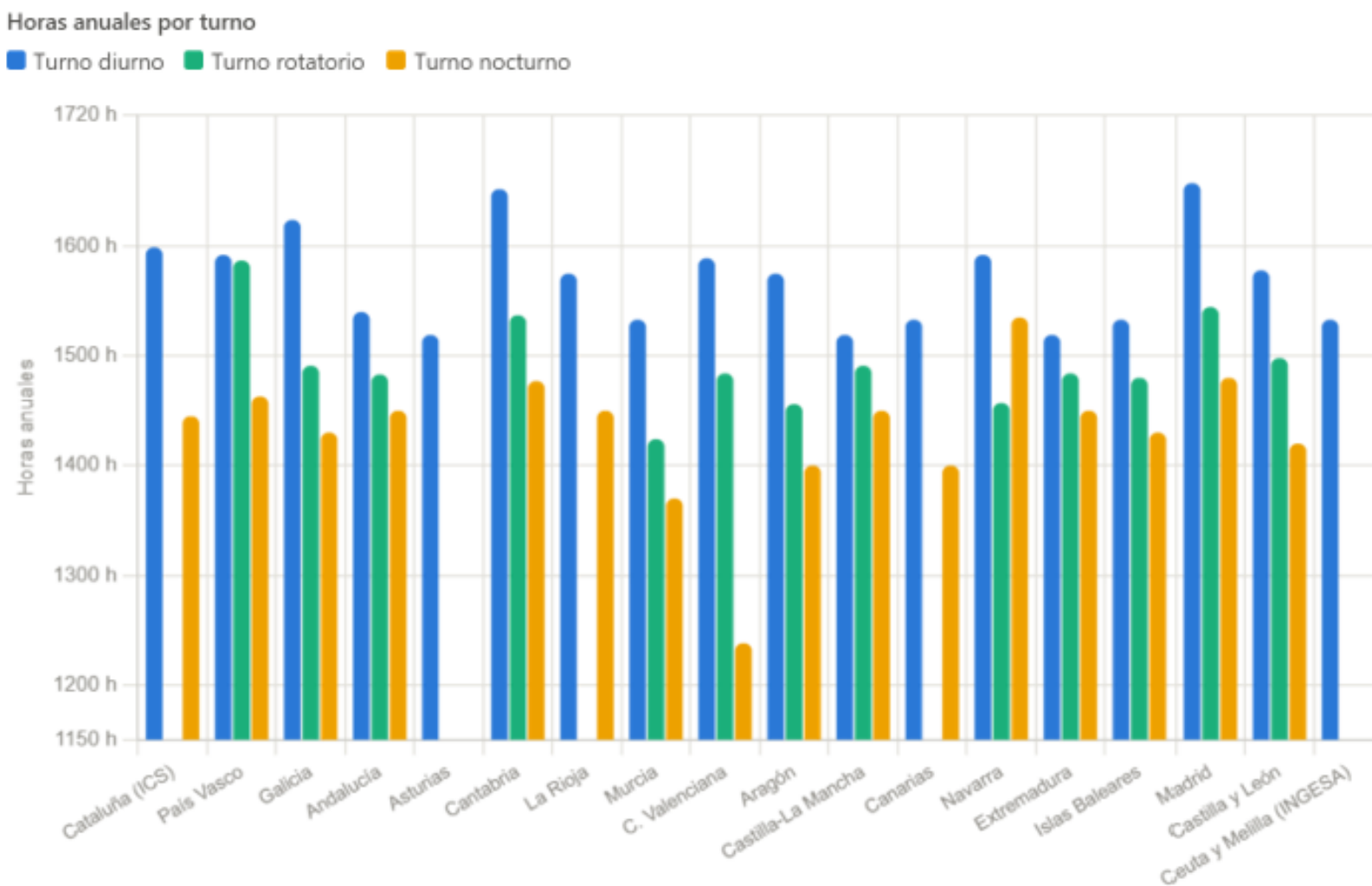


Figura 16. Horas anuales según turno del personal estatutario en las distintas CCAA



6. De la atención sociosanitaria en España

Atendiendo a la legislación actual española, resulta necesario diferenciar entre conceptos que, debido a su origen en traducciones del inglés (como *long-term care*), pueden malinterpretarse. En este sentido conviene distinguir entre los conceptos de “larga estancia” y “cuidados de larga duración”.

La definición de **larga estancia** se encuentra en el *Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios* [44]. En esta normativa, los hospitales de media y larga estancia se incluyen dentro de la categoría de “*Hospitales (centros con internamientos)*”, entendidos como hospitales destinados a la atención de pacientes que precisan cuidados sanitarios, en general de baja complejidad, por procesos crónicos o por tener reducido su grado de independencia funcional para la actividad cotidiana, pero que no pueden proporcionarse en su domicilio, y requieren un periodo prolongado de internamiento.

En este Real Decreto también se tienen en cuenta otras organizaciones cuya actividad principal no es la sanitaria, pero donde sí se prestan servicios de este tipo, como es el caso de las residencias de la tercera edad o las prisiones, dentro del grupo de “*Servicios sanitarios integrados en una organización no sanitaria*”, reconociéndose igualmente como centros sanitarios.

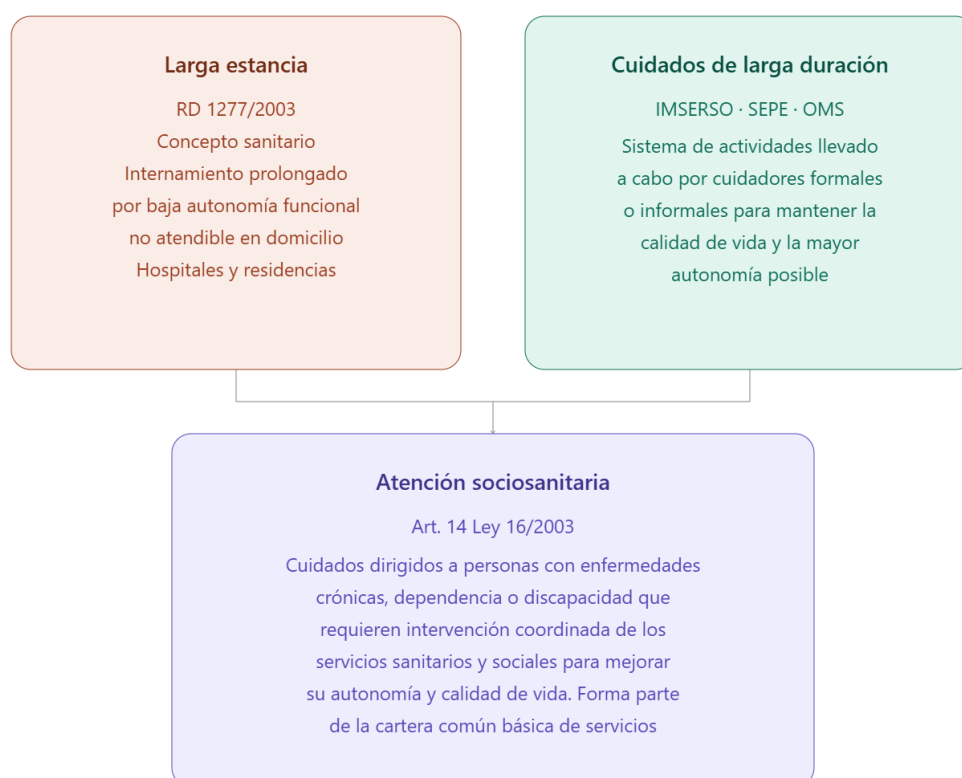
Por su parte, el concepto de **cuidados de larga duración** es definido tanto por el IMSERSO [45] en su glosario como por el Servicio Público de Empleo Estatal (SEPE) en su informe “*El empleo en España en el sector de los cuidados de larga duración*” [46], en línea con la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se entiende como tales *el sistema de actividades llevadas a cabo por cuidadores informales (familia, amigos, vecinos) o profesionales (sanitarios, sociales u otros), o ambos, para conseguir que una persona que no sea capaz de cuidar de sí misma mantenga la mejor calidad de vida posible, de acuerdo con sus preferencias individuales, con el mayor grado posible de independencia, autonomía, participación, realización personal y dignidad humana*.

Con respecto a la **prestación sociosanitaria**, el artículo 14 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud [47] la define como el *conjunto de cuidados dirigidos a personas con enfermedades que, por su evolución, generan dependencia o discapacidad, generalmente pacientes crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales, para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social, formando parte de la cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud (art. 8 bis) las actividades*

asistenciales de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se realicen en centros sanitarios o sociosanitarios (así como el transporte sanitario urgente), cubiertos de forma completa por financiación pública.

En el ámbito sanitario, la misma Ley establece que la atención sociosanitaria se llevará a cabo en los niveles de atención que cada comunidad autónoma e INGESA determinen y comprende los cuidados sanitarios de larga duración, atención sanitaria a la convalecencia, rehabilitación y cuidados intermedios. Igualmente se subraya la necesidad de que las Administraciones públicas, a través de una adecuada coordinación entre ellas con sus servicios sanitarios y sociales, garanticen la continuidad del servicio.

Figura 17. Conceptos de larga estancia, cuidados de larga duración y atención sociosanitaria



Por su parte, la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, en adelante LAPAD, en su capítulo II sobre las prestaciones y catálogo de servicios de atención del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) [48], incorpora un catálogo de servicios (art. 15) que comprende los servicios sociales de promoción de la autonomía personal y de atención a la dependencia. En este catálogo se encuentran, entre otros, los Servicios de Centro de Día y de Noche y los Servicios de Atención

Residencial, prestándose en estos últimos un servicio desde un enfoque biopsicosocial, servicios continuados de carácter personal y sanitario.

Estos servicios del Catálogo tienen carácter prioritario y se prestan a través de la oferta pública de la Red de Servicios Sociales, por las respectivas Comunidades Autónomas, mediante centros y servicios públicos o privados debidamente acreditados.

El SAAD actúa como canal de colaboración y participación de las Administraciones Públicas constituyéndose un modelo de atención integral al ciudadano. Este sistema se fundamenta en una coordinación y cooperación entre la Administración General del Estado y las comunidades autónomas, con el respeto a sus respectivas competencias en materia de promoción de la autonomía personal y la atención y protección a las personas en situación de dependencia.

El organismo que tiene atribuidas las funciones de la articulación de la participación de la AGE en el SAAD es el Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030, a través de su Secretaría de Estado de Derechos Sociales en virtud del Real Decreto 209/2024[49], de 27 de febrero, por el que se desarrolla su estructura orgánica básica.

Según la *Resolución de 28 de julio de 2022, de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia [50]*, que desarrolla la LAPAD, amplía y trasciende al Acuerdo de 2008 estableciendo un marco común mínimo que garantice la calidad de los servicios y que refuercen los derechos contenidos en la LAPAD.

Este Acuerdo es de aplicación para aquellos centros o servicios de titularidad privada, concertados que formen parte del SAAD, y aquellos no concertados que puedan prestar atención a las personas que reciben una prestación económica. Sin embargo, aunque los de titularidad pública no están sometidos a este régimen de acreditación, deben observar aquellos requisitos que se exijan para la acreditación de los privados. La *Extensión del acuerdo* incluye servicios recogidos en el artículo 15 de la LAPAD, quedando fuera viviendas con apoyos o similares, así como los centros sociosanitarios con capacidades sanitarias acreditadas.

Respecto del catálogo de servicios previsto en el artículo 15 de la LAPAD, en este Acuerdo se diferencian 3 ámbitos para los que se establecen unos requisitos mínimos comunes para su acreditación, entre los que se incluyen: los recursos materiales y equipamientos, el personal y el aseguramiento de la dignidad de trato y del ejercicio de derechos de las personas usuarias.

Este informe se centra en el ámbito de personal, concretamente en la cualificación y formación exigida al personal de atención directa de primer nivel y de segundo nivel, regulada en el Título II del Acuerdo.

Se considera **personal de atención directa de primer nivel (Ad1N)**, aquellos que prestan apoyo directo a las personas en situación de dependencia, esencial para prestar apoyos a su autonomía, su participación y para el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria. Para este personal, se requiere estar en posesión de alguno de los siguientes títulos y certificados:

- Título de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería establecido por el Real Decreto 546/1995, de 7 de abril (o títulos equivalentes)
- Título de Técnico en Atención a Personas en Situación de Dependencia, regulado por el Real Decreto 1593/2011, de 4 de noviembre (o títulos equivalentes)
- Certificado de Profesionalidad de Atención Sociosanitaria a Personas Dependientes en Instituciones Sociales, regulado por el Real Decreto 1379/2008, de 1 de agosto, o en su caso, cualquier otro certificado que se publique con los mismos efectos profesionales.

Excepcionalmente, aquellos que ostenten el Certificado de Profesionalidad de Atención Sociosanitaria a Personas en el Domicilio (o equivalentes) también podrán desempeñar su trabajo en la atención residencial.

Asimismo, el apartado decimoctavo del Acuerdo establece los requisitos y estándares de personal para los centros de atención residencial, diferenciando tres grupos profesionales: personal de atención directa de primer nivel (Ad1N), personal de atención directa de segundo nivel (Ad2N) y personal de atención indirecta. Aunque se definen las características generales de cada uno de estos grupos, el presente informe se centra en el personal de atención directa de primer nivel (Ad1N), que incluye *“el personal técnico cuidador, auxiliar o gerocultor, según se denomine en cada territorio y/o sector. Preferentemente, estará asignado a una unidad de convivencia de forma estable.”*

Como especificidad de este Acuerdo, también se establecen las ratios mínimas de cada tipo de personal en centros residenciales; estableciéndose en forma de jornadas completas o personal equivalente, respecto al número de plazas ocupadas, siendo el único ámbito donde existe algún tipo de recomendación sobre ratios mínimas para las TCAEs. Sin embargo, también se puntualiza que esto podrá ser mejorado por las comunidades autónomas cuando así lo consideren en función de las personas que requieran una mayor intensidad de apoyos.

La Administración competente puede autorizar la reducción de estas ratios, de forma excepcional, si se acredita que la ocupación del centro se realiza por personas que no están en situación de dependencia y/o personas en situación de dependencia moderada (Grado I) en más de un 40% de las plazas.

Tabla 12. Ratios específicas para el personal de atención directa de primer nivel

Categoría profesional de personal Cuidador/a, Gerocultor/a o similar de atención directa de primer nivel	Ratio exigible a						
	31/12/23	31/12/24	31/12/25	31/12/26	31/12/27	31/12/28	31/12/29
Residencia personas mayores.	0,31	0,33	0,35	0,37	0,39	0,41	0,43
Residencia personas con discapacidad.	0,42	0,43	0,45	0,46	0,48	0,49	0,50

Fuente: Resolución de 28 de julio de 2022, de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales [50]

6.1. Análisis de situación

No son muchos los datos disponibles en relación con la situación de las profesionales de los cuidados que se prestan en el ámbito sociosanitario. Sin embargo, a lo largo del año 2025, desde el Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030 (MDSCA), se han empezado a publicar documentos muy valiosos para profundizar sobre esto, con el pistoletazo de salida que supuso la “Estrategia Estatal para un nuevo modelo de cuidados en la comunidad: un proceso de desinstitucionalización” [51] en 2024 y a los que seguirán otras publicaciones más adelante.

Según el informe publicado por el MDSCA junto con Afi, 40dB y SiiS, titulado “Situación laboral y déficit de trabajadoras del SAAD. Diagnóstico e itinerarios laborales y vitales”[52] el pasado julio de 2025, se destaca que pese al aumento observado en las cifras de empleo en el sector de los cuidados de larga duración en personas en situación de dependencia, debido fundamentalmente al cambio de patrón sociodemográfico y epidemiológico observado en la sociedad (el cual ha incrementado las necesidades de cuidados y, por tanto, ha acrecentado el número de personas que se dedican a cuidar de forma profesional) este no ha ido acompañado de una mejora en las condiciones laborales.

En este informe se refleja, además, una carencia de formación específica en estas trabajadoras. Se cita un estudio de López-Fernández et al. (2023) donde se analizan los efectos del certificado de profesionalidad expuesto en el apartado anterior, que ha generado nuevas formas de segmentación y desigualdad entre las propias trabajadoras, aunque, por otro lado, ha contribuido a la mejora de la formación y cualificación, así como en la permanencia en el empleo.

Todo apunta a que, en establecimientos residenciales, la distribución de actividades dentro de los cuidados se sitúa en un 40% en el cuidado de personas mayores, en torno a un 33% en cuidados sanitarios y un 25% entre cuidados a personas con discapacidad y otras actividades. Asimismo, en 2024, Cantabria fue la comunidad autónoma con la mayor cobertura de prestaciones residenciales, medida como el número de prestaciones en servicios de atención residencial por cada 100 habitantes de 65 y más años, seguida de Castilla-La Mancha. Al ser el SAAD un sistema descentralizado en las distintas comunidades ha dado lugar a disparidades en las prestaciones que ofrecen.

Con respecto a la caracterización de las trabajadoras en cuidados de larga duración en 2024, se establece que en “*establecimientos residenciales*” trabajan un 85% mujeres y un 15% hombres. Además, el 6% son menores de 25 años, el 21% tiene entre 25 y 35 años, otro 21% entre 35 y 45 años, un 29% entre 45 y 55 y, finalmente, un 24% tienen más de 55 años.

También se analiza la presencia de personas trabajadoras de origen extranjero, cifradas en estos establecimientos en un 23% en el año 2024 (un 14% diez años antes, en 2014). Del total, según su país de origen, se cifra en un 52% como provenientes de Sudamérica. En el sector salud, la presencia de personas trabajadoras de origen extranjero, se cifra en un 11%. En estos establecimientos, casi la mitad de las trabajadoras (43%) tienen un nivel de cualificación medio (bachiller o grados de Formación Profesional básicos o medios), situándose en porcentajes muy parecidos aquellos con niveles bajos (26%) y altos (31%).

A diferencia de la atención domiciliaria, donde abunda más el Certificado de Profesionalidad en Atención Sociosanitaria (en torno al 60%), entre las trabajadoras de residencias existen más personas con alguno de los ciclos formativos u otras titulaciones de estudios superiores (74%, entre ambas).

Según la distribución de las personas que trabajan en los establecimientos residenciales, en este informe se engloba en una misma ocupación “*gerocultor*” o “*auxiliar de enfermería*”, con las limitaciones que se analizarán en el apartado siguiente. Aun así, se establece que estas ocupaciones representan el 54% de los trabajadores, seguidos de un 15% de “*auxiliar de mantenimiento*” y un 12% de “*limpieza*”.

Es importante resaltar también que el porcentaje de trabajadoras que afirman realizar cursos de formación (reglados o no) en estos establecimientos es tan solo del 13%, frente a un 87% que no los realizan. Además, en establecimientos residenciales los accidentes de trabajo con baja laboral por cada cien mil trabajadores en 2023 duplicaban la media nacional, que se situó en 2812, y en las

residencias, que se situó en 4918. También son superiores en accidentes in itinere y en la incidencia de enfermedades profesionales.

Por último, según el *informe “Estimación de necesidades de trabajadoras de cuidados de larga duración a 2030”*[53] del MDSCA, elaborado a partir de los datos del SAAD y las proyecciones poblacionales del Instituto Nacional de Estadística (INE), los cuatro posibles escenarios que se plantean prevén un incremento significativo de las necesidades del personal en atención residencial entre 2024 y 2030. Las estimaciones sitúan las necesidades adicionales de personal entre 74600 y 169300 trabajadoras en 2030, según el escenario considerado, lo que evidencia la magnitud del reto de recursos humanos asociado al envejecimiento de la población y al aumento esperado de la demanda de cuidados de larga duración.

6.2. Gerocultor/a

Se considera necesario realizar este apartado clarificador ante las distintas formaciones que pueden dar lugar al mismo o a diferentes puestos de trabajo.

Tal y como establece el Acuerdo del SAAD, para trabajar en centros residenciales como personal de atención directa de primer nivel se puede acceder a través de distintas titulaciones como son el título de Técnico en Atención a Personas en Situación de Dependencia, el Certificado de Profesionalidad de Atención Sociosanitaria a Personas Dependientes en Instituciones Sociales y el título de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería.

El título de **Técnico en Atención a Personas en Situación de Dependencia** [54] es un título de Formación Profesional de Grado Medio (Grado D) que queda identificado por los siguientes elementos: tiene una duración de 2000 horas y pertenece a la Familia Profesional “*Servicios Socioculturales y a la Comunidad*”.

La competencia general de este título consiste en *atender a las personas en situación de dependencia, en el ámbito domiciliario e institucional, a fin de mantener y mejorar su calidad de vida, realizando actividades asistenciales, no sanitarias, psicosociales y de apoyo a la gestión doméstica, aplicando medidas y normas de prevención y seguridad y derivándolas a otros servicios cuando sea necesario.*

Según el RD por el que se establecen sus enseñanzas mínimas, entre las ocupaciones y puestos de trabajo más relevantes se encuentran:

- Cuidador o cuidadora de personas en situación de dependencia en diferentes instituciones y/o domicilios.

- Cuidador o cuidadora en centros de atención psiquiátrica.
- Gerocultor o gerocultora.
- Asistente personal.
- Teleoperador/a de teleasistencia.

Por otro lado, el **Certificado de Profesionalidad de Atención Sociosanitaria a Personas Dependientes en Instituciones Sociales [55]** es un Certificado profesional (Grado C) que queda identificado por los siguientes elementos: tiene una duración de 450 horas y pertenece a la Familia Profesional “*Servicios Socioculturales y a la Comunidad*”.

La competencia general de este certificado es *atender a personas dependientes en el ámbito sociosanitario en la institución donde se desarrolle su actuación, aplicando las estrategias diseñadas por el equipo interdisciplinar competente y los procedimientos para mantener y mejorar su autonomía personal y sus relaciones con el entorno*.

Según su ficha del SEPE, entre las ocupaciones o puestos de trabajo relacionados, se encuentran, entre otros, la de cuidador de personas dependientes en instituciones y la de gerocultor.

Por último, el título de **Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería** es un título de Formación Profesional de Grado Medio (Grado D) que queda identificado por los siguientes elementos: tiene una duración de 1400 horas y pertenece a la Familia Profesional “*Sanidad*”.

Como se ha explicado anteriormente, la competencia general es *proporcionar cuidados auxiliares al paciente/cliente y actuar sobre las condiciones sanitarias de su entorno como miembro de un equipo de enfermería en los centros sanitarios de atención especializada y de atención primaria, bajo la dependencia del diplomado de enfermería, en su caso, como miembro de un equipo de salud en la asistencia sanitaria derivada de la práctica del ejercicio liberal bajo la supervisión correspondiente*.

Según la caracterización de la oferta de empleo para estas profesionales, de acuerdo con el SEPE (2021) [56], en muchos casos se acompaña de la denominación del puesto donde va a realizar las tareas, como son: planta de hospitalización, escolar, gerocultor/a, salud mental, residencia, consulta externa, quirófano, ginecología y obstetricia, atención sociosanitaria, etc.

También se observa cómo el término “gerocultor/a” se encuentra en el *VIII Convenio marco estatal de servicios de atención a las personas dependientes y desarrollo de la promoción de la autonomía personal [57]* como categoría profesional a la que se le atribuyen unas funciones que,

claramente, no pueden desempeñar personas de forma indistinta, debiendo éstas ser acordes con su titulación y, aunque se explicita que, efectivamente, para esta categoría *“dispondrán de la titulación o habilitación requerida y/o experiencia precisa para el desarrollo de sus funciones en función de lo regulado en la normativa vigente.”* no se explicita a qué titulación o habilitación se refiere, ni cuál será la distribución de las funciones según la titulación requerida.

Por lo tanto, se puede observar que hay titulaciones con unas horas de formación distintas y con unas competencias diferenciadas, acordes a los contenidos formativos, tanto teóricos como prácticos, en su caso, y que *“gerocultor/a”* es la denominación de un puesto de trabajo y no de una formación reglada y oficial. Para contar con unos cuidados de calidad es necesario que los puestos de trabajo se configuren en función de las competencias necesarias para ese profesional que son dadas por una determinada formación y, por lo tanto, no puedan ser ocupados por cualquier tipo de profesional, debiendo reconocerse y remunerarse en función de todo lo anteriormente expuesto.

Por último, es fundamental contar con sistemas de información de calidad que nos permitan monitorizar tanto los datos de personal del SNS como de todo el sector sociosanitario, idealmente con datos desagregados por cada categoría profesional.

En este caso, una oferta de empleo categorizada como *“gerocultor/a”* podría ser desempeñada por personas con titulaciones diferentes. Contratar personal cuya titulación no se ajusta al perfil requerido para un puesto de trabajo puede generar implicaciones significativas y más en el sector de los cuidados profesionales, donde cada vez se requieren unos cuidados más precisos y complejos.

Citando el informe del Observatorio de las ocupaciones del SEPE, *“El empleo en España en el sector de los cuidados de larga duración. 2024”*[46], en relación con las ocupaciones en los cuidados de larga duración, donde diferencia a las TCAEs de los gerocultores por la formación anteriormente mencionada se recoge que *“muchas veces se contrata a los auxiliares (de enfermería) para actuar como gerocultores, lo cual es, en cierto modo, degradante para ellos. Y, a su vez, en muchos casos se contrata a gerocultores con poca formación y experiencia o a empleados del hogar. Les falta formación en idiomas, acusan muchas bajas por las propias tareas. A la falta de personal se suman las bajas de los profesionales experimentados de mayor edad. Se recurre en muchos casos a cuidadores de otras nacionalidades, pero a veces hay conflictos.”*

Parte II. Análisis descriptivo de la encuesta

A continuación, se analizan los resultados obtenidos en la encuesta. Este apartado se estructura en tres bloques.

En primer lugar, **la caracterización de los datos**, con objeto de proporcionar una visión general del perfil de las personas participantes y de sus principales características demográficas, formativas y laborales.

En segundo lugar, se presenta **el análisis descriptivo de los resultados**, centrado en las respuestas a preguntas de carácter más subjetivo, como la satisfacción laboral o las propuestas de mejora, examinadas tanto de forma global como en función de las distintas características sociodemográficas y laborales de la muestra.

Por último, se recoge un apartado de **conclusiones** que sintetizará los principales resultados del estudio, destacando aquellos elementos considerados más relevantes para la mejora de la situación laboral de las TCAEs.

7. Caracterización de los datos

Este apartado se centra en describir la composición de la muestra. Se detallan el número total de respuestas válidas, los canales a través de los cuales las participantes accedieron a la encuesta y las principales características sociodemográficas y laborales de las personas encuestadas.

7.1. Número de respuestas

El número de TCAEs que iniciaron la encuesta fue de $n = 59\,844$, mientras que $n = 32\,156$ la completaron. Las participantes debían confirmar su participación voluntaria y declarar la veracidad de las respuestas. Además, se aplicó un filtro basado en el tiempo de cumplimentación de la encuesta, excluyendo aquellas con una duración menor a 7 minutos, umbral establecido a través del percentil 99 del tiempo total de respuesta. Tras el preprocesamiento y la limpieza de los datos, el número de respuestas válidas fue $n = 30\,954$.

Por otro lado, el número de PTCAE considerado en el análisis de los resultados desagregados por características sociodemográficas y laborales fue de $n=28\,262$, ya que, para ello, se excluyeron las categorías de las siguientes variables: la categoría “otro” del tipo de jornada, la categoría de “no estoy contratada” del tipo de contrato y “prefiero no responder” de la variable género.

Cabe señalar la heterogeneidad en los tamaños muestrales de los grupos desagregados en cada variable, ya que no todos presentan el mismo número de observaciones.

7.2. Canal de recepción de respuestas

El canal más frecuente a través del cual se accedió a la encuesta fue la organización sindical (44,19%), seguido por las redes sociales (21,56%). Otras vías, con menor representación, incluyen asociaciones profesionales, el Ministerio de Sanidad u otra institución gubernamental de ámbito nacional. Ver tabla 13.

Tabla 13. Información relativa al canal de recepción de la encuesta

Canal	Total
Organización sindical nacional, autonómica o local	13 680 (44,19%)
Redes sociales	6675 (21,56%)
Otra fuente no citada en apartados anteriores	3713 (12,00%)
La institución en la que trabajas actualmente	3238 (10,46%)
Asociación relacionada con tu profesión	2703 (8,73%)
Ministerio de Sanidad	873 (2,82%)
Otra institución gubernamental de ámbito nacional	72 (0,23%)

7.3. Características sociodemográficas del PTCAE que ha respondido a la encuesta

En las tablas 14 y 15 se recogen las características sociodemográficas de las personas encuestadas.

Con respecto al perfil demográfico predominante, destaca que el 90,82% de las personas encuestadas fueron mujeres, y el 93,59% del total de origen español. La mediana de edad fue de 49 años (Q1-Q3: 40-46 años).

En relación con la convivencia, el 50% vivía con su pareja e hijos, seguidos por las personas sin hijos (28,33%) y por las personas adultas solteras con hijos (11,79%).

En cuanto al nivel formativo, el 71,64% disponía del título de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, posterior a 1995, frente al 28,36% que obtuvo su titulación antes de 1995. Además, el 56,66% contaba con otra titulación, destacando la proporción de personas que disponían de la titulación de Bachiller, BUP/COU (18,70%) así como de la de Técnico Superior Sanitario (23,49%).

Tabla 14. Características sociodemográficas

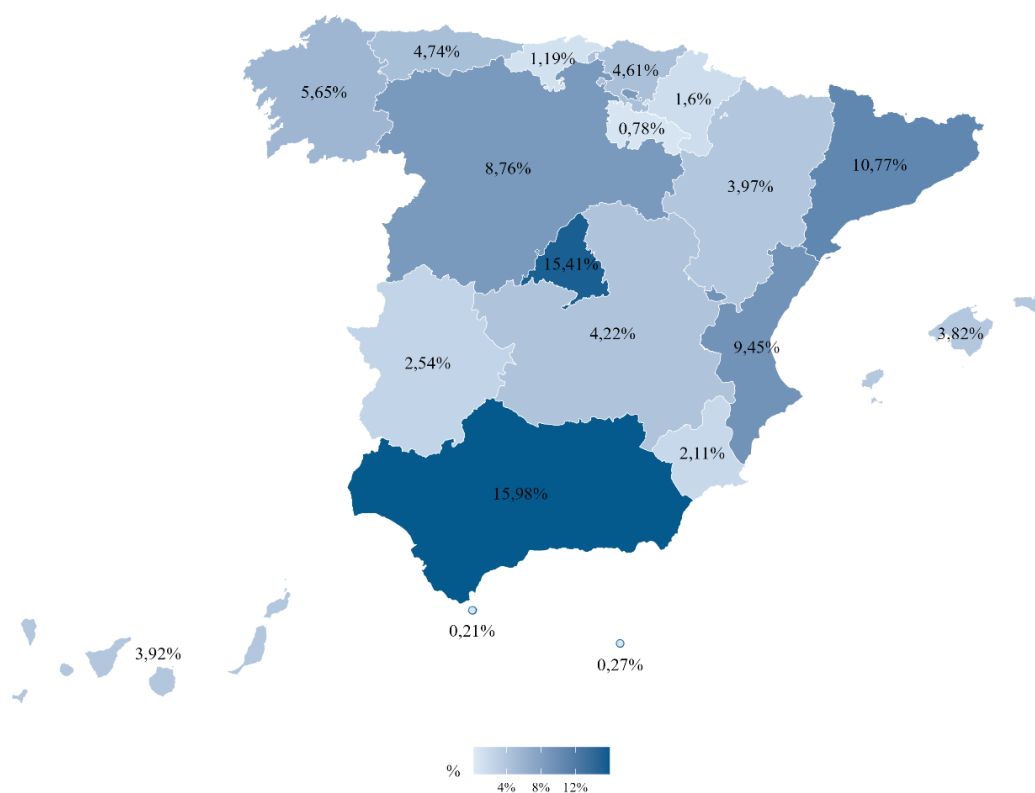
Variable	Categoría	Total
Género	Mujer	28 113 (90,82%)
	Hombre	2687 (8,68%)
	Prefiero no responder	154 (0,50%)
Otras titulaciones	Ninguna más	13 416 (43,34%)
	Técnico Superior Sanitario	7271 (23,49%)
	Bachiller, BUP/COU	5788 (18,70%)
	Técnico Superior no Sanitario	2400 (7,75%)
	Titulación Universitaria no Sanitaria	1483 (4,79%)
	Titulación Universitaria Sanitaria	596 (1,93%)
País de nacimiento	España	28 966 (93,58%)
	Latinoamérica	1196 (3,86%)
	Europa Occidental	242 (0,78%)
	Otro continente	145 (0,47%)
	Sur de Europa	125 (0,40%)
	Norte de Europa	110 (0,36%)
	Otro país de América	88 (0,28%)
	Europa Oriental	70 (0,23%)
	Asia	12 (0,04%)
Hogar	Pareja con hijos	15 416 (49,80%)
	Adulto/a soltero/a sin hijos	4734 (15,29%)
	Pareja sin hijos	4036 (13,04%)
	Adulto/a soltero/a con hijos	3649 (11,79%)
	Otro tipo de hogar con hijos	2028 (6,55%)
	Otro tipo de hogar sin hijos	1091 (3,52%)
Titulación	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, posterior a 1995	22 174 (71,64%)
	Técnico Auxiliar, rama sanitaria, /FP/Otros/ anterior a 1995	8780 (28,36%)

Tabla 15. Distribución de la edad del PTCAE que ha respondido a la encuesta

Min.	1er Q	Mediana	Media	3er Q	Max.
17	40	49	47	56	70

La Figura 18 muestra el porcentaje de respuestas por comunidad autónoma (CCAA). Solo Andalucía y la Comunidad de Madrid superaron el 15,00%, seguidas por Cataluña, que alcanzó un 10,70%. En el rango comprendido entre el 5,00% y el 10,00% se situaron Castilla y León, la Comunidad Valenciana y Galicia. El resto de las CCAA presentaron una representación inferior al 5,00%.

Figura 18. Distribución territorial por comunidades autónomas de las respuestas a la encuesta



7.4. Características laborales del PTCAE que ha respondido a la encuesta

La mayoría del PTCAE encuestado ocupaba un rol asistencial (94,86%). La mayor parte trabajaba en el sector sanitario y, más concretamente, en un hospital público (70,47%).

El 13,77% trabajaba en servicios de atención social o sociosanitaria (residencias, cuidadoras y atención a domicilio) constituyendo las residencias públicas la segunda institución más representada (7,85%), seguida por el hospital concertado (5,33%). El resto de los centros registraron un porcentaje inferior al 5% entre los que destacan las respuestas relacionadas con el ámbito de la atención primaria (4,97%) (ver Tabla 16).

Tabla 16. Institución en la que trabaja el PTCAE que ha respondido a la encuesta

Centro	Total
Hospital público	21 812 (70,47%)
Residencia pública	2431 (7,85%)
Hospital concertado	1650 (5,33%)
Atención Primaria/Centro de salud/Unidad Básica de Salud	1539 (4,97%)
Residencia privada	1067 (3,45%)
Hospital privado	767 (2,48%)
Residencia concertada	495 (1,60%)
Consultas/Hospital de día	204 (0,66%)
Cuidadora de personas a domicilio o en institución	185 (0,60%)
Clínica privada/Consulta privada	181 (0,58%)
Hospital público crónicos	107 (0,35%)
Trabajo a domicilio/casas tuteladas	85 (0,27%)
Centro educativo (público o privado)	38 (0,12%)
Otro	393 (1,27%)

Al agrupar todas las categorías que se corresponden con Atención Especializada, el número de respuestas posibles fue de n=24 336.

La Tabla 17 muestra mayor detalle sobre el tipo de unidad asistencial a la que pertenecían. La mayor parte de los PTCAE que trabajaban en la atención especializada lo hacían en unidades de

hospitalización, ya sea médica, quirúrgica, de pediatría o de salud mental (alrededor del 38% en total), seguidas por las áreas de urgencias (12,86%) y UCI (10,89%).

Tabla 17. Distribución del PTCAE según la unidad hospitalaria de pertenencia

Unidad	Total
Unidad de Hospitalización Médica	4673 (19,2%)
Otra unidad/servicio no descrito/o anteriormente	3490 (14,34%)
Servicio de Urgencias	3129 (12,86%)
Unidad de Hospitalización Quirúrgica	2796 (11,49%)
Unidad de Cuidados Intensivos	2650 (10,89%)
Quirófanos, Radiología intervencionista, Hemodinamia u otros servicios similares CON atención a pacientes	1711 (7,03%)
Consultas	1683 (6,92%)
Rotante en varias unidades/servicios	1250 (5,14%)
Unidad de Hospitalización de Salud mental	986 (4,05%)
Unidad de Hospitalización de Pediatría	934 (3,84%)
Esterilización u otros servicios centrales SIN atención a pacientes	535 (2,2%)
Sala de Partos	499 (2,05%)

Con respecto a las demás características laborales, se constata que la mayoría de las TCAEs estaban contratadas a tiempo completo (89,78%) y disponían de un contrato fijo (48,11%) o interino (26,64%).

En relación con la jornada laboral, los turnos rotatorios fueron los más representados, siendo el más frecuente el rotatorio de mañanas, tardes y noches (39,29%). Asimismo, un 17,91% trabajaba exclusivamente en turno de mañana.

Respecto a la experiencia profesional como PTCAE, un 28,16% acumulaba 20 años o más, mientras que los otros rangos con mayor representación correspondieron a quienes tenían una experiencia de 5 años o menos (19,02%) y entre 5 y menos de 10 años (24,00%).

En cuanto a la dedicación semanal, un 55,09% trabajaba entre 30,5 y 37,5 horas y un 39,03% cumplía entre 38 y 40 horas semanales.

Por último, en relación con el número de contratos en los últimos 12 meses, la mayoría del PTCAE había tenido cinco o menos (81,63%). El resto de los niveles estaban menos representados. Ver Tabla 18.

Tabla 18. Descripción general de las características laborales del PTCAE

Variable	Categoría	Total
Tipo de contrato	Fijo	14 891 (48,11%)
	Interino	8246 (26,64%)
	Temporal de duración desconocida (sustitución)	4822 (15,58%)
	Temporal de corta duración (inferior a 3 meses)	2382 (7,70%)
	Trabajo a días sueltos	558 (1,80%)
	Autónomo como TCAE (trabajo/asistencia a domicilio)	55 (0,18%)
Años trabajados como TCAE	20 años o más	8717 (28,16%)
	5 o más años y menos de 10 años	7430 (24,00%)
	Menos de 5 años	5886 (19,02%)
	15 o más años y menos de 20 años	4469 (14,44%)
	10 o más años y menos de 15 años	4452 (14,38%)
Horas semanales	30,5-37,5h	17 052 (55,09%)
	38-40h	12 081 (39,03%)
	30h o menos	1821 (5,88%)
Turnos	Rotatorio (mañanas/tardes y noches)	12 162 (39,29%)
	Rotatorio (mañanas y tardes)	3750 (12,11%)
	Fijo de Mañanas	5545 (17,91%)
	Fijo de Tardes	1318 (4,26%)
	Fijo de Noches	1087 (3,51%)
	Turnos 12 horas fijo día	497 (1,61%)
	Turnos 12 horas fijo noches	167 (0,54%)
	Turnos de 12 horas rotatorios	4734 (15,29%)
	Otros	1694 (5,47%)

Variable	Categoría	Total
Tipo de jornada	Contrato a tiempo completo	27 792 (89,78%)
	Contrato de tiempo parcial	2028 (6,55%)
	Otro	1134 (3,66%)
Número de contratos en los últimos 12m	5 o menos	25 267 (81,63%)
	NA	2379 (7,69%)
	6-9 contratos	1826 (5,9%)
	10 contratos o más	1482 (4,79%)

8. Análisis descriptivo de los resultados

En este apartado se analizan los resultados de las distintas preguntas de la encuesta, orientadas a conocer las percepciones, opiniones, satisfacción y estado de salud mental del personal entrevistado. Para ello, la información se presenta agrupada en cinco módulos:

- Módulo 1. Percepciones del PTCAE sobre condiciones laborales, desarrollo profesional y equilibrio vida-trabajo
- Módulo 2. Prioridades, opiniones y sugerencias del PTCAE
- Módulo 3. Satisfacción
- Módulo 4. Futuro laboral del PTCAE
- Módulo 5. Salud mental

Además de hacer un análisis global, las variables se examinarán en función de distintas características:

- Sociodemográficas:
 - Género: Hombre / Mujer
 - Año de titulación: Anterior a 1995 / Posterior a 1995
 - Otros títulos: dicotomizado en dos categorías: “sí” (agrupando todas las opciones formativas distintas de “ninguna más” de la variable original) y “no” (ninguna titulación adicional)
- Laborales:

- Institución: las categorías de la variable institución con un porcentaje menor del 5,00% fueron agrupadas en Atención especializada, Atención primaria, Sociosanitario y otro
- Tipo de contrato: Fijo / Interino / Temporal (inferior a 3 meses) / Temporal (sustitución) / Trabajo a días sueltos
- Experiencia laboral: <5 años / 5-9 años / 10-14 años / 15-19 años / >20 años.
- Horas semanales: 30h o menos / 30,5-37,5 h / 38-40 h
- Régimen de dedicación: Tiempo completo / Tiempo parcial
- Jornada laboral: recategorizada para reducir la fragmentación de los niveles originales. Las modalidades de jornada se agruparon en seis categorías finales: Turno de mañana / Turno de tarde / Turno de noche / Rotatorio / Turno de 12 h

8.1. Módulo 1. Percepciones del PTCAE sobre condiciones laborales, desarrollo profesional y equilibrio vida-trabajo

Este módulo se compone de diferentes preguntas encaminadas a conocer la percepción de las personas encuestadas con respecto a sus condiciones laborales y desarrollo profesional.⁵

Número de pacientes atendidos

En primer lugar, se recoge una pregunta referida al número de pacientes que las TCAEs participantes habían atendido en su último turno, con objeto de conocer una aproximación de la carga de trabajo que soportaba cada una de las personas encuestadas. En este caso se ha considerado preciso realizar un análisis desagregado únicamente en función del ámbito asistencial y del tipo de institución específico en que cada TCAE trabajaba, de modo que se puedan valorar las diferencias asociadas directamente al contexto laboral en el que se desarrolla la actividad asistencial.

La mediana del número de pacientes asignados en el último turno de trabajo fue 10 (Q1–Q3: 7, 16). Ver tabla 19.

⁵ La numeración de las preguntas se ha realizado a efectos de garantizar la claridad expositiva del informe y es independiente del orden y numeración de las preguntas realizadas en la encuesta.

Tabla 19. Número de pacientes atendidos por el PTCAE que trabajan en instituciones asistenciales

Min.	1er Q	Mediana	Media	3er Q	Max.	NA's
0	7	10	14	16	75	616

Al desagregar esta variable se observa que la mediana de pacientes atendidos por cada TCAE varía en función del tipo de institución a la que pertenecen, mostrando diferencias notables entre hospitales en función de su dependencia funcional y régimen de gestión.

Respecto al ámbito de atención, las TCAEs de Atención Primaria presentan las cifras más altas, con una mediana de 15,5 pacientes. Les siguen las TCAEs del ámbito sociosanitario, con una mediana de 11,0 pacientes. Ver tabla 20.

En centros de titularidad pública, como son los hospitales públicos, hospitales públicos de crónicos y residencias públicas, la mediana se sitúa en 10 pacientes por TCAE. En contraste, los centros privados y concertados presentan cifras superiores: 15 pacientes en hospitales privados, 14 en hospitales concertados y 14 y 12 en residencias privadas y concertadas, respectivamente. Ver tabla 21.

Tabla 20. Número de pacientes atendidos en función del ámbito de atención

Nivel	Min	1er Q	Mediana	Media	3er Q	Max
Atención Primaria	0	6	15,5	23,23	30	75
Sociosanitario	0	8	11,0	15,98	18	75
Atención especializada	0	6	10,0	13,20	15	75
Otro	0	5	10,0	14,14	17	75

Tabla 21. Número de pacientes atendidos en función de la institución a la que pertenecen

Institución	Min	1er Q	Mediana	Media	3er Q	Max
Consultas/Hospital de día	0	12	20	24,12	29	75
Atención Primaria/Centro de salud/Unidad Básica de Salud	0	6	15	23,25	30	75
Hospital privado	0	8	15	16,94	20	75
Residencia privada	0	10	14	19,72	22	75
Hospital concertado	0	8	13	15,88	20	75
Clínica privada/Consulta privada	0	9	12	17,61	20	75
Residencia concertada	0	10	12	18,60	20	75
Hospital público	0	6	10	12,75	15	75
Hospital público crónicos	0	8	10	13,30	14	75
Residencia pública	0	8	10	13,79	15	75
Trabajo a domicilio/casas tuteladas	0	4	5	5,82	7	27

Calidad del cuidado, condiciones laborales, autonomía y reconocimiento

La tabla 22 muestra una visión general de las primeras 11 preguntas que componen este módulo, cuyo análisis se realiza detalladamente de manera individual, incluyendo la desagregación según características sociodemográficas y laborales. Estas respuestas desagregadas pueden consultarse en el [anexo III](#) (Figuras A3.1 a A3.10).

Tabla 22. Percepción del PTCAE sobre calidad del cuidado, condiciones laborales, autonomía y reconocimiento

Pregunta	Siempre	Casi siempre	A veces	Raramente	Nunca
¿Se cuenta con el suficiente número de PTCAE para cuidados de calidad?	1658 (5,36%)	6220 (20,09%)	8225 (26,57%)	6132 (19,81%)	8719 (28,17%)
¿Tu trabajo diario contribuye a mejorar los resultados en salud?	15 592 (50,37%)	7100 (22,94%)	4697 (15,17%)	2356 (7,61%)	1209 (3,91%)
¿Con cuánta frecuencia tienes que dejar de realizar, por falta de tiempo, actividades propias del cuidado?	2021 (6,53%)	5679 (18,35%)	11 987 (38,73%)	6333 (20,46%)	4933 (15,94%)
¿Sientes que te consideran parte del equipo de enfermería?	6613 (21,36%)	7309 (23,61%)	8027 (25,93%)	5030 (16,25%)	3975 (12,84%)
¿Sientes que te consideran parte integrante del equipo multidisciplinar?	5328 (17,21%)	6719 (21,71%)	8239 (26,62%)	5437 (17,56%)	5231 (16,9%)

Pregunta	Siempre	Casi siempre	A veces	Raramente	Nunca
¿Te tienen en cuenta para participar en los Grupos de Trabajo?	5301 (17,13%)	6202 (20,04%)	7865 (25,41%)	5492 (17,74%)	6094 (19,69%)
¿Consideras que tienes autonomía para decidir sobre la forma de realizar tu trabajo?	3867 (12,49%)	7880 (25,46%)	8456 (27,32%)	5293 (17,10%)	5458 (17,63%)
¿Habitualmente recibes ayuda y apoyo de tu inmediato superior/supervisor/a?	4773 (15,42%)	6444 (20,82%)	7582 (24,49%)	5899 (19,06%)	6256 (20,21%)
¿Se promueve activamente el trabajo en equipo, y se lleva a cabo de forma habitual?	4476 (14,46%)	8141 (26,30%)	8626 (27,87%)	5549 (17,93%)	4162 (13,45%)
¿Crees que la población valora adecuadamente el trabajo de las TCAEs?	589 (1,90%)	2375 (7,67%)	6869 (22,19%)	8700 (28,11%)	12 421 (40,13%)
¿Consideras que tu trabajo es valioso socialmente?	21 774 (70,34%)	3005 (9,71%)	2528 (8,17%)	1835 (5,93%)	1812 (5,85%)

Pregunta 1. ¿Se cuenta con el suficiente número de TCAEs para proporcionar cuidados de calidad a las personas que atiendes?

El 25,45% consideró que siempre (5,36%) o casi siempre (20,09%) se contaba con el suficiente número de profesionales para proporcionar cuidados de calidad, mientras que casi la mitad señaló que esta situación raramente (19,81%) o nunca (28,17%) se daba en su centro de trabajo. Ver Tabla 22.

Si se atiende a los resultados desagregados por características sociodemográficas (Figuras A3.2 a A3.4), no se observan grandes diferencias entre las respuestas de hombres y mujeres, pudiendo destacar una ligera predominancia del porcentaje de hombres que consideraron que raramente o nunca había suficiente personal en comparación con el dato que arrojan las mujeres (49,42% frente a 47,46%). Por su parte, no se aprecian diferencias notables si se analizan los resultados en función del año de obtención de la titulación o la posesión de otro título.

En relación con el tipo de institución, el 58,91% del PTCAE que trabajaba en instituciones sociosanitarias consideró que raramente (21,42%) o nunca (37,49%) existía un número suficiente de TCAEs, seguido del ámbito de Atención Especializada (46,9%) y de Atención Primaria (33,2%). El ámbito de Atención Primaria fue el único en que los trabajadores consideraron en mayor medida que siempre o casi siempre había un número suficiente de TCAEs para proporcionar cuidados de calidad (43,63%). Ver Figura A.3.5.

Atendiendo al tipo de contrato, las valoraciones más favorables corresponden al personal fijo, ya que el 27,78% consideró que siempre o casi siempre existía personal suficiente para desempeñar el trabajo. A continuación, se sitúa el personal con contrato temporal de sustitución, con un 25,64%. En el extremo opuesto se encuentran las personas que trabajan a días sueltos, entre las que únicamente el 13,48% señaló que siempre o casi siempre había personal suficiente, lo que refleja una valoración muy negativa de este precepto. Ver [Figura A3.6](#).

En relación con la experiencia laboral, se observa una percepción ligeramente más favorable entre quienes acumulaban más de 20 años de trayectoria profesional: el 30,5% consideró que siempre o casi siempre había personal suficiente. Esta proporción es superior a la registrada entre las personas con menor antigüedad, donde el porcentaje que compartió esta valoración oscila entre el 22% y el 26%. Ver [Figura A3.7](#).

Asimismo, las TCAEs con jornadas inferiores a 38 horas percibieron con algo más de frecuencia la existencia de un número suficiente de trabajadoras. En este sentido, entre quienes trabajaban entre 38 y 40 horas se registraron los porcentajes más bajos de respuestas favorables, ya que únicamente el 20,3% consideró que siempre o casi siempre había personal suficiente, frente al 28,2% de las TCAEs con jornadas inferiores a 30 horas y al 29,1% de aquellas con jornadas de 30,5 a 37,5 horas. Ver [Figura A3.8](#).

El régimen de dedicación no parece constituir un factor determinante en la percepción de suficiencia de personal, ya que las diferencias observadas entre las trabajadoras a tiempo completo y a tiempo parcial son mínimas, mostrando ambos grupos valoraciones muy similares. Ver [Figura A3.9](#).

Finalmente, en función del turno de trabajo, las valoraciones más favorables se observan entre las TCAEs del turno de mañana, donde el 32,98% consideraba que siempre o casi siempre existía un número suficiente de TCAEs, seguido del turno de 12 horas (26,77%). Por el contrario, las percepciones menos favorables corresponden a los turnos rotatorios (23,76%), de tarde (24,41%) y de noche (24,93%), que además presentan los mayores porcentajes de respuestas agrupadas en la categoría «raramente o nunca» (48,80%, 51,65% y 51,09%, respectivamente). Ver [Figura A3.10](#).

Pregunta 2. ¿Tu trabajo diario contribuye a mejorar los resultados en salud?

Con carácter general, destaca que una gran mayoría (73,31%) reconoció que su trabajo siempre (50,37%) o casi siempre (22,94%) contribuía a mejorar los resultados en salud. Ver [Tabla 22](#).

Los resultados desagregados por características sociodemográficas no presentan diferencias notables entre las diferentes estratificaciones. El patrón se repite cuando se analizan los grupos

poblacionales según sus características laborales, con la única excepción del análisis en función de la institución de trabajo. Mientras que los datos de atención especializada y atención primaria coinciden con los resultados globales, en el ámbito sociosanitario se observa una disminución notable (de 15 puntos porcentuales con respecto a los resultados globales) del porcentaje de personas que consideró que su trabajo diario siempre (33,96%) o casi siempre (24,13%) contribuía a mejorar los resultados en salud. Ver [Figura A3.5](#).

Pregunta 3. ¿Con cuánta frecuencia tienes que dejar de realizar, por falta de tiempo, actividades propias del cuidado?

La valoración acerca del tiempo para realizar actividades propias del cuidado fue, en general, positiva. Un 36,4% indicó que raramente (20,46%) o nunca (15,94%) tenían que dejar de realizar estas actividades por falta de tiempo, a lo que se añade un 38,73% de personas que declararon que esto ocurría solo a veces. No obstante, casi una cuarta parte de los encuestados percibía que siempre (6,53%) o casi siempre (18,35%) había falta de tiempo. Ver [Tabla 22](#).

Al poner el foco en las diferencias según características sociodemográficas, se observa una ligera mayor percepción de falta de tiempo entre los hombres (31,11% de los hombres afirmó que siempre o casi siempre existía falta de tiempo, frente al 24,27% de las mujeres). Ver [Figura A3.2](#). También se aprecia esa diferencia entre las personas cuya titulación era posterior a 1995 (26,59% frente al 20,50% de las personas con titulación anterior a 1995). Ver [Figura A3.3](#).

Por su parte, del análisis según características laborales destacan, fundamentalmente, las diferencias observadas en función del tipo de institución, donde la percepción de falta de tiempo es notablemente mayor entre los trabajadores de instituciones sociosanitarias. El 34,12% afirmó que siempre (10,93%) o casi siempre (23,19%) había falta de tiempo para realizar actividades propias del cuidado, una proporción claramente superior a la observada entre los trabajadores de instituciones de atención especializada (23,75%) y entre los TCAEs de atención primaria (18,72%). Asimismo, un 28,92% del personal del ámbito sociosanitario indicó que raramente (17,19%) o nunca (11,73%) dejaba de realizar estas actividades por falta de tiempo, frente al 36,96% del personal de atención especializada y al 45,95% de atención primaria. Ver [Figura A3.5](#).

No se constatan diferencias tan llamativas al estudiar el resto de desagregaciones ([Figuras A3.6 a A3.10](#)), pudiendo destacar, en síntesis, una mayor proporción de trabajadoras que raramente o nunca habían dejado de realizar actividades propias del cuidado por falta de tiempo entre trabajadoras con contrato fijo (38,29%), trabajadoras con antigüedad de más de 15 años (37,19% personal de antigüedad 15-19 años y 42,50% personal con antigüedad mayor a 20 años), trabajadoras con

jornadas de 30,5 a 37,5 horas semanales (38,50%), TCAEs a tiempo completo (36,60%) y trabajadoras de los turnos de mañana (41,56%) y de noche (41,96%).

Por su parte, deben destacarse aquellos que en mayor proporción declararon que siempre o casi siempre existía una falta de tiempo. Se trata del personal temporal de menos de 3 meses (28,21%), las personas con una antigüedad de 5 a 9 años (28,32%), el personal que trabaja entre 38 y 40 horas semanales (28,9%), las personas a tiempo parcial (27,4%) y las personas de turno de tarde (28,02%).

Pregunta 4. ¿Sientes que te consideran parte del equipo de enfermería?

Un elevado porcentaje del PTCAE (44,97%) se sentía siempre (21,36%) o casi siempre (23,61%) considerado como parte del equipo de enfermería.

No se aprecian diferencias llamativas en las respuestas dadas según la desagregación sociodemográfica (Figuras A3.2 a A3.4).

A nivel laboral, se pueden destacar las variaciones observadas en función de la institución de trabajo, donde casi el 50% de las TCAEs de instituciones sociosanitarias declaran que raramente (20,86%) o nunca (25,52%) se sentían consideradas partes del equipo de enfermería. Esta percepción fue menos frecuente entre las profesionales de atención primaria y atención especializada, donde el 34,22% y el 25,59%, respectivamente, señalaron que raramente o nunca se daba esta integración. Ver Figura A3.5.

En función del tipo de contrato, las personas que trabajaban a días sueltos destacaron por mostrar una menor sensación de pertenencia al equipo de enfermería. En concreto, únicamente el 34,79% afirmó sentirse parte del equipo siempre o casi siempre, porcentaje que se sitúa más de diez puntos por debajo de la media global (44,97%) y del registrado en el resto de las modalidades contractuales. Ver Figura A3.6.

Las diferencias según el resto de las características laborales no presentan magnitudes destacables, siguiendo, en general, una distribución muy similar a las medias explicadas para el ámbito global.

Pregunta 5. ¿Sientes que te consideran parte integrante del equipo multidisciplinar?

Las respuestas a esta pregunta arrojan un balance general positivo, aunque con matices. Mientras que un 38,92% de las personas encuestadas manifestaron sentirse siempre (17,21%) o casi siempre (21,71%) consideradas como parte del equipo multidisciplinar, un porcentaje también significativo (34,46%) señaló que esta situación se producía raramente (17,56%) o nunca (16,90%).

Estos resultados reflejan una percepción heterogénea respecto al grado de integración de las TCAEs en los equipos de trabajo. Ver Tabla 22.

El género no parece ser un determinante relevante en esta pregunta, como tampoco lo es el año de obtención del título ni estar en posesión de otra titulación. Ver Figuras A3.2 a A3.4.

Las figuras referentes a las percepciones según características laborales sí contienen alguna diferencia en función de varios determinantes.

En primer lugar, se observa una percepción significativamente menos favorable entre el personal que trabaja en instituciones sociosanitarias, donde únicamente el 22,82% de las personas encuestadas afirmó sentirse siempre o casi siempre parte del equipo. Esta proporción se sitúa muy por debajo de la registrada en atención primaria (42,11%) y atención especializada (41,40%). Ver Figura A3.5.

Conviene detenerse, asimismo, en la variable “tipo de contrato”, ya que las TCAEs que trabajaban a días sueltos mostraron una percepción de pertenencia al equipo considerablemente menos favorable que la observada en el resto de las categorías. En concreto, el porcentaje de profesionales que afirmó sentirse parte del equipo multidisciplinar siempre o casi siempre se sitúa más de diez puntos porcentuales por debajo de la media global y de los valores registrados entre quienes contaban con otros tipos de contrato (26,65% frente al 38,92% del total). Ver Figura A3.6.

Por otro lado, en función de la jornada laboral, se observan porcentajes de respuestas “nunca” superiores tanto a la media global (16,9%) como a los registrados en el resto de los turnos entre las personas que trabajan en horario de tarde (20,57%) y de noche (20,46%). Ver Figura A3.10.

El análisis en función del resto de características no presenta diferencias tan marcadas, pudiendo señalar como aquellos con opiniones más favorables (siempre o casi siempre se sentían parte del equipo multidisciplinar) al personal temporal en sustitución (40,39%), a las personas con menos de 5 años de antigüedad (41,06%), a las trabajadoras de 30 horas semanales o menos (42,90%) y a las personas con turno de mañana (43,37%). Ver Figuras A3.6, A3.7, A3.8 y A3.10.

Pregunta 6. ¿Te tienen en cuenta para participar en los Grupos de Trabajo?

El 37,17% del total de TCAEs sentía que siempre (17,13%) o casi siempre (20,04%) era tenido en cuenta para participar en los grupos de trabajo, en contraposición con el 37,43% que consideró que raramente (17,74%) o nunca (19,69%) era tenido en cuenta. Ver Tabla 22.

De la desagregación por características sociodemográficas destaca una ligera mejor percepción por parte de las mujeres, ya que el 37,22% consideró que siempre o casi siempre eran tenidas en

cuenta, frente al 35,82% de los hombres. Ocurre de la misma manera con respecto al año de titulación, ya que la diferencia es de alrededor de dos puntos porcentuales, siendo mayor la proporción de personas tituladas después de 1995 que tenían esa opinión (37,69%). Por su parte, las personas sin otra titulación declararon que siempre o casi siempre se les tenía en cuenta en los grupos de trabajo (39,15%) en mayor medida que las personas con otra titulación (35,53%). (Ver Figuras A3.2 a A3.4).

En el plano laboral, el tipo de institución vuelve a ser la característica que muestra mayores diferencias internas, así como el tipo de contrato. Más de la mitad de las personas encuestadas que trabajaban en instituciones sociosanitarias señalaron que raramente (21,45%) o nunca (29,33%) eran tenidas en cuenta para participar en los grupos de trabajo. En comparación, entre el personal de atención especializada, el 16,99% marcó la opción “raramente” y el 17,97% la opción “nunca”, mientras que en atención primaria estos porcentajes son del 19,00% y del 21,54%, respectivamente. Ver Figura A3.5.

Por tipo de contrato, las respuestas son homogéneas con la excepción del trabajo a días sueltos, categoría donde se declaró una menor percepción de integración en los grupos de trabajo, con un 41,38% de las personas que nunca o casi nunca se sentían incluidos. Ver Figura A3.6.

Del resto de las estratificaciones, puede destacarse una percepción ligeramente más favorable de integración en los grupos de trabajo entre las TCAEs con menor antigüedad profesional, de las personas que trabajaban menos de 30 horas y de las que tenían turnos de 12 horas.

En relación con la antigüedad profesional, el 40,43% de las TCAEs con menos de 5 años de experiencia señaló sentirse siempre o casi siempre tenida en cuenta en los grupos de trabajo. Este porcentaje descende progresivamente conforme aumenta la antigüedad, situándose en torno al 35,00% entre quienes acumulaban 10 o más años de experiencia. Ver Figura A3.7.

Por su parte, las trabajadoras con jornadas inferiores a 30 horas mostraron una percepción algo más favorable de integración, ya que el 41,60% indicó sentirse siempre o casi siempre tenida en cuenta, frente a porcentajes cercanos al 37,00% entre quienes trabajaban más de 30 horas semanales. Ver Figura 50.

Por último, las jornadas de 12 horas se configuran como aquellas en las que existe una mayor percepción de participación en los Grupos de trabajo, registrándose un 43,93% de profesionales que manifestaron sentirse siempre o casi siempre tenidas en cuenta. Ver Figura A3.10.

Pregunta 7. ¿Consideras que tienes autonomía para decidir sobre la forma de realizar tu trabajo?

El porcentaje de personas que manifestó disponer siempre (12,49%) o casi siempre (25,46%) de autonomía para tomar decisiones en su trabajo fue ligeramente superior al de aquellas que indicaron experimentarla raramente (17,10%) o nunca (17,63%). En conjunto, estos resultados reflejan una percepción moderadamente favorable respecto al grado de autonomía profesional, aunque con una proporción todavía significativa de personas que considera que dispone de ella con poca frecuencia o en ningún caso. Ver Tabla 22.

No se aprecian diferencias especialmente relevantes entre los grupos que conforman las estratificaciones sociodemográficas. No obstante, cabe señalar una proporción ligeramente superior de hombres que consideró que siempre disponía de autonomía para tomar decisiones en su trabajo (14,12%), frente a las mujeres (12,29%). Del mismo modo, este porcentaje es algo más elevado entre las personas que no contaban con otra titulación (13,46%) que entre aquellas que sí disponían de ella (11,69%). Ver Figuras A3.2 a A3.4.

La percepción segmentada en función de características laborales vuelve a poner de manifiesto diferencias relevantes en función del tipo de institución. En el ámbito sociosanitario, únicamente el 25,52% de las personas encuestadas manifestó sentirse siempre o casi siempre con autonomía para tomar decisiones en su trabajo, porcentaje considerablemente inferior al registrado en atención especializada (39,72%) y, especialmente, en atención primaria (45,81%). Asimismo, casi la mitad de quienes trabajaban en instituciones sociosanitarias (47,77%) señaló que esta situación se producía raramente o nunca. Dentro de este grupo, destaca particularmente el porcentaje de respuestas “nunca”, que prácticamente duplica el observado en el resto de los ámbitos asistenciales (26,51% frente a 16,40% en atención especializada y 13,37% en atención primaria). Ver Figura A3.5.

En el resto de las estratificaciones, las diferencias observadas son menos pronunciadas. Entre quienes afirmaron sentirse siempre con autonomía para tomar decisiones en su trabajo, se registran porcentajes ligeramente superiores entre el personal con contratos fijos (12,52%) e interinos (13,37%) en comparación con quienes contaban con contratos temporales (alrededor del 11%) o contratos a días sueltos (6,58%). Asimismo, destacan los trabajadores del turno de noche (16,18%) y de mañana (15,19%), que presentan valores más elevados que los observados en los turnos de 12 horas (14,02%), de tarde (13,58%) y rotatorio (11,40%). Ver Figuras A3.6 y A3.10.

Por otra parte, la antigüedad parece estar asociada a una percepción más favorable de la autonomía profesional. En este sentido, la proporción de personas que señaló sentirse siempre o casi siempre autónoma aumenta progresivamente con los años de experiencia, pasando del 35,53% entre

quienes contaban con menos de cinco años de antigüedad al 40,63% entre las TCAEs con más de veinte años de trayectoria profesional. Ver [Figura A3.7](#).

Por último, las diferencias observadas en función de las horas semanales trabajadas ([Figura A3.8](#)) y del régimen de dedicación ([Figura A3.9](#)) son reducidas. No obstante, se aprecia una percepción ligeramente más favorable de la autonomía laboral entre las TCAEs con jornadas inferiores a 38 horas, ya que en torno al 39% manifestó que siempre o casi siempre tenía capacidad para decidir sobre la forma de realizar su trabajo, frente al 36,60% de quienes trabajaban entre 38 y 40 horas semanales. Del mismo modo, las profesionales que trabajaban a tiempo completo presentan una valoración algo más positiva que aquellas con dedicación a tiempo parcial (38,30% frente a 35,20%).

Pregunta 8. ¿Habitualmente recibes ayuda y apoyo de tu inmediato superior/supervisor/a?

Las respuestas globales muestran una percepción mayoritariamente desfavorable respecto al apoyo recibido por parte de las supervisoras inmediatas. En concreto, un 19,06% de las personas encuestadas señaló que raramente recibía ayuda o apoyo de su inmediato superior/a, mientras que un 20,21% afirmó no recibirlo nunca. Asimismo, resulta destacable que el porcentaje de respuestas “nunca” (20,21%) supera de forma apreciable al de quienes manifestaron recibir este apoyo siempre (15,42%). Ver [Tabla 22](#).

Esta percepción parece más favorable en mujeres que en hombres (35,18% de los hombres contestaron “siempre” o “casi siempre” frente al 36,52% de mujeres), así como por parte de las personas sin otra titulación (37,40% de las personas sin otra titulación respondieron “siempre” o “casi siempre”, frente al 35,64% de las que disponían de otra titulación) no presentando disparidades notables entre personas según su año de titulación. Ver [Figuras A3.2 a A3.4](#).

La desagregación según las características laborales aporta resultados relevantes en función del tipo de institución, así como del tipo de contrato, las horas de trabajo semanales y la jornada laboral.

En primer lugar, destaca la percepción claramente más desfavorable de las trabajadoras del ámbito sociosanitario, donde un 56,61% afirmó que raramente (24,29%) o nunca (32,32%) recibía ayuda o apoyo de su inmediato superior/a. Esta situación contrasta con la observada en atención especializada y atención primaria, donde las valoraciones positivas superan a las negativas. En concreto, el 38,74% de las personas que trabajaban en atención especializada y el 43,42% de las que lo hacían en atención primaria señalaron recibir este apoyo siempre o casi siempre, frente al 36,60% y al 33,27%, respectivamente, que indicaron recibirlo raramente o nunca. Ver [Figura A3.5](#).

En segundo lugar, llama la atención que las personas con contrato fijo y las personas que trabajaban de 38 a 40 horas sean las que parecen percibir en menor medida apoyo de su supervisora inmediata, con un 40,41% y 41,30%, respectivamente que respondieron que lo recibía raramente o nunca. Ver [Figura A3.6](#) y [A3.8](#).

Por último, las diferencias según la jornada laboral muestran una percepción menos favorable entre las TCAEs que trabajaban en turno de tarde y de noche, que concentran las mayores proporciones de personas que consideraron no recibir apoyo de su inmediato superior/a. Por el contrario, las valoraciones más positivas se registran entre quienes trabajaban en turno de mañana, rotatorio y de 12 horas. En concreto, el porcentaje de personas que afirmó recibir este apoyo siempre o casi siempre alcanza el 39,66% en el turno de mañana, el 36,10% en el turno rotatorio y el 38,27% entre quienes realizaban jornadas de 12 horas. Estas cifras descienden hasta el 31,40% en el turno de tarde y el 30,35% en el de noche. Ver [Figura A3.10](#).

Pregunta 9. ¿Se promueve activamente el trabajo en equipo, y se lleva a cabo de forma habitual?

La promoción del trabajo en equipo se realizaba activamente y de manera habitual siempre (14,46%) o casi siempre (26,30%), según datos globales. Si bien se trata de un porcentaje favorable en comparación con la proporción de las demás respuestas, es una variable con margen de mejora, ya que el 27,87% contestó que esto ocurría a veces, y el 31,38% afirmó que esta promoción tenía lugar “raramente” o “nunca”. Ver [Tabla 22](#).

Desde el punto de vista sociodemográfico, los resultados no muestran diferencias relevantes en función del género ni de la posesión de otra titulación. En cambio, sí se aprecia una percepción ligeramente más favorable entre las personas que obtuvieron su titulación con posterioridad a 1995. Así, el 41,67% de este colectivo consideró que el trabajo en equipo se promovía siempre o casi siempre, frente al 38,95% registrado entre quienes obtuvieron su título antes de ese año. Ver [Figuras A3.2](#) a [A3.4](#).

Se observan mejores valoraciones por parte de las trabajadoras de instituciones de atención especializada, seguidas de las de atención primaria y ámbito sociosanitario. En concreto, resulta interesante el hecho de que el 40,30% de las personas encuestadas que trabajaban en instituciones sociosanitarias consideraron que raramente o nunca se promovía activamente el trabajo en equipo, frente a los valores que se reflejan para el resto de las instituciones (34,16% atención primaria y 29,42% atención especializada). Ver [Figura A3.5](#).

En función del tipo de contrato, se observan algunas diferencias en la percepción sobre la promoción del trabajo en equipo. Los porcentajes más reducidos de respuestas “siempre” o “casi siempre” se registran entre las personas con contrato a días sueltos (32,29%), seguidas de las que contaban con contrato fijo (39,33%) e interino (40,94%). En cambio, entre quienes contaban con contratos temporales se registran valores superiores, alcanzando el 44,72% en los contratos temporales de menos de tres meses y el 44,49% en los de sustitución. Ver [Figura A3.6](#).

En relación con la antigüedad, los datos apuntan a una percepción más favorable de la promoción del trabajo en equipo entre las personas con menor trayectoria laboral. Así, el 44,84% de quienes acumulaban menos de cinco años de antigüedad consideró que esta se promovía “siempre” o “casi siempre”. Esta proporción tiende a reducirse conforme aumentan los años trabajados, hasta situarse en el 38,72% entre las personas con más de veinte años de antigüedad. Ver [Figura A3.7](#).

Los datos recogidos en la [Figura A3.8](#) sugieren una mayor percepción de promoción del trabajo en equipo a medida que disminuye el número de horas semanales trabajadas. Concretamente, un 46,3% de las TCAEs que trabajan menos de 30 horas consideró que esta promoción tenía lugar siempre o casi siempre, frente al 39,10% de las personas que trabajaban entre 38 y 40 horas, grupo que presenta la valoración menos favorable.

Al examinar la [Figura A3.9](#), se constata que, nuevamente, el régimen de dedicación no parece constituir un factor determinante en esta percepción, ya que las diferencias observadas entre las personas que trabajaban a tiempo completo y a tiempo parcial son muy reducidas.

Por último, las TCAEs que trabajaban en turnos de 12 horas y en turno de noche mostraron una percepción más favorable de la promoción del trabajo en equipo, ya que el 47,87% y el 43,77%, respectivamente, consideraron que esta se producía “siempre” o “casi siempre”. En el resto de los turnos, los porcentajes son algo inferiores, situándose en el 41,10% para el turno de mañana, el 40,55% para el turno rotatorio y el 39,87% para el turno de tarde. Ver [Figura A3.10](#).

Pregunta 10. ¿Crees que la población valora adecuadamente el trabajo de las TCAEs?

Únicamente el 9,57% de las encuestadas afirmó que la población valora adecuadamente su labor “siempre” (1,90%) o “casi siempre” (7,67%). Por el contrario, más de dos tercios manifestaron una percepción desfavorable, al responder “nunca” (40,13%) o “raramente” (28,11%), siendo la primera de estas opciones la más señalada con diferencia. Esta cuestión evidencia una percepción claramente negativa sobre el grado de reconocimiento social que reciben las TCAEs. Ver Tabla 22.

En todas las categorías sociodemográficas, la respuesta más frecuente es “nunca”, con porcentajes muy próximos a la media global, aunque pueden apreciarse algunos matices. Las

percepciones más favorables, representadas por quienes consideraron que la población valora adecuadamente su trabajo “siempre” o “casi siempre”, son ligeramente más frecuentes entre los hombres que entre las mujeres (11,57% frente a 9,37%). Del mismo modo, estos porcentajes son superiores entre las personas que obtuvieron su titulación antes de 1995 (11,46% frente a 8,82%) y entre quienes contaban con otra titulación adicional (10,05% frente a 8,92%). Ver [Figuras A3.2 a A3.4](#).

En lo que al ámbito laboral respecta, las principales diferencias se observan al analizar el tipo de institución en que trabajaba cada TCAE, así como, en menor medida, en función de la experiencia laboral, las horas semanales y la jornada de trabajo.

En primer lugar, la valoración del personal de atención primaria es más favorable que la media global, frente a una valoración claramente más desfavorable por parte de las trabajadoras del ámbito sociosanitario. En este sentido, el porcentaje de personas que consideró que siempre o casi siempre existía una valoración adecuada de su trabajo por parte de la población se sitúa en un 14,20% en atención primaria, en un 10,11% en atención especializada y solo en un 4,50% en el ámbito sociosanitario. Ver [Figura A3.5](#).

En segundo lugar, se observa una valoración algo más favorable entre las TCAEs con menos de 5 años y con más de 20 años de experiencia ([Figura A3.7](#)), así como entre las trabajadoras con jornadas inferiores a 38 horas semanales ([Figura A3.8](#)). En estos grupos, el porcentaje de personas que consideró que la población siempre o casi siempre valora su trabajo alcanza cifras próximas al 10-11%, situándose entre 2 y 3 puntos porcentuales por encima de las registradas en el resto de las categorías de cada variable.

Finalmente, las TCAEs que desempeñaban su actividad en turno de mañana son las que mostraron una percepción más favorable respecto al reconocimiento de su trabajo por parte de la población. En concreto, el 11,06% consideró que este reconocimiento se producía “siempre” (2,80%) o “casi siempre” (8,26%), porcentaje superior al registrado en el resto de las jornadas. Ver [Figura A3.10](#).

Pregunta 11. ¿Consideras que tu trabajo es valioso socialmente?

La gran mayoría (80,05%) de las TCAEs consideró que su trabajo siempre (70,34%) o casi siempre (9,71%) era valioso socialmente. Ver [Tabla 22](#).

Las respuestas desagregadas por variables sociodemográficas y laborales no muestran diferencias especialmente relevantes entre grupos. En todas las subcategorías analizadas, la percepción favorable del valor social de su trabajo (representada por las respuestas “siempre” o “casi

siempre”) se mantiene en niveles elevados y relativamente homogéneos, situándose entre el 76% y el 84%. Ver Figuras A3.2 a A3.10.

Si bien las diferencias observadas no son especialmente pronunciadas, es interesante detenerse en la desagregación según la institución de pertenencia. En este caso, y a diferencia de lo que ocurre en la mayoría de las preguntas analizadas, no se reproduce el patrón habitualmente observado, que tiende a mostrar percepciones más desfavorables entre el personal de instituciones sociosanitarias en comparación con el de atención primaria y atención especializada. Por el contrario, son las TCAEs del ámbito sociosanitario las que reflejaron una valoración más positiva del valor social de su trabajo, ya que el 83,42% consideró que este era "siempre" o "casi siempre" valioso para la sociedad, frente al 80,32% registrado en atención primaria y al 79,60% en atención especializada. Ver Figura A3.5.

Formación continuada

A continuación, se presenta información acerca de la percepción del PTCAE respecto a la formación continuada recibida en su puesto de trabajo.

Pregunta 12. ¿En qué medida recibes formación continuada para la adaptación y actualización profesional en tu puesto de trabajo?

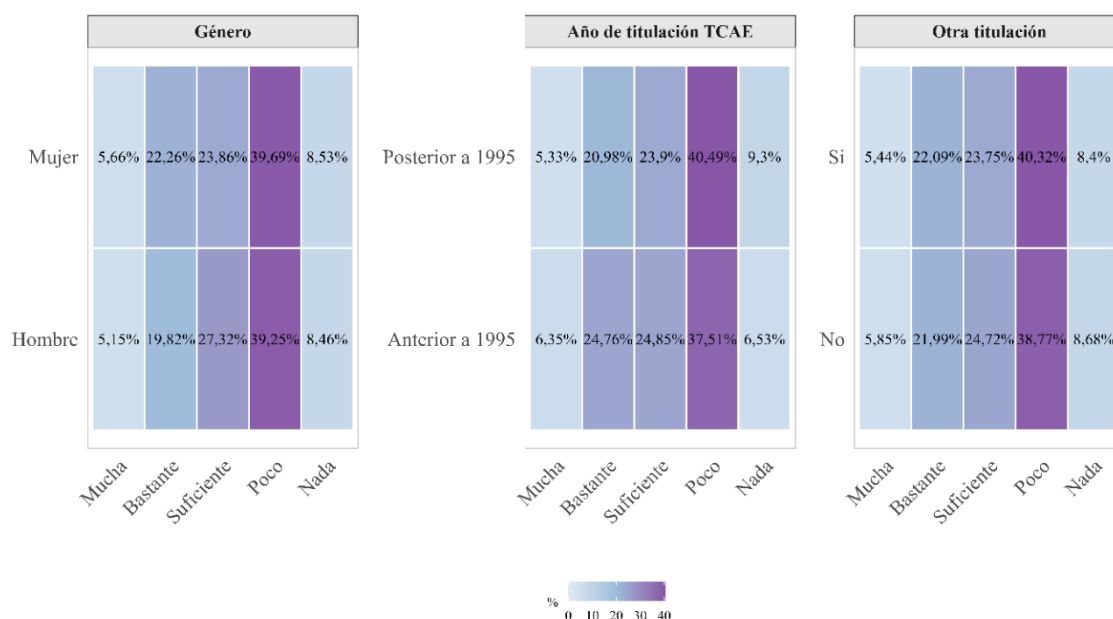
La valoración de la formación recibida por el conjunto de las TCAEs presenta un balance claramente desfavorable. Aunque el 27,5% de las participantes consideró que esta era “mucho” (5,59%) o “bastante” (21,91%), la opción más señalada con diferencia fue “poca”, seleccionada por el 39,61% de las encuestadas. A esta cifra se suma un 8,59% que calificó la formación como “nula”, de modo que el 48,2% mantuvo una valoración negativa. Por su parte, el 24,31% consideró que la formación recibida era “suficiente”.

A nivel sociodemográfico, se observan diferencias poco pronunciadas entre grupos según el género y el año de titulación, sin variaciones apreciables en función de si las TCAEs poseen o no otra titulación.

En concreto, las mujeres manifestaron con mayor frecuencia que recibían mucha o bastante formación (27,92%), en comparación con los hombres (24,97%). Sin embargo, también fueron ellas quienes declararon con mayor frecuencia que esta era poca o nula (48,22%, frente al 47,71% de los hombres), mientras que los hombres optaron en mayor proporción por valoraciones intermedias, considerando la formación recibida como suficiente en un 27,32% de los casos (frente al 23,86% de las mujeres). Ver Figura 19.

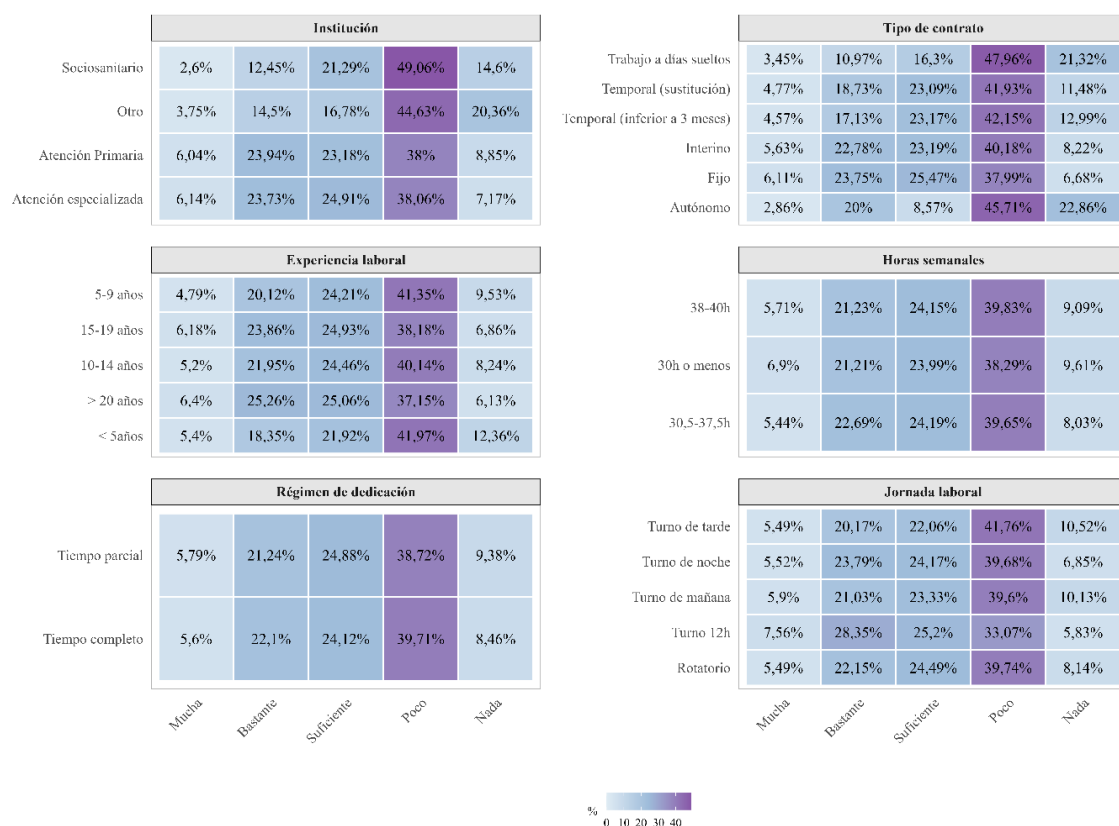
Atendiendo al año de titulación, se aprecia una valoración más positiva de la formación entre las personas que obtuvieron el título con anterioridad a 1995. Mientras que el 31,11% de este grupo consideró que recibía mucha o bastante formación, esta proporción se reduce al 26,31% entre quienes se titularon en años posteriores. Ver Figura 19.

Figura 19. Formación continuada según características sociodemográficas



Considerando conjuntamente las respuestas “poca” y “nula”, se observan algunos resultados relevantes en función de las características laborales. En primer lugar, el ámbito sociosanitario concentra la mayor proporción de valoraciones desfavorables de la formación continua, alcanzando el 63,66%, frente a porcentajes cercanos al 46,00% registrados tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada. Del mismo modo, esta percepción negativa es más frecuente entre las trabajadoras con contratos a días sueltos (69,28%) y temporales, ya sean de sustitución (53,41%) o de duración inferior a tres meses (55,14%), en comparación con aquellas que disponen de un contrato fijo (44,67%) o interino (48,40%). Por el contrario, las TCAEs que desempeñaban su labor en turnos de 12 horas presentaron una valoración más positiva de la formación recibida, al registrar una proporción notablemente menor de respuestas desfavorables (38,90%) y el porcentaje más elevado de profesionales que consideraron recibir mucha o bastante formación continua (35,91%). Ver Figura 20.

Figura 20. Formación continuada según características laborales



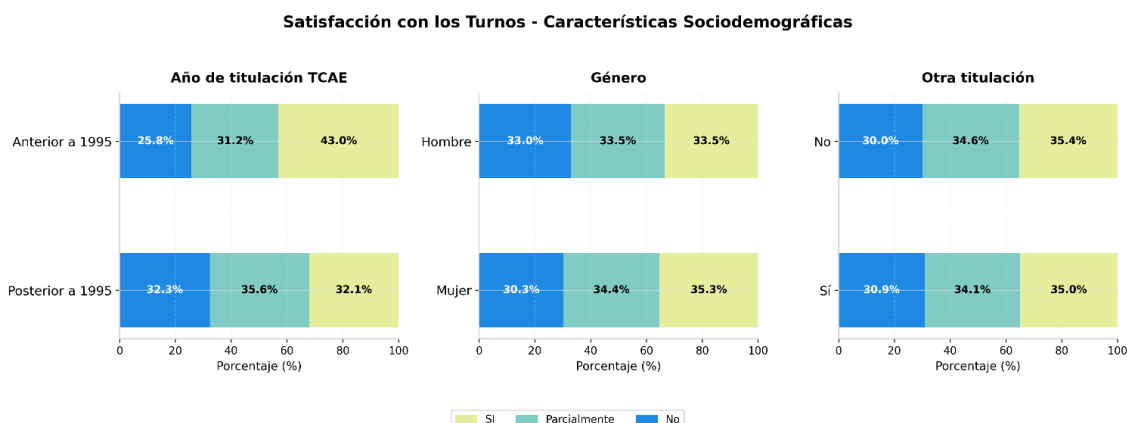
Equilibrio vida-trabajo

Pregunta 13 ¿Consideras que tus turnos facilitan tu conciliación con tu vida personal y profesional?

Un 34,61% de total de las TCAEs consideró que sus turnos sí facilitan la conciliación con su vida personal y profesional, en contraposición al 30,95% que afirmó que no. Además, un 34,44% declaró que esta conciliación se ve facilitada parcialmente.

En la Figura 21 se presenta la desagregación de esta variable según características sociodemográficas. Entre ellas, destacan especialmente las diferencias observadas en función del género y del año de titulación. En cuanto al género, las mujeres señalaron en mayor medida que los hombres que los turnos facilitaban la conciliación (35,3% frente a 33,5%). Por su parte, las TCAEs que obtuvieron su titulación antes de 1995 mostraron una percepción más favorable, con un 43,0% de respuestas positivas, porcentaje notablemente superior al registrado entre quienes se titularon después de 1995 (32,1%).

Figura 21. Turnos y conciliación familiar según características sociodemográficas



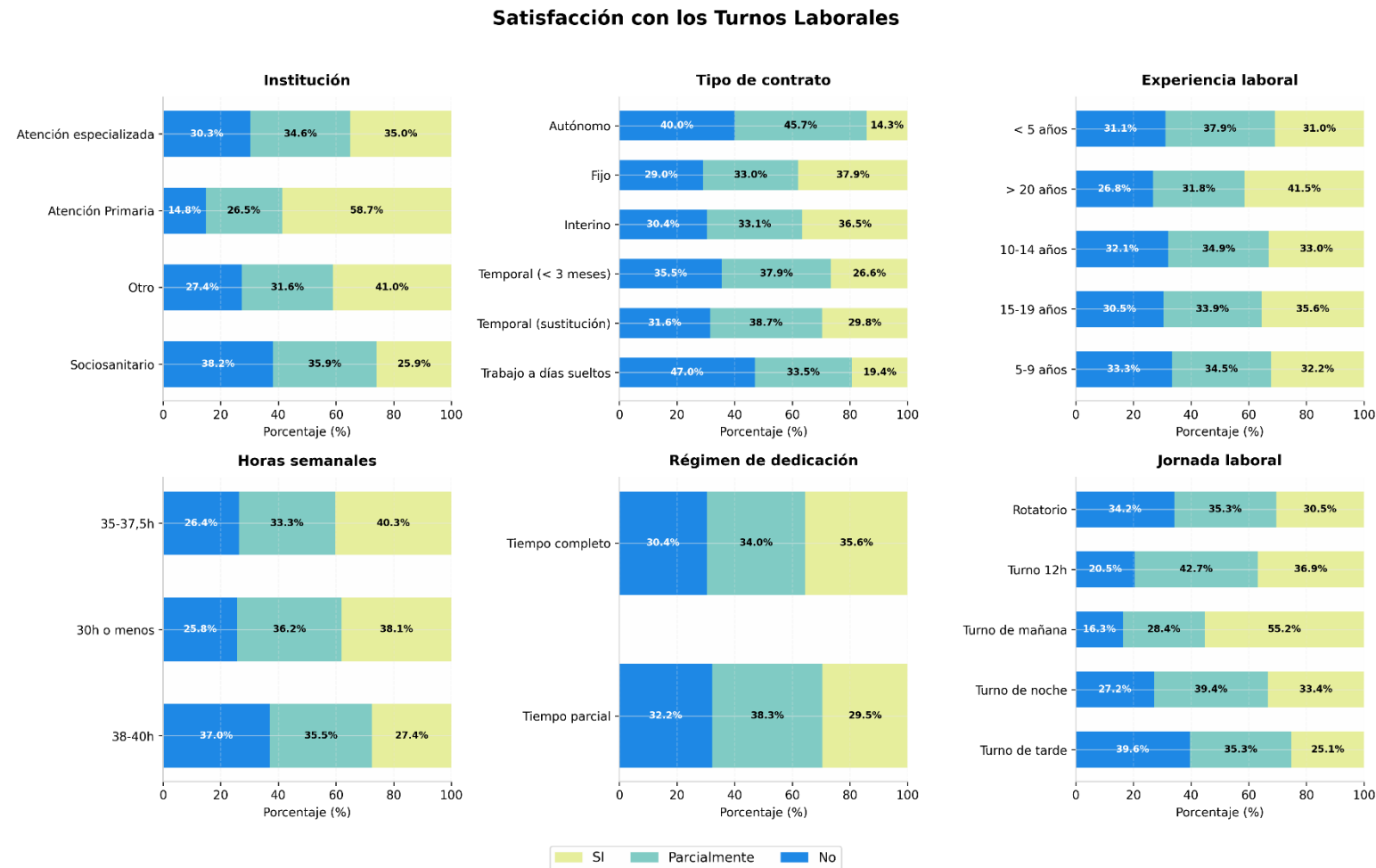
La Figura 22 muestra la desagregación de esta variable en función de las características laborales de las personas encuestadas. Las diferencias más relevantes en la percepción de la conciliación entre la vida laboral y personal en relación con los turnos de trabajo se observan al analizar esta variable según la institución de pertenencia, las horas semanales trabajadas y la jornada laboral.

Comenzando por el tipo de institución, atención primaria destaca como el ámbito en el que una mayor proporción de TCAEs consideró que los turnos facilitaban la conciliación (58,7%), muy por encima de la categoría de “atención especializada” (35,0%) y, especialmente, de las instituciones sociosanitarias (25,9%). Asimismo, resulta reseñable que este último ámbito registra el porcentaje más elevado de respuestas desfavorables, ya que el 38,2% de las personas trabajadoras consideró que sus turnos no favorecían la conciliación entre la vida personal y laboral.

En cuanto a las horas semanales trabajadas, las TCAEs con jornadas de entre 35 y 37,5 horas fueron las que con mayor frecuencia afirmaron que sus turnos facilitaban la conciliación (40,3%). Este porcentaje desciende ligeramente entre quienes trabajaban 30 horas o menos (38,1%) y de forma más acusada entre las personas con jornadas de entre 38 y 40 horas semanales (27,4%).

Por último, la desagregación según jornada laboral pone de manifiesto la predominancia del turno de mañana como el que más favorece la conciliación, ya que el 55,2% de las TCAEs encuestadas respondió afirmativamente. Muy por detrás se sitúan el resto de los turnos (el porcentaje de “síes” oscila entre el 25% y el 37% en los demás tipos de jornada). En el extremo opuesto, el turno de tarde presenta la percepción más desfavorable, con tan solo un 25,1% de respuestas positivas y cerca del 40% de personas que consideraron que su jornada no facilitaba la conciliación entre la vida laboral y personal.

Figura 22. Turnos y conciliación familiar según características laborales



Las últimas dos preguntas que se exponen en este módulo se relacionan con el equilibrio entre la vida laboral y personal, y el descanso. Su resultado global está recogido en la Tabla 23 y, nuevamente, se lleva a cabo a continuación un análisis de cada pregunta de manera individual.

Tabla 23. Percepción del PTCAE sobre el equilibrio entre vida laboral y personal, y el descanso

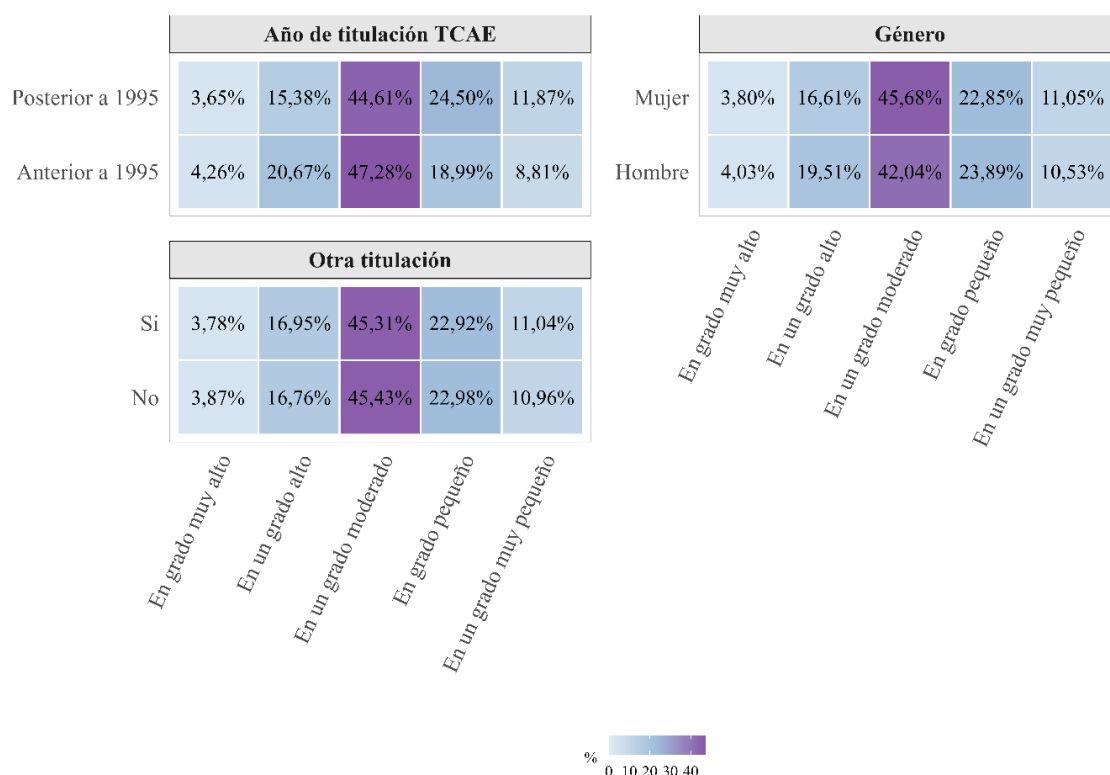
Variable	En grado muy alto	En un grado alto	En un grado moderado	En grado pequeño	En un grado muy pequeño
¿En qué medida dirías que tu trabajo facilita el equilibrio entre vida personal y profesional?	1165 (3,76%)	5113 (16,52%)	13982 (45,17%)	7189 (23,22%)	3505 (11,32%)
¿En qué medida tus turnos te facilitan un descanso adecuado?	1169 (3,78%)	5238 (16,92%)	13909 (44,93%)	7290 (23,55%)	3348 (10,82%)

Pregunta 14. ¿En qué medida dirías que tu trabajo facilita el equilibrio entre vida personal y profesional?

En términos generales, las respuestas a esta pregunta reflejan una percepción poco favorable acerca de la capacidad del trabajo para facilitar la conciliación entre la vida personal y profesional. Únicamente el 20,28% de las TCAEs consideró que esta conciliación se veía favorecida en un grado alto (16,52%) o muy alto (3,76%). Aunque la opción más frecuente fue la de un grado moderado de facilitación, señalada por el 45,17% de las participantes, resulta relevante destacar que más de un tercio de las encuestadas (34,54%) declaró que dicha conciliación se facilitaba en un grado pequeño (23,22%) o muy pequeño (11,32%), lo que evidencia la existencia de dificultades significativas para compatibilizar ambas esferas. Ver Tabla 23.

La Figura 23 recoge la desagregación de las respuestas según características sociodemográficas. En este ámbito, se observan ligeras diferencias por género, con una percepción algo más favorable entre los hombres, de los cuales el 23,54% consideró que su trabajo facilitaba el equilibrio entre la vida personal y profesional en un grado alto o muy alto, frente al 20,41% de las mujeres. Por el contrario, no se aprecian diferencias relevantes en función de la posesión de otra titulación. En cuanto al año de obtención del título, sí se identifican diferencias más destacadas, ya que las personas tituladas antes de 1995 mostraron una valoración más positiva, ya que el 24,93% consideró que el trabajo facilitaba dicha conciliación en un grado alto o muy alto, porcentaje que descende hasta el 19,03% entre quienes obtuvieron la titulación con posterioridad.

Figura 23. Equilibrio entre vida personal y profesional según características sociodemográficas



Por su parte, el análisis según características laborales (Figura 24) muestra contrastes más marcados, especialmente en el caso del análisis en función de la institución de trabajo. En este sentido, el ámbito de atención primaria destaca por ser aquel donde no solo el porcentaje de respuestas favorables es más elevado con respecto al resto de estratificaciones, sino que, prácticamente, duplica la media de respuestas favorables a nivel global. En concreto, el 41,56% declaró que su trabajo facilitaba el equilibrio entre vida personal y laboral en un grado alto o muy alto, frente al 20,57% que representa estas respuestas entre trabajadores de atención especializada y el 12,13% entre los de instituciones sociosanitarias.

En el resto de las categorías existen diferencias menos acusadas. En función del tipo de contrato, se aprecia una percepción más favorable entre las personas con contrato fijo, ya que el 22,55% consideró que su trabajo facilitaba el equilibrio entre la vida laboral y personal en un grado alto o muy alto. En contraste, este porcentaje desciende hasta el 14,70% entre quienes contaban con contratos temporales de menos de tres meses y hasta el 9,4% entre personas que trabajaban a días sueltos, colectivo que registra la menor proporción de respuestas favorables.

Siguiendo con los años de antigüedad, este porcentaje de respuestas favorables se mantiene con valores de entre 18 y 19% entre las personas que habían trabajado hasta 9 años, para,

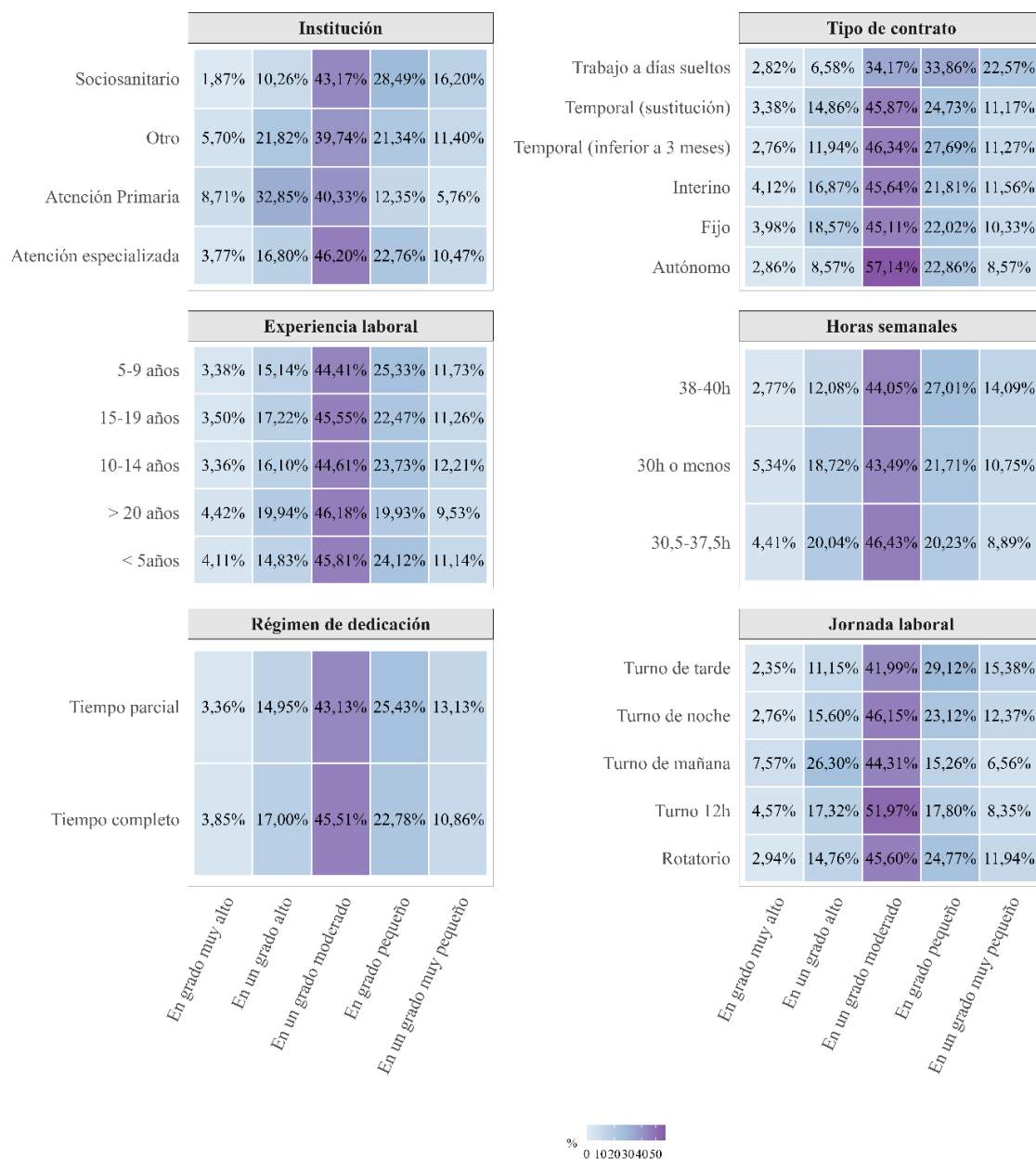
posteriormente, ascender paulatinamente hasta alcanzar el máximo de 24,36% entre personas de más de 20 años de antigüedad.

Con respecto a las horas de trabajo semanales, las personas que trabajaban entre 38 y 40 son aquellas con respuestas más desfavorables, con un porcentaje de personas que opinó que su trabajo facilitaba el equilibrio entre vida personal y profesional en un grado alto o muy alto del 14,85%, por debajo de la media global (20,28%) y de las personas que trabajaban menos horas.

La desagregación según régimen de dedicación sugiere que las TCAEs que trabajan a tiempo parcial encuentran mayores obstáculos para compatibilizar su vida laboral y personal. Así, el 38,56% de ellas consideró que su trabajo facilitaba este equilibrio en un grado pequeño o muy pequeño, frente al 33,64% registrado entre quienes trabajaban a tiempo completo, que reflejaron una percepción algo más positiva de esta cuestión.

Por último, el personal de turno de mañana presenta la percepción más favorable respecto a la capacidad de su trabajo para facilitar el equilibrio entre la vida personal y profesional, ya que el 33,87% consideró que esta conciliación se producía en un grado alto o muy alto. A continuación, se sitúan las personas con turno de 12 horas (21,89%), mientras que los porcentajes son inferiores entre quienes trabajaban en turno de noche (18,36%) y rotatorio (17,70%). La valoración más desfavorable corresponde al turno de tarde, donde únicamente el 13,50% percibe que este equilibrio se facilita en un grado alto o muy alto.

Figura 24. Equilibrio entre vida personal y profesional según características laborales

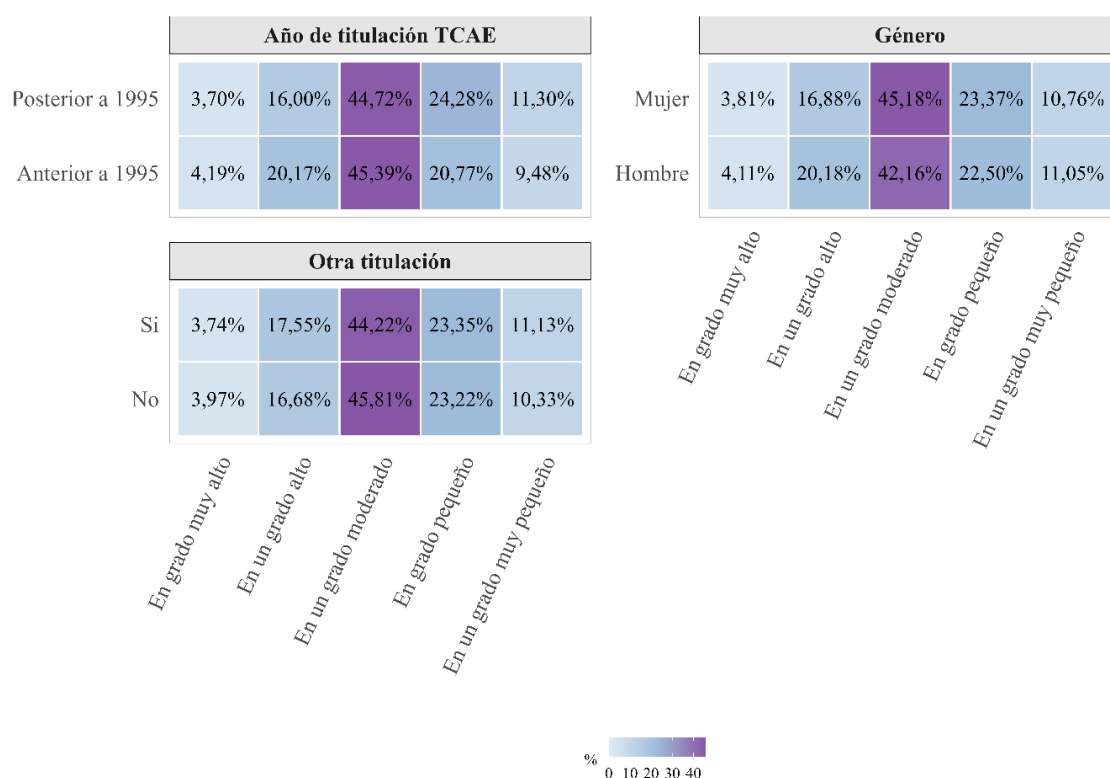
**Pregunta 15. ¿En qué medida tus turnos te facilitan un descanso adecuado?**

A nivel general, las respuestas a esta pregunta son muy similares a las analizadas en la pregunta 14, con una valoración desfavorable de la capacidad de los turnos de trabajo para facilitar un descanso adecuado. Tan solo el 20,70% de las TCAEs consideró que sus turnos contribuían a ello en un grado alto (16,92%) o muy alto (3,78%). Aunque la opción más frecuente corresponde a una valoración moderada, señalada por el 44,93% de las participantes, resulta significativo que más de un tercio de las encuestadas (34,37%) considere que sus turnos facilitan el descanso en un grado pequeño (23,55%) o muy pequeño (10,82%). Ver Tabla 23.

La desagregación de las respuestas según características sociodemográficas muestra diferencias poco pronunciadas, con valores muy similares en función de la posesión de otra titulación. En función del género, los hombres presentan una percepción ligeramente más favorable de la capacidad de sus turnos para facilitar un descanso adecuado, ya que el 24,29% consideró que lo hacían en un grado alto o muy alto, frente al 20,69% de las mujeres. Sin embargo, las diferencias son reducidas, especialmente al observar las respuestas que indican una facilitación pequeña o muy pequeña, cuyos porcentajes se sitúan en el 33,55% entre los hombres y en el 34,13% entre las mujeres. Ver Figura 25.

Por su parte, el año de obtención de la titulación parece introducir diferencias algo más marcadas. Las personas tituladas con anterioridad a 1995 muestran una valoración más positiva de esta cuestión, al alcanzar el 24,36% las respuestas que señalan que los turnos facilitan un descanso adecuado en un grado alto o muy alto, frente al 19,70% registrado entre quienes obtuvieron el título con posterioridad a 1995. Del mismo modo, la percepción desfavorable es menos frecuente en el primer grupo, donde el 30,25% consideró que dicha facilitación se producía en un grado pequeño o muy pequeño, porcentaje que asciende hasta el 35,58% entre las personas tituladas después de 1995. Ver Figura 25.

Figura 25. Medida en que los turnos posibilitan un descanso adecuado según características sociodemográficas



La desagregación según el ámbito de trabajo (Figura 26) revela diferencias muy notables entre instituciones. En este sentido, las profesionales de Atención Primaria son quienes muestran una percepción claramente más favorable de la capacidad de sus turnos para facilitar un descanso adecuado. Casi la mitad de ellas (49,11%) consideró que sus turnos contribuían a ello en un grado alto o muy alto, un porcentaje muy superior al observado en Atención Especializada (20,13%) y, especialmente, en el ámbito sociosanitario (13,36%).

Del mismo modo, la percepción desfavorable fue considerablemente más frecuente entre las TCAEs de instituciones sociosanitarias, donde el 43,97% consideró que sus turnos facilitaban el descanso en un grado pequeño o muy pequeño. Esta proporción se reduce hasta el 33,95% en Atención Especializada y alcanza únicamente el 13,23% en Atención Primaria.

En cuanto al tipo de contrato, las diferencias observadas son relativamente reducidas, aunque se aprecia una tendencia a una valoración más favorable entre las personas con contrato fijo e interino. En concreto, el 22,34% de las TCAEs con contrato fijo y el 21,70% de las interinas consideran que sus turnos les facilitan un descanso adecuado en un grado alto o muy alto. Por el contrario, esta proporción desciende al 19,29% entre quienes contaban con contratos temporales de sustitución, al 15,37% para contratos temporales inferiores a tres meses, y alcanzó su valor más bajo entre las personas con contratos a días sueltos (10,66%).

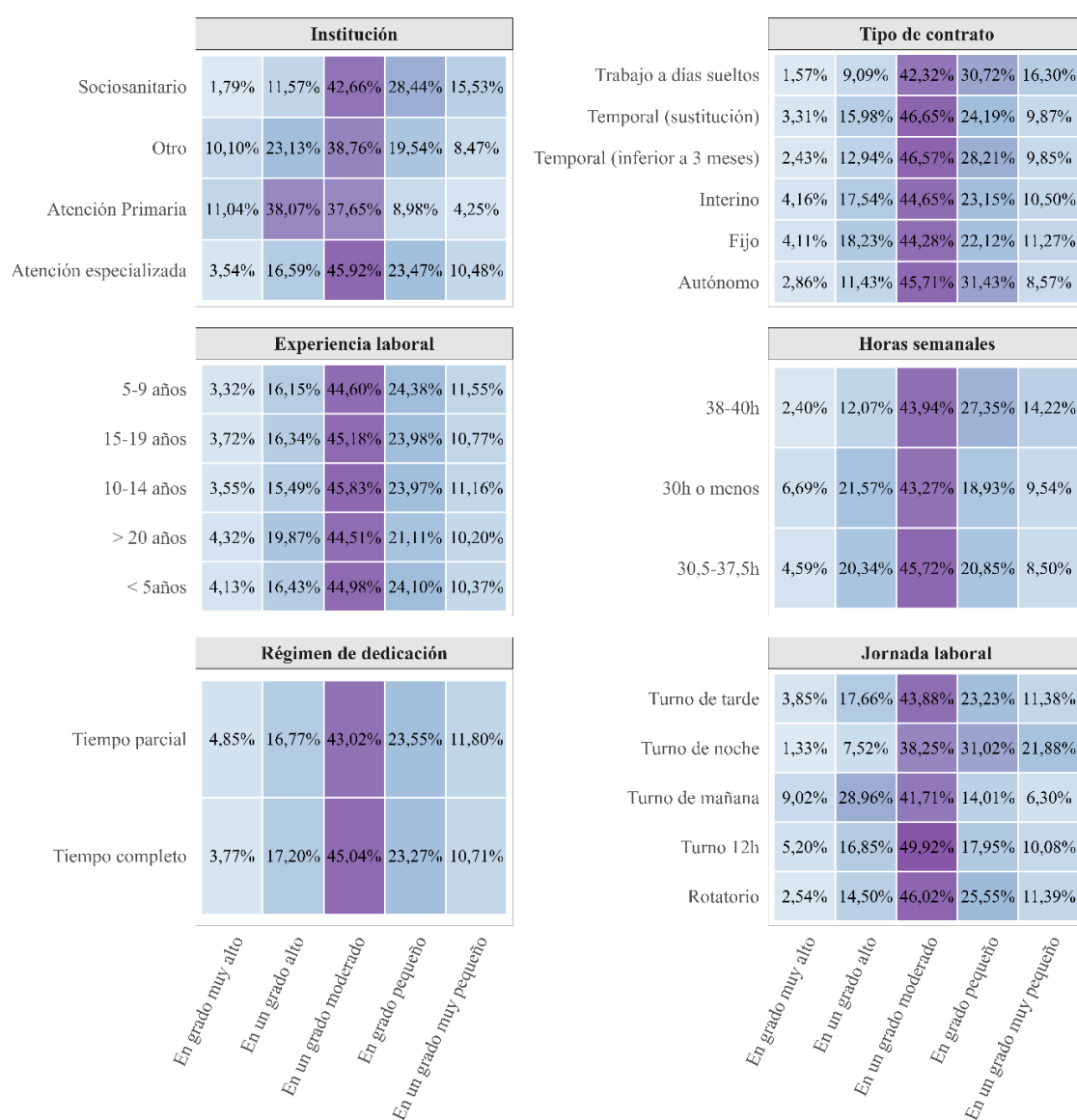
Apenas se observan diferencias entre grupos en función de la antigüedad profesional. No obstante, las personas con más de 20 años de experiencia muestran una percepción ligeramente más favorable, ya que el 24,19% consideró que sus turnos facilitaban un descanso adecuado en un grado alto o muy alto, frente a porcentajes cercanos al 20% en el resto de los estratos analizados. Asimismo, este grupo registró la menor proporción de respuestas que señalan una facilitación pequeña o muy pequeña del descanso (31,31%).

También se observan diferencias relevantes en función de la jornada laboral. Las TCAEs con jornadas de 30 horas o menos son las que mostraron una percepción más favorable, con un 28,26% de respuestas que señalan que sus turnos facilitan un descanso adecuado en un grado alto o muy alto. Este porcentaje desciende al 24,93% entre quienes trabajan entre 30,5 y 37,5 horas y al 14,47% entre las personas con jornadas de 38 a 40 horas. Asimismo, estas últimas concentraron la mayor proporción de respuestas desfavorables, ya que el 41,57% consideró que sus turnos facilitaban el descanso en un grado pequeño o muy pequeño.

Por tipo de jornada las diferencias son muy reducidas, con valores similares a la media global para ambos grupos.

Por último, el turno de mañana presenta con diferencia la percepción más favorable, ya que el 37,98% de las TCAEs consideró que sus turnos facilitaban un descanso adecuado en un grado alto o muy alto. Le siguen los turnos de 12 horas (22,05%) y de tarde (21,51%), mientras que las valoraciones fueron menos positivas entre quienes trabajaban en turnos rotatorios (17,04%) y, especialmente, en turno de noche, donde este porcentaje desciende hasta el 8,85%.

Figura 26. Medida en que los turnos posibilitan un descanso adecuado según características laborales



8.2. Módulo 2. Prioridades, opiniones y sugerencias del PTCAE

A lo largo de este módulo se presentan los resultados de la consulta realizada al PTCAE sobre la principal contribución de su labor tanto a la población atendida como al sistema sanitario (Tabla 24), los aspectos de la actividad profesional que consideran especialmente motivadores (Tabla 25) y las principales medidas que, a su juicio, favorecerían la mejora de la profesión (Tabla 26).

Se trata de preguntas de opción múltiple, en las que cada persona podía seleccionar hasta tres respuestas, motivo por el cual la suma de los porcentajes puede superar el 100%.

Contribución de la profesión a la población atendida y al sistema de salud

En términos generales, las TCAEs identificaron como principal contribución de su profesión la mejora de la calidad de vida de las personas atendidas (66,63%) y el incremento de su bienestar general (64,74%). A cierta distancia se sitúan las contribuciones relacionadas con la recuperación del estado de salud (47,42%) y la prevención de infecciones y complicaciones que garantizan la seguridad del paciente y facilitan su recuperación (43,45%). Por su parte, un menor porcentaje de participantes destacó aspectos vinculados a la resolución del proceso asistencial con la mayor calidad posible (27,15%), la garantía de continuidad de los cuidados (20,81%) o la mejora de la organización mediante la comunicación y coordinación entre profesionales (15,66%). Ver Tabla 24.

*Tabla 24. Percepción del PTCAE sobre la contribución de su profesión a la población y al sistema de salud*⁶

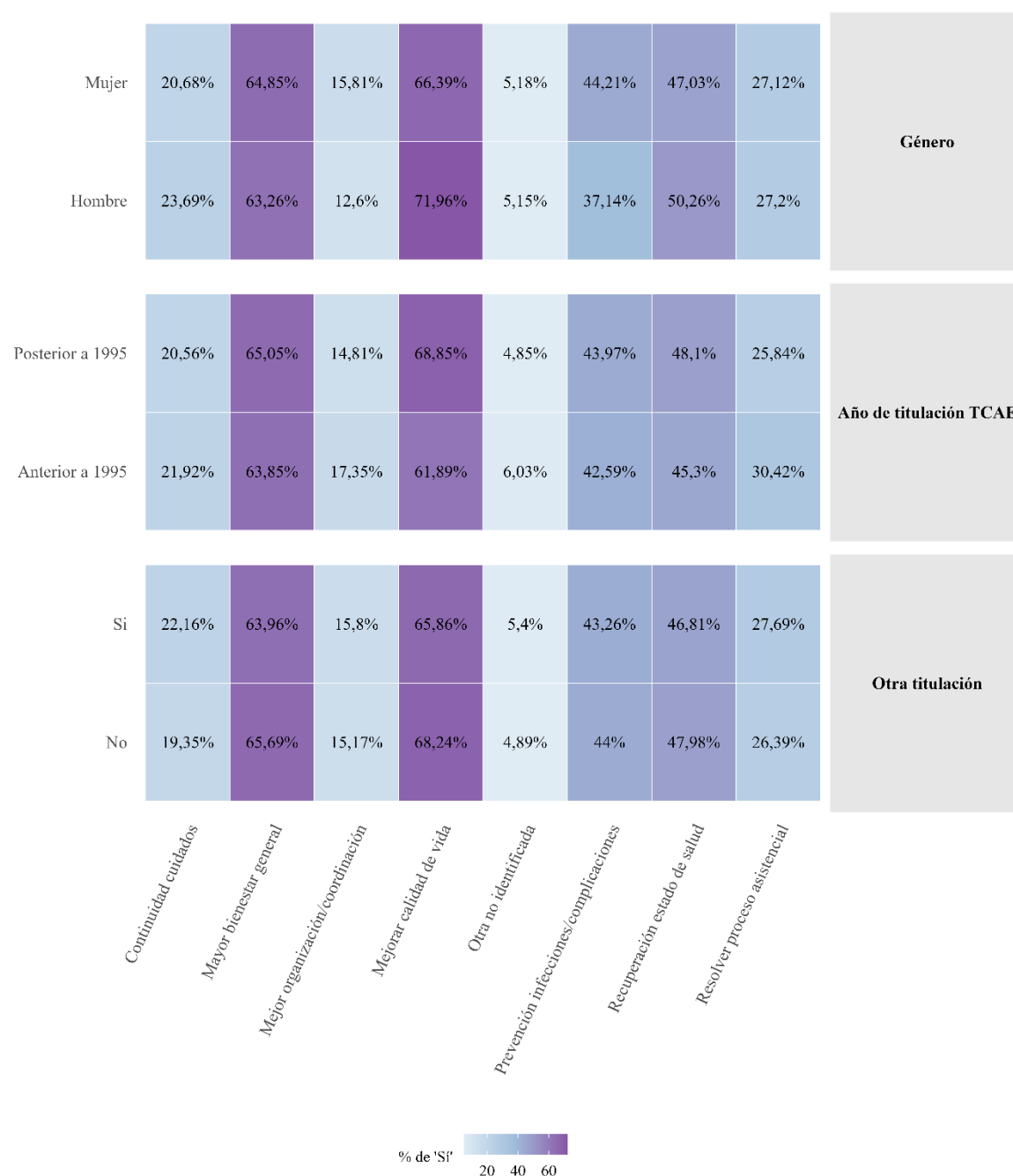
Variable	Total
Ayudar a mejorar la calidad de vida de las personas a las que atiendo	20 624 (66,63%)
Contribuir a un mayor bienestar general de las personas a las que atiendo	20 041 (64,74%)
Contribuir a la recuperación del estado de salud de las personas a las que atiendo	14 677 (47,42%)
Ayudar a la prevención de infecciones y complicaciones que garantizan la seguridad del paciente y facilitan su recuperación	13 450 (43,45%)

⁶ Para este análisis, se filtraron los “Sí” en relación con cada variable sobre la contribución de la profesión a la población.

Variable	Total
Contribuir a resolver el proceso asistencial de las personas que atiendo con la mayor calidad	8403 (27,15%)
Contribuir a garantizar la continuidad en la prestación de cuidados	6442 (20,81%)
Contribuir a una mejor organización, mejorando la comunicación y la coordinación entre los diferentes profesionales de la salud	4846 (15,66%)
Otra no identificada anteriormente	1654 (5,34%)

La desagregación según características sociodemográficas muestra un patrón de respuestas muy homogéneo. En función del género, los hombres señalaron con mayor frecuencia la contribución a la mejora de la calidad de vida de las personas atendidas (71,96% frente a 66,39% en mujeres), mientras que las mujeres otorgaron algo más de relevancia a la prevención de infecciones y complicaciones (44,21% frente a 37,14%). Asimismo, las personas tituladas con posterioridad a 1995 identificaron en mayor medida la mejora de la calidad de vida (68,85% frente a 61,89%) y la recuperación del estado de salud (48,10% frente a 45,30%) como principales aportaciones de la profesión. Por el contrario, quienes obtuvieron la titulación con anterioridad a 1995 destacaron algo más la mejora de la organización y coordinación entre profesionales (17,35% frente a 14,81%) y la resolución del proceso asistencial (30,42% frente a 25,84%). No se aprecian diferencias relevantes en función de la posesión de otra titulación. Ver Figura 27.

Figura 27. Principales contribuciones de las TCAEs a la población y al sistema de salud según características sociodemográficas



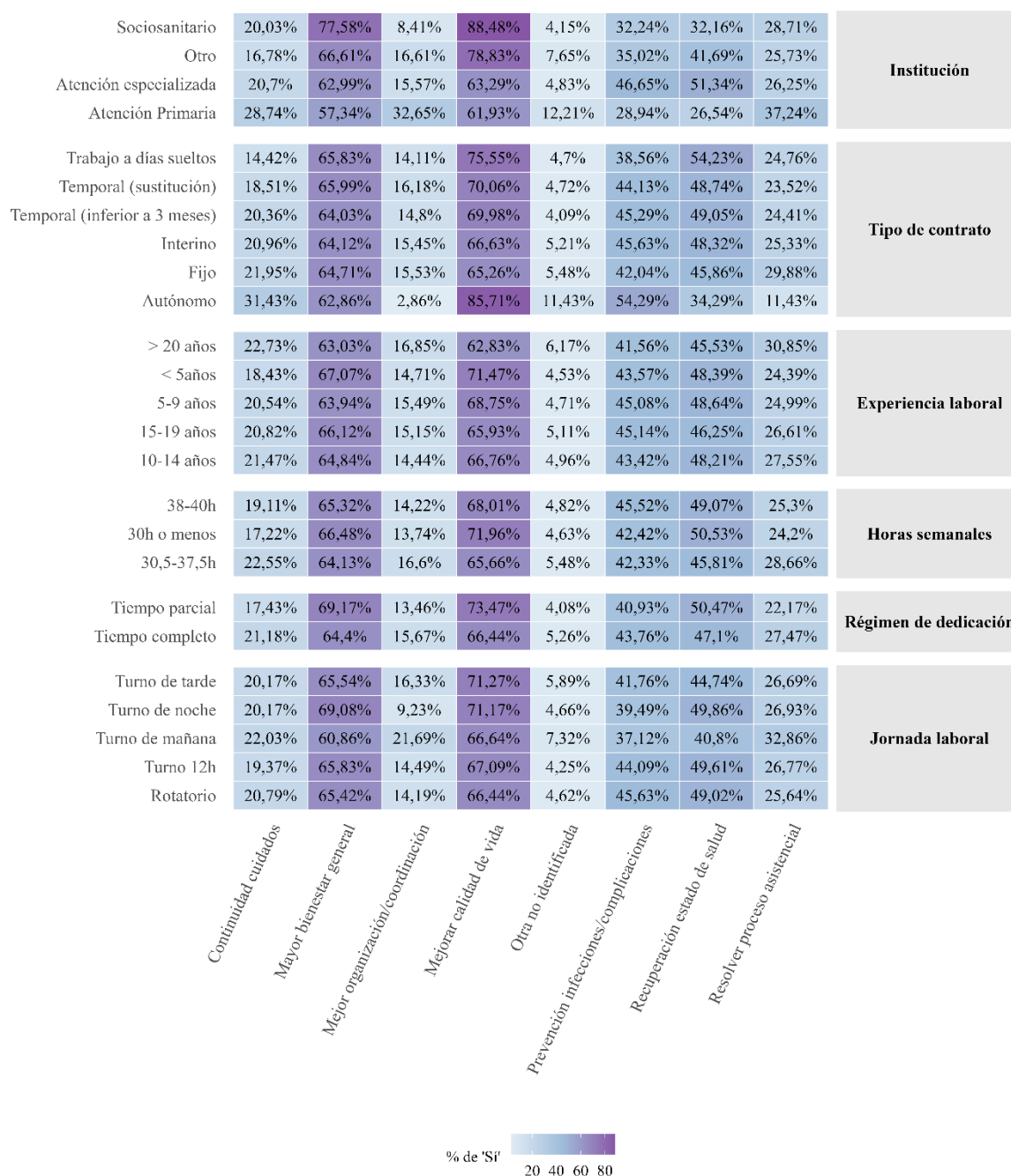
Las diferencias más destacadas de la estratificación según características laborales se observan al analizar los datos en función de la institución de trabajo. En el ámbito sociosanitario, la percepción de la contribución de la profesión se orienta claramente hacia dimensiones relacionadas con la calidad de vida y el bienestar de las personas atendidas. Así, el 88,48% de las TCAEs de este ámbito identificó la mejora de la calidad de vida como una de las principales aportaciones de la profesión y

el 77,58% destacó su contribución al bienestar general, porcentajes muy superiores a los observados en Atención Primaria y Atención Especializada. Por el contrario, las profesionales de Atención Primaria otorgaron mayor relevancia a aspectos relacionados con la organización y coordinación entre profesionales (32,65%), la continuidad de los cuidados (28,74%) y la resolución del proceso asistencial (37,24%), mientras que en Atención Especializada destacaron especialmente la recuperación del estado de salud (51,34%) y la prevención de infecciones y complicaciones (46,65%). Ver Figura 28.

En relación con la experiencia profesional, las TCAEs con menor antigüedad mostraron una mayor tendencia a identificar como principal contribución de su trabajo la mejora de la calidad de vida y el bienestar de las personas atendidas. En concreto, el 71,47% de quienes contaban con menos de cinco años de experiencia destacó la mejora de la calidad de vida, frente al 62,83% de aquellas con más de 20 años de trayectoria profesional. Por el contrario, entre las profesionales más experimentadas adquirieron una relevancia comparativamente mayor aspectos relacionados con la organización y coordinación entre profesionales (16,85% frente a 14,71%) y la resolución del proceso asistencial (30,85% frente a 24,39%), reflejando una visión más amplia del papel de la profesión dentro del funcionamiento global del sistema sanitario. Ver Figura 28.

En el resto de las variables analizadas no se observan diferencias especialmente relevantes entre categorías.

Figura 28. Principales contribuciones de las TCAEs a la población y al sistema de salud según características laborales



Motivación laboral

En términos generales, las motivaciones más frecuentes entre el PTCAE fueron la satisfacción personal derivada del trabajo con las personas atendidas y de la mejora de su salud y bienestar (55,40%), así como la posibilidad de adquirir nuevos conocimientos y habilidades para mejorar el desempeño profesional (55,08%). A continuación, se situaron el desarrollo de la capacidad de aprendizaje y adaptación a los cambios en la atención sanitaria (45,97%) y la mejora de la capacidad para identificar y resolver problemas en la atención a las personas (42,50%). Por el contrario, las motivaciones relacionadas con la mejora de la empatía y compasión (30,24%), el manejo de equipos y tecnología (28,47%) y las habilidades de comunicación (27,43%) obtuvieron porcentajes inferiores (Tabla 25).

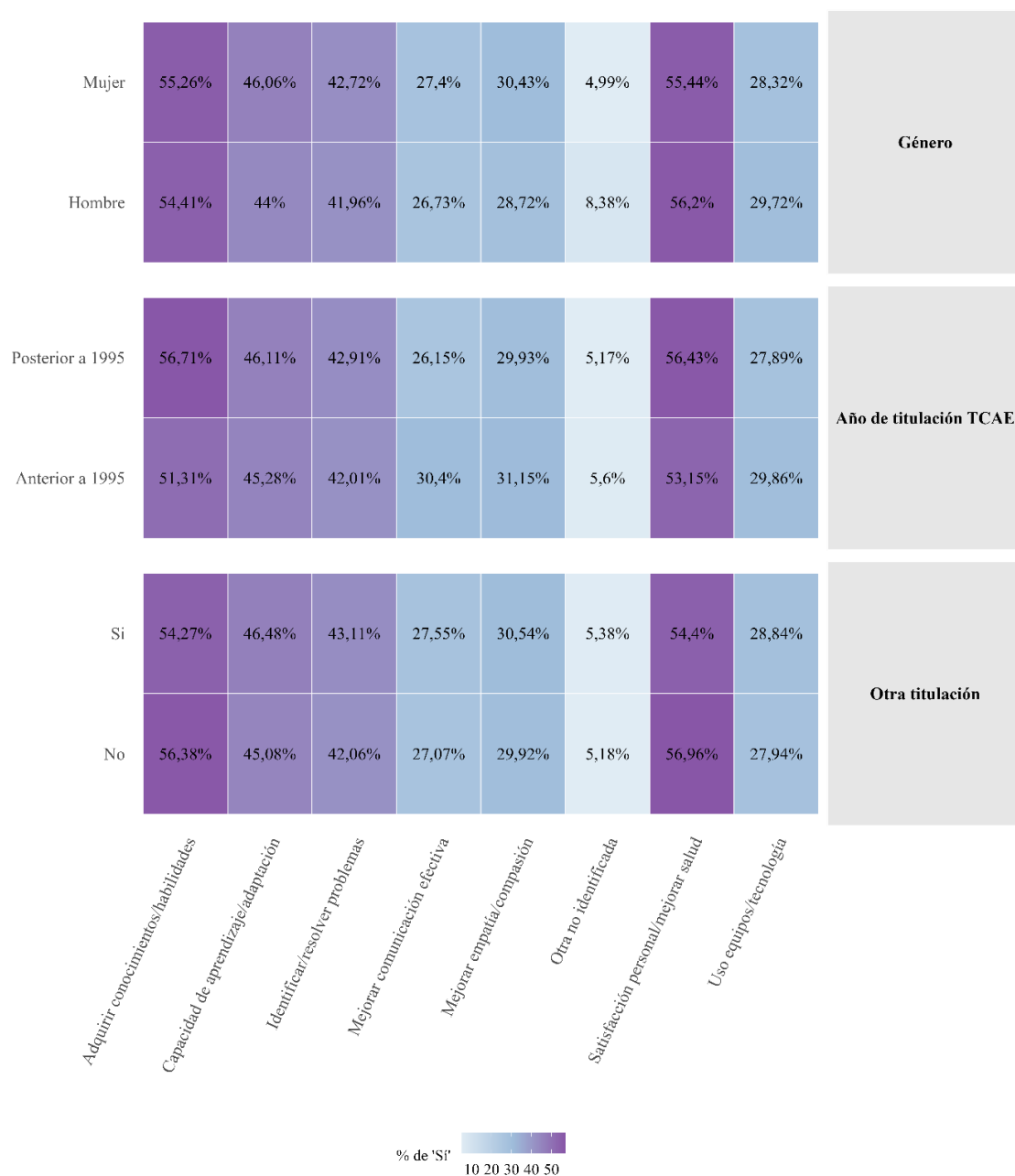
Tabla 25. Percepciones del PTCAE acerca de los aspectos laborales más motivadores

Variable	Total
Aumentar mi satisfacción personal, trabajando con las personas a las que atiendo y ver cómo mejoran su salud y bienestar	17 149 (55,4%)
Adquirir nuevos conocimientos y habilidades, mejorando mi desempeño profesional	17 051 (55,08%)
Incrementar mi capacidad para aprender nuevas habilidades y conocimientos, adaptándose a los cambios en la atención de salud	14 231 (45,97%)
Mejorar mi capacidad para identificar y resolver problemas que puedan surgir en la atención a las personas	13 156 (42,50%)
Mejorar mi empatía y compasión con las personas a las que atiendo brindándoles apoyo emocional y tranquilidad	9362 (30,24%)
Mejorar mi conocimiento y capacidad de utilizar correctamente los equipos y la tecnología	8812 (28,47%)
Mejorar mis habilidades de comunicación efectiva, consiguiendo que sea más clara y efectiva con las personas a las que atiendo, sus familias y el equipo de salud	8490 (27,43%)
Otro, no identificado anteriormente	1669 (5,39%)

La desagregación en función de las características sociodemográficas (Figura 29) muestra escasas diferencias entre grupos. Tanto hombres como mujeres, así como las personas con y sin otra titulación, presentan patrones de respuesta muy similares. Del mismo modo, las diferencias asociadas al año de obtención del título son reducidas, si bien las personas tituladas con posterioridad a 1995 señalaron con algo más de frecuencia la adquisición de conocimientos y habilidades como elemento motivador (56,71% frente al 51,31%), mientras que entre quienes obtuvieron la titulación con anterioridad destacan ligeramente más aspectos relacionados con la comunicación efectiva (30,40%

frente al 26,15%), la mejora del uso en la tecnología y equipos (29,86% frente a 27,89%) y la empatía hacia las personas atendidas (31,15% frente al 29,93%).

Figura 29. Principales aspectos motivadores según las características sociodemográficas

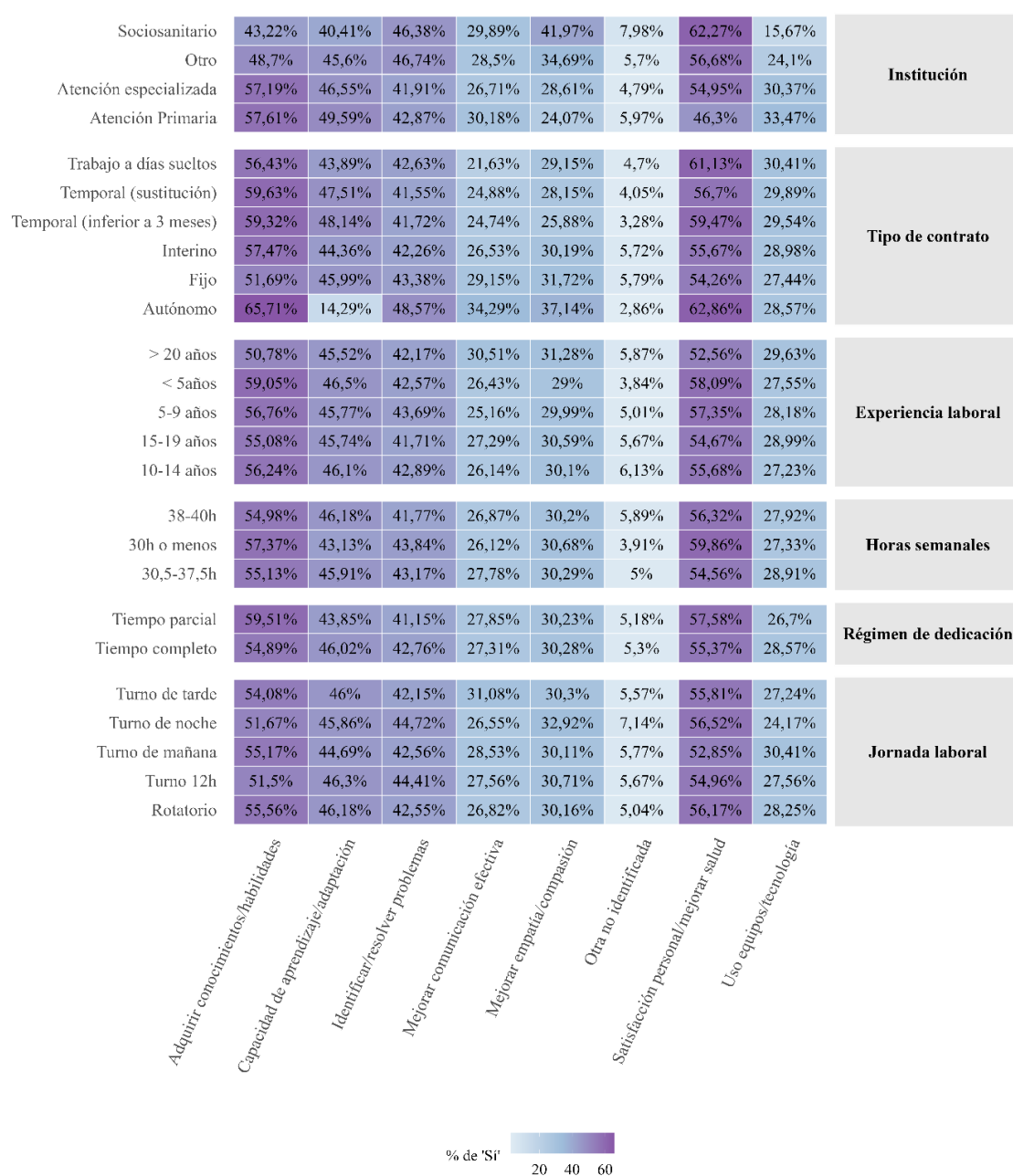


Debe prestarse mayor atención a las respuestas según el ámbito laboral (Figura 30), donde las diferencias más relevantes se observan en función de la institución de pertenencia y la experiencia profesional.

En primer lugar, en el ámbito sociosanitario destaca claramente la satisfacción personal asociada al cuidado de las personas como principal elemento motivador, señalada por el 62,27% de las participantes, porcentaje superior al registrado en el resto de las instituciones, especialmente en Atención Primaria (46,30%). Por el contrario, la adquisición de conocimientos y habilidades adquiere un mayor protagonismo en Atención Primaria (57,61%) y en Atención Especializada (57,19%), frente al 43,22% observado en el ámbito sociosanitario.

En relación con la experiencia profesional, las TCAEs con menor antigüedad mostraron una mayor orientación hacia motivaciones relacionadas con la satisfacción personal y el aprendizaje. Así, el 58,09% de quienes contaban con menos de cinco años de experiencia destacó la contribución a la mejora de la salud y el bienestar de las personas, mientras que el 59,05% señaló la adquisición de nuevos conocimientos y habilidades. Aunque estas continúan siendo también las motivaciones más frecuentes entre las profesionales con más de 20 años de experiencia, su peso es menor en este grupo (52,56% y 50,78%, respectivamente). En contraste, entre las TCAEs con trayectorias más prolongadas adquieren una relevancia relativamente mayor aspectos vinculados a la comunicación efectiva (30,51%), la empatía y compasión hacia las personas atendidas (31,28%) y el manejo de equipos y tecnología (29,63%).

Figura 30. Principales aspectos motivadores según las características laborales



Aspectos prioritarios de mejora en la profesión

Las principales prioridades de mejora señaladas por las TCAEs están relacionadas con el reconocimiento profesional y las condiciones de trabajo. Destacan especialmente el reconocimiento de competencias (60,44%), el ajuste de la carga asistencial (52,67%) y el desarrollo de un plan de carrera profesional específico (43,22%), seguidas de medidas dirigidas a favorecer la conciliación laboral y familiar (37,97%) y de la creación de la figura de coordinador/a de PTCAE (35,99%). Ver Tabla 26.

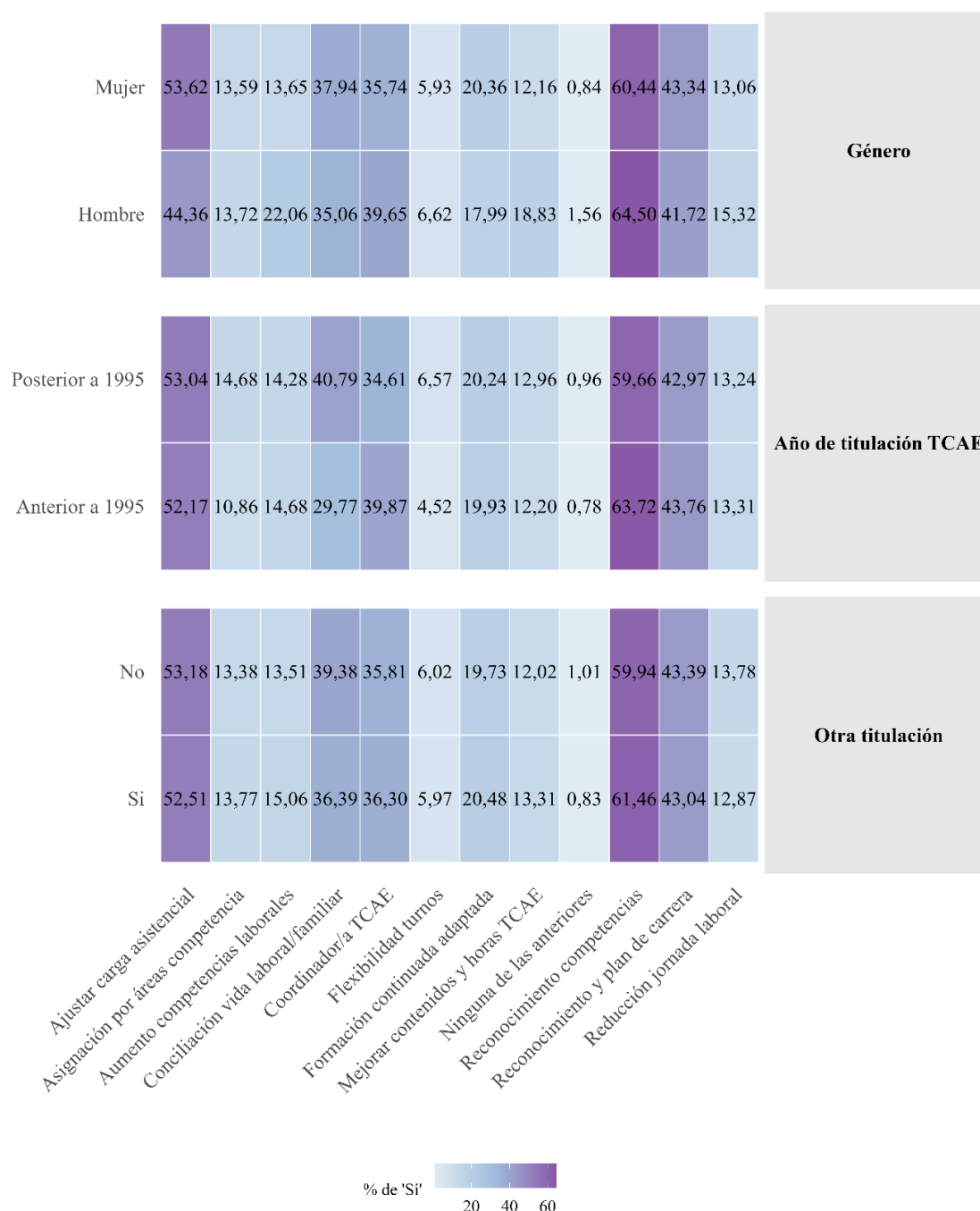
Tabla 26. Percepciones sobre los aspectos prioritarios de mejora en la profesión de TCAEs

Variable	Total
Reconocimiento de competencias	18 709 (60,44%)
Ajustar la carga asistencial de las TCAE en función del perfil y complejidad de cada unidad	16 302 (52,67%)
Reconocimiento de méritos y un plan de carrera profesional específico para TCAE	13 377 (43,22%)
Mejoras laborales que permitan mayor conciliación de la vida familiar	11 753 (37,97%)
Creación del puesto de coordinador/a de PTCAE	11 141 (35,99%)
Mejorar la formación continuada y adaptarla al desempeño real	6198 (20,02%)
Aumento de competencias que conlleven reflejo en el entorno laboral	4444 (14,36%)
Asignación de puestos por áreas de competencia: médicas, quirúrgicas, servicios especiales, consultas	4243 (13,71%)
Disminución de la jornada laboral	4145 (13,39%)
Mejorar los contenidos y aumentar el número de horas del grado medio del PTCAE	3959 (12,79%)
Poder establecer los turnos de trabajo en coordinación con superiores y compañeros	1907 (6,16%)
Ninguna de las anteriores	292 (0,94%)

La desagregación según características sociodemográficas (Figura 31) muestra un elevado grado de homogeneidad en las respuestas. Las diferencias más destacables se observan en función del género, ya que los hombres señalaron con mayor frecuencia el reconocimiento de competencias (64,50% frente a 60,44%) y el aumento de competencias con reflejo en el entorno laboral (22,06% frente a 13,65%), mientras que las mujeres otorgaron una importancia ligeramente superior al ajuste de la carga asistencial (53,62% frente a 44,36%). Asimismo, las personas tituladas con posterioridad

a 1995 destacaron en mayor medida las mejoras relacionadas con la conciliación de la vida laboral y familiar (40,79% frente a 29,77%).

Figura 31. Principales aspectos prioritarios percibidos por las TCAEs según las características sociodemográficas



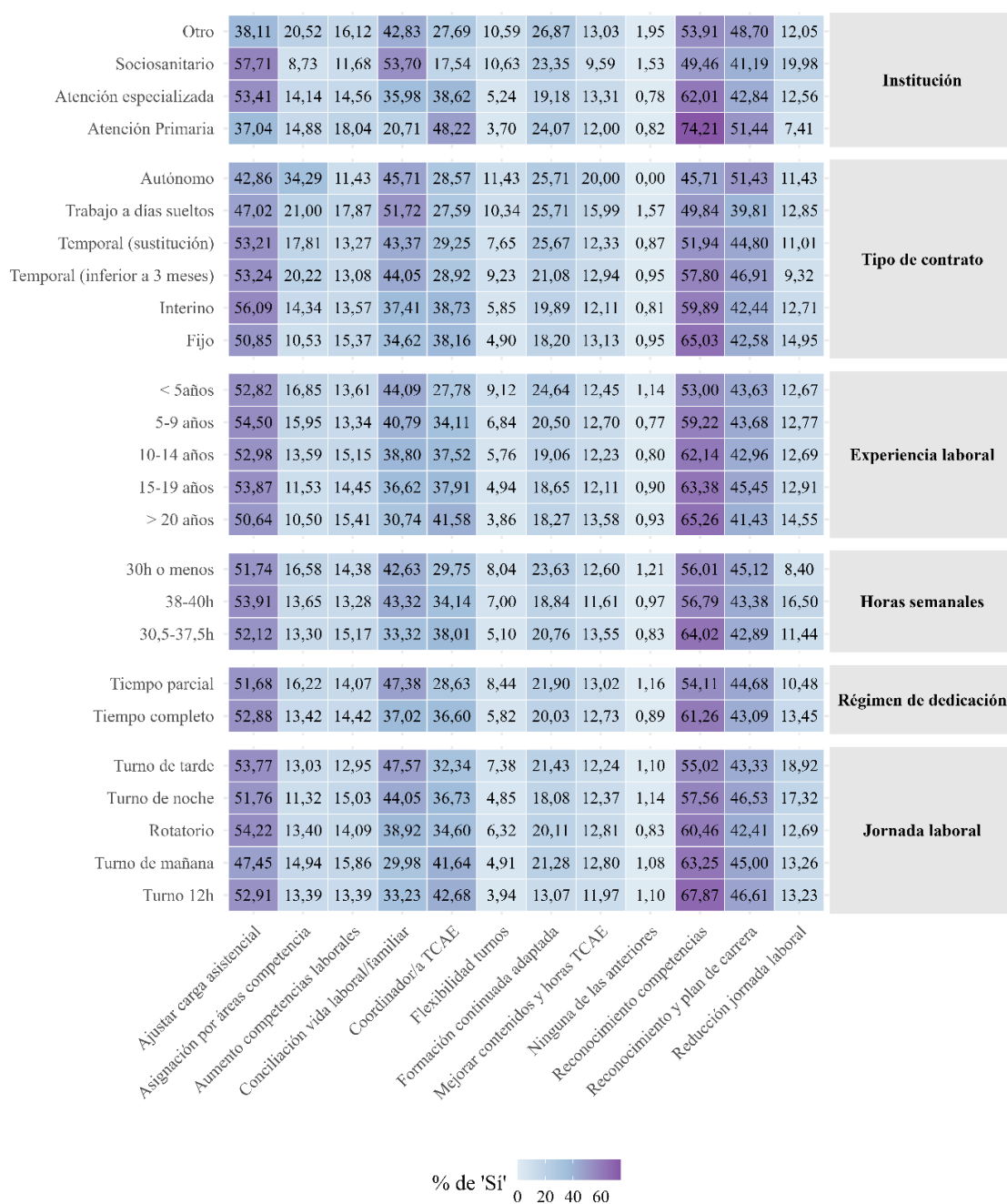
A nivel laboral, las diferencias más notables se observan en función de la institución de trabajo. Mientras que las profesionales de Atención Primaria identificaron claramente el reconocimiento de competencias como la principal prioridad de mejora (74,21%), las TCAEs del ámbito sociosanitario

mostraron una mayor preocupación por el ajuste de la carga asistencial (57,71%) y por las medidas de conciliación entre la vida laboral y familiar (53,70%). Además, la creación de la figura de coordinador/a de PTCAE adquiere una relevancia especialmente elevada en Atención Primaria (48,22%), muy por encima de los porcentajes registrados en el resto de los ámbitos asistenciales.

En relación con la experiencia profesional, se observa que el reconocimiento de competencias adquiere una importancia creciente a medida que aumenta la trayectoria laboral. Así, esta medida fue señalada por el 53,00% de las personas con menos de cinco años de experiencia, porcentaje que alcanza el 65,26% entre quienes acumulaban más de 20 años de ejercicio profesional. Por el contrario, las mejoras relacionadas con la conciliación laboral y familiar presentan una tendencia inversa, siendo más frecuentes entre las profesionales con menor experiencia (44,09%) que entre aquellas con más de 20 años de trayectoria (30,74%).

También destacan algunas diferencias en función de la jornada laboral. Las profesionales con turnos de 12 horas fueron las que con mayor frecuencia señalaron el reconocimiento de competencias como prioridad (67,87%), mientras que las trabajadoras de turno de tarde registraron el mayor porcentaje de respuestas relacionadas con las mejoras en la conciliación de la vida laboral y familiar (47,57%), seguidas por las TCAEs del turno de noche (44,05%).

Figura 32. Principales aspectos prioritarios percibidos por las TCAEs según las características laborales



8.3. Módulo 3. Satisfacción

A continuación, se presentan los resultados relativos a la satisfacción de las TCAEs con su profesión y con su puesto de trabajo. En ambos casos, la exposición sigue la misma estructura: en primer lugar, se analiza el grado de satisfacción manifestado por el conjunto de las participantes y por los diferentes grupos considerados en las estratificaciones sociodemográficas y laborales; y, posteriormente, se abordan las principales causas asociadas a la posible insatisfacción, con el fin de profundizar en los factores que pueden estar condicionando su valoración.

Satisfacción con la profesión

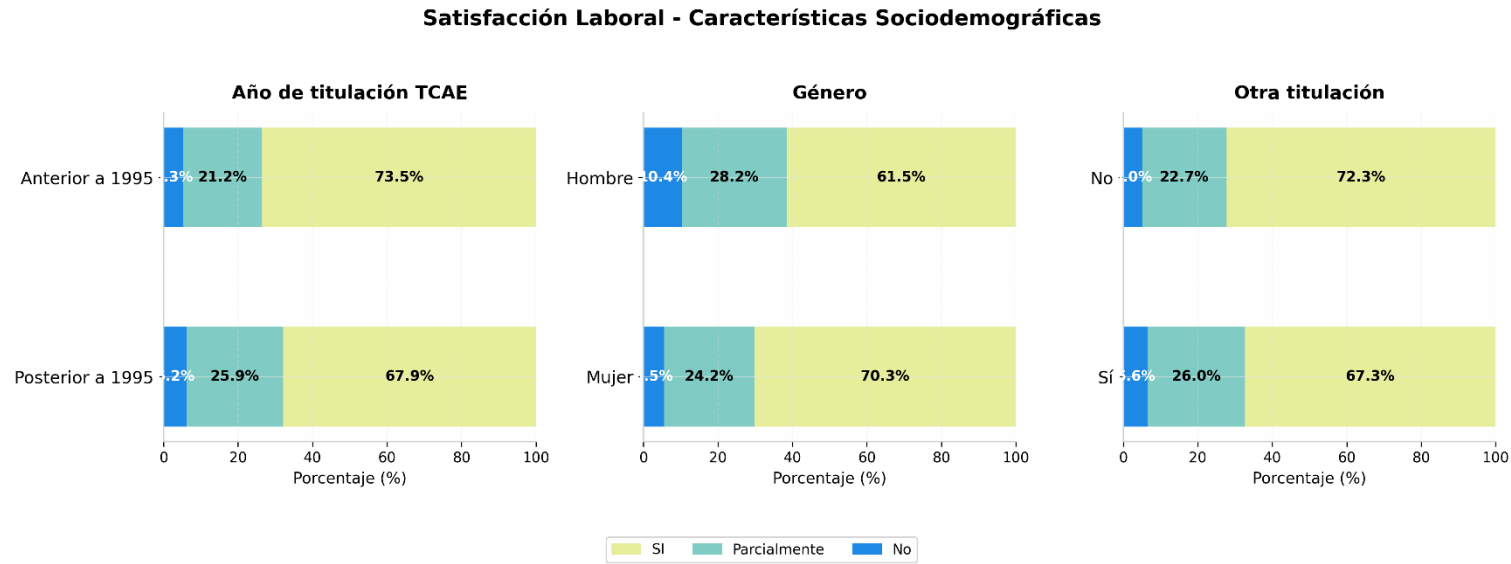
A nivel global, los resultados reflejan una valoración mayoritariamente positiva de la profesión. En concreto, el 69,13% de las TCAEs afirmó sentirse satisfecha con su profesión, mientras que un 24,74% manifestó una satisfacción parcial y únicamente un 6,13% declaró no sentirse satisfecha.

En cuanto a las características sociodemográficas (Figura 33), las diferencias observadas son relativamente reducidas. Por género, las mujeres mostraron una satisfacción ligeramente superior a la de los hombres, ya que el 70,3% se declaró satisfecha con su profesión frente al 61,5% de los hombres. En consecuencia, estos últimos presentan porcentajes más elevados tanto de satisfacción parcial (28,2% frente a 24,2%) como de insatisfacción (10,4% frente a 5,5%).

Respecto al año de titulación, se aprecia una percepción algo más favorable entre las personas que obtuvieron el título con anterioridad a 1995. En este grupo, el 73,5% afirmó sentirse satisfecha con su profesión, frente al 67,9% de quienes se titularon con posterioridad a dicho año.

Por su parte, las TCAEs que no disponen de otra titulación muestran una satisfacción ligeramente superior (72,3%) a la observada entre quienes sí cuentan con formación adicional (67,3%).

Figura 33. Satisfacción con la profesión según características sociodemográficas



En la Figura 34 se recoge esta información en función de las características laborales de las TCAEs, donde tampoco se observan diferencias muy acusadas entre categorías. Sin embargo, es preciso destacar la desagregación según institución de pertenencia, ya que las profesionales del ámbito sociosanitario mostraron los niveles de satisfacción más bajos. En concreto, el 65,0% se declaró satisfecho con su profesión, porcentaje inferior al observado en atención especializada (70,3%) y atención primaria (68,2%). Asimismo, este grupo registra la mayor proporción de respuestas de satisfacción parcial (27,7%) y de respuestas negativas (7,3%), lo que refleja una valoración menos favorable de la profesión que la observada en el resto de los ámbitos asistenciales.

Según el tipo de contrato, las valoraciones son homogéneas, acorde a las cifras expuestas para el total del PTCAE.

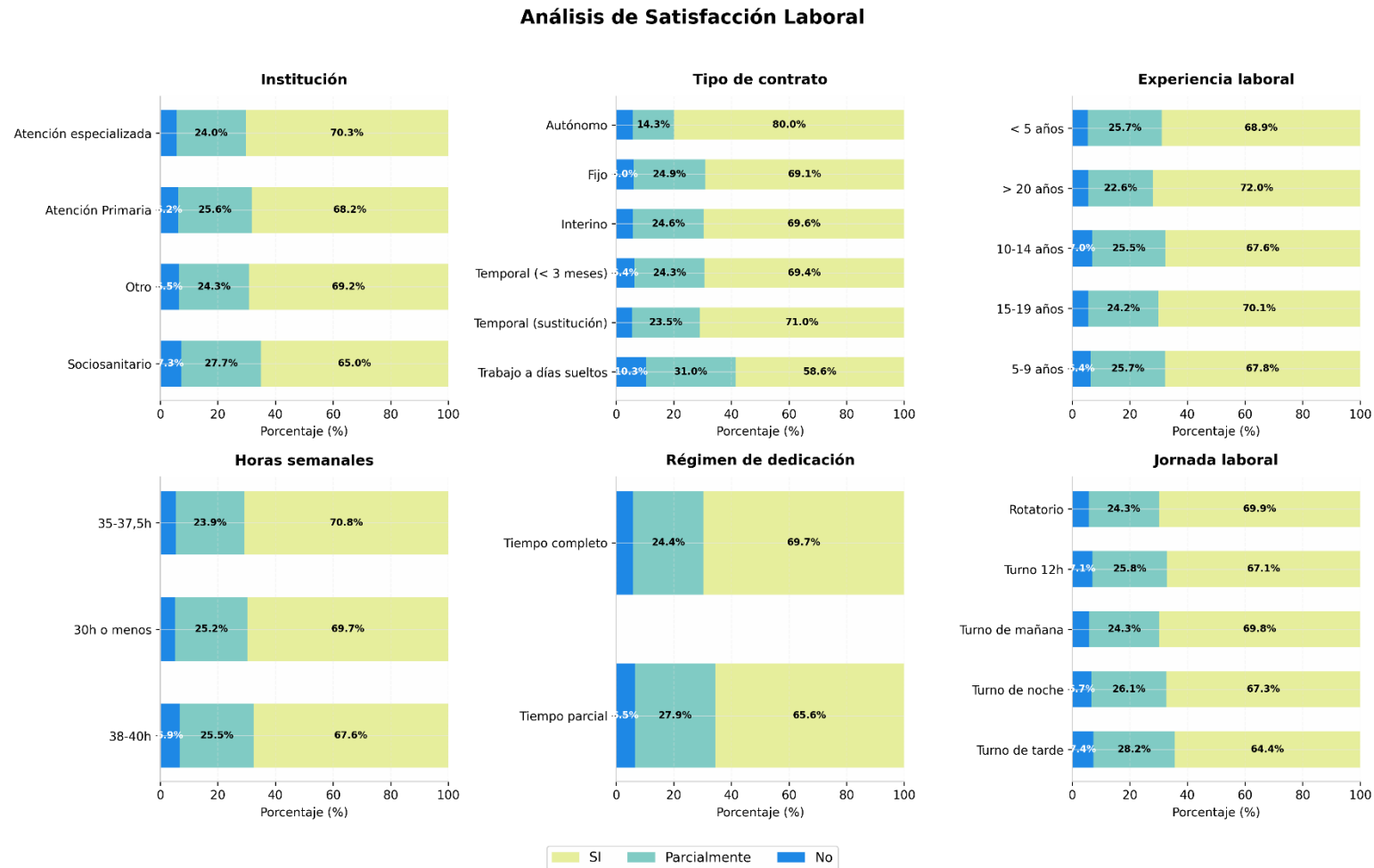
Asimismo, la satisfacción con la profesión tiende a aumentar ligeramente con la experiencia profesional. Así, las personas con más de 20 años de experiencia presentan la mayor proporción de respuestas positivas (72,0%), mientras que los porcentajes más bajos se observan entre quienes tienen entre 10 y 14 años (67,6%) y entre 5 y 9 años de experiencia (67,8%). En cualquier caso, las diferencias entre grupos son moderadas.

Las diferencias según jornada laboral y régimen de dedicación son también reducidas. Las personas que trabajan entre 35 y 37,5 horas semanales muestran la proporción más elevada de satisfacción (70,8%), mientras que aquellas con jornadas de 38 a 40 horas registran el porcentaje más bajo (67,6%). Del mismo modo, las TCAEs con dedicación a tiempo completo presentan una valoración algo más favorable que las que trabajan a tiempo parcial (69,7% frente a 65,6%).

Finalmente, en relación con la jornada laboral, las diferencias existentes son limitadas. No obstante, las valoraciones más positivas se observan entre quienes trabajaban en turnos rotatorios (69,9%) y de mañana (69,8%), mientras que los porcentajes de satisfacción son algo inferiores entre las personas que desempeñaban su labor en turno de tarde (64,4%) y en turnos de 12 horas (67,1%).

En conjunto, estos resultados reflejan que la satisfacción con la profesión es elevada y relativamente homogénea entre los distintos grupos analizados, observándose diferencias menos pronunciadas que las identificadas en otras variables contempladas en el estudio.

Figura 34. Satisfacción con la profesión según características laborales



Una vez examinado el grado de satisfacción de las encuestadas, se profundizó en las causas de insatisfacción de aquellas personas que manifestaron no sentirse satisfechas o sentirse solo parcialmente satisfechas con su profesión. Para ello, este grupo respondió a una pregunta adicional en la que debía seleccionar las tres principales causas que, a su juicio, explicaban dicha valoración, entre un conjunto de opciones previamente definidas en la encuesta. Al igual que ocurre en otros apartados del estudio, esta pregunta permitía la selección de múltiples respuestas, por lo que la suma de los porcentajes presentados puede superar el 100%.

Los resultados muestran que la insatisfacción con la profesión se encuentra principalmente asociada a la sobrecarga de trabajo (73,3%), la falta de reconocimiento de las funciones desempeñadas por las TCAEs (62,51%) y la percepción de falta de personal (56,04%). También adquieren cierta relevancia el escaso reconocimiento profesional (46,58%) y el sentimiento de infravaloración (38,79%). Ver Tabla 27.

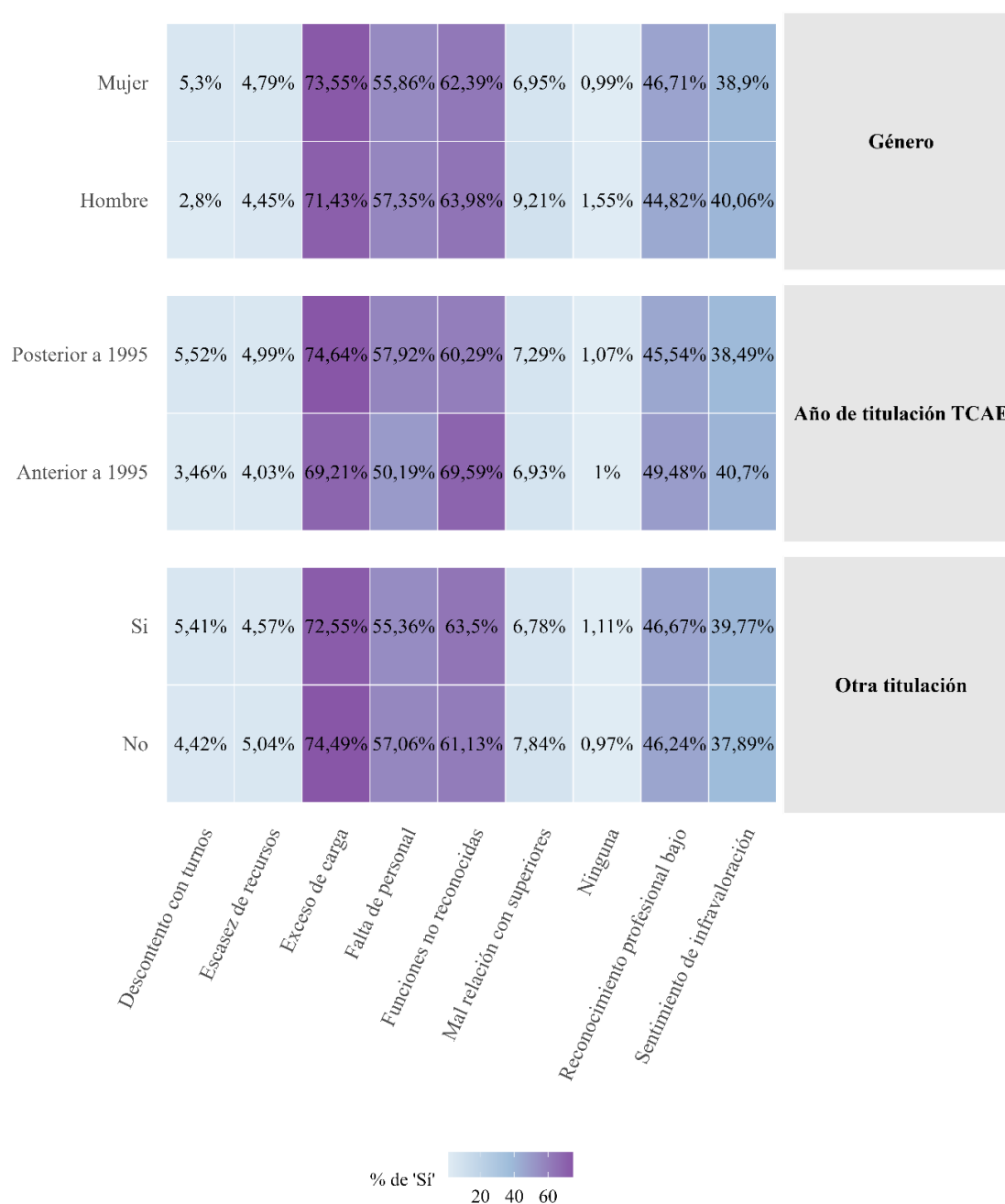
Tabla 27. Causas de la insatisfacción con la profesión descritas por el PTCAE

Causas	Total (%)
Habitualmente, en mi profesión, tengo exceso de cargas de trabajo	7005 (73,3%)
Habitualmente, en mi profesión, las funciones de mi colectivo NO están reconocidas	5973 (62,51%)
Habitualmente, en mi profesión, percibo que hay falta de personal	5355 (56,04%)
Habitualmente, en mi profesión, existe nulo/poco un reconocimiento profesional	4451 (46,58%)
Habitualmente, en mi profesión, existe un sentimiento de estar infravalorada/o	3707 (38,79%)
Habitualmente, en mi profesión, hay mal relación con los superiores/supervisores	700 (7,33%)
Habitualmente, en mi profesión, estoy descontenta con los turnos de trabajo	486 (5,09%)
Habitualmente, en mi profesión, tenemos escasez de recursos materiales	461 (4,82%)
Ninguna de las anteriores	102 (1,07%)

Las respuestas desagregadas por características sociodemográficas muestran una notable homogeneidad entre grupos, sin que puedan identificarse diferencias especialmente relevantes en función del género y la posesión de otra titulación. En todas las categorías, el exceso de cargas de trabajo, la falta de reconocimiento de las funciones propias de las TCAEs y la falta de personal ocupan las primeras posiciones entre las causas de insatisfacción más mencionadas. Sin embargo, pueden apreciarse algunas diferencias en función del año de titulación. Entre las TCAEs tituladas con anterioridad a 1995 adquirió mayor relevancia la falta de reconocimiento de las funciones propias del colectivo, señalada por el 69,59% de las participantes, frente al 60,29% de aquellas tituladas con

posterioridad. Por el contrario, la falta de personal constituyó una preocupación más frecuente entre estas últimas, siendo mencionada por el 57,92%, frente al 50,19% de las tituladas antes de 1995. Ver Figura 35.

Figura 35. Causas de insatisfacción con la profesión según características sociodemográficas



En el ámbito laboral (Figura 36), las diferencias observadas son algo más marcadas, especialmente en función de la institución de pertenencia. En atención primaria destaca la elevada proporción de profesionales que atribuyeron su insatisfacción a la falta de reconocimiento de las funciones del colectivo (76,89%), porcentaje superior al registrado en atención especializada (66,16%) y muy por encima del observado en el ámbito sociosanitario (39,98%). Por el contrario, en este último ámbito adquirieron una especial relevancia el exceso de cargas de trabajo (83,72%), la falta de personal (75,00%) y, en términos comparativos con el resto de las categorías, la mala relación con superiores o supervisores (11,77%), configurando un perfil de insatisfacción más vinculado a las condiciones de trabajo y a la organización de los servicios.

También resulta reseñable la situación de las personas que trabajan a días sueltos, entre quienes el exceso de cargas de trabajo alcanzó el 80,3% y la falta de personal el 65,91%, mientras que las TCAEs con más de 20 años de experiencia destacan por señalar en mayor medida la falta de reconocimiento de las funciones de su colectivo (70,52%) y el sentimiento de infravaloración (42,53%).

En el resto de las variables laborales las diferencias son menos acusadas. No obstante, la sobrecarga de trabajo se mantiene sistemáticamente como el principal motivo de insatisfacción en todas las categorías analizadas, alcanzando valores especialmente elevados entre las profesionales del turno de tarde (79,25%), quienes cuentan con menos de cinco años de experiencia (77,01%) y aquellas con jornadas de 38 a 40 horas semanales (77,26%). Estos resultados refuerzan la idea de que la presión asistencial constituye el principal factor asociado a la menor satisfacción con la profesión entre las TCAEs.

Figura 36. Causas de insatisfacción con la profesión según características laborales



Satisfacción con el puesto

A continuación, se presentan los resultados relativos a la satisfacción con su puesto de trabajo, siguiendo la misma estructura que se ha empleado en el análisis de su satisfacción con la profesión.

A nivel general, la satisfacción con el puesto de trabajo es algo más moderada que la observada respecto a la profesión. En concreto, el 57,81% de las TCAEs afirmaron sentirse satisfechas con su puesto actual, mientras que un 32,89% manifestó una satisfacción parcial y un 9,3% declaró no

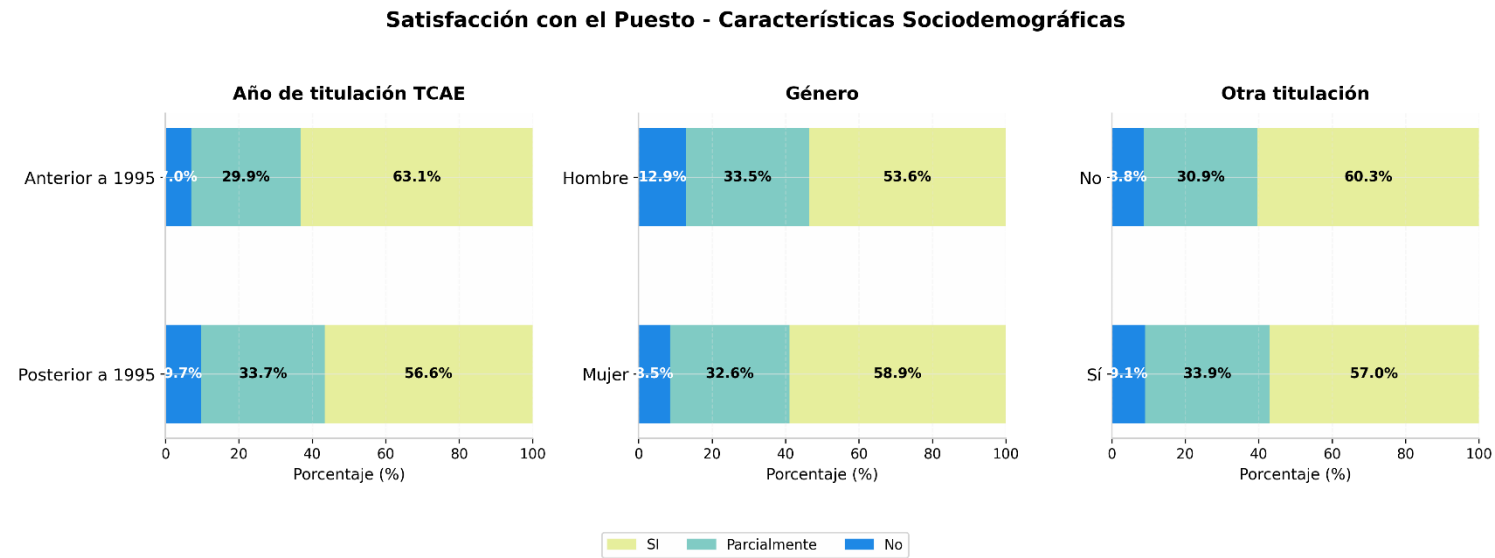
sentirse satisfecha. Estos resultados indican que, si bien predomina una valoración positiva, el puesto de trabajo genera mayores niveles de descontento que la profesión en sí misma, incrementándose tanto las respuestas de satisfacción parcial como las de no satisfacción.

En cuanto a las características sociodemográficas, las diferencias observadas son reducidas. Por género, las mujeres mostraron una valoración ligeramente más favorable de su puesto de trabajo que los hombres, ya que el 58,9% declaró sentirse satisfecha, frente al 53,6% de estos últimos. En consecuencia, los hombres presentaron una mayor proporción de respuestas negativas (12,9% frente a 8,5%).

Por año de titulación, se aprecia una percepción más positiva entre quienes obtuvieron el título con anterioridad a 1995. En este grupo, el 63,1% manifestó sentirse satisfecho con su puesto de trabajo, mientras que entre quienes se titularon con posterioridad este porcentaje desciende hasta el 56,6%.

La posesión de otra titulación tampoco parece asociarse a diferencias especialmente relevantes. No obstante, las TCAEs que no cuentan con otra titulación presentaron una satisfacción ligeramente superior con su puesto de trabajo. Ver Figura 37.

Figura 37. Satisfacción con el puesto de trabajo según características sociodemográficas



En el ámbito laboral (Figura 38), las diferencias son algo más marcadas que las observadas para la satisfacción con la profesión. Destaca especialmente la institución de pertenencia, ya que las profesionales del ámbito sociosanitario muestran los porcentajes de satisfacción más bajos. En concreto, únicamente el 45,4% afirmó sentirse satisfecho con su puesto de trabajo, frente al 62,5% de atención primaria y al 60,5% de atención especializada. Además, este grupo presenta los mayores porcentajes de satisfacción parcial (40,1%) y de respuestas negativas (14,5%).

Según el tipo de contrato, las valoraciones más desfavorables corresponden a quienes trabajan a días sueltos. Únicamente el 38,2% se mostró satisfecho con su puesto de trabajo, mientras que el 21,6% declaró no estarlo. Por el contrario, los porcentajes más elevados de satisfacción se observan entre quienes disponían de contratos fijos (59,2%), temporal de sustitución (59,6%) o interinos (58,5%).

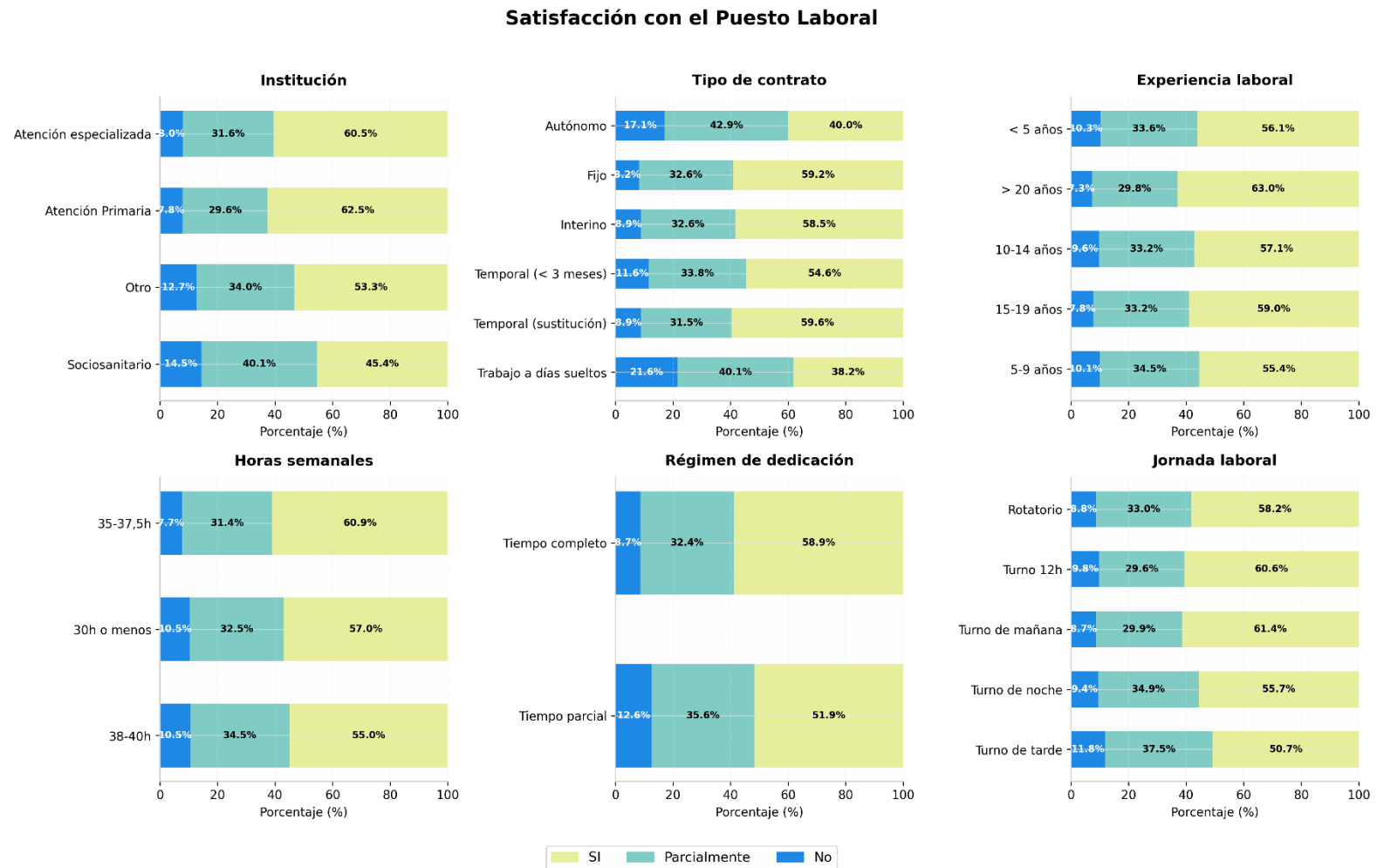
En función de la experiencia profesional, se observa una tendencia según la cual la satisfacción aumenta con la antigüedad. Así, las TCAEs con más de 20 años de experiencia presentan la valoración más favorable, con un 63,0% de respuestas positivas, mientras que los porcentajes más bajos corresponden a quienes acumulaban menos de 5 años (56,1%) o entre 5 y 9 años de experiencia (55,4%).

Las diferencias según horas semanales y régimen de dedicación son moderadas. Las personas que trabajaban entre 35 y 37,5 horas semanales mostraron una satisfacción ligeramente superior (60,9%), mientras que aquellas con jornadas de 38 a 40 horas presentaron la menor proporción de respuestas afirmativas (55,0%). Asimismo, las TCAEs con dedicación a tiempo completo se mostraron más satisfechas con su puesto de trabajo que aquellas que trabajaban a tiempo parcial (58,9% frente a 51,9%).

Finalmente, en relación con el turno de trabajo, las valoraciones más positivas corresponden con el turno de mañana (61,4%) y el turno de 12 horas (60,6%). En el extremo opuesto se sitúa el turno de tarde, donde únicamente el 50,7% de las participantes manifestaron sentirse satisfechas con su puesto de trabajo, registrándose además el mayor porcentaje de satisfacción parcial (37,5%) y uno de los más elevados de respuestas negativas (11,8%).

En conjunto, estos resultados reflejan que la satisfacción con el puesto de trabajo es inferior a la observada para la profesión y presenta una mayor variabilidad entre grupos, especialmente en función de la institución de pertenencia, el tipo de contrato y determinadas características de la jornada laboral.

Figura 38. Satisfacción con el puesto de trabajo según características laborales



Con el fin de profundizar en los motivos asociados a una menor satisfacción con el puesto de trabajo, se analizó la información proporcionada por aquellas TCAEs que declararon sentirse parcialmente satisfechas o no satisfechas con su puesto actual, siguiendo la misma metodología empleada en el estudio de los factores asociados a una menor satisfacción con la profesión.

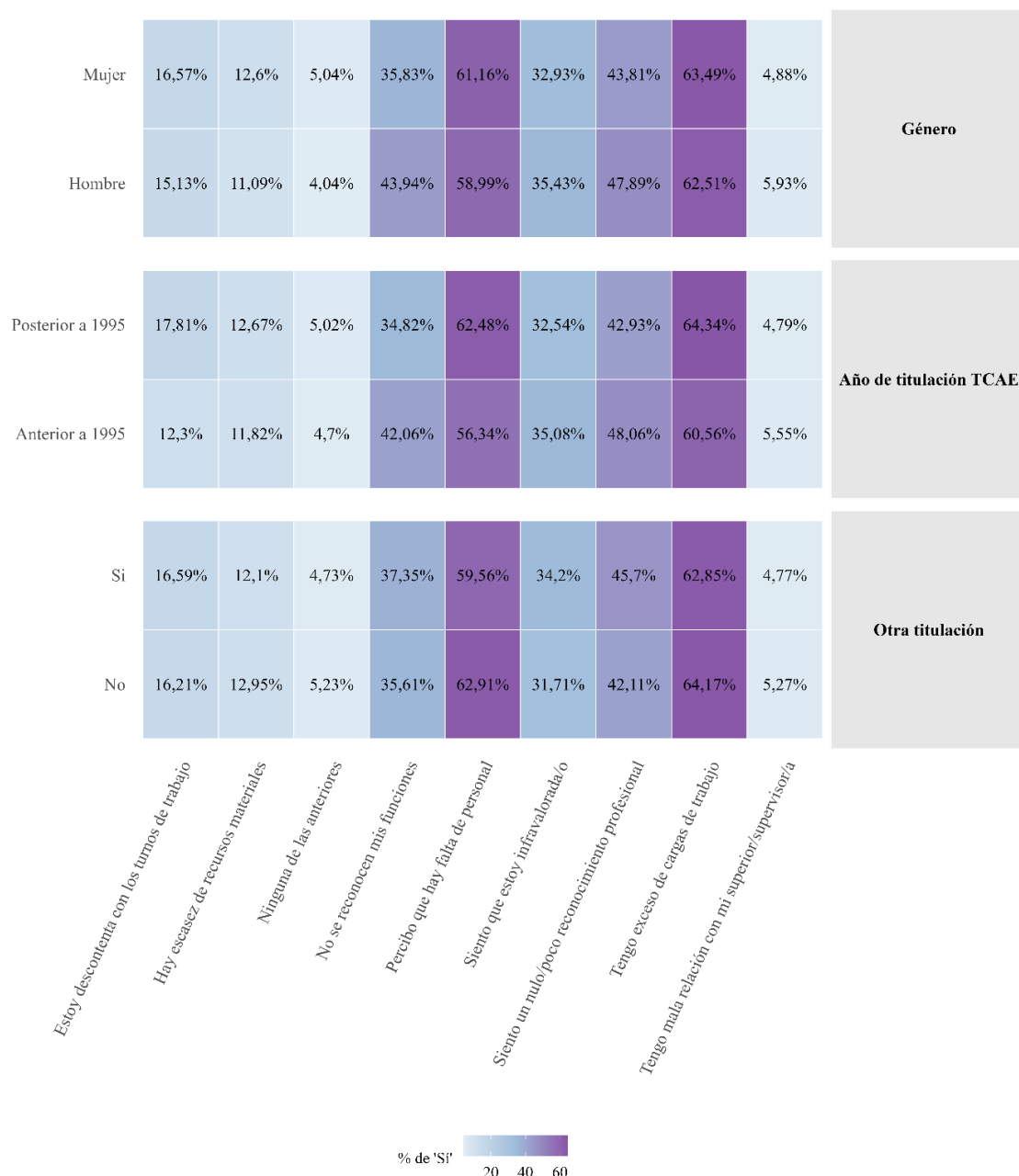
En términos generales, las causas asociadas a la insatisfacción con el puesto de trabajo son muy similares a las observadas previamente para la insatisfacción con la profesión. En ambos casos, destacan como principales motivos el exceso de cargas de trabajo, la falta de personal y las cuestiones relacionadas con el reconocimiento profesional, incluyendo tanto el escaso reconocimiento de las funciones desempeñadas como la percepción de infravaloración.

Tabla 28. Causas de la insatisfacción con el puesto laboral descritas por el PTCAE

Variable	Total
En mi puesto actual, tengo exceso de cargas de trabajo	8205 (62,84%)
En mi puesto actual, percibo que hay falta de personal	7963 (60,98%)
En mi puesto actual, siento un nulo/poco reconocimiento profesional	5721 (43,81%)
En mi puesto actual, no se reconocen mis funciones	4761 (36,46%)
En mi puesto actual, siento que estoy infravalorada/o	4324 (33,11%)
En mi puesto actual, estoy descontenta con los turnos de trabajo	2201 (16,86%)
En mi puesto actual, hay escasez de recursos materiales,	1630 (12,48%)
Ninguna de las anteriores	680 (5,21%)
En mi puesto actual, tengo mala relación con mi superior/supervisor/a	659 (5,05%)

Desde el punto de vista sociodemográfico, las diferencias son escasas. No obstante, las TCAEs tituladas con anterioridad a 1995 señalaron con mayor frecuencia aspectos relacionados con el reconocimiento profesional, destacando la falta de reconocimiento de sus funciones (42,06% frente a 34,82%) y el escaso reconocimiento profesional (48,06% frente a 42,93%). Por el contrario, entre las tituladas con posterioridad a 1995 adquiere una importancia ligeramente mayor la percepción de falta de personal (62,48% frente a 56,34%) y el exceso de carga de trabajo (64,34% frente a 60,56%). Al examinar las diferencias por género, los hombres parecen tener algo más de preocupación por el reconocimiento profesional que las mujeres: el 43,94% de hombres señalaron el no reconocimiento de sus funciones como causa de insatisfacción con el puesto frente al 35,83% de las mujeres, y el 47,83% señalaron el poco o nulo reconocimiento profesional, frente al 43,81% de las mujeres. Ver Figura 39.

Figura 39. Causas de insatisfacción con el puesto de trabajo según características sociodemográficas



Tal y como se muestra en la Figura 40 relativa a las causas de insatisfacción según características laborales, la institución de pertenencia es nuevamente la variable que muestra las diferencias más relevantes. Las profesionales del ámbito sociosanitario destacan por señalar en mayor medida la falta de personal (76,46%) y el exceso de cargas de trabajo (75,04%), muy por encima de los porcentajes observados en atención especializada (59,7% y 62,55%, respectivamente)

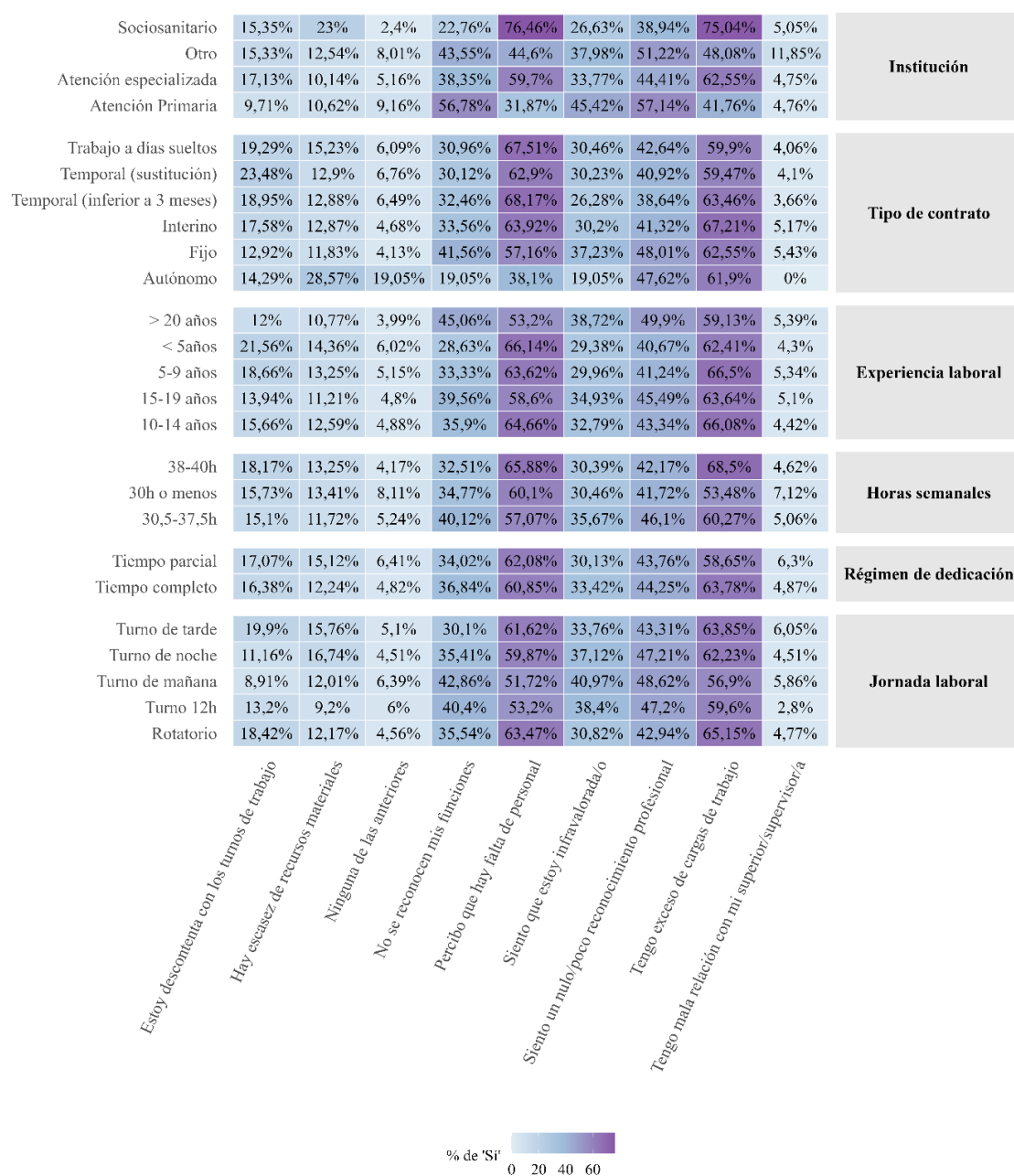
y en atención primaria (31,87% y 41,76%). Por el contrario, en atención primaria adquieren una mayor relevancia los aspectos vinculados al reconocimiento profesional, ya que el 56,78% consideró que sus funciones no son reconocidas y el 57,14% señaló la existencia de un escaso reconocimiento profesional.

También se observan algunas diferencias en función de la experiencia laboral. Las profesionales con menos de cinco años de experiencia atribuyeron con más frecuencia su insatisfacción a la falta de personal (66,14%), mientras que entre quienes acumulaban más de veinte años de trayectoria, además del exceso de carga de trabajo y falta de personal, cobran mayor importancia la falta de reconocimiento de las funciones desempeñadas (45,06%), de reconocimiento profesional (49,90%) y el sentimiento de infravaloración (38,72%).

En cuanto a las características de la jornada, destaca que el descontento con los turnos de trabajo fue más frecuente entre quienes trabajaban en turno de tarde (19,90%) y en turnos rotatorios (18,42%), mientras que alcanza sus valores más reducidos entre las TCAEs del turno de mañana (8,91%). Asimismo, la percepción de exceso de cargas de trabajo fue especialmente elevada entre quienes trabajaban en jornadas de 38 a 40 horas semanales (68,50%) y entre las profesionales con turnos rotatorios (65,15%).

En conjunto, los resultados muestran que, aunque existen algunas variaciones entre grupos, la insatisfacción con el puesto de trabajo se asocia de forma consistente a factores relacionados con la carga asistencial, la insuficiencia de personal y el reconocimiento profesional, independientemente de las características sociodemográficas y laborales de las participantes.

Figura 40. Causas de insatisfacción con el puesto de trabajo según características laborales



La comparación de los resultados obtenidos para la satisfacción con la profesión y con el puesto de trabajo pone de manifiesto una notable coincidencia en los factores que explican la insatisfacción. Tanto respecto a la profesión como al puesto de trabajo, los problemas vinculados a la sobrecarga asistencial y a la insuficiencia de personal constituyen las causas más frecuentemente señaladas. Del mismo modo, la falta de reconocimiento profesional y de las funciones propias de las TCAEs continúa ocupando una posición destacada. Estos resultados parecen indicar que una parte

importante de los motivos de insatisfacción no se limita al puesto de trabajo desempeñado, sino que guarda relación con cuestiones más amplias vinculadas al ejercicio de la profesión.

8.4. Módulo 4. Futuro laboral del Personal Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería

En este módulo se presentan los resultados relativos al futuro laboral de las TCAEs. En concreto, se analiza la previsión de jubilación de las profesionales, así como su posible intención de abandono de la profesión y las razones que la justifican. Mientras que la información sobre jubilación se examina exclusivamente para el conjunto de las participantes, los resultados relativos a la intención de abandono y sus causas se presentan tanto a nivel global como desagregados según las variables sociodemográficas y laborales consideradas a lo largo del informe para el resto de las variables.

Previsión de jubilación

La información recogida sobre las expectativas de jubilación muestra que la opción más frecuente entre las TCAEs es jubilarse al alcanzar la edad reglamentaria, alternativa escogida por el 44,14% de las participantes. No obstante, más de una cuarta parte (27,21%) manifestó su intención de retirarse antes de dicha edad si sus circunstancias personales lo permitieran, mientras que la posibilidad de prolongar la vida laboral más allá de la edad reglamentaria apenas fue contemplada por el 3,61% de las encuestadas. Ver Tabla 29.

Asimismo, al plantear distintos escenarios de jubilación, se observa una clara preferencia por fórmulas que permitan adelantar la misma, ya sea de manera total o parcial. En concreto, cerca de la mitad de las participantes (49,61%) afirmó que optaría por la jubilación anticipada si esta posibilidad estuviera disponible, porcentaje que supera ampliamente al de quienes mantendrían su decisión inicial (25,80%). Por su parte, la jubilación parcial con contrato de relevo sería elegida por el 18,17% de las TCAEs, mientras que la modalidad de jubilación parcial con contrato de sustitución despertó un interés más limitado (6,42%). En conjunto, estos resultados reflejan una marcada predisposición hacia adelantar o flexibilizar la salida del mercado laboral. Ver Tabla 29.

Tabla 29. Información sobre las jubilaciones previstas en los próximos años

Variable	Nivel	Total
Si circunstancias personales favorables, ¿cuándo tienes previsto jubilarte?	Cuando cumpla la edad reglamentaria	13 662 (44,14%)
	Antes de que cumpla la edad reglamentaria	8422 (27,21%)
	No lo he pensado todavía	7753 (25,05%)
	Después de que cumpla la edad reglamentaria	1117 (3,61%)
Si apareciesen estas opciones de jubilación, ¿cambiarías tu opción por alguna de ellas?	Sí, optaría por la jubilación anticipada	15 356 (49,61%)
	No cambiaría mi opción	7986 (25,8%)
	Sí, optaría por la jubilación parcial con contrato de relevo	5624 (18,17%)
	Sí, optaría por la jubilación parcial con contrato de sustitución	1987 (6,42%)

Intención de abandono

A nivel global, la intención de abandonar la profesión en los próximos 12 meses, en caso de que se dieran las circunstancias personales favorables, alcanza una magnitud considerable. Aunque la opción más frecuente fue permanecer en la profesión (59,31%), un 38,09% de las TCAEs afirmó que abandonaría su actividad profesional y un 2,59% señaló que lo haría de manera inmediata. Ver Tabla 30.

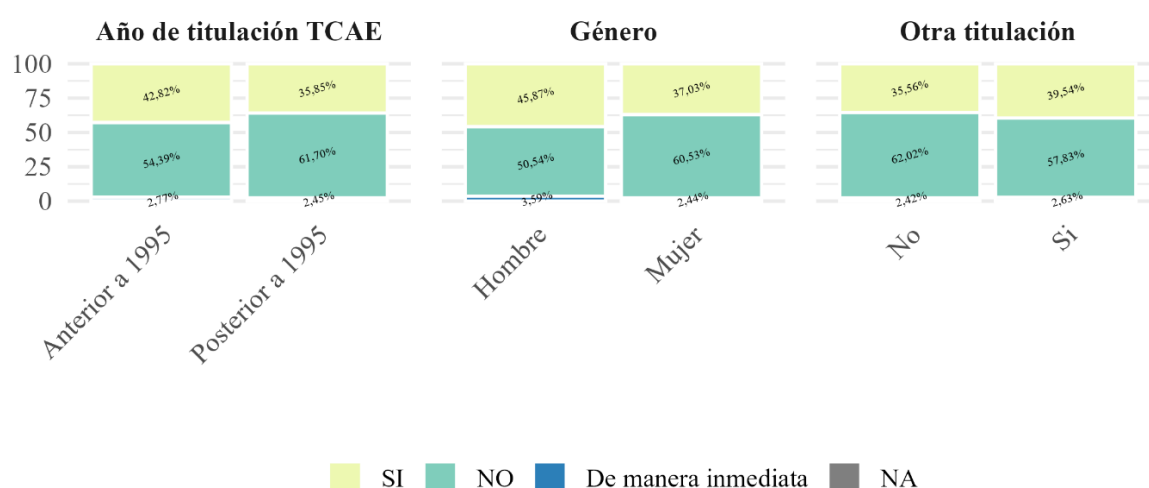
Si bien es cierto que el porcentaje de personas que abandonaría la profesión de manera inmediata es reducido, no debe pasarse por alto que cuatro de cada diez profesionales se plantearían dejarla si las circunstancias personales fueran favorables. Este resultado guarda cierta coherencia con los niveles de satisfacción observados previamente, ya que, aunque la valoración de la profesión fue mayoritariamente positiva, existe una proporción relevante de TCAEs que se declaró solo parcialmente satisfecha (24,74%). No obstante, debe tenerse en cuenta que cerca del 70% de las participantes afirmó sentirse satisfecha con su profesión, porcentaje notablemente superior al de quienes permanecerían en la misma (59,31%).

Tabla 30. Información sobre la intención de abandono de la profesión del PTCAE en los próximos 12 meses

Variable	Nivel	Total
Si se dieran las circunstancias personales favorables, ¿dejarías tu profesión en los próximos 12 meses?	No	18 359 (59,31%)
	Sí	11 791 (38,09%)
	De manera inmediata	803 (2,59%)

En el ámbito sociodemográfico (Figura 41), las diferencias más relevantes se observan en función del género y del año de titulación. Los hombres mostraron una mayor intención de abandono que las mujeres (el 49,46% abandonaría inmediatamente o en los próximos 12 meses, frente al 39,47% de las mujeres). Del mismo modo, esta posibilidad fue más frecuente entre las personas tituladas antes de 1995 (45,59%) que entre quienes obtuvieron el título con posterioridad (38,30%). Asimismo, las TCAEs que contaban con otra titulación presentaron una mayor predisposición al abandono de la profesión (42,17%) que aquellas que no disponían de formación adicional (37,98%).

Figura 41. Proporción de intención de abandono de la profesión en los próximos 12 meses según características sociodemográficas



En cuanto a las características laborales (Figura 42), las mayores diferencias se observan en función de la experiencia profesional. Las TCAEs con más de 20 años de experiencia fueron las que mostraron una mayor intención de abandono (47,92%), seguidas de aquellas con entre 15 y 19 años de experiencia (40,19%). En el extremo opuesto se sitúan las profesionales con menos de 5 años de experiencia, entre las que esta posibilidad desciende hasta el 33,61%.

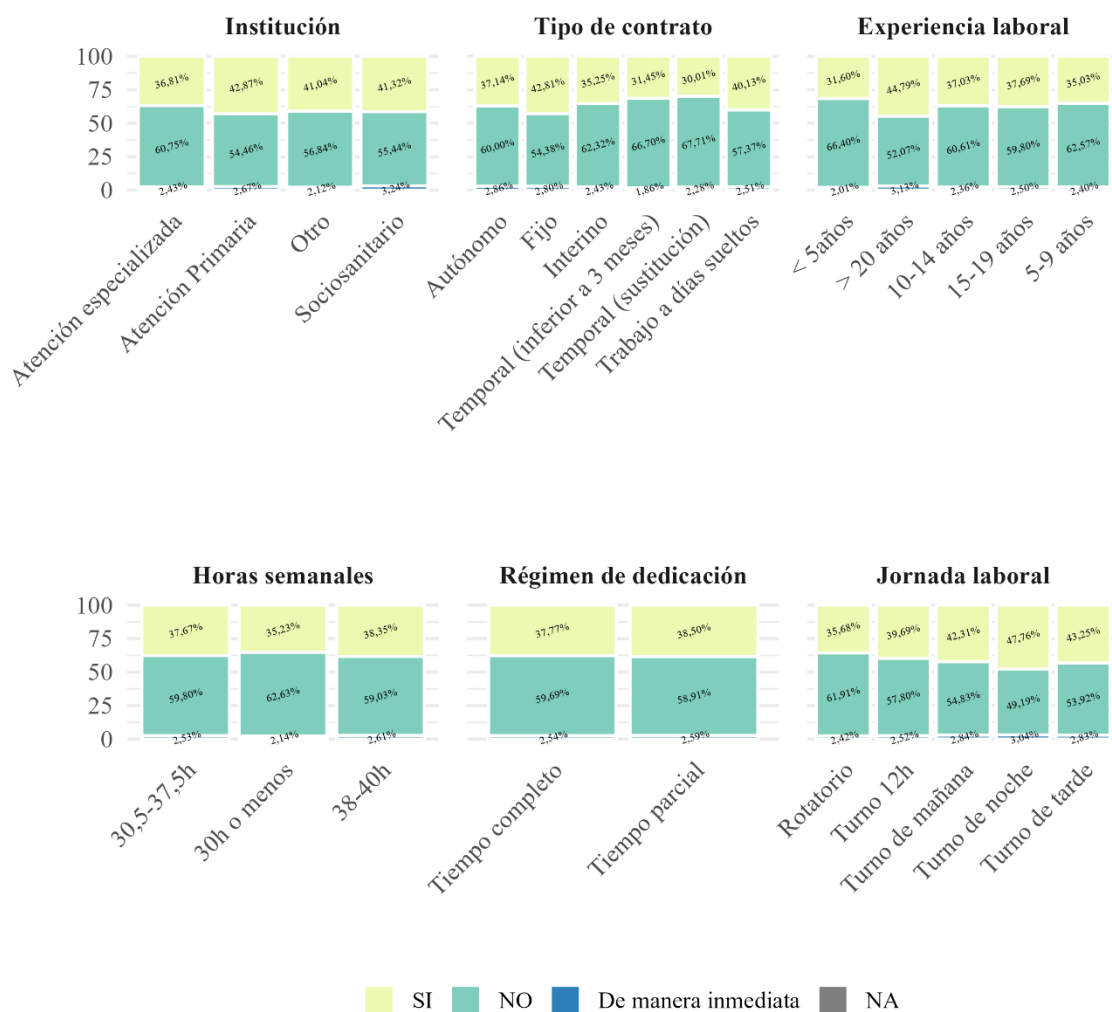
Atendiendo a la institución de pertenencia, la intención de abandono fue algo más elevada en atención primaria (45,54%) y en el ámbito sociosanitario (44,56%) que en atención especializada (39,24%). Respecto al tipo de contrato, el personal fijo presentó la mayor predisposición a abandonar la profesión (45,61%), seguido de las personas que trabajaban a días sueltos (42,64%). Por el contrario, los porcentajes más reducidos se observan entre quienes contaban con contratos temporales por sustitución (32,29%) o inferiores a tres meses (33,31%).

Las diferencias según jornada y dedicación son menores. La intención de abandono fue ligeramente superior entre quienes trabajaban entre 38 y 40 horas semanales (40,96%) y no existen diferencias apreciables en función del régimen de dedicación.

Finalmente, por tipo de jornada laboral, las mayores proporciones se registran entre las profesionales del turno de noche (50,80%) y de tarde (46,08%), mientras que los valores más reducidos correspondieron al turno rotatorio (38,10%) y al turno de 12 horas (42,21%).

En conjunto, los resultados sugieren que la intención de abandono de la profesión es un fenómeno de magnitud relevante dentro del colectivo. Aunque las diferencias entre grupos no fueron especialmente acusadas, esta intención fue más frecuente entre las profesionales de mayor antigüedad, las tituladas antes de 1995, el personal fijo y quienes desempeñaban su actividad en turnos de noche y tarde.

Figura 42. Proporción de intención de abandono de la profesión en los próximos 12 meses según características laborales



Con el fin de profundizar en los motivos que subyacen a la intención de abandono de la profesión, se analizó la información proporcionada por aquellas TCAEs que manifestaron que dejarían la profesión en los próximos 12 meses o de manera inmediata si se dieran las circunstancias personales favorables. A este grupo se le solicitó que identificara las principales razones que motivarían dicha decisión, pudiendo seleccionar varias opciones entre las propuestas en el cuestionario. Al tratarse de una pregunta de respuesta múltiple, los porcentajes presentados pueden sumar más del 100%.

La Tabla 31 muestra los resultados reportados por el conjunto del PTCAE encuestado. La intención de abandono de la profesión se encuentra asociada principalmente a factores económicos, de reconocimiento profesional y de exigencia física del trabajo. La razón más frecuentemente señalada fue el bajo salario, mencionado por el 57,65% de las participantes. A continuación, destacan el sentimiento de pertenecer a una profesión poco valorada (49,35%) y la sobrecarga física que dificulta el desempeño adecuado del trabajo (45,20%).

En un segundo nivel de importancia se sitúan las condiciones laborales desfavorables (31,54%), la sobrecarga mental (29,18%) y las dificultades para conciliar la vida familiar (27,27%). Por su parte, la desmotivación profesional es mencionada por casi una cuarta parte de las TCAEs (23,72%).

Tabla 31. Razones de la intención de abandono de la profesión reportadas por el PTCAE

Razón de abandono	Total (%)
Bajo salario	7261 (57,65%)
Sentimiento de pertenecer a una profesión no valorada	6215 (49,35%)
Sobrecarga física que impide desempeñar adecuadamente el trabajo	5693 (45,2%)
Condiciones laborales desfavorables	3972 (31,54%)
Sobrecarga mental que impide desempeñar adecuadamente el trabajo	3675 (29,18%)
Dificultades en la conciliación familiar	3434 (27,27%)
Desmotivación	2987 (23,72%)
Turnos de noche	1219 (9,68%)
Turnos rotatorios	898 (7,13%)
Mala relación con mando intermedio/superior	579 (4,60%)

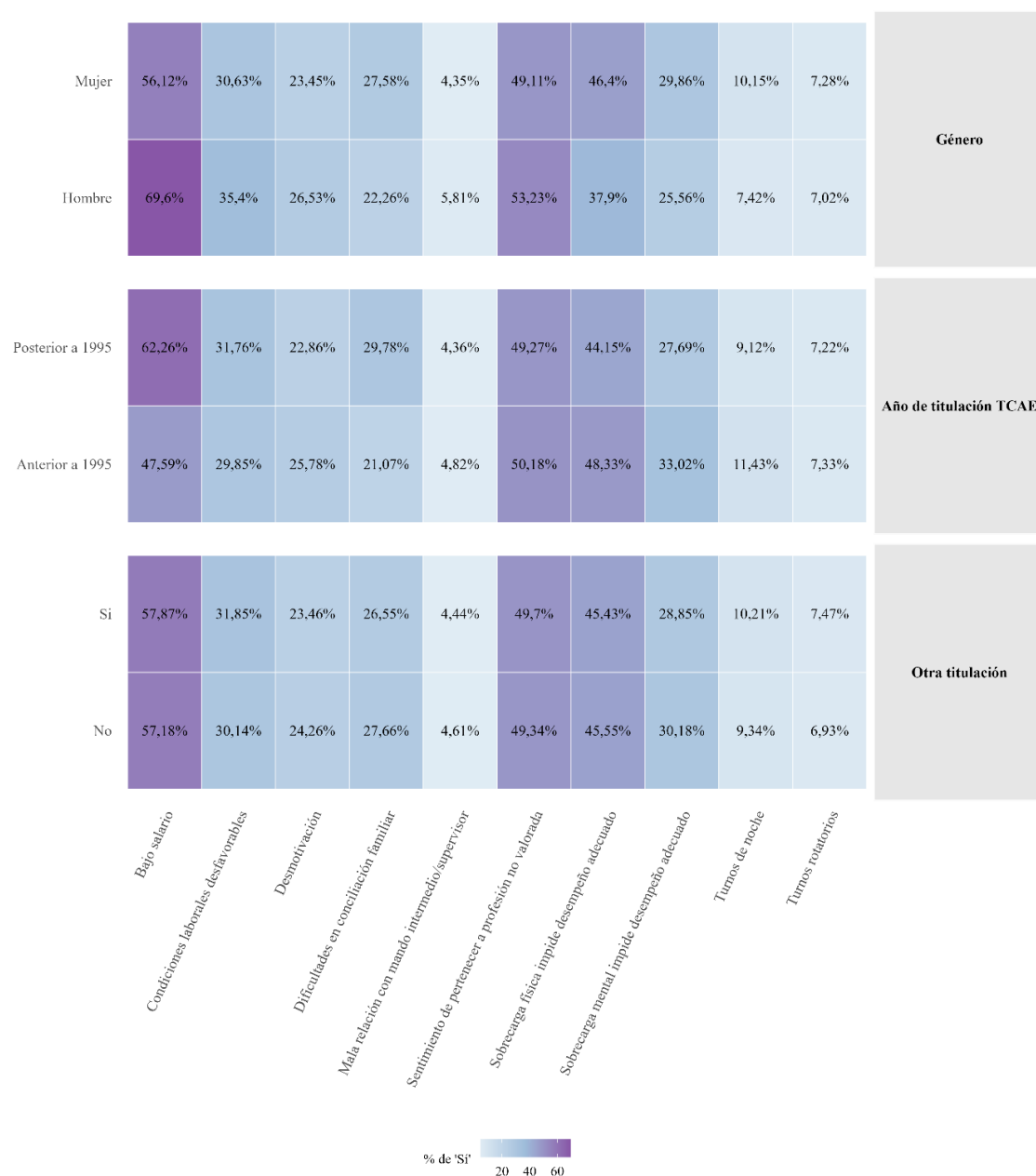
En términos generales, las diferencias observadas entre los distintos grupos son moderadas, manteniéndose una pauta común en la mayoría de las categorías analizadas. El bajo salario, la escasa valoración de la profesión y la sobrecarga física aparecen de forma recurrente entre las principales razones para plantearse abandonar la profesión tanto en la desagregación según características sociodemográficas como laborales.

En función de las características sociodemográficas (Figura 43), los hombres atribuyeron con mayor frecuencia su intención de abandono al bajo salario que las mujeres (69,60% frente a 56,12%), mientras que estas últimas señalaron en mayor medida las dificultades de conciliación familiar (27,58% frente a 22,26%) y la sobrecarga física (46,40% frente a 37,90%). Asimismo, entre las

personas tituladas con posterioridad a 1995 cobró una mayor importancia el bajo salario (62,26% frente a 47,59%), mientras que entre las tituladas antes de 1995 adquirieron algo más de relevancia la sobrecarga física (48,33% frente a 44,15%) y la sobrecarga mental (33,02% frente a 27,69%).

La posesión de otra titulación apenas introduce diferencias relevantes, observándose perfiles muy similares entre ambos grupos.

Figura 43. Razones de la intención de abandono de la profesión según características sociodemográficas



En cuanto a las causas de intención de abandono según características laborales, recogidas en la Figura 44, la institución de pertenencia muestra algunos contrastes de interés. Las profesionales de atención primaria destacan por señalar en mayor medida el sentimiento de pertenecer a una profesión poco valorada (59,94%), mientras que en el ámbito sociosanitario adquirió una especial relevancia la sobrecarga física, mencionada por el 59,62% de quienes se planteaban abandonar la profesión.

Las personas con contratos fijos afirmaron en mayor medida que la profesión no está suficientemente valorada (51,01%) y las TCAEs con trabajos temporales señalaron como causa de su intención de abandono las condiciones laborales y salariales por encima de las personas fijas y con contrato interino. Por su parte, las personas con contratos a días sueltos señalaron con mayor frecuencia las condiciones laborales desfavorables (39,71%), las dificultades para la conciliación familiar (38,24%) y los turnos de noche (15,44%), lo que sugiere una influencia más marcada de las condiciones de trabajo en su intención de abandono.

En relación con la experiencia profesional, las TCAEs con menos de cinco años de antigüedad destacan por mencionar el bajo salario (64,89%) y las condiciones laborales desfavorables (36,78%) con mayor frecuencia que el resto de los grupos. Por el contrario, entre las profesionales con más de veinte años de experiencia cobra una mayor importancia el sentimiento de pertenecer a una profesión poco valorada (52,16%) y la desmotivación (27,71%).

Las diferencias según horas semanales son reducidas, aunque las profesionales con jornadas de 30 horas o menos señalaron algo más frecuentemente el bajo salario (64,95%) y las dificultades de conciliación familiar (32,00%), frente a la mayor importancia relativa con respecto a la sobrecarga física que declararon las TCAEs que trabajan entre 38 y 40 horas (47,64%).

Por su parte, las TCAEs con dedicación a tiempo parcial mencionaron en mayor medida tanto el bajo salario (64,97%) como las dificultades para conciliar la vida familiar (36,38%). A esto se añade un mayor sentimiento de pertenecer a una profesión no valorada por parte del personal con dedicación a tiempo completo (50,13% frente a 41,34%).

Finalmente, en función de la jornada laboral, las diferencias más destacadas se observan en los factores directamente relacionados con la organización de la jornada. Como cabría esperar, la referencia a los turnos de noche fue especialmente frecuente entre quienes trabajaban habitualmente en este tipo de turno (17,23%), mientras que la alusión a los turnos rotatorios alcanzó sus valores más elevados entre las profesionales con turno rotatorio (8,47%). Estos datos son coherentes con la mayor proporción de respuestas referidas a la dificultad de conciliación familiar ofrecidas por las TCAEs de los turnos de tarde (28,45%), noche (26,59%) y rotatorio (28,11%) en comparación con

los turnos de mañana (23,67%) y 12 horas (23,51%). Además, estos turnos de tarde, noche y rotatorio (46,34%, 48,69% y 46,98%, respectivamente) también refirieron mayor importancia a sentir sobrecarga física que el resto de los turnos estudiados (40,46% mañanas y 39,93% rotatorio).

Figura 44. Razones de la intención de abandono de la profesión según características laborales



En conjunto, las razones que motivan la intención de abandono son coherentes con los resultados obtenidos en los apartados anteriores sobre satisfacción profesional y laboral. Aspectos como el reconocimiento insuficiente de la profesión, las condiciones laborales y la sobrecarga de trabajo aparecen de forma reiterada a lo largo del estudio, lo que apunta a la existencia de una serie

de desafíos comunes que influyen tanto en la satisfacción de las TCAEs como en su disposición a permanecer en la profesión a medio y largo plazo.

8.5. Módulo 5. Salud mental

La salud mental se evaluó mediante la escala de depresión de 9 ítems del Patient Health Questionnaire (PHQ-9), la escala del trastorno de ansiedad generalizada (GAD-7) y el Índice de Bienestar de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La selección de estos instrumentos se fundamenta en su utilización en la encuesta Mental Health of Nurses and Doctors (MeND), desarrollada por la Oficina Regional para Europa de la OMS, lo que permite garantizar la coherencia metodológica y favorecer la comparabilidad de los resultados con estudios previos de ámbito europeo [58].

Depresión

En la tabla 32 pueden consultarse con detalle cuáles fueron las respuestas más frecuentes a las 9 preguntas recogidas en el PHQ-9. De esta forma y con independencia de la puntuación total obtenida en el cuestionario, se aprecia una importante carga de desgaste físico y emocional del colectivo. Por ejemplo, el 90,7% de las personas que respondieron esta sección de la encuesta manifestó experimentar sensación de cansancio o falta de energía al menos varios días a la semana. Con la misma frecuencia el 74,9% presentaba problemas de sueño, siendo casi la mitad de los encuestados quienes lo experimentaban con una frecuencia elevada.

El análisis de las respuestas también permite anticipar una prevalencia elevada de síntomas asociados al estado de ánimo depresivo. Aproximadamente siete de cada diez TCAEs declararon haber sentido poco interés o alegría por hacer cosas (68,2%) o haberse sentido decaídas, deprimidas o desesperanzadas (69,1%) al menos algunos días. Asimismo, más del 60% manifestaban problemas de concentración y un tercio presentaba alteraciones relacionadas con la alimentación, lo que refleja un impacto relevante sobre el bienestar psicológico y el funcionamiento cotidiano.

Tabla 32. Respuestas más frecuentes a las 9 preguntas recogidas en el PHQ-9

Variable	Casi cada día	Más de la mitad de los días	Varios días	Nunca
Poco interés o alegría por hacer cosas	2116 (6,84%)	4953 (16%)	14 036 (45,34%)	9849 (31,82%)

Variable	Casi cada día	Más de la mitad de los días	Varios días	Nunca
Sensación de estar decaído/a, deprimido/a o desesperanzado/a	1991 (6,43%)	4653 (15,03%)	14 740 (47,62%)	9570 (30,92%)
Problemas para quedarse dormido/a, para seguir durmiendo o dormir demasiado	5316 (17,17%)	6769 (21,87%)	11 111 (35,9%)	7758 (25,06%)
Sensación de cansancio o de tener poca energía	5874 (18,98%)	8115 (26,22%)	14 080 (45,49%)	2885 (9,32%)
Poco apetito o comer demasiado	4004 (12,94%)	6424 (20,75%)	11 842 (38,26%)	8684 (28,05%)
Sentirse mal consigo mismo/a; sentir que es un/a fracasado/a o que ha decepcionado a su familia o a sí mismo/a	1829 (5,91%)	3233 (10,44%)	8994 (29,06%)	16 898 (54,59%)
Problemas para concentrarse en algo, como leer el periódico o ver la televisión	2331 (7,53%)	4405 (14,23%)	12 716 (41,08%)	11 502 (37,16%)
¿Se ha movido o hablado tan lentamente que otras personas podrían haberlo notado? O lo contrario, muy inquieto/a o agitado/a, que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	1530 (4,94%)	3524 (11,38%)	10 344 (33,42%)	15 556 (50,26%)
Pensamientos de que estaría mejor muerto/a o de querer hacerse daño de algún modo	578 (1,87%)	837 (2,70%)	3108 (10,04%)	26 431 (85,39%)

Las puntuaciones obtenidas en el PHQ-9, se clasificaron de acuerdo con los puntos de corte establecidos para la interpretación clínica: ausencia de síntomas depresivos (0–4), depresión leve (5–9), depresión moderada (10–14), depresión moderadamente severa (15–19), depresión severa (20–27). Así, del PTCAE que respondió este apartado de la encuesta, un 35,98% presentó síntomas de depresión leve, un 21,93% síntomas de depresión moderada, y un 10,47% síntomas de depresión moderadamente severa. Véase Tabla 33.

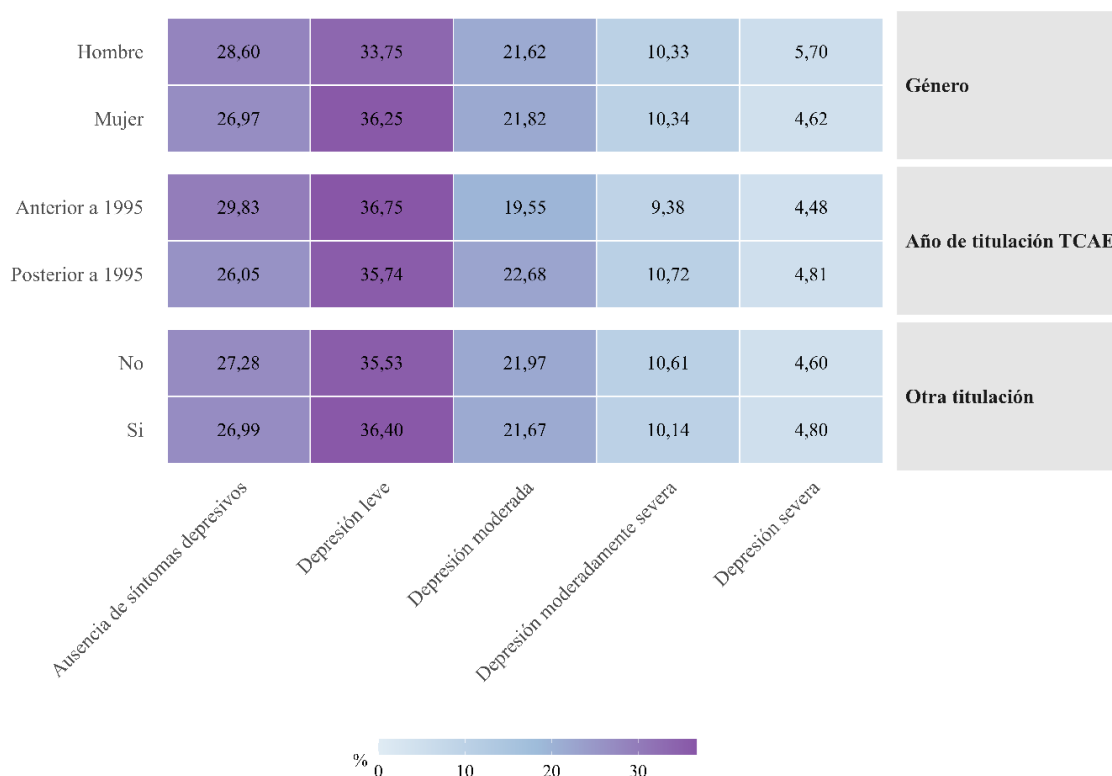
Tabla 33. Interpretación categórica de la puntuación total del PHQ-9

Nivel	Total
Depresión leve	11 136 (35,98%)
Ausencia de síntomas depresivos	8327 (26,9%)
Depresión moderada	6787 (21,93%)
Depresión moderadamente severa	3240 (10,47%)
Depresión severa	1464 (4,73%)

Aplicando el estándar que utiliza puntuaciones iguales o superiores a 10 puntos para identificar a personas con un probable trastorno depresivo mayor, podría concluirse que su prevalencia en el conjunto de PTCAE que cumplimentaron esta encuesta fue de 37,13 %, porcentaje superior al encontrado en la encuesta MeND para médicos y enfermeras en la región europea situada en torno al 30%. Al analizar los resultados obtenidos en función de las características sociodemográficas se aprecia una distribución de los niveles de depresión muy homogénea entre los distintos grupos identificándose pequeñas diferencias con respecto al género y al año de titulación. Según se ilustra en la Figura 45, en todos los subgrupos, alrededor del 70-75% de las TCAEs presentan algún tipo de sintomatología depresiva siendo el más prevalente el de la sintomatología depresiva leve, que afectó a más de un tercio de la muestra en todas las variables analizadas.

Se observan diferencias moderadas según el año de obtención del título, con una menor proporción de ausencia de síntomas depresivos y una mayor presencia de depresión moderada, moderadamente severa y severa entre las TCAEs tituladas después de 1995. Por el contrario, las diferencias por género son menos acusadas, aunque las mujeres presentaron una ligera mayor frecuencia de sintomatología depresiva.

Figura 45. Interpretación categórica de la puntuación total del PHQ-9 según características sociodemográficas



En la figura 46 puede apreciarse que las condiciones laborales y el ámbito de trabajo impactaron más en la distribución de la presencia de la sintomatología depresiva entre las TCAEs que respondieron la encuesta.

Los resultados muestran diferencias relevantes en función del ámbito asistencial. Las TCAEs que trabajaban en Atención Primaria presentaron el perfil más favorable de salud mental, con un 36,35% de profesionales sin síntomas depresivos (único subgrupo donde la ausencia de síntomas fue la categoría más frecuente), mientras que en el ámbito sociosanitario esta proporción se reduce al 20,33%. Por el contrario, la prevalencia conjunta de depresión moderada, moderadamente severa y severa alcanza el 46,01% en el ámbito sociosanitario, frente al 30,45% observado en Atención Primaria.

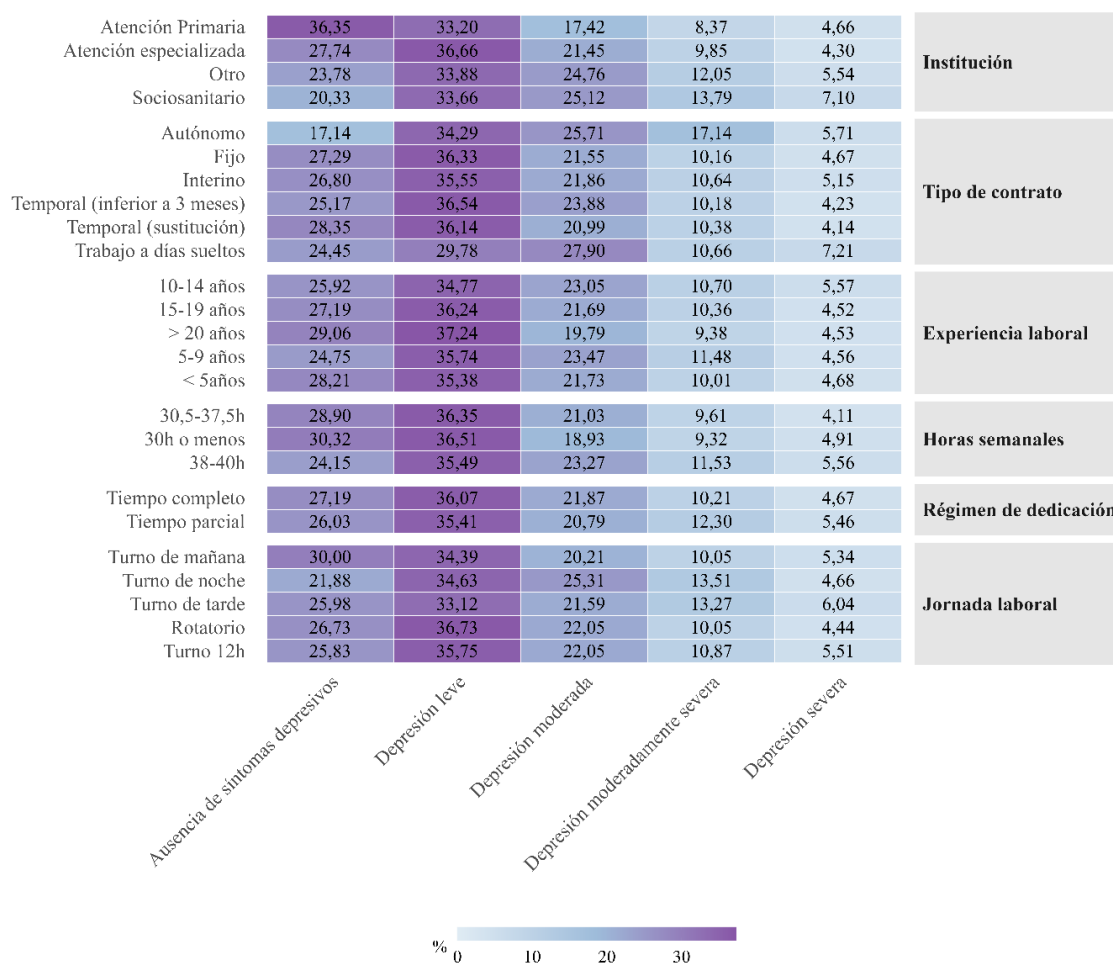
También se han identificado diferencias en la distribución de la sintomatología depresiva en función del turno de trabajo. En aquellas TCAEs que trabajaban en el turno de noche la frecuencia de la ausencia de síntomas depresivos fue menor que en aquellas cuya actividad profesional transcurría en horario de mañana (21,88% frente al 30,00% respectivamente) mientras que, por el

contrario, se agrupaban mayores cifras de depresión moderada (25,31% frente al 20,21%) y moderadamente severa (13,51 frente al 10,05%).

Así mismo, la estabilidad laboral y la precariedad parece tener un claro impacto en la concentración de casos compatibles con trastornos depresivos mayores. Las TCAEs con contratos de jornada parcial mostraron una mayor carga de sintomatología depresiva grave que aquellas con dedicación a tiempo completo: prevalencia de depresión moderadamente severa y severa del 17,76% entre quienes trabajaban a tiempo parcial, frente al 14,88% de las profesionales con jornada completa. De forma análoga la ausencia de síntomas depresivos fue ligeramente inferior (26,03% frente a 27,19%).

Finalmente, aunque las diferencias son menos marcadas, se aprecia una tendencia según la carga horaria semanal. En las TCAEs que trabajan más horas, entre 38 y 40 horas, la proporción de ausencia de síntomas depresivos fue menor (24,15%) que aquellas con jornadas de 30 horas o menos (30,32%), siendo mayor la prevalencia de depresión moderada o más grave (40,36% frente a 33,16%)

Figura 46. Interpretación categórica de la puntuación total del PHQ-9 según características laborales



Ansiedad

En la tabla 34 pueden consultarse con detalle cuáles fueron las respuestas más frecuentes a las 7 preguntas recogidas en el GAD-7. Así, y aunque posteriormente se analiza de forma detallada la distribución de las puntuaciones obtenidas en el cuestionario, se aprecia una proporción significativa de síntomas compatibles con la ansiedad.

El síntoma más frecuente fue la preocupación excesiva por diferentes cuestiones, que fue reportada por el 82,3% de las profesionales al menos algunos días, seguido de las dificultades para relajarse (77,2%). Asimismo, alrededor de siete de cada diez manifestaron sentirse nerviosas, angustiadas o muy tensas (69,5%) y tener dificultades para controlar las preocupaciones (67,2%).

Aunque en la mayoría de los casos los síntomas se presentaban durante varios días, destaca que entre una quinta parte y casi una tercera parte de las profesionales los experimentaban con elevada frecuencia. En particular, el 29,1% presentaba problemas para relajarse y el 28,6% preocupación excesiva más de la mitad de los días o casi diariamente en este colectivo profesional.

Tabla 34. Descripción de las respuestas a los ítems del GAD-7

Variable	Casi cada día	Más de la mitad de los días	Varios días	Nunca
Sentirse nervioso/a, angustiado/a o muy tenso/a	2114 (6,83%)	4011 (12,96%)	15 372 (49,66%)	9456 (30,55%)
Ser incapaz de dejar de preocuparse o de controlar la preocupación	2389 (7,72%)	4244 (13,71%)	14 182 (45,82%)	10 139 (32,76%)
Preocuparse demasiado por diferentes cuestiones	3226 (10,42%)	5615 (18,14%)	16 620 (53,69%)	5493 (17,75%)
Tener problemas para relajarse	3523 (11,38%)	5494 (17,75%)	14 891 (48,11%)	7046 (22,76%)
Estar tan inquieto/a que le resulta difícil permanecer sentado/a	1779 (5,75%)	3767 (12,17%)	12 112 (39,13%)	13 295 (42,95%)
Enfadarse o irritarse con facilidad	2285 (7,38%)	4549 (14,7%)	14 678 (47,42%)	9442 (30,50%)
Sentir miedo de que algo terrible pueda ocurrir	1859 (6,01%)	3061 (9,89%)	10 125 (32,71%)	15 909 (51,40%)

Las puntuaciones obtenidas en el GAD-7 se clasificaron según los puntos de corte clínicos: ansiedad mínima (0–4), ansiedad leve (5–9), ansiedad moderada (10–14) y ansiedad grave (15–21). La mayoría del PTCAE que respondió la encuesta presentaban síntomas compatibles con ansiedad leve (40,63%), el 34,98% síntomas de ansiedad mínima, el 15,59% experimenta síntomas moderados y un 8,79% indicó síntomas de ansiedad grave. Ver Tabla 35. Aplicando el criterio estándar de la escala, puede concluirse que el 24,38% de las TCAEs que respondieron a la encuesta presentaba sintomatología compatible con un trastorno de ansiedad probable, cifra superior al 22% observado de media en la encuesta MenD a nivel europeo.

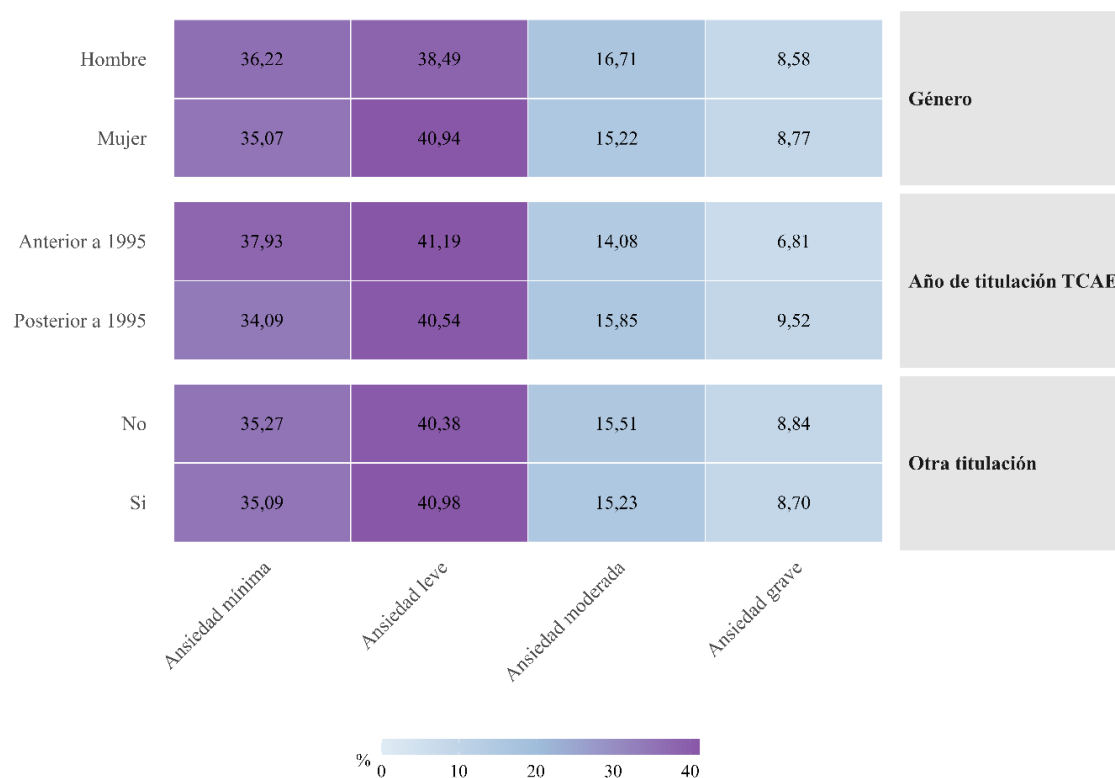
Tabla 35. Interpretación categórica de la puntuación total del GAD-7

Nivel	Total
Ansiedad leve	12 578 (40,63%)

Nivel	Total
Ansiedad mínima	10 827 (34,98%)
Ansiedad moderada	4827 (15,59%)
Ansiedad grave	2722 (8,79%)

En cuanto al comportamiento de la ansiedad en función de las características sociodemográficas, y tal y como ocurría en el caso de la depresión, las diferencias por género son muy reducidas. Los hombres presentaron una proporción ligeramente superior de ansiedad mínima que las mujeres (36,22% frente a 35,07%), mientras que las mujeres mostraron una frecuencia algo mayor de ansiedad leve (40,94% frente a 38,49%). En las categorías de mayor gravedad las diferencias son prácticamente inapreciables. Las diferencias por el año de obtención del título son algo más marcadas. Las TCAEs tituladas antes de 1995 presentaron una mayor proporción de ansiedad mínima (37,93% frente a 34,09%) y una menor frecuencia de ansiedad grave (6,81% frente a 9,52%) que las tituladas posteriormente. Además, la proporción conjunta de ansiedad moderada y grave fue del 20,89% entre las tituladas antes de 1995 y del 25,37% entre las tituladas después de 1995. Aunque las diferencias no son muy amplias, apuntan a una peor situación entre las generaciones más recientes. (Ver figura 47)

Figura 47. Interpretación categórica de la puntuación total del GAD-7 según características sociodemográficas



Como ocurría en el caso de la depresión, se observa una mayor diferenciación en función de las características laborales, tal y como se puede apreciar en la figura 48.

Los resultados muestran diferencias relevantes en los niveles de ansiedad según el ámbito de trabajo. Las TCAEs de Atención Primaria, nuevamente, presentan el perfil más favorable, con un 39,44% de profesionales con ansiedad mínima (único subgrupo donde fue la categoría más frecuente) y un 21,68% con ansiedad moderada o grave. En cambio, el ámbito sociosanitario concentra los peores indicadores, con solo un 28,01% de ansiedad mínima y un 31,87% de ansiedad moderada o grave, lo que supone una diferencia de más de diez puntos porcentuales respecto a Atención Primaria. La Atención Especializada ocupa una posición intermedia, con un 22,88% de ansiedad moderada o grave.

También se observan diferencias en función de la estabilidad laboral, aunque las diferencias son moderadas. Las profesionales con contrato fijo presentaron los niveles más bajos de ansiedad moderada o grave (23,17%), mientras que esta proporción aumenta entre las interinas (25,30%) y las trabajadoras con contratos temporales de duración inferior a tres meses (25,69%).

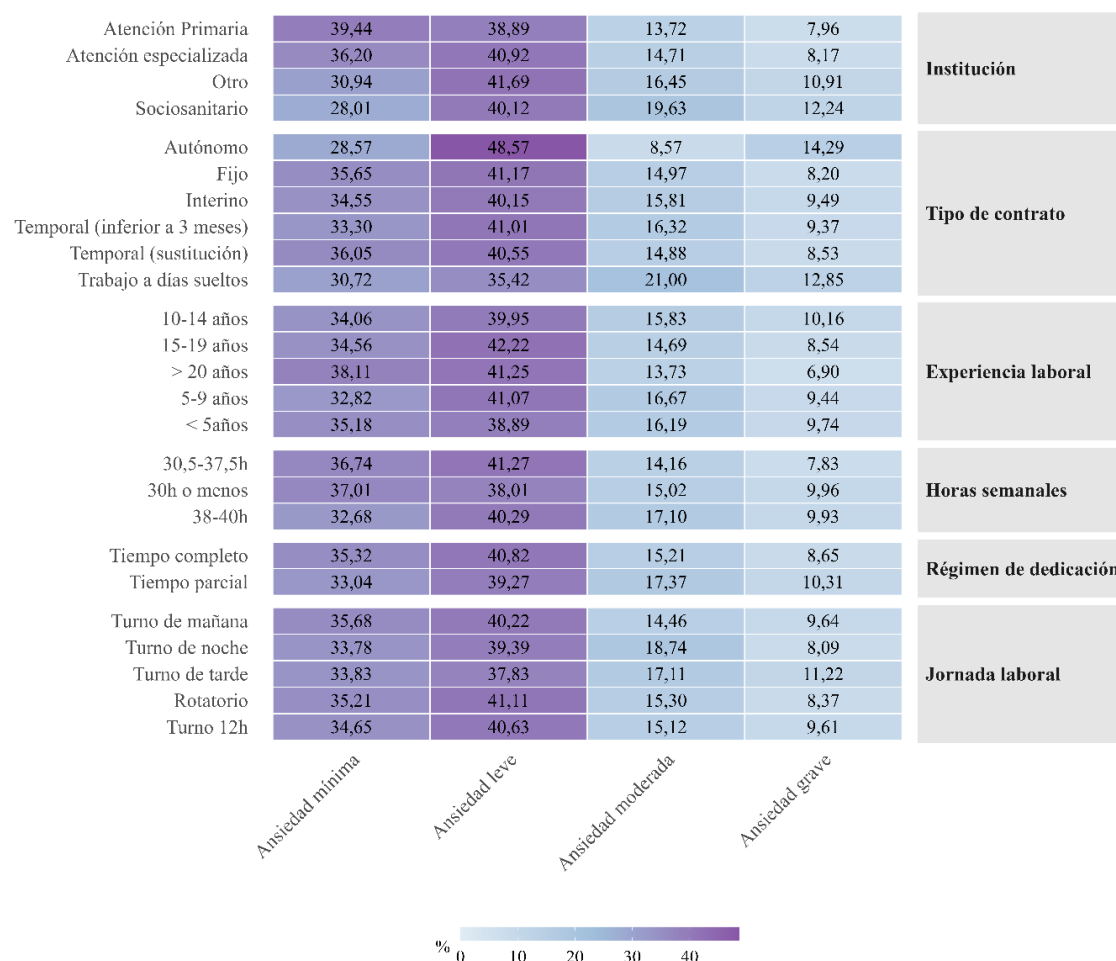
Asimismo, la carga y organización del trabajo se asocian a diferencias en los niveles de ansiedad. Las TCAEs con jornadas de 38 a 40 horas semanales presentan una menor proporción de ansiedad mínima (32,68%) y una mayor prevalencia de ansiedad moderada o grave (27,03%) que aquellas con jornadas de 30 horas o menos (24,98%). Del mismo modo, las profesionales con dedicación a tiempo parcial mostraron una frecuencia de ansiedad moderada o grave superior a la observada en las trabajadoras a tiempo completo (27,68% frente a 23,86%).

El turno de trabajo también parece representar así mismo un notable impacto. Las TCAEs que trabajaban en turno de noche presentaron una prevalencia de ansiedad moderada o grave del 26,83%, mientras que en el turno de tarde esta alcanzó el 28,33%, frente al 24,10% registrado en el turno de mañana. Además, el turno de noche registró la mayor proporción de ansiedad moderada (18,74%) y el turno de tarde la mayor prevalencia de ansiedad grave (11,22%), lo que sugiere un impacto desfavorable de los horarios menos convencionales sobre el bienestar psicológico de estas profesionales.

Cabe destacar, como ocurría en el caso de la depresión que la experiencia profesional podría ejercer un efecto protector frente a la ansiedad. Las TCAEs con más de 20 años de experiencia presentaron la mayor proporción de ansiedad mínima (38,11%) y la menor prevalencia de ansiedad moderada o grave (20,63%). Por el contrario, las profesionales con entre 5 y 9 años de experiencia alcanzaron un 26,11% de ansiedad moderada o grave, mientras que entre las que tienen menos de 5 años esta cifra se situó en 25,93%.

Por último, resaltar que los síntomas de ansiedad grave se presentaron con mayor frecuencia en las TCAEs que trabajaban en el ámbito sociosanitario, con un 12,24%, y en el turno de tarde con un 11,22%. (En el resto de las categorías analizadas, los valores se situaron en el 10% o por debajo)

Figura 48. Interpretación categórica de la puntuación total del GAD-7 según características laborales



Bienestar

El bienestar se midió utilizando el Índice de Bienestar de la Organización Mundial de la Salud de cinco ítems (WHO-5), que emplea una escala ordinal que abarca desde “nunca” hasta “todo el tiempo” para responder a 5 preguntas. (Ver tabla 36)

Los ítems más favorables fueron “Me he sentido alegre y de buen humor” y “Mi vida cotidiana ha estado llena de cosas que me interesan”, para los que el 70,8% y el 65,9% de las profesionales, respectivamente, respondieron haber experimentado estas situaciones más de la mitad del tiempo, la mayor parte del tiempo o todo el tiempo. Asimismo, el 61,8% refirió haberse sentido activo y energético durante al menos más de la mitad del tiempo.

Por el contrario, el aspecto peor valorado fue el descanso. Únicamente el 45,4% de las TCAEs indicó haberse despertado fresco y descansado más de la mitad del tiempo, mientras que un 54,6%

lo experimentó solo de vez en cuando, menos de la mitad del tiempo o nunca. También las sensaciones de tranquilidad y relajación mostraron resultados menos favorables, ya que el 42,4% manifestó sentirse tranquilo o relajado únicamente de forma ocasional o infrecuente.

Tabla 36. Distribución de las respuestas a los ítems del Índice de Bienestar de la OMS

Variable	Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Más de la mitad del tiempo	De vez en cuando	Menos de la mitad del tiempo	Nunca
Me he sentido alegre y de buen humor	2062 (6,66%)	12 472 (40,29%)	7384 (23,85%)	4193 (13,55%)	4607 (14,88%)	236 (0,76%)
Me he sentido tranquilo/a y relajado/a	1687 (5,45%)	9118 (29,46%)	7015 (22,66%)	6044 (19,53%)	6004 (19,4%)	1086 (3,51%)
Me he sentido activo/a y enérgico/a	2478 (8,01%)	9440 (30,5%)	7200 (23,26%)	4943 (15,97%)	5998 (19,38%)	895 (2,89%)
Me he despertado fresco/a y descansado/a	1601 (5,17%)	6537 (21,12%)	5912 (19,1%)	7152 (23,11%)	6389 (20,64%)	3363 (10,86%)
Mi vida cotidiana ha estado llena de cosas que me interesan	3716 (12,00%)	9727 (31,42%)	6968 (22,51%)	5233 (16,91%)	4554 (14,71%)	756 (2,44%)

Las 6 categorías se asociaron a puntuaciones numéricas en forma de gradiente que se sumaron. En la publicación de la encuesta por parte de la OMS se ha sugerido una puntuación inferior a 50 como punto de corte para indicar un bajo bienestar emocional.

El Índice de Bienestar mostró una puntuación media de 55,95 puntos sobre 100 (mediana: 56 puntos), lo que indica un nivel de bienestar psicológico moderado en el conjunto de las TCAEs que respondieron a la encuesta. Además, se observó una notable variabilidad en las respuestas con puntuaciones que tomaron valores desde 0 a los 100 puntos y con un rango intercuartílico de 40 a 76 puntos, lo que implica que el 25% de las TCAEs encuestadas obtuvieron puntuaciones de 40 puntos o menos. Estos resultados son coherentes con la elevada frecuencia de síntomas de ansiedad y depresión identificada en los análisis previos.

Al analizar las puntuaciones obtenidas en el índice de bienestar en función de las características sociodemográficas y tal y como sucedía en el caso de la depresión o la ansiedad se ha observado que las diferencias son, en general pequeñas (Ver tabla 37).

En relación con el género el efecto es mínimo: los hombres presentaron una puntuación media ligeramente superior a la de las mujeres (56,64 frente a 56,00 puntos), manteniéndose valores muy similares tanto en la mediana (60 puntos) como en los cuartiles.

Las diferencias más marcadas se observan según el año de obtención del título de TCAEs, aquellas tituladas antes de 1995 presentaron una puntuación media de bienestar superior (58,06 puntos) a la de aquellas tituladas después de 1995 (55,28 puntos), así como una mediana más elevada (60 frente a 56 puntos). Estos resultados sugieren un mayor nivel de bienestar entre las profesionales con mayor antigüedad en la profesión.

Tabla 37. Estadísticos descriptivos del OMS-5 según características sociodemográficas

Variable	Categoría	Min.	1er Q	Mediana	Media	3er Q	Max.	n
Género	Hombre	0	40	60	56,64	76	100	2,507
	Mujer	0	40	60	56,00	76	100	25,755
Titulación TCAE	Anterior a 1995	0	40	60	58,06	76	100	7,964
	Posterior a 1995	0	40	56	55,28	76	100	20,298
Otra titulación	No	0	40	56	55,98	76	100	12,231
	Sí	0	40	60	56,12	76	100	16,031

El impacto en el nivel de bienestar de las características laborales fue considerablemente mayor, siendo especialmente destacables las relacionadas con el ámbito de trabajo, la carga laboral y la organización de la jornada (ver tabla 38).

De nuevo, las mayores diferencias se observaron en función del tipo de institución de trabajo. Las TCAEs de Atención Primaria presentaron los niveles de bienestar más elevados, con una mediana de 64 puntos (IQR: 40-80; $\bar{x}$ = 59,11), mientras que las profesionales del ámbito sociosanitario mostraron los valores más bajos, con una mediana de 52 puntos (IQR: 32-72; $\bar{x}$ = 51,06). La Atención Especializada ocupó una posición intermedia, con una mediana de 60 puntos (IQR: 40-76; $\bar{x}$ = 56,76).

La carga de trabajo también parece asociarse al bienestar psicológico. Las TCAEs con jornadas de 38 a 40 horas semanales presentaron una mediana de 56 puntos (IQR: 36-76; $\bar{x}$ = 54,59), inferior a la observada entre quienes trabajaban 30 horas o menos (60 puntos; IQR: 40-76; $\bar{x}$ = 57,12) o entre 30,5 y 37,5 horas semanales (60 puntos; IQR: 40-76; $\bar{x}$ = 56,99). Aunque las diferencias son moderadas, sugieren una asociación entre una mayor dedicación horaria y menores niveles de bienestar.

Del mismo modo, las profesionales con jornada a tiempo parcial mostraron una mediana de 56 puntos (IQR: 36-72; $\bar{x}$ = 54,92), ligeramente inferior a la observada entre aquellas con dedicación a tiempo completo, cuya mediana alcanzó los 60 puntos (IQR: 40-76; $\bar{x}$ = 56,14). Estos resultados apuntan a una menor percepción de bienestar entre las TCAEs con regímenes de dedicación parcial.

En cuanto a la organización de la jornada laboral, las diferencias fueron más moderadas. Los valores más bajos se registraron en los turnos fijos de noche, con una mediana de 56 puntos (IQR: 36-72; $\bar{x}$ = 53,94), y en los turnos fijos de tarde, también con una mediana de 56 puntos (IQR: 36-72; $\bar{x}$ = 54,66). Por el contrario, los niveles más elevados se observaron en el turno fijo de mañana, con una mediana de 60 puntos (IQR: 40-76; $\bar{x}$ = 56,45), y en los turnos rotatorios, igualmente con una mediana de 60 puntos (IQR: 40-76; $\bar{x}$ = 56,15).

Las diferencias según el tipo de contrato fueron menores de las esperadas. Entre las modalidades contractuales más frecuentes, todas presentaron una mediana de 60 puntos y un intervalo intercuartílico muy similar (IQR: 40-76), con medias comprendidas entre 55,81 puntos en las profesionales con contrato fijo y 56,98 puntos en aquellas con contratos temporales de sustitución.

Respecto a la experiencia profesional, la antigüedad laboral parece actuar nuevamente como un factor protector. Las TCAEs con 20 años o más de experiencia alcanzaron una mediana de 60 puntos (IQR: 40-76; $\bar{x}$ = 57,58), mientras que las profesionales con 5 a 9 años de experiencia obtuvieron los niveles más bajos de bienestar, con una mediana de 56 puntos (IQR: 36-72; $\bar{x}$ = 54,86).

Tabla 38. Estadísticos descriptivos del OMS-5 según características laborales

	Categoría	Min.	1er Q	Mediana	Media	3er Q	Max.	N
Institución	Atención especializada	0	40	60	56,76	76	100	22,456
	Atención Primaria	0	40	64	59,11	80	100	1,458
	Sociosanitario	0	32	52	51,06	72	100	3,734
	Otro	0	36	56	53,79	72	100	614
Tipo de contrato	Autónomo	24	42	56	57,03	74	100	35
	Fijo	0	40	60	55,81	76	100	13,519
	Interino	0	40	60	56,14	76	100	7,818

	Categoría	Min.	1er Q	Mediana	Media	3er Q	Max.	N
Experiencia laboral	Temporal (inferior a 3m)	0	40	60	56,30	76	100	2,102
	Temporal (sustitución)	0	40	60	56,98	76	100	4,469
	Trabajo a días sueltos	0	32	52	50,21	72	100	319
	Menos de 5 años	0	40	56	56,08	76	100	5,187
	5-9 años	0	36	56	54,86	72	100	6,928
	10-14 años	0	36	56	55,09	76	100	4,113
	15-19 años	0	40	60	56,11	76	100	4,112
	20 años o más	0	40	60	57,58	76	100	7,922
	30.5-37.5h	0	40	60	56,99	76	100	15,834
Horas semanales	30h o menos	0	40	60	57,12	76	100	1,405
	38-40h	0	36	56	54,59	76	100	11,023
Régimen de dedicación	Tiempo completo	0	40	60	56,14	76	100	26,449
	Tiempo parcial	0	36	56	54,92	72	100	1,813
Jornada laboral	Fijo de Mañana	0	40	60	56,45	76	100	5,353
	Fijo de Tarde	0	36	56	54,66	72	100	1,274
	Fijo de Noche	0	36	56	53,94	72	100	1,051
	Rotatorio	0	40	60	56,15	76	100	19,949
	Turnos 12 horas fijo	0	40	56	56,11	76	100	635

Porcentaje de bienestar mental según el punto de corte del Índice de Bienestar de la OMS

Para facilitar la interpretación del OMS-5, se creó una variable dicotómica con las categorías “bajo bienestar mental” (puntuación < 50) y “buen bienestar mental” (puntuación ≥ 50).

Las figuras 49 y 50 muestran que aproximadamente el 60,00% de la muestra presentaba buen bienestar mental. No obstante, se identifican grupos en los que la proporción de "bajo bienestar" alcanzó valores cercanos a la mitad de su tamaño muestral. Estos son: institución sociosanitaria (49,89%), contrato de trabajo a días sueltos (48,90%) y TCAEs con 5-9 años de experiencia laboral (41,64%). Las jornadas de 38-40 horas presentaron el porcentaje más elevado de bajo bienestar mental (42,44%), frente al 36,87% de quienes trabajaban menos de 30h. El turno de noche fue el más desfavorable, con un 42,63% de bajo bienestar, seguido de cerca por el turno de tarde (41,99%). El turno de mañana mostró la proporción más elevada de buen bienestar (61,61%). Nuevamente las diferencias por género son prácticamente inexistentes, observándose buen bienestar mental en el 62,31% de los hombres y en el 60,60% de las mujeres.

Figura 49. Bienestar mental según el punto de corte del OMS-5 y variables sociodemográficas

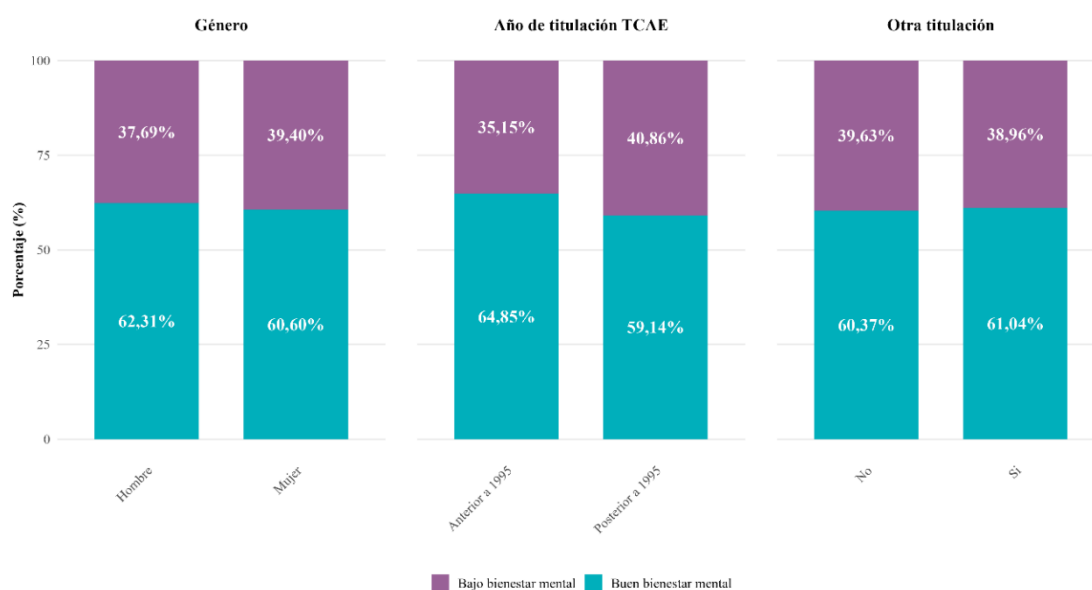


Figura 50. Bienestar mental según el punto de corte del OMS-5 y variables laborales



Para más información sobre la distribución de las respuestas a los ítems del OMS-5, véase [Anexo IV. Distribución de las respuestas a los ítems del Índice de Bienestar de la OMS](#).

9. Conclusiones

Carácter pionero del informe y compromiso institucional del Ministerio de Sanidad. El presente informe constituye el análisis más exhaustivo realizado hasta la fecha sobre las Técnicas en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en el Sistema Nacional de Salud español. Basado en la participación de más de 30.000 profesionales y en la integración de información procedente de fuentes normativas, registros administrativos y datos aportados por las comunidades autónomas, proporciona por primera vez una visión integral de la realidad profesional, laboral y asistencial de este colectivo.

Asimismo, representa el primer estudio específico impulsado por el Ministerio de Sanidad dedicado a analizar de manera global la situación de las TCAE. Pese a su papel fundamental en la atención sanitaria y sociosanitaria, este colectivo no había sido objeto hasta ahora de una evaluación de alcance nacional que permitiera caracterizar su dimensión, distribución, condiciones de ejercicio profesional, necesidades formativas y perspectivas de futuro.

La elaboración de este informe da cumplimiento a los compromisos asumidos en el Marco Estratégico para los Cuidados de Enfermería (MECE) y, en particular, al objetivo estratégico O.E.1.2, orientado a analizar la situación y las necesidades de recursos humanos de las profesiones vinculadas a los cuidados. En este sentido, el estudio aporta una base de conocimiento sólida y sin precedentes para orientar la planificación y ordenación profesional, apoyar el desarrollo de políticas públicas basadas en la evidencia y reforzar el papel de los cuidados como elemento esencial para la sostenibilidad, la calidad y la capacidad de respuesta del Sistema Nacional de Salud.

Análisis de las TCAE en el sistema sanitario. Los resultados ponen de manifiesto la relevancia estructural de las TCAE dentro del sistema sanitario y sociosanitario español, configurándose como uno de los colectivos profesionales más numerosos, con una estimación de entre 135.000 y 140.000 profesionales en el ámbito del Sistema Nacional de Salud.

Su contribución resulta esencial para la prestación de cuidados directos, el apoyo en las actividades básicas de la vida diaria, la atención a personas con necesidades asistenciales continuadas y el funcionamiento cotidiano de los distintos dispositivos asistenciales. La presencia de las TCAE en atención primaria, atención especializada, centros residenciales, instituciones sociales y otros recursos comunitarios refleja la amplitud y versatilidad de este perfil profesional, así como su aportación a la continuidad asistencial, la calidad de la atención y la humanización de los cuidados.

Al mismo tiempo, el informe evidencia un contexto marcado por profundas transformaciones demográficas y epidemiológicas, caracterizadas por el envejecimiento progresivo de la población, el incremento de la cronicidad y el aumento de las necesidades de apoyo, supervisión y cuidados de larga duración. La mejora de la esperanza de vida se acompaña de una mayor prevalencia de situaciones de pérdida de funcionalidad, fragilidad, multimorbilidad y complejidad clínica, factores que incrementan la demanda de cuidados profesionales y refuerzan el papel estratégico de las TCAE dentro de los sistemas sanitario y sociosanitario. La evolución de las plantillas durante la última década parece responder precisamente a esta realidad, observándose un crecimiento sostenido tanto en atención primaria como en atención especializada.

No obstante, la ausencia de registros homogéneos y plenamente comparables, junto con la inexistencia de figuras profesionales equivalentes en la mayoría de los sistemas sanitarios internacionales, dificulta conocer con precisión la dotación real de profesionales y limita la posibilidad de establecer comparaciones robustas con otros países para determinar si las plantillas actuales son suficientes, deficitarias o excedentarias. Estas limitaciones condicionan igualmente la capacidad para realizar estimaciones prospectivas sobre las necesidades futuras del colectivo.

Formación profesional, competencias y desarrollo profesional. El análisis realizado pone de manifiesto la necesidad de seguir avanzando en la adecuación entre formación, competencias y organización de los puestos de trabajo. Garantizar unos cuidados de calidad requiere que las funciones asignadas a las TCAE se correspondan con competencias específicas vinculadas a una formación reconocida y alineada con las necesidades asistenciales actuales y futuras.

El actual título de Técnica en Cuidados Auxiliares de Enfermería, regulado por el Real Decreto 546/1995, presenta una duración excepcional de 1.400 horas frente a las 2.000 horas que caracterizan con carácter general a los ciclos formativos de Grado Medio en el marco de la Ley Orgánica 3/2022. Esta singularidad sitúa a las profesionales como el único perfil de la familia sanitaria que mantiene una titulación de duración reducida respecto al modelo formativo vigente, generando una brecha entre la formación recibida y las competencias demandadas por el sistema sanitario. Esta circunstancia invita a reflexionar sobre la adecuación de la formación actual a la creciente complejidad de los cuidados en un contexto de envejecimiento, dependencia y cronicidad creciente.

La formación continuada aparece igualmente como un ámbito prioritario, especialmente en aquellos entornos donde las oportunidades de actualización profesional son percibidas como insuficientes.

Empleabilidad y características laborales de las TCAE. La información disponible evidencia una elevada inserción laboral y una fuerte demanda de este perfil profesional. La elevada

tasa de afiliación tras la finalización de los estudios (situada en torno al 45%) y el volumen de contratación registrado reflejan el carácter estratégico de este colectivo para el funcionamiento ordinario de los servicios sanitarios. No obstante, la estructura contractual revela que únicamente el 48% del colectivo cuenta con vinculación fija, persistiendo índices relevantes de temporalidad (27,3%) e interinidad (20%).

El análisis de las condiciones laborales evidencia una importante heterogeneidad territorial en aspectos como las retribuciones y la organización de la jornada laboral. A pesar de la existencia de un marco estatutario común, las diferencias observadas entre CCAA en la configuración de los complementos salariales generan variaciones en las retribuciones percibidas por profesionales con funciones equivalentes que pueden alcanzar hasta los 500 euros mensuales. Estas diferencias afectan tanto al ámbito hospitalario como a la atención primaria.

Del mismo modo, la organización de la jornada laboral presenta una considerable diversidad territorial. Mientras que la mayoría de las comunidades autónomas mantienen jornadas semanales de 35 horas, comunidades como Madrid, Navarra, Cataluña, Castilla-La Mancha y Comunidad Valenciana mantienen jornadas de 37,5 horas semanales, las más elevadas del SNS. Estas diferencias se trasladan también al cómputo anual. Del mismo modo, existen diferencias significativas en los sistemas de compensación de la nocturnidad y la turnicidad, reflejando distintos modelos organizativos entre servicios de salud.

Una muestra altamente feminizada y con trayectorias laborales extensas. La información recabada confirma que las TCAEs constituyen un colectivo ampliamente feminizado, una característica compartida con otras profesiones vinculadas históricamente a los cuidados. Más allá de su valor descriptivo, esta realidad resulta relevante para comprender aspectos relacionados con la conciliación, las trayectorias profesionales, la organización del trabajo y el reconocimiento social e institucional de las actividades de cuidado.

La encuesta muestra, por tanto, un perfil profesional predominantemente femenino (91% mujeres), con una edad media de 47 años y con una trayectoria laboral consolidada donde el 28% cuenta con más de 20 años de experiencia. Este capital de experiencia resulta extraordinariamente valioso, pero plantea un riesgo inminente de descapitalización por jubilación, dado que el 27% del personal prevé acogerse a la jubilación anticipada siendo este porcentaje más elevado en contextos organizativos más exigentes o con menor reconocimiento profesional.

Dotación de personal y capacidad para prestar cuidados de calidad. Junto al reconocimiento profesional, las condiciones laborales constituyen uno de los principales ámbitos de preocupación del colectivo. La sobrecarga asistencial, la insuficiencia de personal, la falta de tiempo

para proporcionar todos los cuidados considerados necesarios y las dificultades para la conciliación aparecen de forma recurrente entre los factores de insatisfacción.

La percepción sobre la suficiencia de las plantillas emerge como uno de los hallazgos más relevantes de la encuesta. Únicamente el 25,45% de las TCAE considera que siempre o casi siempre existe un número suficiente de profesionales para proporcionar cuidados de calidad, mientras que cerca de tres de cada cuatro profesionales perciben que las limitaciones de plantilla dificultan el desarrollo de los cuidados necesarios. Esta percepción se acompaña de una elevada sensación de sobrecarga y de la sensación de no disponer del tiempo suficiente para atender adecuadamente a las personas usuarias.

Las diferencias entre ámbitos asistenciales son especialmente significativas y en conjunto, los resultados evidencian una estrecha relación entre dotación de profesionales, carga de trabajo percibida, calidad de los cuidados y bienestar profesional.

Integración en los equipos y participación profesional. Los resultados muestran una percepción heterogénea respecto al grado de integración de las TCAE dentro de los equipos asistenciales. Aunque una parte importante del colectivo se siente reconocida como integrante del equipo de enfermería y del equipo multidisciplinar, casi un tercio de la muestra siente que esta integración no se produce nunca o raramente, persistiendo áreas de mejora relacionadas con la participación en la toma de decisiones, la implicación en grupos de trabajo y el desarrollo de espacios de autonomía profesional.

De forma similar, el apoyo proporcionado por supervisores y responsables inmediatos aparece como un elemento determinante para la satisfacción laboral, la percepción de pertenencia y la capacidad para afrontar situaciones de elevada complejidad asistencial.

Estos resultados evidencian la conveniencia de reforzar los mecanismos de participación profesional, clarificar el papel funcional de las TCAEs dentro de los equipos, fortalecer la supervisión y promover dinámicas de trabajo interprofesional más colaborativas e inclusivas.

Formación, competencias y desarrollo profesional. La formación continuada y las oportunidades de desarrollo profesional emergen como elementos de especial relevancia para las TCAE. Una parte importante del colectivo considera insuficientes las posibilidades de actualización profesional disponibles, percepción que resulta especialmente acusada en el ámbito sociosanitario, donde el 63,66% de las profesionales valora la formación continuada recibida como insuficiente. Estos resultados sugieren la existencia de desigualdades en el acceso a oportunidades de desarrollo profesional según el ámbito de ejercicio.

La encuesta muestra, además, una clara demanda de reconocimiento competencial y de mayores oportunidades de crecimiento profesional. De hecho, el reconocimiento de competencias y el desarrollo profesional constituyen la principal prioridad para el 60,44% de las participantes, situándose por encima de otras demandas relacionadas con las condiciones laborales. En conjunto, los resultados evidencian que la formación continuada no solo se percibe como una herramienta para mejorar la calidad asistencial, sino también como un elemento clave para favorecer el reconocimiento profesional y el desarrollo de la carrera de las TCAE.

Conciliación y bienestar profesional. Las cuestiones relacionadas con la conciliación, la organización del tiempo de trabajo y el descanso adecuado ocupan un lugar central entre las preocupaciones expresadas por las profesionales. Los resultados muestran diferencias consistentes según el ámbito de trabajo, el tipo de jornada y el turno desempeñado. Las valoraciones más favorables se observan en atención primaria y en los turnos de mañana, mientras que los resultados menos positivos se concentran en el ámbito sociosanitario, las jornadas más extensas y determinados regímenes de turnicidad. Asimismo, la conciliación se identifica como uno de los factores que contribuyen tanto a la satisfacción laboral como a la intención de permanencia en la profesión, especialmente entre las profesionales más jóvenes y aquellas sometidas a mayores exigencias organizativas. Los resultados ponen de manifiesto que la gestión del tiempo de trabajo constituye una dimensión relevante para comprender la experiencia laboral de las TCAE y su bienestar general.

Diferencias según ámbito asistencial y condiciones de trabajo. Uno de los hallazgos más destacados del informe es la existencia de diferencias consistentes según el ámbito de desempeño profesional. Las TCAEs del ámbito sociosanitario presentan, de forma generalizada, los resultados menos favorables en la mayoría de los indicadores analizados.

Estas profesionales muestran una mayor percepción de escasez de personal, más dificultades para disponer de tiempo suficiente para los cuidados, menor integración en los equipos de trabajo, menor apoyo por parte de sus responsables y niveles inferiores de satisfacción profesional y laboral. Del mismo modo, registran mayores dificultades de conciliación y peores indicadores de salud mental y bienestar psicológico.

Asimismo, se observan resultados menos favorables entre quienes desarrollan jornadas más extensas, trabajan en turnos de tarde o noche o presentan condiciones contractuales más vulnerables, lo que sugiere una relación estrecha entre organización del trabajo y experiencia profesional percibida.

Valor profesional, satisfacción y percepción de reconocimiento. Uno de los principales hallazgos del informe es la elevada identificación de las TCAEs con su profesión. Las profesionales

manifiestan un fuerte compromiso con los cuidados y consideran que su principal aportación consiste en mejorar la calidad de vida, el bienestar y la recuperación de las personas atendidas. Además, reconocen contribuciones relevantes en ámbitos como la seguridad del paciente, la prevención de complicaciones, la continuidad asistencial y la coordinación entre profesionales.

La importancia atribuida a cada una de estas contribuciones varía según el ámbito asistencial. Mientras que en el entorno sociosanitario adquieren mayor protagonismo el cuidado directo y el bienestar cotidiano de las personas, en atención primaria destacan la continuidad asistencial y la coordinación, y en atención especializada cobran especial relevancia la recuperación funcional y la prevención de complicaciones.

En términos generales, la satisfacción con la profesión es elevada y refleja una sólida identificación con el sentido y el valor del trabajo realizado. Sin embargo, esta percepción positiva contrasta con la valoración que las propias TCAEs consideran que reciben por parte de la sociedad y, en ocasiones, del propio sistema sanitario. La brecha entre la valoración interna de la profesión y el reconocimiento externo constituye uno de los resultados más consistentes del informe y aparece estrechamente asociada a la intención de abandono profesional.

Por otro lado, la satisfacción con el puesto de trabajo es sensiblemente inferior (57.8%) a la satisfacción con la profesión en sí misma (69.13%). Ello sugiere que una parte importante del malestar detectado se encuentra vinculada a las condiciones organizativas y laborales en las que se desarrolla la actividad profesional más que a la profesión propiamente dicha. Entre los principales motivos de insatisfacción destacan la sobrecarga de trabajo, la insuficiencia de personal, la percepción de salarios insuficientes y la falta de reconocimiento de las funciones desempeñadas.

Estas circunstancias tienen reflejo en las expectativas de permanencia profesional. Aunque la mayoría manifiesta satisfacción con la profesión, una proporción significativa (38.09%) indica que se plantearía abandonarla si dispusiera de circunstancias personales favorables para hacerlo, porcentaje que llega a más de la mitad de los trabajadores del turno de noche. Los principales motivos identificados son los bajos salarios, la escasa valoración social de la profesión, la sobrecarga física, las condiciones laborales desfavorables y las dificultades de conciliación.

Todos estos factores se aprecian a la hora de señalar las principales prioridades para el colectivo: además del ya comentado reconocimiento de competencias y desarrollo profesional, identificado por el 60,44% de las participantes, las participantes identificaron en segundo lugar la adecuación de las cargas de trabajo y de las dotaciones de personal, mencionada por el 52,67%; seguida del desarrollo de una carrera profesional específica, señalada por el 43,22% de las participantes.

En conjunto, estos resultados reflejan que las principales expectativas del colectivo se orientan hacia un mayor reconocimiento profesional, unas condiciones más favorables para la prestación de cuidados y la existencia de mecanismos que faciliten el desarrollo y la progresión profesional.

Salud Mental. Los resultados ponen de manifiesto una carga significativa de malestar psicológico entre las TCAE que requiere atención inmediata. El 37% de las profesionales presenta sintomatología compatible con depresión (PHQ-9 igual o superior a 10), cifra superior al 30% observado en la encuesta MeND de la Organización Mundial de la Salud para profesionales médicos y de enfermería en la región europea. El 40% manifiesta sintomatología de ansiedad leve y el 24,38% presenta sintomatología compatible con un trastorno de ansiedad probable. Aproximadamente el 40% de la muestra se sitúa por debajo del umbral de 50 puntos en el índice de bienestar OMS-5, indicativo de bajo bienestar emocional.

Los peores indicadores de salud mental se concentran de forma consistente en el ámbito sociosanitario, donde el 50% de las profesionales presenta bajo bienestar mental y el 46,01% muestra sintomatología depresiva moderada o superior. Los turnos de tarde y noche, las jornadas más extensas (38-40 horas semanales) y las situaciones contractuales más vulnerables se asocian consistentemente a peores indicadores de salud mental. En conjunto, los datos sugieren una estrecha relación entre las condiciones de trabajo y el bienestar psicológico de las TCAE, identificando al ámbito sociosanitario como el entorno de mayor vulnerabilidad dentro del colectivo.

Limitaciones. Las conclusiones de este informe deben interpretarse considerando una serie de limitaciones metodológicas y estructurales inherentes al objeto de estudio y a las fuentes de información disponibles. La principal limitación reside en la fragmentación y heterogeneidad de los sistemas de información existentes sobre las TCAE. La ausencia de un registro único, exhaustivo y homogéneo para el conjunto del sistema sanitario y sociosanitario dificulta conocer con precisión el volumen real de profesionales y limita la capacidad de planificación de recursos humanos. Asimismo, las diferencias observadas entre las distintas fuentes de información, derivadas de criterios de contabilización, cobertura y actualización no siempre homogéneos, introducen incertidumbre en las estimaciones disponibles. Esta situación resulta especialmente relevante en el ámbito sociosanitario, donde la información disponible es más limitada y menos comparable entre territorios.

Otra limitación importante es la dificultad para realizar comparaciones internacionales robustas. La ausencia de una definición homogénea y plenamente equivalente de la figura de la TCAE en otros sistemas sanitarios impide determinar con precisión si la dotación de profesionales en España es suficiente, deficitaria o excedentaria en comparación con otros países, así como desarrollar modelos comparativos sólidos sobre necesidades futuras de personal.

Desde el punto de vista normativo y profesional, la coexistencia de diferentes titulaciones que pueden desempeñar funciones similares en determinados ámbitos asistenciales, especialmente en el sector sociosanitario, introduce una cierta heterogeneidad competencial que dificulta la delimitación precisa de funciones y la comparación de resultados entre entornos organizativos. A ello se suma la existencia de importantes diferencias territoriales en aspectos como las condiciones laborales, las estructuras retributivas y la organización de la jornada de trabajo, circunstancias que pueden influir tanto en la distribución de profesionales como en la atracción y retención del talento.

Por otra parte, este informe constituye el primer análisis de alcance nacional que aborda de forma específica múltiples dimensiones del colectivo, incluyendo aspectos relacionados con la satisfacción profesional, la intención de abandono o la salud mental. En consecuencia, la ausencia de series temporales previas limita la posibilidad de analizar tendencias evolutivas, valorar cambios a lo largo del tiempo o evaluar el impacto de intervenciones anteriores.

Finalmente, una parte importante de los resultados procede de una encuesta basada en percepciones autodeclaradas por las propias profesionales. Aunque el tamaño muestral alcanzado — superior a 30.000 participantes— proporciona una elevada robustez y consistencia a los resultados, la naturaleza transversal del estudio impide establecer relaciones causales entre las variables analizadas y obliga a interpretar los hallazgos como una fotografía de la situación percibida por las TCAE en el momento de realización de la encuesta.

Pese a estas limitaciones, el informe proporciona la visión más completa disponible hasta la fecha sobre la situación de las TCAE en España y constituye una base de conocimiento sólida para orientar futuras actuaciones en materia de planificación de recursos humanos, desarrollo profesional, mejora de los sistemas de información y seguimiento periódico de la evolución del colectivo.

Recomendaciones. Los resultados del presente informe ponen de manifiesto que las TCAE constituyen un colectivo esencial para la sostenibilidad de los sistemas sanitario y sociosanitario y para la adecuada respuesta a las crecientes necesidades de cuidados derivadas del envejecimiento poblacional, la cronicidad y la dependencia. Al mismo tiempo, evidencian la necesidad de avanzar tanto en mejoras organizativas y laborales de carácter inmediato como en reformas estructurales orientadas a fortalecer el reconocimiento, el desarrollo profesional y la planificación estratégica de este colectivo.

En primer lugar, resulta prioritario reforzar los sistemas de información y planificación de recursos humanos. Se considera necesario avanzar en la armonización de los registros disponibles, mejorar la cobertura y calidad del Registro Estatal de Profesionales Sanitarios, incorporar de forma sistemática información del ámbito sociosanitario y desarrollar modelos prospectivos que integren

indicadores de carga asistencial, complejidad de cuidados, evolución demográfica y expectativas de relevo generacional.

Una segunda línea estratégica se refiere a la ordenación profesional y a la adecuación entre formación, competencias y necesidades asistenciales. Los resultados sugieren la conveniencia de revisar el marco formativo vigente para adaptarlo a la creciente complejidad de los cuidados y a la evolución del sistema de Formación Profesional. Esta revisión debería contemplar la actualización de contenidos formativos relacionados con la cronicidad, la dependencia, los cuidados de larga duración, la digitalización y el trabajo interprofesional, así como una delimitación más precisa de las competencias y funciones de las TCAE en los distintos ámbitos asistenciales. Del mismo modo, resulta necesario reforzar los mecanismos de desarrollo profesional mediante itinerarios formativos estructurados, reconocimiento de la experiencia adquirida y oportunidades efectivas de progresión profesional.

En el ámbito laboral, los resultados apuntan a la necesidad de revisar los criterios de planificación y dimensionamiento de plantillas, especialmente en aquellos entornos donde las profesionales perciben mayores déficits de personal. La adecuación de las dotaciones a la complejidad individual de los cuidados de los pacientes a atender emerge como un elemento clave para mejorar la calidad de los cuidados, reducir la sobrecarga asistencial y favorecer la satisfacción laboral.

El informe identifica igualmente la necesidad de impulsar iniciativas orientadas al reconocimiento y la visibilidad profesional. La brecha observada entre la importancia que las TCAE atribuyen a su contribución y el reconocimiento percibido por parte de la sociedad y de las organizaciones señala la conveniencia de desarrollar estrategias que visibilicen el valor de los cuidados, refuercen la participación de las TCAE en espacios de decisión y favorezcan su integración efectiva en los equipos multidisciplinares.

La salud mental y el bienestar profesional constituyen otro ámbito de actuación prioritario. La elevada frecuencia de síntomas compatibles con ansiedad, depresión y bajo bienestar emocional aconseja incorporar la salud mental como una dimensión estable de las políticas de recursos humanos. Resulta conveniente desarrollar programas de promoción del bienestar psicológico, detección precoz de situaciones de riesgo, acceso a recursos de apoyo emocional y actuaciones dirigidas a reducir los factores organizativos asociados al desgaste profesional. La incorporación de indicadores específicos de salud mental y bienestar en los sistemas de información facilitaría además el seguimiento y evaluación de esta realidad a lo largo del tiempo.

Los resultados ponen de manifiesto, asimismo, la necesidad de una atención específica al ámbito sociosanitario, que concentra de forma consistente los indicadores más desfavorables en aspectos relacionados con la dotación de personal, la integración profesional, la formación continuada, la satisfacción laboral y el bienestar psicológico. En un contexto de crecimiento previsto de las necesidades de cuidados de larga duración, resulta prioritario reforzar las condiciones de trabajo, los recursos disponibles y la coordinación entre los sectores sanitario y social para garantizar una respuesta adecuada a las necesidades futuras.

Especial atención merece el relevo generacional. El elevado porcentaje de profesionales que prevé acogerse a la jubilación en los próximos años y los niveles observados de intención de abandono profesional aconsejan desarrollar estrategias específicas de retención y transferencia de conocimiento. Entre ellas destacan el diseño de planes de acogida para nuevas incorporaciones, mecanismos de acompañamiento profesional, incentivos vinculados a la experiencia y medidas que faciliten la permanencia de profesionales con amplia trayectoria, garantizando así la continuidad del conocimiento acumulado dentro del sistema.

Por último, el informe subraya la importancia de consolidar mecanismos permanentes de gobernanza, seguimiento e investigación sobre el colectivo. Dada la relevancia estratégica de las TCAE y el carácter pionero de este estudio, se considera fundamental que este tipo de análisis se convierta en una práctica periódica de evaluación y monitorización y ampliar este a otros colectivos profesionales.

En definitiva, el presente informe proporciona por primera vez una base empírica sólida para orientar la planificación y el desarrollo de políticas dirigidas a las TCAE. La magnitud de los retos identificados exige una actuación coordinada entre administraciones sanitarias y sociales, servicios de salud, centros asistenciales y organizaciones representativas. La calidad de los cuidados que recibirá la población en las próximas décadas dependerá, en buena medida, de la capacidad para fortalecer, reconocer y desarrollar adecuadamente el potencial de este colectivo esencial para el sistema de cuidados.

Bibliografía

- [1] Ministerio de Sanidad. Marco Estratégico para los Cuidados de Enfermería (MECE). Madrid : 2025.
- [2] Ministerio de Sanidad. Registro Estatal de Profesionales Sanitarios (REPS). Ministerio de Sanidad 2026.
<https://www.sanidad.gob.es/areas/profesionalesSanitarias/registroEstatal/home.htm>
(accessed July 16, 2026).
- [3] Ministerio de Sanidad. Informe anual del Registro Estatal de Profesionales Sanitarios: Año 2024. Madrid : 2026.
- [4] Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP): Profesionales en Equipos de Atención Primaria (EAP). Portal Estadístico Del Sistema Nacional de Salud 2026.
<https://pestadistico.inteligenciadegestion.sanidad.gob.es/publicoSNS/C/sistema-de-informacion-de-atencion-primaria-siap/profesionales/equipos-de-atencion-primaria-eap>
(accessed July 16, 2026).
- [5] Ministerio de Sanidad. Indicadores hospitalarios 2014-2023: Sistemas de Información de Atención Especializada. Madrid: 2025.
- [6] Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE). Portal Estadístico Del Sistema Nacional de Salud 2026.
<https://pestadistico.inteligenciadegestion.sanidad.gob.es/publicoSNS/S/siae> (accessed July 16, 2026).
- [7] International Labour Organization. International Standard Classification of Occupations 2008 (ISCO-08): Structure, group definitions and correspondence tables. Volume I. Geneva: 2012.
- [8] Eurostat. Healthcare non-expenditure statistics manual and guidelines for completing the Joint questionnaire on non-monetary healthcare statistics. Luxembourg: 2025.
<https://doi.org/10.2785/1549619>.
- [9] Comisión Europea. Reglamento (UE) 2022/2294 de la Comisión, de 23 de noviembre de 2022, por el que se aplica el Reglamento (CE) n.º 1338/2008 del Parlamento Europeo y del Consejo en lo que respecta a las estadísticas sobre centros de asistencia sanitaria,

- recursos humanos para la asistencia sanitaria y uso de la asistencia sanitaria. Unión Europea: Diario Oficial de la Unión Europea (DO L 304); 2022.
- [10] OECD. Hospital employment - OECD Data Explorer. OECD Data Explorer 2026. <https://data-explorer.oecd.org/vis?lc=en&df>(<https://data-explorer.oecd.org/vis?lc=en&df> (accessed July 16, 2026)).
- [11] Servicio Público de Empleo Estatal. ESCO: Clasificación Europea de Capacidades, Competencias, Cualificaciones y Ocupaciones. SEPE - Portal de Programas e Instituciones Europeas 2026. <https://www.sepe.es/HomeSepe/es/encontrar-trabajo/Programas-e-Instituciones-Europeas/esco-calificacion-europea-capacidades-cualificaciones-ocupaciones.html> (accessed July 16, 2026).
- [12] European Commission. Healthcare assistant - Occupation - ESCO. ESCO (European Skills, Competences, Qualifications and Occupations) 2026. <https://esco.ec.europa.eu/en/classification/occupation?uri=http://data.europa.eu/esco/occupation/d38c2107-98f2-47b7-8bb4-f69750d51082> (accessed July 16, 2026).
- [13] World Health Organization. National health workforce accounts: a handbook Second edition. Geneva: 2023.
- [14] Consejo de la Unión Europea. Recomendación del Consejo, de 22 de mayo de 2017, relativa al Marco Europeo de Cualificaciones para el aprendizaje permanente y por la que se deroga la Recomendación del Parlamento Europeo y del Consejo de 23 de abril de 2008 relativa a la creación del Marco Europeo de Cualificaciones para el aprendizaje permanente. Diario Oficial de la Unión Europea; 2017.
- [15] Ministerio de la Presidencia Relaciones con las Cortes y Memoria Democrática. Real Decreto 272/2022, de 12 de abril, por el que se establece el Marco Español de Cualificaciones para el Aprendizaje Permanente. España: Boletín Oficial del Estado; 2022.
- [16] Ministerio de Economía y Hacienda. Real Decreto 1591/2010, de 26 de noviembre, por el que se aprueba la Clasificación Nacional de Ocupaciones 2011. España: Boletín Oficial del Estado; 2010.
- [17] OECD. Health resources: Health care employment. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) 2026. <https://data->

explorer.oecd.org/vis?lc=en&pg=0&fs](https://data-explorer.oecd.org/vis?lc=en&pg=0&fs (accessed July 16, 2026).

- [18] Instituto Nacional de Estadística. Población residente por fecha, sexo y edad (desde 1971). 2026. <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=56934> (accessed July 16, 2026).
- [19] Instituto Nacional de Estadística. Índice de Envejecimiento por comunidad autónoma 2026. <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=1452> (accessed July 16, 2026).
- [20] Ministerio de Sanidad. Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud (INCLASNS). Ministerio de Sanidad 2026. <https://inclasns.sanidad.gob.es/?show=true> (accessed July 16, 2026).
- [21] Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Europea de Salud en España 2014: Informe EESE 2014. Madrid : 2017.
- [22] Ministerio de Sanidad. Encuesta de Salud de España 2023: Principales resultados. Nota Técnica. Madrid: 2025.
- [23] Jefatura de Estado. Ley Orgánica 3/2022, de 31 de marzo, de ordenación e integración de la Formación Profesional. España: Boletín Oficial del Estado; 2022.
- [24] Ministerio de Educación y Formación Profesional. Real Decreto 659/2023, de 18 de julio, por el que se desarrolla la ordenación del Sistema de Formación Profesional. España: Boletín Oficial del Estado; 2023.
- [25] Jefatura de Estado. Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (Texto Consolidado). España: Boletín Oficial del Estado; 2006.
- [26] Ministerio de Educación Formación Profesional y Deportes. Catálogo de ofertas formativas de grado D del Sistema de Formación Profesional. Madrid: 2025.
- [27] Ministerio de Educación y Ciencia. Real Decreto 546/1995, de 7 de abril, por el que se establece el título de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería y las correspondientes enseñanzas mínimas. España: Boletín Oficial del Estado; 1995.
- [28] Ministerio de Educación y Ciencia. Real Decreto 549/1995, de 7 de abril, por el que se establece el currículo del ciclo formativo de grado medio correspondiente al título de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería. España: Boletín Oficial del Estado.; 1995.

- [29] Jefatura de Estado. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. España: Boletín Oficial del Estado; 2003.
- [30] Ministerio de Trabajo. Orden de 26 de abril de 1973 por la que se aprueba el Estatuto del Personal Auxiliar Sanitario Titulado y Auxiliar de Clínica de la Seguridad Social. España: Boletín Oficial del Estado; 1973.
- [31] Ministerio de Trabajo. Estatuto del Personal Auxiliar Sanitario Titulado y Auxiliar de Clínica de la Seguridad Social. España: Boletín Oficial del Estado; 1973.
- [32] Ministerio de Sanidad y Consumo. Orden de 26 de diciembre de 1986 por la que se introduce la categoría profesional de Auxiliar de Enfermería en sustitución de la de Auxiliar de Clínica en el correspondiente Estatuto de Personal de la Seguridad Social y se modifican los baremos para la provisión de vacantes de esta categoría. España: Boletín Oficial del Estado; 1986.
- [33] Jefatura de Estado. Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. España: Boletín Oficial del Estado; 2003.
- [34] Ministerio de Trabajo Migraciones y Seguridad Social. Resolución de 13 de mayo de 2019, de la Dirección General de Trabajo, por la que se registra y publica el IV Convenio colectivo único para el personal laboral de la Administración General del Estado. España: Boletín Oficial del Estado ; 2019.
- [35] Jefatura de Estado. Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público. España: Boletín Oficial del Estado; 2015.
- [36] Ministerio de Educación Formación Profesional y Deportes. Estadísticas de Formación Profesional del Sistema Educativo. Edición 2025. Madrid: 2025.
- [37] Ministerio de Educación y Ciencia. Real Decreto 104/1988, de 29 de enero, sobre homologación y convalidación de títulos y estudios extranjeros de educación no universitaria. España: Boletín Oficial del Estado; 1988.
- [38] Ministerio de Educación Formación Profesional y Deportes. Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (Familia Profesional: Sanidad). TodoFP 2026. <https://todofp.es/que-estudiar/logse/sanidad/cuidados-auxiliares-enfermeria.html>](<https://todofp.es/que-estudiar/logse/sanidad/cuidados-auxiliares-enfermeria.html>) (accessed July 16, 2026).

- [39] Servicio Público de Empleo Estatal. Valoración del empleo según la encuesta del Barómetro de empleo y formación. Servicio Público de Empleo Estatal (SEPE) - Observatorio de Las Ocupaciones 2024. Servicio Público de Empleo Estatal (SEPE) - Observatorio de las Ocupaciones (accessed July 16, 2026).
- [40] Ministerio de Educación Formación Profesional y Deportes. Estadística de inserción laboral de las personas graduadas en enseñanzas de Formación Profesional 2025. Madrid: 2025.
- [41] Servicio Público de empleo Estatal (SEPE). Histórico de información del mercado de trabajo por ocupaciones. Servicio Público de Empleo Estatal 2026. <https://www.sepe.es/HomeSepe/es/que-es-observatorio/informacion-mt-por-ocupacion/historico-informacion-mt-por-ocupacion.html> (accessed July 16, 2026).
- [42] Servicio Público de Empleo Estatal. Información de mercado de trabajo por ocupación: Auxiliares de enfermería hospitalaria (Código 5611). Servicio Público de Empleo Estatal Observatorio de Las Ocupaciones 2026. https://www.sepe.es/HomeSepe/que-es-observatorio/informacion-mt-por-ocupacion/informacion-mercado-trabajo-por-ocupacion~_mensuales_2026_05_5611-Auxiliares-de-enfermer-a-hospitalaria~.html (accessed July 16, 2026).
- [43] Servicio Público de Empleo Estatal. Información de mercado de trabajo por ocupación: Auxiliares de enfermería de atención primaria (Código 5612). Servicio Público de Empleo Estatal Observatorio de Las Ocupaciones 2026. https://www.sepe.es/HomeSepe/que-es-observatorio/informacion-mt-por-ocupacion/informacion-mercado-trabajo-por-ocupacion~_mensuales_2026_05_5612-Auxiliares-de-enfermer-a-de-atenci-n-primaria~.html (accessed July 16, 2026).
- [44] Ministerio de Sanidad y Consumo. Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios. España: Boletín Oficial del Estado; 2003.
- [45] Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Normativa sobre autonomía personal y dependencia. Portal de La Dependencia - Imserso 2022. <https://imserso.es/autonomia-personal-dependencia/sistema-autonomia-atencion-dependencia-saad/normativa-sobre-dependencia/busqueda-normativa-autonomia-personas-dependencia/descriptores/c> (accessed July 16, 2026).

- [46] Servicio Público de Empleo Estatal (SEPE). El empleo en España en el sector de los cuidados de larga duración. Madrid: 2024.
- [47] Jefatura de Estado. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. España: Boletín Oficial del Estado; 2003.
- [48] Jefatura de Estado. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. España: Boletín Oficial del Estado; 2006.
- [49] Ministerio para la Transformación Digital y de la Función Pública. Real Decreto 209/2024, de 27 de febrero, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030. Madrid: 2024.
- [50] Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. Resolución de 28 de julio de 2022, de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. España: Boletín Oficial del Estado; 2022.
- [51] Ministerio de Derechos Sociales Consumo y Agenda 2030. Estrategia estatal para un nuevo modelo de cuidados en la comunidad. Un proceso de desinstitucionalización (2024-2030). Madrid: 2024.
- [52] Afi, 40dB, SiiS. Situación laboral y el déficit de trabajadoras del SAAD: Diagnóstico e itinerarios laborales y vitales. Madrid: 2025.
- [53] Ministerio de Derechos Sociales Consumo y Agenda 2030. Estimación de necesidades de trabajadoras de cuidados de larga duración a 2030. Madrid: 2025. <https://doi.org/10.1787/27>.
- [54] Ministerio de Educación. Real Decreto 1593/2011, de 4 de noviembre, por el que se establece el Título de Técnico en Atención a Personas en Situación de Dependencia y se fijan sus enseñanzas mínimas. España: Boletín Oficial del Estado; 2011.
- [55] Ministerio de Trabajo e Inmigración. Real Decreto 1379/2008, de 1 de agosto, por el que se establecen dos certificados de profesionalidad de la familia profesional Servicios socioculturales y a la comunidad. Anexo II: Certificado de Profesionalidad: Atención

- sociosanitaria a personas dependientes en instituciones sociales (Código: SSCS0208). España: Boletín Oficial del Estado; 2008.
- [56] Servicio Público de Empleo Estatal (SEPE). Los Perfiles de la Oferta de Empleo 2021. Madrid : 2021.
- [57] Ministerio de Trabajo y Economía Social. Resolución de 30 de mayo de 2023, de la Dirección General de Trabajo, por la que se registra y publica el VIII Convenio marco estatal de servicios de atención a las personas dependientes y desarrollo de la promoción de la autonomía personal. Madrid , España: Boletín Oficial del Estado; 2023.
- [58] Mental Health of Nurses and Doctors survey in the European Union, Iceland and Norway. Who.int 2025. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2025-12709-52483-81031> (accessed July 16, 2026)

Anexos

Anexo I. Tablas retributivas por comunidad autónoma

1. Cataluña 2024:
https://ics.gencat.cat/web/.content/Documents/transparencia/personal/Llibre-de-retribucions-2024-2_AB.pdf
2. País Vasco 2024:
https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_trbg_informacion_economica/es_def/adjuntos/Instruccion-10_2024.pdf
3. Galicia 2025:
https://www.xunta.gal/dog/Publicados/2025/20250121/AnuncioG0597-170125-0001_es.pdf
4. Andalucía 2024:
https://web.sas.junta-andalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-sas_normativa_mediafile/2025/Resolucion_0039_2025_dgp_retribuciones_2024.pdf
5. Asturias 2025: <https://miprincipado.asturias.es/bopa/2025/12/11/2025-10348.pdf>
6. Cantabria 2024: <https://sanidad.ccoo.es/2ba3e5cce087618796e085cb25c2938f000058.pdf>
7. Aragón 2024:
https://www.aragon.es/documents/20127/128260043/Tablas_retributivas_SALUD_agosto2025.pdf/1dffcd67-7726-9c1c-c435-eb2e0c8134b3?version=1.0&t=1760605029062&download=true
8. Castilla-La Mancha 2025:
https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/legislacion/20250804/anexos_y_tablas_2025_subida_0.5.pdf
9. Comunidad Valenciana 2024: https://dogv.gva.es/datos/2024/08/13/pdf/2024_8140_va.pdf
10. Islas Canarias 2025: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/6d5a6473-9362-11ea-979a-3b49391d2a8b/Retribuciones-estatutarios.pdf>

11. La Rioja 2025:
<https://www.riojasalud.es/files/content/rrhh/tablas-retributivas/TABLAS%20SALARIALES%20ESTATUTARIOS%20Y%20FUNCIONARIOS%2016-01-2025.pdf>
12. Murcia 2024:
<https://www.borm.es/services/anuncio/ano/2024/numero/6609/pdf?id=832992>
13. Navarra 2024:
https://gobiernoabierto.navarra.es/sites/default/files/assets/files/pagina-interior/transparencia/tabla_retribuciones_general_2025_subida-2_5.pdf
14. Extremadura 2025:
https://saludextremadura.ses.es/filescms/web/uploaded_files/CustomContentResources/RESOLUCION%20RETRIBUCIONES%20SES%202025%20PUBLICAR.pdf
15. Islas Baleares 2025:
<https://www.ibsalut.es/docs/rrhh/normativa/instrucciones%20y%20circulares/es/2025%20Tabla%20salarial%20personal%20estatutario%20CAST.pdf>
16. Madrid 2024:
<https://www.comunidad.madrid/transparencia/sites/default/files/open-data/downloads/bocm-20240806-2024.pdf>
17. Castilla y León 2024:
<https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/recursos-humanos/retribuciones-accion-social-compensaciones/retribuciones.ficheros/3103305-Orden%20Instrucciones%20N%C3%B3mina%20SACYL%20%280%2C5%25%20adicional%202024%29.pdf>
18. Ceuta y Melilla (INGESA) 2025: <https://ingesa.sanidad.gob.es/gl/dam/jcr:6e6e4553-39b5-40a7-a12b-2094a3dfcb0c/Retribuciones%202025.pdf>

Anexo II. Jornada laboral del personal estatutario en las distintas comunidades autónomas

1. Cataluña:

- Resolución EMT/74/2024, de 12 de enero, por la que se dispone la inscripción y la publicación del Acuerdo de la Mesa Sectorial de Negociación de Sanidad, de 22 de noviembre de 2023, de mejora de las condiciones de trabajo, aplicación temporal y redacción definitiva del III Acuerdo de condiciones de trabajo del personal estatutario del Instituto Catalán de la Salud (ICS) (código de convenio núm. 79100162132024) https://noticias.juridicas.com/base_datos/CCAA/826344-r-emt-74-2024-de-12-ene-ca-cataluna-acuerdo-de-22-nov-2023-de-mejora-de.html
- Permisos, licencias y vacaciones ICS: https://ics.gencat.cat/web/.content/Docencia/unitats-docent/unitat-docent-lleida/residents/permisos_residents_032025.pdf

2. País Vasco:

- Decreto 17/2015, de 17 de febrero, por el que se establece la jornada de trabajo anual para el año 2015 para el personal funcionario, estatutario y laboral de la Administración Pública de la Comunidad Autónoma de Euskadi. <https://www.euskadi.eus/eli/es-pv/d/2015/02/17/17/dof/spa/html/web01-ejeduiki/es/>
- Decreto 12/2016, de 2 de febrero, por el que se establece la jornada de trabajo anual para el año 2016 para el personal funcionario, estatutario y laboral de la Administración Pública de la Comunidad Autónoma de Euskadi: <https://justizia.lab.eus/sites/default/files/D.%2012-2016.%20Jornada%20anual%20GV.pdf>
- Decreto 351/2013, de 21 de mayo, de modificación del Decreto por el que se aprueba el Acuerdo regulador de las condiciones de trabajo del personal de Osakidetza-Servicio vasco de salud, para los años 2007, 2008 y 2009: <https://www.euskadi.eus/bopv2/datos/2013/05/1302442a.pdf>
- Vacaciones, permisos y licencias: <https://www.esk.eus/osakidetza/index.php/es/legislacion/144-preguntas-frecuentes/1583-vacaciones-permisos-y-licencias>

3. Galicia:

- *Resolución conjunta de 1 de marzo de 2001, de la Secretaría General de la Consellería de Sanidad y Servicios Sociales y de la División de Recursos Humanos*

del Servicio Gallego de Salud, por la que se ordena la publicación del acuerdo de concertación social suscrito por la Administración sanitaria y las centrales sindicales CC.OO., CIG, CESM-SATSE, CSI-CSIF y UGT sobre retribuciones y condiciones de trabajo del personal sanitario no facultativo y personal no sanitario del Servicio Gallego de Salud.
https://www.xunta.gal/dog/Publicados/2001/20010319/Anuncio4156_es.html

4. Andalucía:

- Decreto 553/2004, de 7 de diciembre, por el que se modifica el Decreto 175/1992, de 29 de septiembre, sobre materia retributiva y condiciones de trabajo del personal de Centros e Instituciones: <https://juntadeandalucia.es/boja/2004/247/26>
- Manual SAS: [https://web.sas.junta-andalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2025/manual_mesa_12_marzo_2025_fd\(F\).pdf](https://web.sas.junta-andalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2025/manual_mesa_12_marzo_2025_fd(F).pdf)

5. Asturias:

- Acuerdo de 24 de mayo de 2019, del Consejo de Gobierno, por el que se ratifica el Acuerdo de la Mesa General de Negociación de la Administración del Principado de Asturias, sobre jornada en el ámbito de los centros e instituciones sanitarias del Servicio de Salud del Principado de Asturias de 16 de mayo de 2019. <https://miprincipado.asturias.es/bopa/2019/05/27/2019-05403.pdf>
- Permisos y vacaciones SESPA: https://usipa.es/wp-content/uploads/2024/05/CUADRO-Permisos-y-Vacaciones-SICEPA_USIPAqr.pdf

6. Cantabria:

- Orden SAN/16/2015, de 12 de febrero, por la que se reduce la jornada efectiva del personal de Instituciones Sanitarias dependientes del Servicio Cántabro de Salud. <https://boc.cantabria.es/boces/verAnuncioAction.do?idAnuBlob=282240>
- Acuerdo del Consejo de Gobierno por el que se aprueba el Acuerdo sobre vacaciones y permisos del personal de Instituciones Sanitarias del Servicio Cántabro de Salud: <https://boc.cantabria.es/boces/verAnuncioAction.do?idAnuBlob=68254>

7. Aragón:

- Orden SAN/1935/2023, de 26 de diciembre, por la que se da publicidad al Acuerdo de 20 de diciembre de 2023, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba y ratifica el acuerdo alcanzado por la Mesa Sectorial de Sanidad el día 27 de noviembre de 2023, por el que se modifica la jornada anual del personal funcionario y estatutario que presta servicios en centros sanitarios del Servicio Aragonés de Salud. <https://www.boa.aragon.es/cgi-bin/EBOA/BRSCGI?CMD=VEROBJ&MLKOB=1310321880707>
- Pacto de fecha 7 de julio de 2006, de la Mesa Sectorial de Sanidad, en materia de permisos, vacaciones y otras medidas de conciliación de la vida personal, familiar y laboral del personal estatutario del Servicio Aragonés de Salud: [https://www.aragon.es/documents/20127/674325/Pacto%20permisos_vacaciones_p_estatutario%20\(2006\).pdf/9d704853-c182-03bf-b295-e802bd3025de](https://www.aragon.es/documents/20127/674325/Pacto%20permisos_vacaciones_p_estatutario%20(2006).pdf/9d704853-c182-03bf-b295-e802bd3025de)

8. Castilla-La Mancha:

- Resolución de 28 de diciembre de 2018, de la Directora Gerente del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha por la que se dictan instrucciones para la aplicación de la jornada laboral anual, en los centros de trabajo dependientes del SESCAM. <https://usicam.es/documentos/jornada-2020.pdf>

9. Comunidad Valenciana:

- Decreto 137/2003, de 18 de julio, del Consell de la Generalitat, por el que regula la jornada y horario de trabajo, permisos, licencias y vacaciones del personal al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Generalitat dependientes de la Conselleria de Sanidad. https://dogv.gva.es/auto/docvpub/rlgv/2003/D_2003_137_ca_D_2016_038.pdf

10. Islas Canarias:

- Instrucción núm. 8/2019, del Director del Servicio Canario de la Salud, para la aplicación del acuerdo adoptado por el Gobierno de Canarias por el que se implanta, a partir del 1 de mayo de 2019, la jornada ordinaria de trabajo de treinta y cinco horas de promedio semanal respecto al personal adscrito a las instituciones sanitarias integradas en el Servicio Canario de la Salud https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/50fbfe40-70c9-11e9-95de-afcb0a6b46e2/INSTRUCCION_8_19_JO_PERSONAL_IISS.pdf

11. La Rioja:

- Resolución del 1 de diciembre de 2014 de la Dirección General de Trabajo y Salud Laboral por la que se registra y publica el Acuerdo en materia de horario de trabajo, formación, promoción interna temporal y para la estabilidad en el empleo en el ámbito de los centros, servicios y establecimientos sanitarios del Servicio Riojano de Salud:
https://ias1.larioja.org/boletin/Bor_Boletin_visor_Servlet?referencia=1870004-1-PDF-486386
- Instrucción jornada servicio de salud La Rioja 2024: https://www.sindicato-star.es/images/Instruccion_Jornada_2024.pdf
- Normas generales sobre la solicitud y disfrute de los diferentes permisos SERIS: <https://www.riojasalud.es/files/content/newsletter/20211130/Normas%20generales%20sobre%20solicitud%20y%20disfrute%20de%20permisos%20SERIS.pdf>

12. Murcia:

- Resolución de 27 de diciembre de 2023 del Secretario General de la Consejería de Salud, por la que se dispone la publicación de autorización de Consejo de Gobierno de 27 de diciembre de 2023 en el Boletín Oficial de la Región de Murcia, de ratificación del Acuerdo por el que se regula la jornada y el horario de trabajo del personal del Servicio Murciano de Salud.
<https://www.borm.es/services/anuncio/ano/2023/numero/7461/pdf?id=823869>

13. Navarra:

- Ley Foral 26/2012, de 26 de diciembre, por la que se modifica la Ley Foral 13/2012, de 21 de junio, de medidas urgentes en materia de personal al servicio de las Administraciones Públicas de Navarra:
<https://www.boe.es/boe/dias/2013/01/19/pdfs/BOE-A-2013-506.pdf>
- Circular 1/2024_ <https://www.smnnavarra.org/wp-content/archivos/2024/04/Circular-1-2024-AP.pdf>

14. Extremadura:

- Instrucciones de la Secretaría General para la aplicación de la flexibilización horaria en el Servicio Extremeño de Salud:

https://www.sivex.org/INSTRUCCIONES_FLEXIBILIZACION_HORARIA_DE_L_SES.pdf

- Instrucciones sobre permisos y vacaciones modificación 2015: https://saludextremadura.ses.es/areasaludnavalalmoral/?sdm_process_download=1&download_id=7384

15. Islas Baleares:

- Instrucción 12/2023, de 9 de noviembre, del director general del Servicio de Salud de las Islas Baleares por la que se dictan criterios para aplicar la jornada laboral anual del personal estatutario en los centros de trabajo dependientes del Servicio de Salud
https://ibsalut.es/docs/rrhh/normativa/instrucciones%20y%20circulares/es/Instrucci%C3%B3n_12_2023_criterios_jornada_laboral_ESP.pdf
- Manual de vacaciones, permisos y medidas de conciliación Islas Baleares:
https://www.ibsalut.es/docs/rrhh/normativa/instrucciones%20y%20circulares/es/2025%20-%20Manual%20vacaciones,%20permisos%20y%20conciliaci%C3%B3n%20a%20ed_ESP.pdf

16. Madrid:

- Resolución de 27 de diciembre de 2013, de la Dirección General de Recursos Humanos del Servicio Madrileño de Salud, por la que se dictan instrucciones en materia de jornada del personal en el ámbito del Servicio Madrileño de Salud.
https://gestion.comunidad.madrid/wleg_pub/secure/normativas/contenidoNormativa.jsf?opcion=VerHtml&nmnorma=8381&eli=true#no-back-button
- Pacto sobre vacaciones, permisos y licencias del personal del SERMAS:
https://mats-sanidad.com/wp-content/uploads/2018/07/PACTO-VACACIONES_PERMISOS-Y-LIBRANZAS_Dic10-15.pdf

17. Castilla y León:

- Decreto-ley 1/2023, de 30 de marzo, por el que se establece la jornada de trabajo de los empleados públicos de la Administración de la Comunidad de Castilla y León.

<https://empleopublico.jcyl.es/web/jcyl/EmpleoPublico/es/Plantilla100Detalle/1246947697738/Normativa/1285264072111/Redaccion>

- Resolución de 12 de agosto de 2013, de la Dirección General de Trabajo y Prevención de Riesgos Laborales, por la que se dispone la inscripción en el Registro Central de Convenios Colectivos de Trabajo, el depósito y la publicación del Pacto sobre régimen de vacaciones y permisos del personal que presta servicios en centros e instituciones sanitarias del Servicio de Salud de Castilla y León, con las organizaciones sindicales presentes en la mesa sectorial del personal de las instituciones sanitarias públicas:
<https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/recursos-humanos/acuerdos-pactos-planes/pactos/vacaciones-permisos.ficheros/611932-PACTO%20VACACIONES%20Y%20PERMISOS%20SACYL%20%2815-JULIO-2013%29L.pdf>

18. Ceuta y Melilla (INGESA):

- Resolución de 15 de mayo de 2026, de la Dirección del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA), por la que se establece la jornada y calendario laboral del personal al servicio de los centros e instituciones sanitarias del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA) para el año 2026:
file:///C:/Users/cgarciahe/Downloads/report_20260512_MS_RESOLUCI%C3%93N+20260515+JORNADA+2026_INGESA_35+HORAS_vd.pdf

Anexo III. Percepción del PTCAE sobre calidad del cuidado, condiciones laborales, autonomía y reconocimiento

Figura A3. 1. Leyenda de los gráficos sobre percepciones acerca de las condiciones laborales

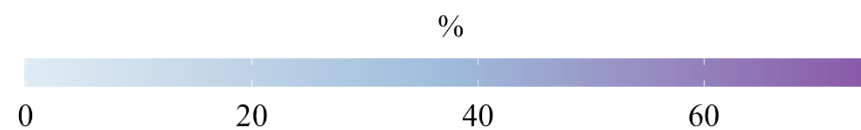


Figura A3. 2. Percepción del PTCAE sobre calidad del cuidado, condiciones laborales, autonomía y reconocimiento según género (%)

	Hombre					Mujer				
	Siempre	Casi siempre	A veces	Raramente	Nunca	Siempre	Casi siempre	A veces	Raramente	Nunca
Valoración de la población	3,15	8,42	22,46	30,00	35,98	1,80	7,57	22,15	27,82	40,66
Valor social del trabajo	71,36	11,65	7,42	5,27	4,31	70,29	9,55	8,26	5,97	5,93
Trabajo mejora resultados	50,90	21,70	15,72	7,50	4,19	50,58	22,94	15,09	7,58	3,81
Promoción del trabajo en equipo	15,52	25,29	27,92	17,87	13,40	14,41	26,50	27,84	17,86	13,39
Participación en grupos de trabajo	17,07	18,75	24,61	18,55	21,02	17,09	20,13	25,56	17,63	19,59
Parte del equipo multidisciplinar	18,11	20,70	25,33	18,83	17,03	17,14	21,75	26,76	17,43	16,92
Parte del equipo de enfermería	22,22	22,82	25,17	16,39	13,40	21,23	23,83	25,97	16,19	12,79
Número suficiente de TCAEs	4,43	18,99	27,16	18,19	31,23	5,48	20,39	26,67	19,85	27,61
Falta de tiempo para cuidados	7,78	23,33	37,77	17,63	13,48	6,30	17,97	38,83	20,56	16,34
Autonomía en la unidad	14,12	23,45	26,49	17,87	18,07	12,29	25,85	27,36	16,89	17,60
Apoyo del supervisor/a	14,92	20,26	23,65	20,02	21,14	15,46	21,06	24,53	18,93	20,02

Figura A3. 3. Percepción del PTCAE sobre calidad del cuidado, condiciones laborales, autonomía y reconocimiento según año de titulación (%)

	Anterior a 1995					Posterior a 1995				
	Siempre	Casi siempre	A veces	Raramente	Nunca	Siempre	Casi siempre	A veces	Raramente	Nunca
Valoración de la población	2,24	9,22	23,39	26,98	38,17	1,79	7,03	21,71	28,42	41,05
Valor social del trabajo	70,82	10,96	7,96	5,27	4,98	70,22	9,26	8,27	6,16	6,09
Trabajo mejora resultados	53,15	22,14	13,79	7,45	3,48	49,61	23,11	15,68	7,62	3,99
Promoción del trabajo en equipo	14,08	24,87	26,76	18,32	15,97	14,68	26,99	28,27	17,68	12,38
Participación en grupos de trabajo	16,17	19,42	24,70	18,77	20,93	17,45	20,24	25,78	17,30	19,24
Parte del equipo multidisciplinar	17,55	21,87	25,26	18,31	17,00	17,10	21,57	27,17	17,26	16,90
Parte del equipo de enfermería	21,18	23,97	24,45	17,25	13,15	21,37	23,65	26,47	15,79	12,72
Número suficiente de TCAEs	6,24	21,99	24,32	20,92	26,53	5,05	19,59	27,65	19,23	28,48
Falta de tiempo para cuidados	5,16	15,34	36,97	23,91	18,62	6,93	19,66	39,43	18,88	15,09
Autonomía en la unidad	12,78	26,87	26,31	16,81	17,23	12,33	25,15	27,67	17,05	17,81
Apoyo del supervisor/a	15,01	21,33	23,98	19,27	20,40	15,58	20,85	24,63	18,93	20,01

Figura A3. 4. Percepción del PTCAE sobre calidad del cuidado, condiciones laborales, autonomía y reconocimiento según posesión de otras titulaciones (%)

	No					Si				
	Siempre	Casi siempre	A veces	Raramente	Nunca	Siempre	Casi siempre	A veces	Raramente	Nunca
Valoración de la población	1,73	7,19	21,49	28,18	41,40	2,06	7,99	22,71	27,88	39,35
Valor social del trabajo	70,13	9,54	8,14	6,09	6,09	70,58	9,89	8,22	5,77	5,55
Trabajo mejora resultados	49,87	22,97	15,30	7,96	3,90	51,16	22,73	15,03	7,27	3,80
Promoción del trabajo en equipo	15,27	26,44	27,82	17,46	13,01	13,92	26,36	27,86	18,16	13,69
Participación en grupos de trabajo	18,46	20,69	25,06	17,50	18,30	16,04	19,49	25,79	17,88	20,80
Parte del equipo multidisciplinar	18,35	21,64	26,36	17,37	16,28	16,37	21,67	26,84	17,70	17,42
Parte del equipo de enfermería	22,34	23,15	25,71	16,26	12,54	20,54	24,18	26,04	16,16	13,07
Número suficiente de TCAEs	5,17	19,49	26,87	19,87	28,61	5,55	20,85	26,60	19,58	27,42
Falta de tiempo para cuidados	6,39	17,85	38,51	20,62	16,63	6,46	18,90	38,91	20,05	15,67
Autonomía en la unidad	13,46	25,32	26,94	16,85	17,43	11,69	25,87	27,55	17,08	17,81
Apoyo del supervisor/a	16,29	21,11	23,78	19,12	19,70	14,75	20,89	24,96	18,96	20,44

Figura A3. 5. Percepción del PTCAE sobre calidad del cuidado, condiciones laborales, autonomía y reconocimiento según institución (%)

	Atención especializada					Atención Primaria					Sociosanitario					Otro				
	Siempre	Casi siempre	A veces	Raramente	Nunca	Siempre	Casi siempre	A veces	Raramente	Nunca	Siempre	Casi siempre	A veces	Raramente	Nunca	Siempre	Casi siempre	A veces	Raramente	Nunca
Valoración de la población	1,95	8,16	23,27	28,08	38,55	3,64	10,56	21,19	28,33	36,28	1,15	3,35	16,34	27,42	51,74	1,47	7,98	20,36	28,50	41,69
Valor social del trabajo	69,69	9,91	8,53	6,03	5,83	68,93	11,39	8,64	5,76	5,28	75,23	8,19	5,60	5,17	5,81	69,87	8,79	10,10	6,35	4,89
Trabajo mejora resultados	53,17	22,57	14,29	6,75	3,22	54,94	22,63	12,28	6,93	3,22	33,96	24,13	21,69	12,64	7,58	47,72	24,92	13,68	8,47	5,21
Promoción del trabajo en equipo	15,29	27,36	27,93	17,06	12,36	15,50	23,59	26,75	19,48	14,68	9,29	22,34	28,07	21,77	18,53	15,15	22,48	25,90	19,54	16,94
Participación en grupos de trabajo	18,05	21,27	25,72	16,99	17,97	15,64	19,89	23,94	19,00	21,54	11,62	12,91	24,69	21,45	29,33	18,40	17,43	24,92	18,24	21,01
Parte del equipo multidisciplinar	18,30	23,10	27,42	16,78	14,40	19,41	22,70	23,05	18,93	15,91	9,64	13,18	23,65	21,51	32,03	19,06	17,92	24,27	18,73	20,03
Parte del equipo de enfermería	23,03	25,24	26,14	15,29	10,30	19,89	22,91	22,98	17,90	16,32	11,76	15,99	25,87	20,86	25,52	20,20	17,92	24,10	17,26	20,52
Número suficiente de TCAEs	4,97	20,66	27,48	19,90	27,00	15,23	28,40	23,18	13,31	19,89	2,92	13,85	24,32	21,42	37,49	12,21	25,57	21,82	17,43	22,96
Falta de tiempo para cuidados	5,70	18,05	39,28	20,67	16,29	6,24	12,48	35,32	23,32	22,63	10,93	23,19	36,96	17,19	11,73	6,19	18,08	37,62	18,57	19,54
Autonomía en la unidad	12,90	26,82	27,60	16,29	16,40	16,80	29,01	24,62	16,19	13,37	7,66	17,86	26,70	21,26	26,51	14,98	21,66	25,57	18,24	19,54
Apoyo del supervisor/a	16,51	22,23	24,67	18,20	18,40	22,09	21,33	23,32	18,52	14,75	6,43	13,69	23,27	24,29	32,32	14,33	19,22	26,22	18,57	21,66

Figura A3. 6. Percepción del PTCAE sobre calidad del cuidado, condiciones laborales, autonomía y reconocimiento según tipo de contrato (%)

	Fijo					Interino					Temporal (inferior a 3 meses)					Temporal (sustitución)					Autónomo					Trabajo a días sueltos				
Valoración de la población	1,84	7,89	22,31	27,86	40,09	1,88	7,55	22,18	27,59	40,80	2,52	7,37	21,46	26,59	42,06	1,90	7,32	22,24	29,78	38,76		5,71	20,00	28,57	45,71	2,51	6,27	21,00	29,15	41,07
Valor social del trabajo	69,93	10,07	8,40	6,05	5,55	70,01	9,61	8,28	6,10	6,01	71,22	8,75	7,18	6,23	6,61	71,90	9,44	7,88	5,10	5,68	65,71	14,29	5,71	14,29		73,04	8,78	8,15	3,45	6,58
Trabajo mejora resultados	52,24	22,81	14,20	7,20	3,54	49,44	22,67	15,63	8,10	4,17	49,43	22,22	15,13	8,71	4,52	48,65	23,72	16,94	7,00	3,69	60,00	14,29	22,86	2,86		43,89	20,38	17,55	11,29	6,90
Promoción del trabajo en equipo	13,46	25,87	27,58	18,26	14,82	14,58	26,36	27,62	18,14	13,30	16,60	28,12	27,64	16,60	11,04	16,92	27,57	28,91	16,20	10,41	20,00	11,43	25,71	25,71	17,14	8,78	23,51	31,35	24,45	11,91
Participación en grupos de trabajo	15,88	19,91	25,22	18,18	20,82	17,88	20,08	25,16	17,54	19,34	18,13	20,17	26,31	17,51	17,89	19,18	20,43	26,05	16,58	17,77	28,57	8,57	25,71	17,14	20,00	11,29	16,93	30,41	19,44	21,94
Parte del equipo multidisciplinar	16,83	22,11	25,89	17,66	17,51	16,91	21,18	26,61	17,86	17,45	18,70	21,41	27,26	16,84	15,79	18,71	21,68	27,88	16,96	14,77	34,29	8,57	25,71	11,43	20,00	9,72	16,93	36,99	19,44	16,93
Parte del equipo de enfermería	20,59	23,94	25,33	16,53	13,60	21,36	23,66	25,72	16,46	12,79	22,84	23,60	27,50	14,13	11,94	23,25	23,61	26,70	15,78	10,67	34,29	2,86	22,86	14,29	25,71	12,85	21,94	32,60	15,99	16,61
Número suficiente de TCAEs	5,85	21,93	25,79	19,08	27,35	4,96	18,65	26,86	20,09	29,43	3,76	17,41	26,55	20,08	32,21	5,59	20,05	29,27	20,61	24,48	14,29	22,86	17,14	20,00	25,71	2,82	10,66	28,84	21,63	36,05
Falta de tiempo para cuidados	5,87	17,46	38,38	21,75	16,54	6,96	19,66	38,90	18,88	15,61	7,99	20,22	39,39	18,46	13,94	6,20	17,99	39,45	19,29	17,07	11,43	11,43	54,29	11,43	11,43	10,03	26,02	33,86	20,69	9,40
Autonomía en la unidad	12,52	27,24	26,67	16,68	16,89	13,37	24,97	27,71	16,96	17,00	11,04	22,69	27,59	17,70	20,98	11,64	23,90	28,17	17,41	18,89	28,57	5,71	25,71	17,14	22,86	6,58	20,06	28,53	19,44	25,39
Apoyo del supervisor/a	13,63	20,99	24,96	19,42	20,99	16,87	20,62	23,62	19,15	19,74	16,27	21,74	23,83	19,31	18,84	18,42	21,62	24,26	17,25	18,46	11,43	22,86	28,57	14,29	22,86	8,15	15,99	29,15	22,88	23,82
	Siempre	Casi siempre	A veces	Raramente	Nunca	Siempre	Casi siempre	A veces	Raramente	Nunca	Siempre	Casi siempre	A veces	Raramente	Nunca	Siempre	Casi siempre	A veces	Raramente	Nunca	Siempre	Casi siempre	A veces	Raramente	Nunca	Siempre	Casi siempre	A veces	Raramente	Nunca

Figura A3. 7. Percepción del PTCAE sobre calidad del cuidado, condiciones laborales, autonomía y reconocimiento según experiencia laboral (%)

	< 5 años					5-9 años					10-14 años					15-19 años					> 20 años				
	Siempre	Casi siempre	A veces	Raramente	Nunca	Siempre	Casi siempre	A veces	Raramente	Nunca	Siempre	Casi siempre	A veces	Raramente	Nunca	Siempre	Casi siempre	A veces	Raramente	Nunca	Siempre	Casi siempre	A veces	Raramente	Nunca
Valoración de la población	2,35	8,10	22,48	28,71	38,37	1,73	6,77	21,49	28,41	41,60	1,85	6,76	20,62	28,01	42,77	1,75	6,81	22,11	28,43	40,90	1,92	9,01	23,44	27,00	38,63
Valor social del trabajo	73,24	8,77	7,25	5,32	5,42	70,81	9,50	7,75	6,13	5,80	69,10	9,56	8,07	6,44	6,83	67,87	9,92	9,00	6,49	6,71	70,12	10,58	8,81	5,52	4,97
Trabajo mejora resultados	48,10	23,27	16,44	7,63	4,55	48,72	23,02	16,50	7,85	3,91	49,89	22,83	15,41	7,85	4,01	50,54	22,93	14,49	8,03	4,01	54,30	22,33	13,32	6,90	3,14
Promoción del trabajo en equipo	16,98	27,86	28,03	16,35	10,78	14,41	26,75	28,42	17,74	12,69	14,10	26,06	28,35	17,85	13,64	13,86	26,61	27,77	18,63	13,13	13,52	25,20	27,00	18,56	15,73
Participación en grupos de trabajo	19,55	20,88	25,43	16,79	17,35	17,67	19,90	25,72	17,34	19,37	16,07	19,55	26,14	18,02	20,23	16,39	19,53	25,29	18,39	20,40	15,85	20,02	25,03	18,14	20,95
Parte del equipo multidisciplinar	18,66	22,40	26,86	17,79	14,29	16,51	20,94	27,45	17,75	17,34	16,56	20,57	27,28	17,21	18,38	16,10	22,18	26,75	17,02	17,95	17,85	22,09	25,36	17,68	17,02
Parte del equipo de enfermería	22,38	23,83	25,78	15,54	12,47	20,93	23,35	26,98	15,49	13,25	21,03	23,39	26,48	16,31	12,79	20,36	24,83	25,80	16,66	12,35	21,61	23,63	24,78	16,98	13,00
Número suficiente de TCAEs	5,80	18,39	27,88	19,80	28,13	4,43	17,75	28,20	20,22	29,39	4,57	19,35	26,74	20,45	28,88	5,13	20,57	26,61	19,72	27,97	6,50	24,00	24,69	18,80	26,02
Falta de tiempo para cuidados	7,25	19,95	38,90	18,89	15,00	7,39	20,93	39,32	18,10	14,26	7,39	20,20	38,68	18,79	14,93	5,93	16,85	40,03	21,16	16,03	4,82	15,20	37,47	23,48	19,02
Autonomía en la unidad	11,76	23,77	27,26	17,58	19,63	12,60	24,83	27,87	17,03	17,67	12,30	25,02	27,28	17,99	17,41	12,09	26,22	27,50	17,10	17,10	13,05	27,58	26,67	15,96	16,74
Apoyo del supervisor/a	16,85	21,05	24,54	19,16	18,39	16,01	20,54	24,16	18,75	20,54	14,95	20,30	24,99	18,45	21,30	15,39	21,21	24,61	19,04	19,75	14,21	21,57	24,27	19,48	20,46

Figura A3. 8. Percepción del PTCAE sobre calidad del cuidado, condiciones laborales, autonomía y reconocimiento según horas semanales (%)

	38-40h					30,5-37,5h					30h o menos				
Valoración de la población	1,8	6,6	20,4	27,5	43,7	2,0	8,3	23,3	28,2	38,2	1,9	8,5	24,1	29,3	36,2
Valor social del trabajo	70,6	8,8	8,0	6,0	6,6	70,4	10,3	8,3	5,8	5,2	68,7	10,6	8,0	6,3	6,4
Trabajo mejora resultados	48,2	22,3	16,2	9,0	4,4	52,2	23,1	14,5	6,7	3,5	51,0	24,6	14,0	6,8	3,6
Promoción del trabajo en equipo	14,0	25,1	28,0	18,8	14,1	14,6	27,1	27,8	17,4	13,1	17,5	28,8	27,0	15,3	11,4
Participación en grupos de trabajo	17,8	18,9	25,3	17,8	20,2	16,5	20,4	25,6	17,8	19,6	17,9	23,7	25,3	15,9	17,2
Parte del equipo multidisciplinar	16,8	20,4	26,6	18,0	18,2	17,4	22,3	26,6	17,6	16,2	18,9	24,0	28,0	13,9	15,2
Parte del equipo de enfermería	21,3	22,5	26,3	16,3	13,6	21,2	24,4	25,7	16,3	12,4	22,9	25,9	25,3	14,1	11,8
Número suficiente de TCAEs	4,0	16,3	26,0	21,6	32,2	6,3	22,8	27,1	18,5	25,2	6,0	22,2	27,6	18,7	25,4
Falta de tiempo para cuidados	7,9	21,0	37,9	19,5	13,7	5,3	16,8	39,4	20,9	17,6	7,6	16,4	38,2	19,9	17,8
Autonomía en la unidad	12,6	24,0	26,9	17,4	19,2	12,3	26,7	27,6	16,7	16,7	12,6	26,6	27,4	17,1	16,3
Apoyo del supervisor/a	14,6	19,6	24,5	19,9	21,4	15,7	21,9	24,6	18,4	19,3	18,5	21,4	22,1	18,8	19,1
	Siempre	Casi siempre	A veces	Raramente	Nunca	Siempre	Casi siempre	A veces	Raramente	Nunca	Siempre	Casi siempre	A veces	Raramente	Nunca

Figura A3. 9. Percepción del PTCAE sobre calidad del cuidado, condiciones laborales, autonomía y reconocimiento según régimen de dedicación (%)

	Tiempo completo					Tiempo parcial				
Valoración de la población	1,9	7,7	22,2	27,9	40,3	1,6	6,9	21,7	30,0	39,7
Valor social del trabajo	70,4	9,7	8,2	5,9	5,8	69,7	10,6	7,8	5,7	6,2
Trabajo mejora resultados	50,9	22,7	15,1	7,5	3,8	46,8	24,3	16,0	8,4	4,4
Promoción del trabajo en equipo	14,4	26,4	27,8	17,9	13,4	15,9	25,8	27,9	17,4	13,0
Participación en grupos de trabajo	17,1	20,0	25,5	17,7	19,7	17,2	20,7	24,4	17,4	20,4
Parte del equipo multidisciplinar	17,3	21,6	26,6	17,6	16,9	16,6	22,1	27,6	16,8	16,9
Parte del equipo de enfermería	21,4	23,8	25,8	16,2	12,7	20,2	23,1	26,7	15,7	14,2
Número suficiente de TCAEs	5,4	20,3	26,7	19,7	27,9	5,1	20,3	26,5	19,3	28,8
Falta de tiempo para cuidados	6,3	18,4	38,7	20,4	16,2	8,5	18,9	38,9	18,8	14,8
Autonomía en la unidad	12,6	25,7	27,3	16,9	17,5	11,0	24,2	27,7	18,0	19,1
Apoyo del supervisor/a	15,4	21,0	24,6	19,0	20,0	15,3	20,8	22,8	19,4	21,7
	Siempre	Casi siempre	A veces	Raramente	Nunca	Siempre	Casi siempre	A veces	Raramente	Nunca

Figura A3. 10. Percepción del PTCAE sobre calidad del cuidado, condiciones laborales, autonomía y reconocimiento según jornada (%)

	Turno de mañana					Turno de tarde					Turno de noche					Rotatorio					Turno 12h				
	Siempre	Casi siempre	A veces	Raramente	Nunca	Siempre	Casi siempre	A veces	Raramente	Nunca	Siempre	Casi siempre	A veces	Raramente	Nunca	Siempre	Casi siempre	A veces	Raramente	Nunca	Siempre	Casi siempre	A veces	Raramente	Nunca
Valoración de la población	2,80	8,26	22,36	27,87	38,71	1,65	6,99	18,60	29,20	43,56	0,95	7,71	19,12	29,12	43,10	1,76	7,55	22,57	27,91	40,21	1,57	6,61	20,63	28,35	42,83
Valor social del trabajo	70,73	9,43	8,37	5,98	5,49	69,86	10,13	7,85	6,44	5,73	67,94	9,04	9,51	6,47	7,04	70,56	9,77	8,10	5,79	5,77	67,09	11,50	7,87	7,09	6,46
Trabajo mejora resultados	53,99	21,45	13,69	7,02	3,85	46,55	22,61	16,72	9,34	4,79	47,86	22,36	16,08	8,56	5,14	49,85	23,30	15,46	7,65	3,73	58,58	21,10	12,76	4,41	3,15
Promoción del trabajo en equipo	15,88	25,22	25,22	18,16	15,52	14,60	25,27	25,27	20,02	14,84	16,46	27,31	25,98	16,18	14,08	13,98	26,57	28,92	17,81	12,72	16,22	31,65	24,41	15,28	12,44
Participación en grupos de trabajo	17,95	19,43	23,02	17,49	22,12	16,56	19,47	22,84	18,37	22,76	16,56	19,79	23,41	16,65	23,60	16,85	20,06	26,38	17,94	18,77	19,21	24,72	26,46	12,91	16,69
Parte del equipo multidisciplinar	21,03	22,34	23,28	16,85	16,50	16,95	22,21	22,53	17,74	20,57	19,03	18,93	25,69	15,89	20,46	16,09	21,51	27,80	17,85	16,74	18,43	23,78	27,87	16,69	13,23
Parte del equipo de enfermería	24,45	22,47	23,20	15,84	14,03	21,98	24,02	23,08	16,95	13,97	24,83	22,45	23,79	15,51	13,42	20,20	24,08	26,88	16,33	12,52	22,99	25,35	26,93	15,12	9,61
Número suficiente de TCAEs	9,14	23,84	24,77	17,67	24,58	5,02	19,39	23,94	20,33	31,32	5,33	19,60	23,98	20,17	30,92	4,39	19,37	27,43	20,23	28,57	5,83	20,94	30,71	18,27	24,25
Falta de tiempo para cuidados	6,26	15,97	36,20	21,37	20,19	7,93	20,09	35,87	21,51	14,60	5,52	14,56	37,96	23,03	18,93	6,48	19,26	39,48	19,85	14,93	5,04	16,85	43,62	18,58	15,91
Autonomía en la unidad	15,19	26,66	25,11	15,97	17,07	13,58	23,31	25,82	18,60	18,68	16,18	26,64	24,26	16,37	16,56	11,40	25,28	28,12	17,30	17,89	14,02	31,18	27,24	13,07	14,49
Apoyo del supervisor/a	19,13	20,53	22,64	18,44	19,26	12,64	18,76	21,90	22,06	24,65	11,51	18,84	23,98	21,31	24,36	14,87	21,23	25,06	18,90	19,94	13,23	25,04	26,46	18,27	17,01

Anexo IV. Distribución de las respuestas a los ítems del Índice de Bienestar de la OMS

La Figura 53 muestra la leyenda que representa una escala de colores degradados: el azul claro indica un porcentaje bajo de respuestas en la categoría específica (cercano a 0,00%), mientras que el púrpura refleja una alta concentración de respuestas (hacia 100,00%).

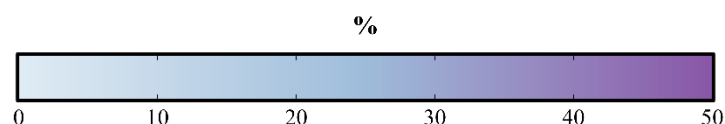


Figura A4. 1. Leyenda de los gráficos sobre distribución de las respuestas a los ítems de la OMS-5

	Hombre						Mujer					
Vida cotidiana llena de cosas que me interesan	11,17	30,91	23,81	16,27	15,44	2,39	12,06	31,66	22,48	14,49	16,91	2,41
Me he despertado fresco/a y descansado/a	5,31	21,14	21,94	19,19	23,73	8,70	5,13	21,15	18,99	20,85	22,93	10,94
Me he sentido activo/a y enérgico/a	9,01	31,59	22,86	18,67	14,80	3,07	7,79	30,66	23,33	19,32	15,99	2,91
Me he sentido tranquilo/a y relajado/a	6,30	30,20	23,21	18,67	18,87	2,75	5,33	29,71	22,68	19,33	19,44	3,52
Me he sentido alegre y de buen humor	7,54	38,29	24,61	14,52	14,04	1,00	6,57	40,72	23,80	14,87	13,31	0,73
	Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Más de la mitad del tiempo	Menos de la mitad del tiempo	De vez en cuando	Nunca	Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Más de la mitad del tiempo	Menos de la mitad del tiempo	De vez en cuando	Nunca

Los titulados anteriores a 1995 presentan un bienestar superior en todos los indicadores evaluados en comparación con los titulados después de ese año.

Figura A4. 2. Distribución de las respuestas a los ítems del OMS-5 según año de titulación

	Anterior a 1995						Posterior a 1995					
Vida cotidiana llena de cosas que me interesan	13,54	34,05	22,31	13,21	14,83	2,06	11,37	30,63	22,71	15,21	17,54	2,54
Me he despertado fresco/a y descansado/a	5,99	24,50	20,07	19,26	20,07	10,12	4,82	19,84	18,94	21,26	24,16	10,99
Me he sentido activo/a y enérgico/a	8,43	34,28	23,62	16,54	14,14	3,00	7,70	29,35	23,15	20,34	16,57	2,89
Me he sentido tranquilo/a y relajado/a	5,73	33,10	22,98	17,34	17,49	3,37	5,30	28,44	22,62	20,03	20,13	3,49
Me he sentido alegre y de buen humor	6,58	42,97	22,39	13,99	13,27	0,80	6,68	39,54	24,45	15,17	13,42	0,74
	Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Más de la mitad del tiempo	Menos de la mitad del tiempo	De vez en cuando	Nunca	Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Más de la mitad del tiempo	Menos de la mitad del tiempo	De vez en cuando	Nunca

Figura A4. 3. Distribución de las respuestas a los ítems del OMS-5 según otra titulación

	No						Sí					
	Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Más de la mitad del tiempo	Menos de la mitad del tiempo	De vez en cuando	Nunca	Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Más de la mitad del tiempo	Menos de la mitad del tiempo	De vez en cuando	Nunca
Vida cotidiana llena de cosas que me interesan	12,71	31,10	22,19	14,37	17,14	2,50	11,42	31,97	22,91	14,86	16,50	2,33
Me he despertado fresco/a y descansado/a	5,52	20,98	18,35	20,45	23,69	11,01	4,87	21,28	19,94	20,89	22,48	10,54
Me he sentido activo/a y enérgico/a	8,31	30,33	22,66	19,34	16,49	2,88	7,59	31,05	23,77	19,21	15,42	2,96
Me he sentido tranquilo/a y relajado/a	5,56	29,61	22,21	19,25	19,74	3,64	5,31	29,86	23,12	19,28	19,12	3,31
Me he sentido alegre y de buen humor	7,03	40,50	23,68	14,68	13,33	0,77	6,36	40,50	24,02	14,96	13,41	0,75

Figura A4. 4. Distribución de las respuestas a los ítems del OMS-5 según institución en la que trabajaban

	Atención Primaria						Atención especializada						Otro						Sociosanitario					
Vida cotidiana llena de cosas que me interesan	14,20	34,50	21,60	13,24	14,47	1,99	12,21	32,37	23,00	14,25	15,96	2,20	10,10	30,13	20,03	17,26	19,22	3,26	10,04	26,00	21,02	17,14	22,15	3,64
Me he despertado fresco/a y descansado/a	7,68	26,54	19,89	17,63	18,11	10,15	5,07	21,66	19,83	20,66	22,59	10,19	5,37	18,57	17,92	24,59	23,62	9,93	4,58	16,44	15,75	21,48	27,32	14,43
Me he sentido activo/a y enérgico/a	10,22	35,25	21,47	16,60	13,51	2,95	7,95	31,67	23,73	18,80	15,14	2,71	7,33	26,06	22,48	20,20	20,85	3,09	6,78	24,18	21,48	22,95	20,46	4,15
Me he sentido tranquilo/a y relajado/a	6,58	33,74	20,92	17,42	17,49	3,84	5,50	30,58	23,22	18,85	18,57	3,27	5,54	25,90	22,80	21,66	20,68	3,42	4,45	23,84	20,41	22,12	24,80	4,39
Me he sentido alegre y de buen humor	7,89	43,35	23,18	12,35	12,07	1,17	6,75	41,66	23,82	14,47	12,63	0,67	7,00	33,88	27,52	15,47	14,98	1,14	5,54	33,53	23,81	17,94	18,13	1,04
	Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Más de la mitad del tiempo	Menos de la mitad del tiempo	De vez en cuando	Nunca	Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Más de la mitad del tiempo	Menos de la mitad del tiempo	De vez en cuando	Nunca	Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Más de la mitad del tiempo	Menos de la mitad del tiempo	De vez en cuando	Nunca	Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Más de la mitad del tiempo	Menos de la mitad del tiempo	De vez en cuando	Nunca

Figura A4. 5. Distribución de las respuestas a los ítems del OMS-5 según tipo de contrato

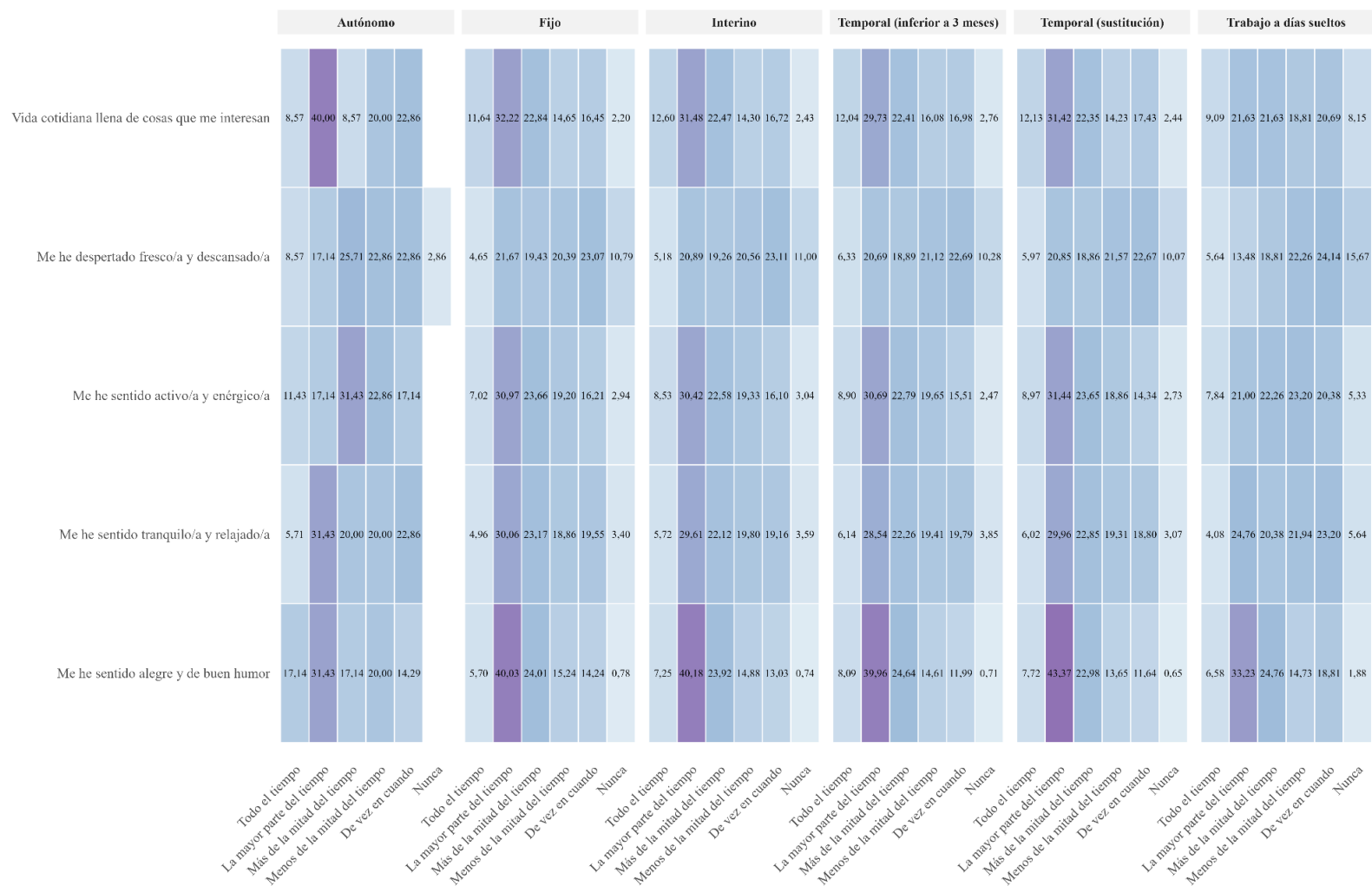


Figura A4. 6. Distribución de las respuestas a los ítems del OMS-5 según experiencia laboral

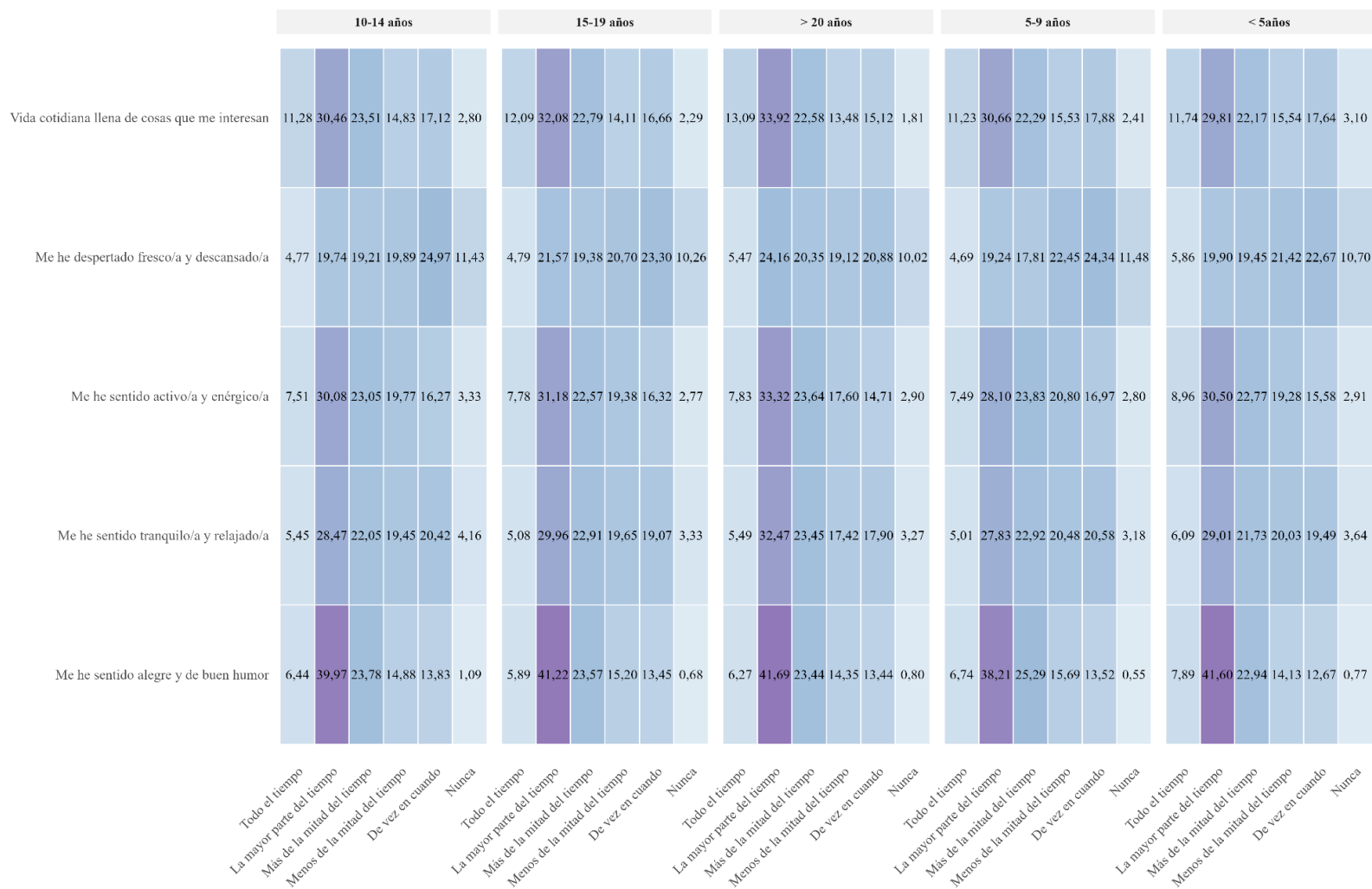


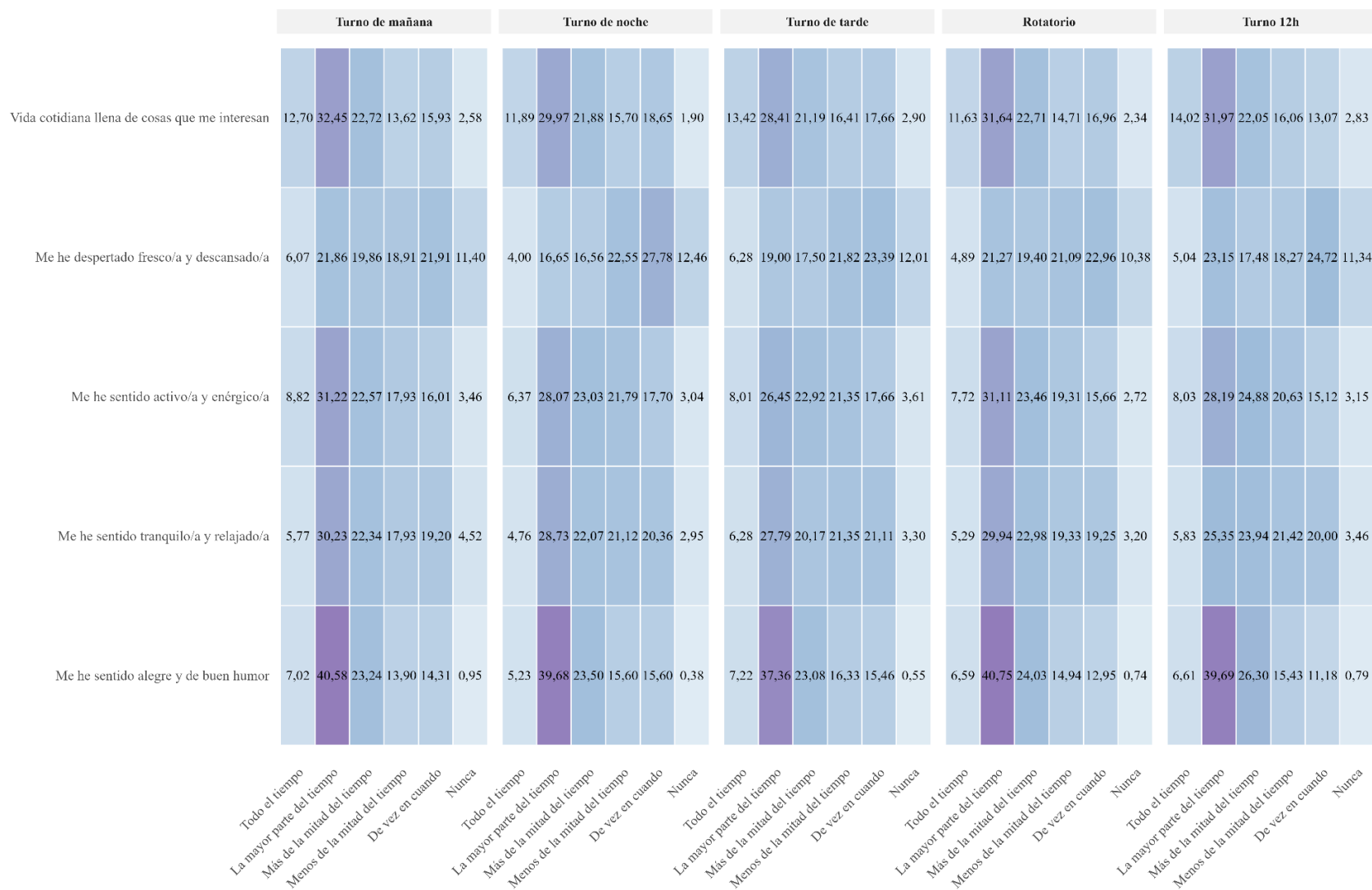
Figura A4. 7. Distribución de las respuestas a los ítems del OMS-5 según horas semanales

	30,5-37,5h						30h o menos						38-40h					
Vida cotidiana llena de cosas que me interesan	11,70	32,83	23,29	14,48	15,76	1,95	12,60	31,39	23,20	13,31	16,16	3,35	12,30	29,85	21,54	15,06	18,32	2,94
Me he despertado fresco/a y descansado/a	5,05	22,05	20,59	20,65	21,66	10,00	6,48	22,14	18,93	20,36	22,35	9,75	5,13	19,73	17,38	20,81	25,01	11,94
Me he sentido activo/a y enérgico/a	7,65	32,13	23,96	18,54	15,13	2,58	8,68	30,53	24,56	17,86	15,09	3,27	8,16	28,77	22,15	20,48	17,06	3,37
Me he sentido tranquilo/a y relajado/a	5,22	31,46	23,42	18,71	18,18	3,01	6,05	30,39	23,84	19,15	16,80	3,77	5,62	27,22	21,57	20,09	21,45	4,06
Me he sentido alegre y de buen humor	6,40	41,92	24,19	14,36	12,45	0,68	7,19	42,99	24,13	12,74	12,17	0,78	6,95	38,16	23,37	15,79	14,86	0,87
	Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Más de la mitad del tiempo	Menos de la mitad del tiempo	De vez en cuando	Nunca	Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Más de la mitad del tiempo	Menos de la mitad del tiempo	De vez en cuando	Nunca	Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Más de la mitad del tiempo	Menos de la mitad del tiempo	De vez en cuando	Nunca

Figura A4. 8. Distribución de las respuestas a los ítems del OMS-5 según régimen de dedicación

	Tiempo completo						Tiempo parcial					
	Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Más de la mitad del tiempo	Menos de la mitad del tiempo	De vez en cuando	Nunca	Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Más de la mitad del tiempo	Menos de la mitad del tiempo	De vez en cuando	Nunca
Vida cotidiana llena de cosas que me interesan	11,99	31,80	22,51	14,66	16,70	2,34	11,80	28,57	23,94	14,51	17,87	3,31
Me he despertado fresco/a y descansado/a	5,13	21,32	19,27	20,65	22,91	10,73	5,35	18,75	19,08	21,46	24,38	10,98
Me he sentido activo/a y enérgico/a	7,87	30,98	23,18	19,28	15,83	2,86	8,33	27,30	24,82	19,03	16,71	3,81
Me he sentido tranquilo/a y relajado/a	5,41	29,97	22,62	19,21	19,39	3,40	5,46	26,59	24,27	20,13	19,36	4,19
Me he sentido alegre y de buen humor	6,62	40,66	23,75	14,79	13,42	0,74	7,06	38,17	25,59	15,50	12,74	0,94

Figura A4. 9. Distribución de las respuestas a los ítems del OMS-5 según jornada laboral



Encuesta relativa a la situación del Personal Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (PTCAE) en España. 2025

En primer lugar, queremos darte las gracias por colaborar en esta encuesta del Ministerio de Sanidad sobre la situación de los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en España 2025. Tu participación es totalmente voluntaria, pero MUY NECESARIA para conocer la empleabilidad y los puestos que ocupan estos profesionales en la actualidad.

Los datos obtenidos en esta encuesta son totalmente anónimos. La encuesta tiene varios apartados y estimamos que el tiempo máximo que utilizarás para responderlas será entre 15-20 minutos.

LOS DATOS SE RECOGEN A TRAVÉS DE LA PLATAFORMA DEL ISCIII Y SON PROPIEDAD DEL MINISTERIO DE SANIDAD. Puedes ponerte en contacto con nosotros a través de este correo electrónico: imacu@sanidad.gob.es. Al finalizar la encuesta podrás descargarte, si lo consideras oportuno, una copia de tus respuestas.

PREGUNTAS RELATIVAS A TUS DATOS DEMOGRÁFICOS

¿Cuál fue tu año de nacimiento?:

Año que cumples 65 años

¿Cuál es tu género?:

- ☐ Mujer
☐ Hombre
☐ Prefiero no responder

País de nacimiento

- ☐ España ☐ Europa Occidental y ☐ Norte de Europa ☐ Sur de Europa ☐ Europa Oriental
☐ Latinoamérica ☐ Otro país de América ☐ Asia ☐ Otro continente

¿Cuál es la composición de tu hogar?

- ☐ Adulto/a soltero/a con hijos
☐ Adulto/a soltero/a sin hijos
☐ Pareja con hijos
☐ Pareja sin hijos
☐ Otro tipo de hogar con hijos
☐ Otro tipo de hogar sin hijos

PREGUNTAS RELATIVAS A TU FORMACIÓN, TU SITUACIÓN LABORAL Y TU PUESTO DE TRABAJO

Con respecto a tú formación, indica que titulación/es tienes que te habilita a trabajar como TCAE:

- ☐ Técnico Auxiliar, rama sanitaria, /FP/Otros/ anterior a 1995
- ☐ Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, posterior a 1995

Campo combinado para tener una respuesta solo en lo del título _____

Con respecto a tú formación, indica que titulación/es tienes que te habilita a trabajar como TCAE:

- ☐ Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, posterior a 1995

Año en el que finalizaste la formación que te habilita para trabajar como TCAE.

Por favor, revisa los datos sobre tu año de nacimiento [fecha_naci] y el año de obtención del título [aniotitulo]... Se supone que debería haber como mínimo una diferencia de entre 16 y 21 años.

¿Qué otras titulaciones tienes superiores además de la que te habilita a trabajar como TCAE?

- ☐ Técnico Superior Sanitario
- ☐ Técnico Superior no Sanitario
- ☐ Bachiller, BUP/COU
- ☐ Titulación Universitaria Sanitaria
- ☐ Titulación Universitaria no Sanitaria
- ☐ Ninguna más

¿En qué provincia tienes contrato a fecha de HOY? En caso de no tener contrato, ¿desde qué provincia respondes esta encuesta?

- ☐ Albacete ☐ Alicante/Alacant ☐ Almería ☐ Araba/Álava ☐ Asturias ☐ Ávila ☐ Badajoz
☐ Balears, Illes ☐ Barcelona ☐ Bizkaia ☐ Burgos ☐ Cáceres ☐ Cádiz ☐ Cantabria
☐ Castellón/Castelló ☐ Ceuta ☐ Ciudad Real ☐ Córdoba ☐ Coruña, A ☐ Cuenca
☐ Gipuzkoa ☐ Girona ☐ Granada ☐ Guadalajara ☐ Huelva ☐ Huesca ☐ Jaén
☐ León ☐ Lleida ☐ Lugo ☐ Madrid ☐ Málaga ☐ Melilla ☐ Murcia ☐ Navarra
☐ Ourense ☐ Palencia ☐ Palmas, Las ☐ Pontevedra ☐ Rioja, La ☐ Salamanca
☐ Santa Cruz de Tenerife ☐ Segovia ☐ Sevilla ☐ Soria ☐ Tarragona ☐ Teruel
☐ Toledo ☐ Valencia/València ☐ Valladolid ☐ Zamora ☐ Zaragoza

¿Desde qué año estás trabajando como TCAE?

Por favor, revisa los datos sobre tu año de obtención del título [aniotitulo]... y desde qué año estás trabajando como TCAE [anio_trabajo]. Se supone que debería haber como mínimo una diferencia de 1 año.

¿Cuántos años aproximadamente has trabajado como TCAE hasta la fecha de HOY?

- ☐ Menos de 5 años
☐ 5 o más años y menos de 10 años
☐ 10 o más años y menos de 15 años
☐ 15 o más años y menos de 20 años
☐ 20 años o más

A fecha de HOY, ¿qué tipo de contrato tienes?

- ☐ Fijo
☐ Interino
☐ Temporal de corta duración (inferior a 3 meses)
☐ Temporal de duración desconocida (sustitución)
☐ Autónomo como TCAE (trabajo/asistencia a domicilio)
☐ Trabajo a días sueltos
☐ No estoy contratada

¿Cuántos contratos distintos ha tenido los ULTIMOS 12 MESES?

- ☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5
☐ Más de 5 contratos y menos de 10
☐ 10 contratos o más

A fecha de HOY, ¿qué tipo de jornada laboral tienes contratada?

- ☐ Contrato a tiempo completo
☐ Contrato de tiempo parcial
☐ Otro

Tu jornada de trabajo, a fecha de HOY, es:

- ☐ Fijo de Mañanas
- ☐ Fijo de Tardes
- ☐ Fijo de Noches
- ☐ Rotatorio mañanas y tardes
- ☐ Rotatorio mañanas/tardes y noches
- ☐ Turnos 12 horas fijo día
- ☐ Turnos 12 horas fijo noches
- ☐ Turnos de 12 horas rotatorios
- ☐ Turno 7/17 horas
- ☐ Otros

Por favor, indica las horas que realizas actualmente en tu jornada semanal (si las horas semanales varían, calcula una semana promedio).

- ☐ 40 ☐ 39 ½ ☐ 39 ☐ 38 ½ ☐ 38 ☐ 37 ½ ☐ 37 ☐ 36 ½ ☐ 36 ☐ 35 ½
- ☐ 35 ☐ 34 ½ ☐ 34 ☐ 33 ½ ☐ 33 ☐ 32 ½ ☐ 32 ☐ 31 ½ ☐ 31 ☐ 30 ½
- ☐ 30 ☐ menos de 30h de promedio a la semana

¿En qué tipo de centro/institución estás trabajando a fecha de HOY?

- ☐ Hospital público
- ☐ Hospital concertado
- ☐ Hospital privado
- ☐ Hospital público crónicos
- ☐ Atención Primaria/Centro de salud/Unidad Básica de Salud
- ☐ Residencia pública (geriátrica, dependencia, discapacidad)
- ☐ Residencia privada (geriátrica, dependencia, discapacidad)
- ☐ Residencia concertada (geriátrica, dependencia, discapacidad)
- ☐ Consultas/Hospital de día
- ☐ Clínica privada/Consulta privada (odontológicas, dermatológicas, ginecológicas, traumatológicas, cirugía plástica, etc...)
- ☐ Trabajo a domicilio/casas tuteladas
- ☐ Cuidadora de personas a domicilio o en institución
- ☐ Centro educativo (público o privado)
- ☐ Otro

Unidad/Servicio en el que MAYORITARIAMENTE realizaste tu ÚLTIMO turno de trabajo

- ☐ Servicio de Urgencias
- ☐ Unidad de Cuidados Intensivos
- ☐ Unidad de Hospitalización Médica
- ☐ Unidad de Hospitalización Quirúrgica
- ☐ Unidad de Hospitalización de Pediatría
- ☐ Sala de Partos.
- ☐ Unidad de Hospitalización de Salud mental
- ☐ Rotante en varias unidades/servicios
- ☐ Quirófanos, Radiología intervencionista, Hemodinamia u otros servicios similares CON atención a pacientes.
- ☐ Esterilización u otros servicios centrales SIN atención a pacientes
- ☐ Consultas
- ☐ Otra unidad/servicio no descrita/o anteriormente

¿Cuántos pacientes/personas tenías asignados/as en tu último turno de trabajo?

Por favor, trata de ser lo más preciso/a posible en tu cálculo.

☐ En mi servicio no se atienden pacientes

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7
- ☐ 8
- ☐ 9
- ☐ 10
- ☐ 11
- ☐ 12
- ☐ 13
- ☐ 14
- ☐ 15
- ☐ 16
- ☐ 17
- ☐ 18
- ☐ 19
- ☐ 20
- ☐ 21
- ☐ 22
- ☐ 23
- ☐ 24
- ☐ 25
- ☐ 26
- ☐ 27
- ☐ 28
- ☐ 29
- ☐ 30
- ☐ 31
- ☐ 32
- ☐ 33
- ☐ 34
- ☐ 35
- ☐ 36
- ☐ 37
- ☐ 38
- ☐ 39
- ☐ 40
- ☐ 41
- ☐ 42
- ☐ 43
- ☐ 44
- ☐ 45
- ☐ 46
- ☐ 47
- ☐ 48
- ☐ 49
- ☐ 50
- ☐ 51
- ☐ 52
- ☐ 53
- ☐ 54
- ☐ 55
- ☐ 56
- ☐ 57
- ☐ 58
- ☐ 59
- ☐ 60
- ☐ 61
- ☐ 62
- ☐ 63
- ☐ 64

- ☐ 65
- ☐ 66
- ☐ 67
- ☐ 68
- ☐ 69
- ☐ 70
- ☐ 71
- ☐ 72
- ☐ 73
- ☐ 74
- ☐ 75

En tu unidad, ¿se cuenta con el suficiente número de TCAEs para proporcionar cuidados de calidad a los pacientes?

En tu unidad, ¿consideras que tu trabajo diario con el paciente contribuye a mejorar sus resultados en salud? _____

En tu unidad, ¿con cuánta frecuencia tienes que dejar de realizar, por falta de tiempo, actividades propias del cuidado de los pacientes? _____

En tu unidad, ¿sientes que te consideran parte del equipo de enfermería?: _____

En tu unidad, ¿sientes que te consideran parte integrante del equipo multidisciplinar? _____

En tu unidad, ¿te tienen en cuenta para participar en los Grupos de Trabajo? _____

¿Consideras que tienes, en tu unidad, autonomía para decidir sobre la forma de realizar tu trabajo? _____

En tu unidad, ¿habitualmente recibes ayuda y apoyo de tu inmediato superior/supervisor/a? _____

En tu unidad, ¿se promueve activamente el trabajo en equipo, y se lleva a cabo de forma habitual? _____

¿Crees que la población valora adecuadamente el trabajo de los TCAE? _____

AHORA TE PREGUNTAMOS POR LA APRECIACIÓN PERSONAL QUE TIENES DE TU PROFESIÓN: ¿Consideras que tu trabajo es valioso socialmente?

En tu institución, ¿en qué medida recibes formación continuada para la adaptación y actualización profesional en tu puesto de trabajo?

- ☐ Mucha
- ☐ Bastante
- ☐ Suficiente
- ☐ Poco
- ☐ Nada

¿Cuál crees que es la principal contribución de tu profesión a la población que atiendes y al sistema de salud?. Marca las TRES que tu consideres mas importantes.

- ☐ Ayudar a mejorar la calidad de vida de las personas a las que atiendo
- ☐ Ayudar a la prevención de infecciones y complicaciones que garantizan la seguridad del paciente y facilitan su recuperación
- ☐ Contribuir a un mayor bienestar general de las personas a las que atiendo
- ☐ Contribuir a garantizar la continuidad en la prestación de cuidados
- ☐ Contribuir a una mejor organización, mejorando la comunicación y la coordinación entre los diferentes profesionales de la salud.
- ☐ Contribuir a la recuperación del estado de salud de las personas a las que atiendo
- ☐ Contribuir a resolver el proceso asistencial de las personas que atiendo con la mayor calidad
- ☐ Otra no identificada anteriormente

¿Qué aspectos de tu trabajo te motivan especialmente? Marca los TRES aspectos más importantes para ti.

- ☐ Adquirir nuevos conocimientos y habilidades, mejorando mi desempeño profesional.
- ☐ Aumentar mi satisfacción personal, trabajando con las personas a las que atiendo y ver cómo mejoran su salud y bienestar.
- ☐ Mejorar mi conocimiento y capacidad de utilizar correctamente los equipos y la tecnología.
- ☐ Mejorar mis habilidades de comunicación efectiva, consiguiendo que sea más clara y efectiva con las personas a las que atiendo, sus familias y el equipo de salud.
- ☐ Mejorar mi capacidad para identificar y resolver problemas que puedan surgir en la atención a las personas.
- ☐ Mejorar mi empatía y compasión con las personas a las que atiendo brindándoles apoyo emocional y tranquilidad.
- ☐ Incrementar mi capacidad para aprender nuevas habilidades y conocimientos, adaptándose a los cambios en la atención de salud.
- ☐ Otro no indentificado anteriormente

Puedes responder la encuesta de una sola vez, lo que te recomendamos, ya que no es muy larga... Pero, si decides seleccionar la opción de "guardar y volver más tarde", necesitarás enviarte por correo electrónico el enlace de la encuesta y su código de retorno. Ten en cuenta que, dado que las encuestas son anónimas, tu dirección de correo electrónico no se asociará, ni almacenará EN NINGUN CASO con tus respuestas y solo lo utilizará para enviarte la forma de volver de nuevo para acabar de cumplimentarla.

PREGUNTAS RELATIVAS A LA RELACIÓN ENTRE PROFESIÓN Y CALIDAD DE VIDA

¿Consideras que tus turnos facilitan tu conciliación con tu vida personal y profesional?

- ☐ SI
- ☐ NO
- ☐ PARCIALMENTE

En general, ¿en qué medida dirías que tu trabajo facilita el equilibrio entre vida personal y profesional?

- ☐ En grado muy alto
- ☐ En un grado alto
- ☐ En un grado moderado
- ☐ En grado pequeño
- ☐ En un grado muy pequeño

En general, ¿en qué medida tus turnos te facilitan un descanso adecuado?

- ☐ En grado muy alto
- ☐ En un grado alto
- ☐ En un grado moderado
- ☐ En grado pequeño
- ☐ En un grado muy pequeño

¿Te sientes satisfecha/o con tu profesión?

- ☐ SI
- ☐ NO
- ☐ PARCIALMENTE

¿Puedes señalar las TRES principales causas por las que NO estás, total o parcialmente, satisfecho con tu profesión?
(Puedes marcar un máximo de TRES o un mínimo de UNA)

- ☐ Habitualmente, en mi profesión, hay mala relación con los superiores/supervisores.
- ☐ Habitualmente, en mi profesión, hay exceso de carga de trabajo.
- ☐ Habitualmente, en mi profesión, hay falta de personal.
- ☐ Habitualmente, en mi profesión, las funciones de mi colectivo NO están reconocidas.
- ☐ Habitualmente, en mi profesión, existe nulo/poco reconocimiento profesional.
- ☐ Habitualmente, en mi profesión, debo trabajar a turnos.
- ☐ Habitualmente, en mi profesión, existe un sentimiento de estar infravalorada/o.
- ☐ Habitualmente, en mi profesión, tenemos escasez de recursos materiales.
- ☐ Ninguna de las anteriores

A continuación, te mostramos algunas propuestas que podrían mejorar tu profesión; marca las TRES que tú consideras más prioritarias:

(Puedes marcar un máximo de TRES o un mínimo de UNA)

- ☐ Reconocimiento de competencias
- ☐ Aumento de competencias que conlleven reflejo en el entorno laboral.
- ☐ Mejoras laborales que permitan mayor conciliación de la vida familiar.
- ☐ Mejorar los contenidos y aumentar el número de horas del grado medio de TCAE.
- ☐ Mejorar la formación continuada y adaptarla al desempeño real.
- ☐ Disminución de la jornada laboral
- ☐ Creación del puesto de coordinador/a de TCAE.
- ☐ Reconocimiento de méritos y un plan de carrera profesional específico para TCAE
- ☐ Ajustar la carga asistencial de los TCAE en función del perfil y complejidad de cada unidad
- ☐ Poder establecer los turnos de trabajo en coordinación con superiores y compañeros
- ☐ Asignación de puestos por áreas de competencia: médicas, quirúrgicas, servicios especiales, consultas..
- ☐ Ninguna de las anteriores

¿Te sientes satisfecha/o con tu puesto actual de trabajo?

- ☐ SI
- ☐ NO
- ☐ PARCIALMENTE

¿Puedes señalar las TRES principales causas por las que NO estás, total o parcialmente, satisfecho con el trabajo que realizas actualmente en tu institución?

(Puedes marcar un máximo de TRES o un mínimo de UNA)

- ☐ En mi puesto actual, tengo mala relación con mi superior/supervisor/a.
- ☐ En mi puesto actual, tengo exceso de cargas de trabajo.
- ☐ En mi puesto actual, percibo que hay falta de personal.
- ☐ En mi puesto actual, no se reconocen mis funciones.
- ☐ En mi puesto actual, siento un nulo/poco reconocimiento profesional.
- ☐ En mi puesto actual, estoy descontenta con los turnos de trabajo.
- ☐ En mi puesto actual, siento que estoy infravalorada/o.
- ☐ En mi puesto actual, hay escasez de recursos materiales.
- ☐ Ninguna de las anteriores.

¿Si se dieran las circunstancias personales favorables, ¿cuándo tienes previsto jubilarte?

- ☐ Cuando cumpla la edad reglamentaria
- ☐ Antes de que cumpla la edad reglamentaria
- ☐ Después de que cumpla la edad reglamentaria
- ☐ No lo he pensado todavía

¿Si se dieran las circunstancias personales favorables, ¿cuándo tienes previsto jubilarte?

- ☐ Cuando cumpla la edad reglamentaria
- ☐ Antes de que cumpla la edad reglamentaria
- ☐ Después de que cumpla la edad reglamentaria
- ☐ No lo he pensado todavía

Si apareciesen estas opciones de jubilación, ¿cambiarías tu opción por alguna de ellas?

- ☐ Sí, optaría por la jubilación anticipada
- ☐ Sí, optaría por la jubilación parcial con contrato de relevo
- ☐ Sí, optaría por la jubilación parcial con contrato de sustitución
- ☐ No cambiaría mi opción

Si se dieran las circunstancias personales favorables, ¿dejarías tu profesión en los próximos 12 meses?

- ☐ SI
- ☐ NO
- ☐ De manera inmediata

Marca las TRES razones por las que, si se dieran las circunstancias, abandonarías tu profesión.

- ☐ Dificultades en la conciliación familiar
- ☐ Sentimiento de pertenecer a una profesión que no está valorada
- ☐ Bajo salario
- ☐ Condiciones laborales desfavorables
- ☐ Turnos rotatorios
- ☐ Turnos de noche
- ☐ Desmotivación
- ☐ Mala relación con el mando intermedio/supervisor/a
- ☐ No puedo desempeñar mi trabajo de manera adecuada debido a la sobrecarga física que implica
- ☐ No puedo desempeñar mi trabajo de manera adecuada debido a la sobrecarga mental que implica

¿Cuál es mayoritariamente tu rol profesional?

NOTA: Es decir, al que habitualmente dedicas el mayor porcentaje de tu tiempo de trabajo.

- ☐ Rol asistencial
- ☐ Rol gestor
- ☐ Rol docente

Hace un par de meses, la Organización Mundial de la Salud (OMS) impulsó una encuesta sobre salud mental y bienestar en profesionales sanitarios, especialmente en Europa, para comprender mejor los desafíos que enfrentan en su entorno laboral.. Su objetivo era: Identificar las necesidades del sector para desarrollar estrategias que aborden la salud mental y el bienestar de los profesionales sanitarios. Su impacto: Los resultados de la encuesta servirán de base para que los responsables políticos y las autoridades sanitarias puedan implementar medidas para mejorar las condiciones de trabajo y la salud mental de los profesionales sanitarios.

Este primer bloque de preguntas forman parte del los cuestionarios GAD-7 y PHQ-9. Por favor, indique para cada una de las cinco afirmaciones cuál define mejor cómo te has sentido durante las ÚLTIMAS DOS SEMANAS.

Ten en cuenta estos criterios a la hora de responder:

Nunca: No he sentido esta sensación o no me ha molestado.

Algunos días: He sentido esta sensación o ha sido una molestia en algunos días de los últimos 14.

Más de la mitad de los días: He sentido esta sensación o ha sido una molestia en más de la mitad de los días de los últimos 14.

Casi todos los días: He sentido esta sensación o ha sido una molestia en casi todos los días de los últimos 14.

	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casí cada día
Poco interés o alegría por hacer cosas	☐	☐	☐	☐
Sensación de estar decaído/a, deprimido/a o desesperanzado/a	☐	☐	☐	☐
Problemas para quedarse dormido/a, para seguir durmiendo o dormir demasiado	☐	☐	☐	☐
Sensación de cansancio o de tener poca energía	☐	☐	☐	☐
Poco apetito o comer demasiado	☐	☐	☐	☐

Sentirse mal consigo mismo/a; sentir que es un/a fracasado/a o que ha decepcionado a su familia o a sí mismo/a	☐	☐	☐	☐
Problemas para concentrarse en algo, como leer el periódico o ver la televisión	☐	☐	☐	☐
¿Se ha movido o hablado tan lentamente que otras personas podrían haberlo notado? O lo contrario, muy inquieto/a o agitado/a, que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	☐	☐	☐	☐
Pensamientos de que estaría mejor muerto/a o de querer hacerse daño de algún modo	☐	☐	☐	☐
Sentirse nervioso/a, angustiado/a o muy tenso/a	☐	☐	☐	☐
Ser incapaz de dejar de preocuparse o de controlar la preocupación	☐	☐	☐	☐
Preocuparse demasiado por diferentes cuestiones	☐	☐	☐	☐
Tener problemas para relajarse	☐	☐	☐	☐
Estar tan inquieto/a que le resulta difícil permanecer sentado/a	☐	☐	☐	☐
Enfadarse o irritarse con facilidad	☐	☐	☐	☐
Sentir miedo de que algo terrible pueda ocurrir	☐	☐	☐	☐

Suma PHQ-9

Interpretación de la puntuación:

0-4: Ausencia de síntomas depresivos

5-9: Depresión leve

10-14: Depresión moderada

15-19: Depresión moderadamente severa

20-27: Depresión severa

Suma GDA-7

Interpretación de la puntuación:

0-4: Ansiedad mínima.

5-9: Ansiedad leve.

10-14: Ansiedad moderada.

15-21: Ansiedad grave.

**Este segundo bloque de preguntas forman parte del "Índice de Bienestar Cinco de la OMS".
Por favor, indique para cada una de las cinco afirmaciones cuál define mejor cómo se ha
sentido usted durante las ÚLTIMAS DOS SEMANAS**

	Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Más de la mitad del tiempo	Menos de la mitad del tiempo	De vez en cuando	Nunca
Me he sentido alegre y de buen humor	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Me he sentido tranquilo/a y relajado/a	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Me he sentido activo/a y enérgico/a	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Me he despertado fresco/a y descansado/a	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mi vida cotidiana ha estado llena de cosas que me interesan	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Total Índice de Bienestar de la OMS

Interpretación de la puntuación:

Puntaje alto (cerca de 100): Indica un buen estado de bienestar mental.

Puntaje bajo (cerca de 0): Puede sugerir la necesidad de investigar más a fondo el estado de bienestar mental de la persona.

No hay punto de corte establecido, hasta donde yo sé, hablan de cambios porcentuales en el seguimiento (<https://es.scribd.com/document/456658143/WHO5-Spanish-pdf>)

FINALMENTE, te pedimos que imagines una escalera con peldaños numerados del cero en la base al diez en la cima o peldaño más alto.

AHORA, supongamos que la parte superior de la escalera representa la mejor vida posible para ti y la parte inferior de la escalera representa la peor vida posible para ti.

¿Podrías señalarnos, **EN ESTE MOMENTO**, en qué peldaño de la escalera te situarías?

0 5 10

=====

(Coloque una marca en la escala de arriba)

Agradecemos que hayas contestado a esta encuesta. Ten en cuenta que los cuestionarios incompletos no podrán tenerse en cuenta para los resultados que se publiquen de esta encuesta, por favor revisa que has contestado todos los campos obligatorios.

Para finalizar, solo necesitamos que respondas a una última pregunta. Muchas gracias por tu colaboración.

Declaro que los datos que he respondido son los que yo puedo ofrecer desde mi experiencia como TCAE y que es la única vez que relleno esta encuesta. NOTA: Si responde NO, todos los datos que haya incluido en esta encuesta no serán tenidos en cuenta.

- ☐ Confirmo que he tratado de responder a las preguntas aportando la información que yo puedo ofrecer desde mi experiencia como TCAE y que es la única vez que respondo esta encuesta.
- ☐ No lo puedo confirmar (los datos de TU cuestionario NO SE INCLUIRÁN EN LOS RESULTADOS DE ESTA ENCUESTA).

Este informe constituye el mayor análisis descriptivo realizado hasta la fecha sobre el colectivo de Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en el Sistema Nacional de Salud y el sector sociosanitario, basado en una muestra de **30.954 profesionales**.

El **Perfil Profesional** muestra una profesión altamente feminizada (91% mujeres) y con una media de edad de 47 años, donde un 27% del personal prevé acogerse a la jubilación anticipada, lo que plantea retos para la planificación de recursos humanos.

Las **condiciones Laborales** señalan que el 48% cuenta con vinculación fija, aunque persisten índices de temporalidad e interinidad relevantes.

La **carga de trabajo** se identifica como el principal factor de insatisfacción laboral, señalado por el 73% de las profesionales que manifiestan descontento.

Desarrollo Profesional existe una demanda mayoritaria (60%) orientada hacia un mayor reconocimiento de competencias y el desarrollo de la carrera profesional, en consonancia con la evolución de los cuidados.

Los indicadores de **bienestar emocional** muestran áreas de atención prioritaria: el **37% presenta sintomatología compatible con depresión leve o moderada** y un **40% manifiesta sintomatología de ansiedad leve**, resultados que guardan relación con las condiciones del entorno laboral y la percepción de reconocimiento.

Este informe proporciona un marco analítico para la adecuación de las políticas de recursos humanos a las necesidades del colectivo. Se resalta la importancia de actualizar el marco competencial y profesional, permitiendo que el talento de estas profesionales contribuya de forma plena a la sostenibilidad y a la mejora continua de los servicios públicos de salud.

Ministerio de Sanidad

Secretaría de Estado de Sanidad



MINISTERIO
DE SANIDAD