

Situación laboral y déficit de trabajadoras del SAAD

Diagnóstico e itinerarios laborales y vitales

11 de julio de 2025



MINISTERIO
DE DERECHOS SOCIALES,
CONSUMO
Y AGENDA 2030

Con la colaboración de 40dB y SiS

Índice

Resumen ejecutivo	5
Introducción	7
1. Revisión de la literatura.....	9
2. Evolución y distribución territorial del empleo en el SAAD.....	13
3. Caracterización sociodemográfica y laboral de las trabajadoras	25
4. Condiciones laborales en el sector cuidados	31
5. Estado de salud de las trabajadoras y absentismo laboral	37
6. Trayectorias profesionales.....	44
Anexo I. Bibliografía.....	53
Anexo II. Metodología de análisis cuantitativo	55
Anexo III. Metodología de análisis cualitativo.....	56
Anexo IV. Información cualitativa sobre las migrantes contratadas al margen del SAAD	57
Anexo V. Resumen de hallazgos del análisis cualitativo	58

Índice de figuras

Figura 1. Tasa de dependencia actual y proyectada en los países de la Unión Europea.	13
Figura 2. Trabajadoras formales en CLD por cada 100 habitantes de más de 65 años o más. 2011 y 2023.	14
Figura 3. Salario medio por hora de las trabajadoras de CLD. Porcentaje sobre el salario medio del país, 2018.	15
Figura 4. Relación entre gasto en CLD relacionado con salud, número de trabajadoras (2021) y condiciones salariales (2018).	15
Figura 5. Crecimiento acumulado en las ramas de actividad de CLD y semejantes. Índice= 100 en 2014, promedio anual.	16
Figura 6. Personas afiliadas en las ramas de actividad de CLD. Promedio 2024.	17
Figura 7. Personas afiliadas en CLD. Promedio anual por comunidad autónoma, 2024.	17
Figura 8. Porcentaje de afiliados sobre el total. Promedio anual por comunidad autónoma, 2024.	18
Figura 9. Ratio de prestaciones en Servicios de Atención Residencial por cada 100 habitantes mayores de 65 años. Diciembre de 2024.	19
Figura 10. Ratio de prestaciones de Ayuda a domicilio y centros de día y noche por cada 100 habitantes mayores de 65 años. Diciembre de 2024.	19
Figura 11. Ratio de afiliados en Actividades en establecimientos residenciales en promedio anual por cada 100 habitantes mayores de 65 años a nivel provincial, 2024.	21
Figura 12. Ratio de afiliados en actividades en S.S. sin alojamiento en promedio anual por cada 100 habitantes mayores de 65 años a nivel provincial, 2024.	21
Figura 13. Ratio de afiliados en Actividades en establecimientos residenciales en promedio anual por cada 100 habitantes mayores de 65 años a nivel municipal, 2024.	22
Figura 14. Ratio de afiliados en actividades en S.S. sin alojamiento en promedio anual por cada 100 habitantes mayores de 65 años a nivel municipal, 2024.	23
Figura 15. Promedio de la ratio de afiliados por cada 100 habitantes mayores de 65 años por tamaño del municipio, 2024.	24
Figura 16. Promedio de la ratio de afiliados por cada 100 habitantes mayores de 65 años por cuartil de población relativa mayor de 65 en el municipio, 2024.	24
Figura 17. Distribución de las personas trabajadoras en CLD, por sexo. Promedio anual, 2024.	25
Figura 18. Distribución de las personas trabajadoras en CLD, por edad. Promedio anual, 2024.	26
Figura 19. Distribución de las personas trabajadoras en CLD, por país de origen. Promedio anual, 2024.	27
Figura 20. Porcentaje de trabajadoras extranjeras, por sector. Promedio anual, 2014 y 2024.	28
Figura 21. Distribución de las personas trabajadoras en CLD, por nivel formativo. Promedio anual, 2024.	29
Figura 22. Distribución de las personas trabajadoras en CLD, por ocupaciones. Promedio anual, 2024.	29
Figura 23. Porcentaje de trabajadoras en función de si realizan cursos de formación (reglados o no reglados). 2024.	30
Figura 24. Tipos de contrato en función de su duración (% sobre total de afiliados al Régimen General), promedio 2024.	31
Figura 25. Salario anual bruto promedio de los trabajadores, 2023.	32
Figura 26. Distribución de las empresas en función de su tamaño, 2024.	33
Figura 27. Costes laborales promedio por trabajador según el tamaño de la empresa, 2023.	33
Figura 28. Diferencia de horas trabajadas entre horas pactadas en el contrato por tipo de jornada (horas a la semana), 2024.	34
Figura 29. Tasa de parcialidad (% empleo total), 2024.	34
Figura 30. Personas trabajadoras a jornada parcial involuntaria (% empleo a jornada parcial), 2024.	35
Figura 31. Personas pluriempleadas (% empleo total), 2024.	35
Figura 32. Porcentaje de encuestadas según su nivel de estrés en su trabajo, siendo 1 nada de estrés y 7 muy estresado, 2023.	36
Figura 33. Porcentaje de encuestadas según su nivel de satisfacción en su trabajo, siendo 1 nada de satisfacción y 7 muy satisfecho, 2023.	37
Figura 34. Porcentaje de trabajadoras que ha padecido alguna vez alguna de las siguientes enfermedades por grupo de edad, 2023.	39

Figura 35. Porcentaje de trabajadoras con diagnóstico médico de las siguientes enfermedades por grupo de edad, 2023	39
Figura 36. Porcentaje de trabajadoras que ha consumido medicamentos durante las dos semanas anteriores a la encuesta por grupos de edad, 2023	40
Figura 37. Porcentaje de trabajadoras que se ha ausentado del trabajo por problemas de salud en los últimos 12 meses (izq.) y promedio de días de ausencia (dcha.), 2023	41
Figura 38. Accidentes de trabajo con baja laboral por cada cien mil trabajadores, 2023	42
Figura 39. Accidentes de trabajo in itinere con baja laboral por cada cien mil trabajadores, 2023	42
Figura 40. Incidencia de enfermedades profesionales con baja y sin baja (número de partes comunicados por cien mil trabajadores), 2024	43
Figura 41. Duración media de las bajas por enfermedades profesionales: partes cerrados y en proceso (días), 2024	44
Figura 42. Duración promedio y mediana del periodo total de afiliación al sector por persona trabajadora entre 2013 y 2023, días	45
Figura 43. Sectores de entrada y salida de las trabajadoras de cuidados, porcentaje sobre el total de personas trabajadoras de los CNAE 87 (Establecimientos residenciales) y 88 (S.S. sin alojamiento)	47
Figura 44. Sectores del episodio inmediatamente anterior al primer trabajo de cuidados e inmediatamente posterior al último, porcentaje sobre el total de personas trabajadoras de los CNAE 87 (Establecimientos residenciales) y 88 (S.S. sin alojamiento)	48
Figura 45. Diferencia en la base de cotización anualizada en las trabajadoras que cambiaron al sector sanitario con respecto a su último empleo, entre 2021 y 2023	49
Figura 46. Motivos de baja más frecuentes del último episodio de afiliación al sector 87 ("Actividades en establecimientos residenciales") por persona trabajadora, porcentaje sobre el total de personas que trabajaron por última vez en el sector en 2023	50
Figura 47. Motivos de baja más frecuentes del último episodio de afiliación al sector 88 ("Actividades en servicios sociales sin alojamiento") por persona trabajadora, porcentaje sobre el total de personas que trabajaron por última vez en el sector	51
Figura 48. Porcentaje de episodios de desempleo entre mujeres de 50+ según el último sector de cuidados en el que trabajaron, 2023	52
Figura 49. Promedio de días totales en desempleo e inactividad por persona en 2023, entre mujeres de 50+ según el último sector de cuidados en el que han trabajado	52

Resumen ejecutivo

- El **SAAD** ofrece actualmente más de **2,1 millones de prestaciones**, con más de **600.000 personas empleadas** en sectores relacionados con los cuidados. Este sistema, altamente intensivo en mano de obra, enfrenta retos estructurales para la atracción de empleo que tienen que ver con las condiciones laborales del sector, el escaso reconocimiento de la labor que desempeñan las trabajadoras de cuidados y una demanda creciente, asociada al envejecimiento de la población.
- **El empleo en el sector cuidados se encuentra en expansión, pero con una marcada heterogeneidad territorial:** la cobertura es desigual según la comunidad autónoma, el tipo de municipio y el recurso (residencias vs. atención domiciliaria). Las carencias se concentran en municipios más pequeños y envejecidos, donde la oferta de servicios y de profesionales es más limitada.
- **Las mujeres representan más del 85% del empleo en cuidados formales**, una proporción todavía mayor en servicios sociales sin alojamiento (88%). **Más de la mitad de estas trabajadoras tiene 45 años o más**, y en torno a una de cada cuatro es de origen extranjero.
- El empleo en establecimientos residenciales y servicios sociales sin alojamiento se sustenta, principalmente, en la figura de la **gerocultora**, que concentra **más de la mitad de los empleos**. La mayoría de estas trabajadoras acceden al sector a través de certificados de profesionalidad o ciclos formativos de grado medio.
- **La mayoría de las trabajadoras muestra interés en seguir ampliando su formación en cuidados**, a pesar de que menos de un 20% participa en algún curso o capacitación en el ámbito laboral, ya sea reglada o no.
- El sector se encuentra afectado por una **elevada temporalidad**: el 23% de los contratos en establecimientos residenciales son temporales, y tan solo el 60% en servicios sociales sin alojamiento son indefinidos. Asimismo, la **parcialidad es superior al promedio nacional**, con una parcialidad **involuntaria** muy significativa, especialmente en servicios sociales sin alojamiento: el 25% trabajan a jornada parcial y entre ellas, el 60% de las trabajadoras lo hace de forma involuntaria.
- El empleo de cuidados se caracteriza por una **remuneración muy baja**, en línea con el SMI. En 2023, el salario anual bruto era, aproximadamente, **10.000€ menor que el promedio nacional**. Ello redunda en un pluriempleo superior al promedio, como forma de paliar los bajos salarios y la parcialidad del sector.
- Las condiciones laborales, la falta de medios materiales para desempeñar sus tareas, la sobrecarga física y mental que suponen los cuidados y los déficits de personal redundan en una prevalencia de enfermedades físicas y mentales superior a otras mujeres con sus mismas características, dolencias que se acentúan entre las mayores de 45.

- En 2023, **el 38% de las cuidadoras de entre 45 y 65 años había sufrido alguna vez dolor cervical crónico y el 42% lumbar**, comparado con el 28% y 30%, respectivamente, entre mujeres de sus mismas características. En términos de salud mental, el 23% ha sido diagnosticada de ansiedad crónica y el 19%, de depresión (frente al 13% y 16% de mujeres de sus mismas características).
- El deterioro de su salud de las trabajadoras se traduce en un **absentismo laboral superior al promedio**, en gran parte debido a la alta incidencia de accidentes de trabajo, que fue un 75% mayor al promedio nacional en residencias, y un 25% superior en servicios sociales sin alojamiento. Entre estos últimos, es especialmente notable la incidencia de accidentes in itinere vinculados con los desplazamientos laborales de las trabajadoras, que duplican la media nacional.
- La incidencia de enfermedades profesionales en residencias (559 por cada 100.000 trabajadoras) es **4,4 veces mayor que la media nacional** y **5,3 veces mayor que en servicios sin alojamiento**, lo que evidencia un **desequilibrio en el reconocimiento formal de riesgos laborales** pese a condiciones de trabajo similares.
- El análisis realizado a partir de una muestra de afiliados en 2023 evidencia la **fuga de profesionales de cuidados al sector sanitario**: casi un tercio (30,7 %) de las trabajadoras de residencias y un 9,4 % de las de servicios sociales sin alojamiento que cambiaron de sector entre 2009 y 2023 se trasladaron a este sector, atraídas por **mejores condiciones laborales**, con un aumento medio en la base de cotización anual de entre 2.000 y 2.500 euros brutos anuales.

Introducción

El Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), uno de los pilares esenciales del estado del bienestar, se constituyó a través de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia. En enero de 2007 entró en vigor, estableciendo **un nuevo derecho subjetivo a través del cual las administraciones públicas debían suplir las carencias en materia de autonomía que sufrían las personas dependientes**. El SAAD es la herramienta institucional a través de la cual se organizan los recursos, condiciones y servicios básicos de provisión de este nuevo derecho, cuya prestación corre a cargo de las distintas Comunidades Autónomas (CC.AA.) en estrecha colaboración con entidades del tercer sector.

Desde su creación, **el SAAD ha sufrido diversas modificaciones** para intentar corregir algunas de sus deficiencias, generalmente **relacionadas con disparidades regionales en la gestión, el desarrollo de servicios y prestaciones, la coordinación, información e integración dentro de los servicios sociales de cada CC.AA., o las dificultades de financiación** (Huete-García et al., 2021). En cualquier caso, la demanda de servicios de dependencia ha ido creciendo a lo largo del tiempo debido principalmente al intenso proceso de envejecimiento de la población española, cuya ratio de dependencia se prevé que se duplique durante las próximas tres décadas.

En la actualidad (a mayo de 2025, último dato disponible), el sistema cuenta con más de 2,1 millones de prestaciones reconocidas, entre las que destacan por su naturaleza, **altamente intensiva en mano de obra**, la atención residencial (182.500; 8,4% del total de prestaciones), la ayuda a domicilio (361.380; 16,6%) y, en menor medida, los centros de día y noche (108.722; 5%). En la actualidad, se estima que más de 600.000 personas trabajan en el sistema de cuidados de larga duración (CLD) en España, siendo el 83% mujeres.

Sin embargo, la precariedad de sus condiciones laborales, los déficits estructurales de personal, las dificultades de acceso y el escaso reconocimiento social del cuidado generan importantes barreras para atraer y retener profesionales en un sector clave para el bienestar de nuestra sociedad. Esta situación compromete la sostenibilidad del sistema y su capacidad de atender una demanda creciente derivada de la transición demográfica.

En este contexto, el Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia (PRTR) incluyó en el componente 22 (Plan de choque para la economía de los cuidados y refuerzo de las políticas de inclusión), diversas medidas de modernización y reforma del SAAD, orientadas en su mayoría a transitar hacia un sistema más personalizado y desinstitucionalizado. Entre ellas, destaca la **Estrategia estatal para un nuevo modelo de cuidados en la comunidad (2024–2030)**, que subraya la mejora de las condiciones laborales de las trabajadoras del SAAD como uno de sus **objetivos prioritarios**, vinculándola de forma directa con el proceso de transformación del modelo de cuidados.

Con el objetivo de generar evidencia para la toma de decisiones, la Secretaría de Estado de Derechos Sociales ha impulsado este estudio (elaborado por Afi, 40dB y SiiS) que permitirá caracterizar la situación sociolaboral de las trabajadoras del SAAD, identificar buenas prácticas nacionales e internacionales, y formular propuestas para la mejora de las condiciones laborales y para la atracción y fidelización de talento en el sector.

El presente documento realiza un **diagnóstico de la situación actual de las trabajadoras de cuidados en España** a través de metodologías de análisis mixto (cuantitativas y cualitativas). De manera general, el estudio se ha focalizado en las trabajadoras de cuidados formales, es decir, aquellas que se encuentran afiliadas a la Seguridad Social. No obstante, la caracterización de las trabajadoras en situación de informalidad, no afiliadas a la Seguridad Social, se ha podido incorporar parcialmente a los análisis cuantitativos mediante la explotación de la Encuesta de Población Activa (EPA) del apartado 3, así como a través de información cualitativa recabada en entrevistas (Anexo IV).

A esta publicación le seguirá otra que recoge el análisis de los métodos de contratación pública utilizados por las administraciones públicas y su impacto en las condiciones laborales. Asimismo, se prevé sistematizar una serie de buenas prácticas, tanto a nivel nacional como internacional, orientadas a mejorar el empleo en el ámbito de los cuidados y reducir el déficit de trabajadoras.

El documento se estructura como sigue: el primer apartado revisa la literatura nacional e internacional sobre la situación de las trabajadoras de cuidados, para continuar en el segundo describiendo la evolución y distribución territorial del empleo en el sector. El tercer apartado esboza un perfilado de las trabajadoras del SAAD realizando una caracterización sociodemográfica y laboral, y en el cuarto se describen esas condiciones laborales del sector. El quinto apartado aborda el estado de salud de las trabajadoras, así como el absentismo laboral en el sector. El sexto apartado profundiza sobre las trayectorias profesionales y vitales de estas trabajadoras, analizando de qué sectores provienen y a qué sectores se dirigen tras el abandono del sector. Por último, se resumen los principales hallazgos de la investigación.

1. Revisión de la literatura

El Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) constituye uno de los pilares fundamentales del estado del bienestar en España, al reconocer y garantizar el derecho de las personas en situación de dependencia a recibir cuidados de larga duración. No obstante, este sistema se enfrenta en la actualidad a un desafío estructural de gran envergadura: el envejecimiento demográfico, reflejo del aumento de la esperanza de vida y de las mejoras en las condiciones de salud y bienestar de la población.

Este fenómeno, ya perceptible en la realidad social, está incrementando de forma significativa las necesidades de cuidados, lo que exige una expansión sostenida de los recursos y capacidades del SAAD. En consecuencia, **el empleo en este sector ha experimentado un crecimiento constante** (Ramírez-Navarro et al., 2025; Rodríguez-Cabrero et al., 2022). Sin embargo, diversos estudios alertan de que **este aumento no ha ido acompañado de una mejora en las condiciones laborales del sector**. En el ámbito salarial, Hernández-Moreno (2023) estima que las trabajadoras de cuidados perciben un 24 % menos que la media del conjunto del sector servicios, mientras que Marcos et al. (2021) denuncian que el salario bruto medio en el trabajo doméstico es aproximadamente un 60 % inferior al del resto de sectores. Como consecuencia directa de esta brecha, una de cada tres trabajadoras del hogar vivía, en 2019, por debajo del umbral de la pobreza (Marcos et al., 2021).

A estos bajos salarios se suman **elevadas tasas de temporalidad y parcialidad involuntaria**, factores que empujan a muchas trabajadoras del sector al **pluriempleo como estrategia para paliar la precariedad laboral**. Esta situación es especialmente acusada en el ámbito de los Servicios de Ayuda a Domicilio (en adelante, SAD). Según una encuesta realizada por la Plataforma Unitaria de Auxiliares del SAD a más de 1.300 profesionales del sector, el 63 % trabajaba a tiempo parcial con ingresos que no alcanzaban el Salario Mínimo Interprofesional (SMI) sin la ayuda de un segundo empleo. Además, un 42 % lo hacía con jornada partida y el 61 % declaraba trabajar más horas de las estipuladas o ver incumplido su horario contractual (Dema-Moreno et al., 2022). Pardo-García et al. (2021) destacan que la mayor satisfacción laboral en residencias de mayores se asocia principalmente a factores como la relación con las personas cuidadas y las compañeras de trabajo, mientras que **los niveles más bajos de satisfacción se vinculan con la falta de posibilidades para participar en la toma de decisiones o negociar las condiciones laborales**.

En contexto internacional, **el sector de los cuidados español emerge como uno de los más precarios de Europa**. España se sitúa por debajo de la media de la OCDE tanto en número de trabajadoras de cuidados por persona de 65 años o más, como en sus condiciones laborales (OCDE, 2023). A pesar de que entre 2011 y 2021 el número creció hasta situarse en casi 5 trabajadoras por cada 100 personas de 65 años o más, **España todavía se situaba por debajo de la media de la OCDE (5,7) y a mucha distancia de los países de referencia a nivel internacional**, como Noruega o Suecia, donde esta ratio alcanzaba las 12 cuidadoras por persona de referencia. Además, **el salario de las trabajadoras tanto de establecimientos residenciales como de**

cuidados del hogar continuaba siendo precario, representando alrededor del 60% de la media salarial del país en 2018¹, unos 10 puntos porcentuales por debajo del nivel promedio de la OCDE.

Otros indicadores representativos de las condiciones contractuales y la intensidad laboral no presentan, tampoco, una imagen muy positiva en términos comparativos. La naturaleza de los **contratos laborales de las trabajadoras del sector, caracterizada por la temporalidad y la parcialidad involuntaria**, se manifiesta con mayor intensidad en países como España y Polonia, donde **un cuarto de los contratos es de carácter temporal**. Además, aproximadamente la mitad de las trabajadoras a tiempo parcial expresan el deseo de acceder a jornadas laborales completas o a aumentar sus horas de trabajo (OCDE, 2023).

La literatura especializada también coincide en la **fuerte feminización del sector**: el 84,9 % del personal en servicios con alojamiento y el 79,2 % en servicios sin alojamiento son mujeres (IMSERSO, 2025). Esta tendencia parece consolidarse, ya que el crecimiento anual del empleo femenino (4,1 %) supera al masculino (3,1 %), lo que sugiere una intensificación progresiva de esta feminización (IMSERSO, 2025). Asimismo, el perfil sociodemográfico de las trabajadoras de cuidados refleja una **elevada presencia de mujeres de origen extranjero**, tal como señalan Boneta et al. (2025) e Izaola et al. (2019). Cabe señalar que las trabajadoras del hogar contratadas directamente por las familias no forman parte, de manera formal, del SAAD. Sin embargo, ante un sistema deficitario estas trabajadoras cubren una parte importante de las necesidades de cuidado de los hogares, de forma subsidiaria y con peores condiciones laborales que las propias trabajadoras del SAAD.

En este sentido, cabe mencionar que el modelo de cuidados de larga duración español, caracterizado por una infrafinanciación estructural, lo que lo hace muy dependiente de los servicios y apoyos prestados en el seno familiar o de manera informal en el hogar, ha favorecido la incorporación de trabajadoras migrantes bajo la figura de **“migrante en la familia”** (King-Dejardin, 2019). De acuerdo con OCDE (2021), en España casi el 70% de las cuidadoras que habitan en el domicilio son de origen extranjero. Este aspecto es compartido por otros países europeos en los que se aprecia una **creciente dependencia de la mano de obra migrante femenina para cubrir las necesidades de cuidados**. Sin embargo, las condiciones precarias y sin protección laboral de estas trabajadoras contribuyen significativamente al fenómeno estructural de la feminización de la pobreza tanto en los países de origen como en los de destino (Murphy, 2023). Además, López-Fernández et al., (2023) alerta que, entre las trabajadoras migrantes, se aprecia una alta sobrecualificación.

Respecto a la cualificación y formación de las trabajadoras, Pardo-García et al. (2021) destacan que haber recibido formación específica y considerarla útil se asocia de forma positiva con una mayor satisfacción en la toma de decisiones, las condiciones laborales y el clima de trabajo. Sin embargo, **se evidencia una carencia de formación específica** (Dema-Moreno et al., 2022). Resulta especialmente relevante el estudio de

¹ Último año para el que se dispone de datos comparables para todos los países de la OCDE.

López-Fernández et al. (2023), que analiza los **efectos del programa de acreditación de competencias profesionales (Certificados de Profesionalidad)** en las trabajadoras de cuidados de atención directa en residencias de mayores. Este proceso, regulado por la Orden ESS/1897/2013, de 10 de octubre, en desarrollo del Real Decreto 34/2008, de 18 de enero, forma parte de una estrategia institucional orientada a mejorar la cualificación del personal de atención directa y sus condiciones laborales. Al mismo tiempo, el estudio señala que este proceso de profesionalización también ha generado nuevas formas de segmentación y desigualdad entre las propias trabajadoras. Por un lado, ha contribuido a la permanencia en el empleo y a la mejora de la formación y cualificación de muchas de ellas; y, por otro, ha originado tensiones entre quienes no estaban preparadas para afrontar los requisitos formales de esta certificación.

Otro factor de riesgo inherente al trabajo de cuidados son las **elevadas exigencias físicas y mentales** que implican las tareas cotidianas de cuidados, las cuales repercuten significativamente en el estado de salud, tanto físico como mental, de las trabajadoras. En el caso de las trabajadoras del SAD, Dema-Moreno et al. (2022) reporta que el 47 % de las encuestadas presenta un estado de salud deteriorado, con una alta prevalencia de lesiones musculoesqueléticas, lo que se traduce en un nivel notable de absentismo laboral debido a la frecuencia de las bajas por enfermedad. Además, la encuesta también revela que el 39 % ha sufrido **acoso laboral** y el 26 % **acoso sexual**, sobre todo por parte de personas en situación de dependencia, situaciones que agudizan los problemas de salud mental de las trabajadoras provocados por la **alta carga emocional** de su trabajo.

A esta realidad se suma el estrés derivado de la **falta de personal y la sobrecarga estructural** que caracteriza al sector de los cuidados, una tendencia que se verá agravada en el futuro debido al acelerado envejecimiento de la población de gran parte de los países avanzados. La OCDE calcula que, si se mantuviera la ratio actual de trabajadoras de cuidados de larga duración por cada persona de 65 o más años hasta 2040, se necesitarían 13,5 millones de trabajadoras adicionales a finales del periodo para hacer frente a este proceso, al que se uniría una falta crónica de mano de obra en el sector (OCDE, 2020, 2023). En España, el incremento de la demanda provocaría que el porcentaje de trabajadoras de cuidados sobre el total aumentara casi un punto porcentual, pasando de 2,3% en 2023 a 3,1% en 2033 (OCDE, 2023).

Esta situación de estrés se agudizó durante la pandemia, cuando las trabajadoras debieron continuar desempeñando sus funciones de forma presencial, al ser reconocidas como personal esencial. Reno et al. (2022), mediante una encuesta específica dirigida a al sector, constata una elevada prevalencia de síntomas de malestar psíquico durante este período: el 52,7 % presentaba indicios de depresión, el 52,6 % ansiedad y el 62,3 % estrés, todos ellos con importantes manifestaciones de *burnout*. El estudio también identifica **varios factores de riesgo psicosocial** inherentes a la estructura del trabajo de cuidados, como la distribución irregular de la carga de trabajo o el escaso tiempo disponible para realizar las tareas asignadas.

Como consecuencia de esta exposición continuada a condiciones laborales adversas, muchas trabajadoras **recurren con frecuencia al consumo de medicación**: en una

encuesta realizada por Oxfam Intermón a 1.205 trabajadoras de cuidados y del hogar, el 13,8 % declaró utilizar psicofármacos de manera regular, y un 36,9 % afirmó consumir analgésicos y calmantes (Boneta et al., 2025). Aunque este consumo se asocia principalmente a las exigencias físicas y emocionales anteriormente señaladas, otros elementos estructurales —como los bajos salarios o la falta de reconocimiento de las enfermedades profesionales— actúan como factores agravantes.

Esta situación de precariedad lleva, en muchos casos, a que **las trabajadoras continúen desempeñando sus funciones incluso estando enfermas**. En concreto, Fernández et al. (2023) señala que “cuando acuden a la mutua por un problema de salud derivado de las altas exigencias de su trabajo, se les prescribe un tratamiento sintomático, pero no se realizan pruebas diagnósticas que permitan explorar mejor la causa y el alcance de las lesiones”. Además, manifiestan que, de forma sistemática, sus dolencias —especialmente las musculoesqueléticas— se atribuyen al género, la edad o la obesidad, entre otros factores, y no a la exposición laboral. Esto conlleva que, en caso de requerir una baja médica, esta sea considerada como enfermedad común, lo que repercute negativamente en su salario.

Las trabajadoras del cuidado, especialmente en España, **presentan tasas elevadas de bajas laborales asociadas a problemas de salud derivados del trabajo** (OECD 2023). En España, Italia y Portugal, más del 80 % reportan exposición a riesgos físicos y alrededor del 40 % señalan impactos en su salud mental (OECD, 2020). Sin embargo, a pesar de que existe consenso sobre los riesgos laborales asociados a las profesiones de cuidado, las **enfermedades derivadas de su actividad diaria no se reconocen como enfermedades profesionales**, un aspecto muy demandado por las propias trabajadoras, especialmente del SAD, que además cuentan con menos medios técnicos para desempeñar sus tareas en los domicilios que visitan (Fernández et al., 2023).

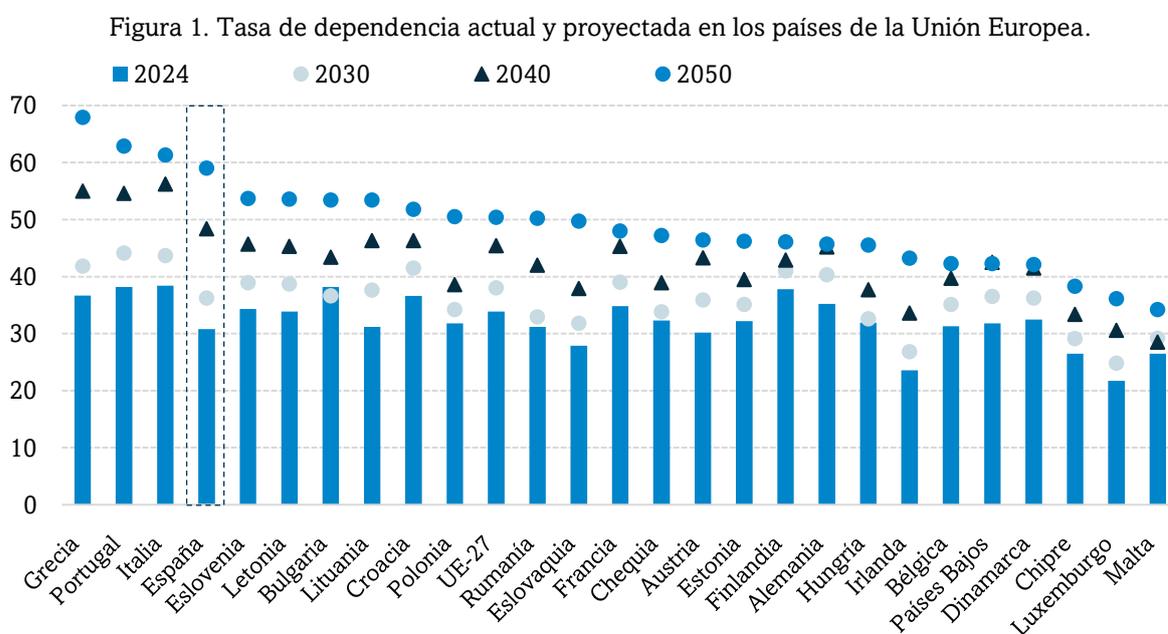
A este respecto, desde 2024 se ha reforzado la legislación sobre protección de la seguridad y salud en el ámbito del servicio del hogar familiar, mediante el Real Decreto 893/2024, de 10 de septiembre. En particular, esta norma exige que las empresas que empleen a personal dedicado a la actividad de ayuda a domicilio efectúen una **evaluación completa de los riesgos laborales** que afectan a las personas trabajadoras en el desarrollo de sus tareas.

En conjunto, la literatura considera el sistema de cuidados en España un “sistema low-cost” de prestaciones y servicios que relega a las cuidadoras profesionales a un segundo plano frente al entorno familiar, invisibilizando la labor de las trabajadoras del sector (Ramírez-Navarro et al., 2025). A continuación, se aporta evidencia cuantitativa y cualitativa para profundizar en algunas de las cuestiones que la literatura señala como prioritarias para el análisis. Para ello, comenzamos estudiando la evolución del empleo en el sector, tanto en contexto internacional como nacional, así como su distribución territorial.

2. Evolución y distribución territorial del empleo en el SAAD

Los países desarrollados están experimentando un **proceso de envejecimiento poblacional que presenta grandes retos desde el punto de vista de las políticas públicas**. Uno de ellos es, sin duda, el que tiene que ver con los cuidados de larga duración (CLD) y la fuerza laboral necesaria para hacer frente a un volumen cada vez mayor de personas en edad avanzada.

La dificultad de este proceso reside no solo **en disponer de una cantidad de trabajadoras suficiente que cubra la demanda esperada, sino también asegurar la prestación de un servicio de calidad y en condiciones dignas** tanto para las personas cuidadas como para las que apoyan y cuidan. En España, este desafío es creciente dado que la velocidad de envejecimiento de la población provocará que nuestra tasa de dependencia² se duplique de aquí a 2050, situándonos como uno de los países más vulnerables ante los cambios demográficos.



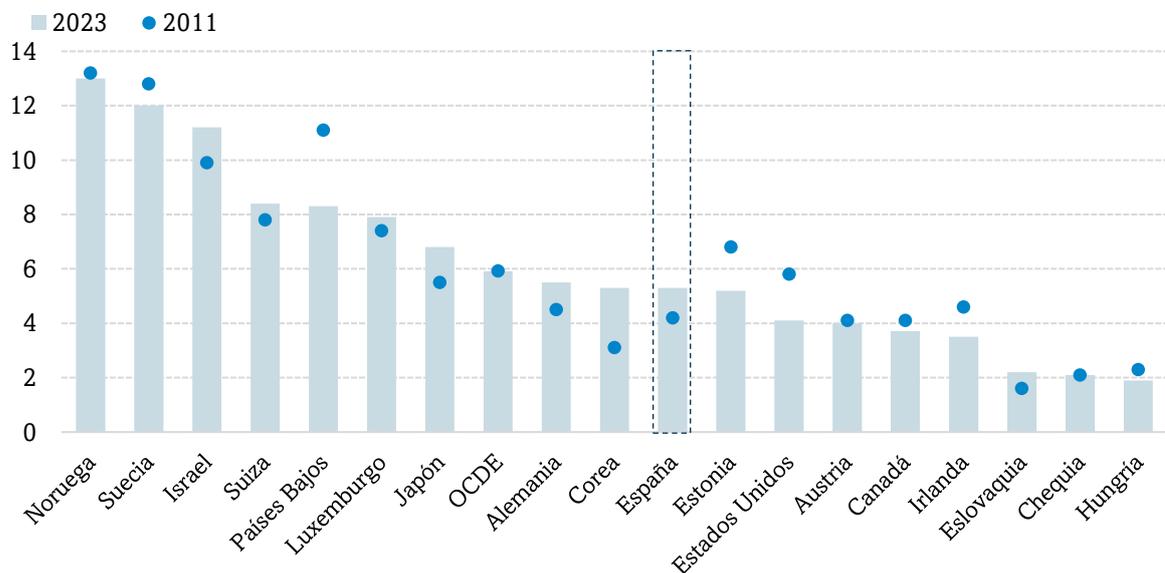
Fuente: Afi a partir de Eurostat.

Bajo estas premisas, cabe preguntarse qué posición ocupa España en términos de intensidad de cuidados y de las condiciones laborales de sus trabajadoras, especialmente respecto a otros países que cuentan con sistemas de atención a la dependencia similares. En definitiva, ¿cómo de preparado se encuentra el país para afrontar esta situación?

² La tasa de dependencia se define como la ratio entre la población de 65 años o más y aquella entre 15 y 64 años.

En términos de intensidad cuidadora, **la ratio de trabajadoras de CLD por cada 100 personas de 65 o más años en España creció 1,1 puntos porcentuales en los últimos 12 años, pasando de 4,2 en 2021 a 5,3 en 2023**. Este incremento fue significativamente superior al de la mayoría de los países avanzados, aunque todavía insuficiente para cerrar por completo la brecha con el promedio de la OCDE (5,9). Una progresiva convergencia que se ha visto favorecida, además, por un crecimiento del empleo superior al de la población de 65 años o más, que ha crecido en más de dos millones de personas y supera ya los 12,3 millones en 2023. España presenta por tanto una tendencia positiva en este ámbito, pero **todavía alejada de la dedicación a cuidados que se observa en países de referencia como Noruega o Suecia**, donde estas ratios se acercan o superan las 12 trabajadoras por persona mayor de 65 años.

Figura 2. Trabajadoras formales en CLD por cada 100 habitantes de más de 65 años o más. 2011 y 2023.

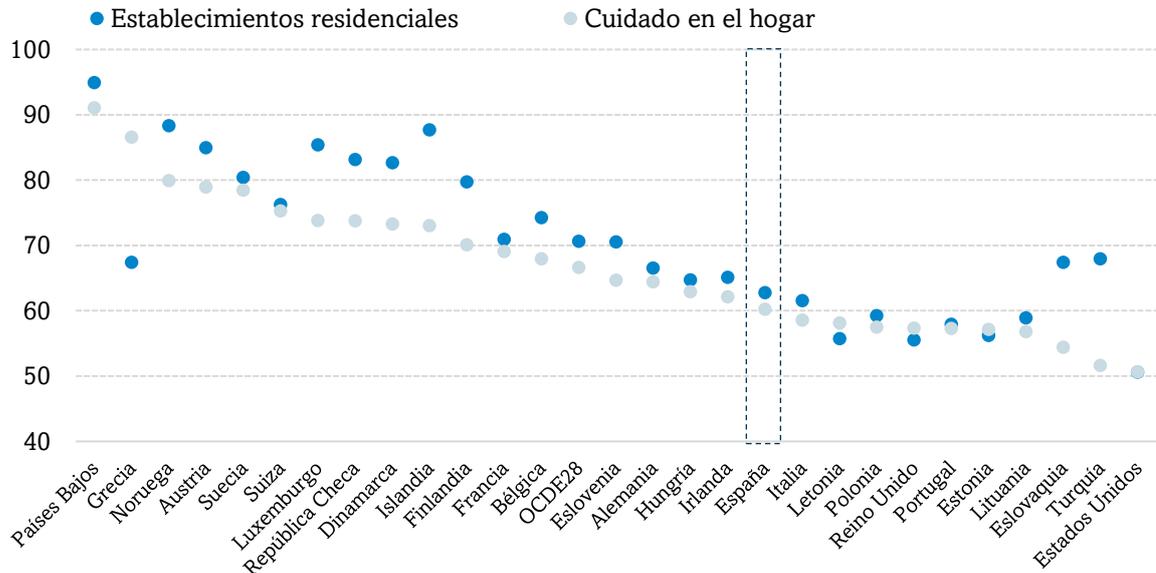


Fuente: Afi a partir de OCDE. Nota: se incluyen solo los países de la OCDE para los que contamos con datos tanto en 2011 como en 2023. El promedio de la OCDE es la media aritmética de esos países.

Una imagen similar a la anterior emerge al comparar los niveles salariales de las trabajadoras del sector en España con los de otros países avanzados. En 2018, último año para el que se dispone de datos comparables, **el salario por hora de las trabajadoras de establecimientos residenciales y de atención domiciliaria alcanzaba el 63 % y el 60 % del salario medio en España**, respectivamente. Esos niveles alcanzaban el 71 % y el 67 % en el promedio en la OCDE y, de nuevo, nos alejaban de países cercanos a la paridad con el salario medio, como Países Bajos.

Aunque estas dos variables no definen en su totalidad las condiciones laborales y materiales de las trabajadoras del sector, sí nos permiten evaluar la posición de España respecto a otros países de nuestro entorno en algunos de sus atributos más importantes, así como fijar las referencias internacionales hacia las que deberíamos aspirar. Así, **España se sitúa por debajo de la media de los países de la OCDE tanto en términos de personas empleadas** en el SAAD por cada 100 habitantes mayores de 65 años o más, **como en los niveles salariales** relativos de sus trabajadoras, señalando un largo camino hasta alcanzar los estándares más exigentes a nivel internacional.

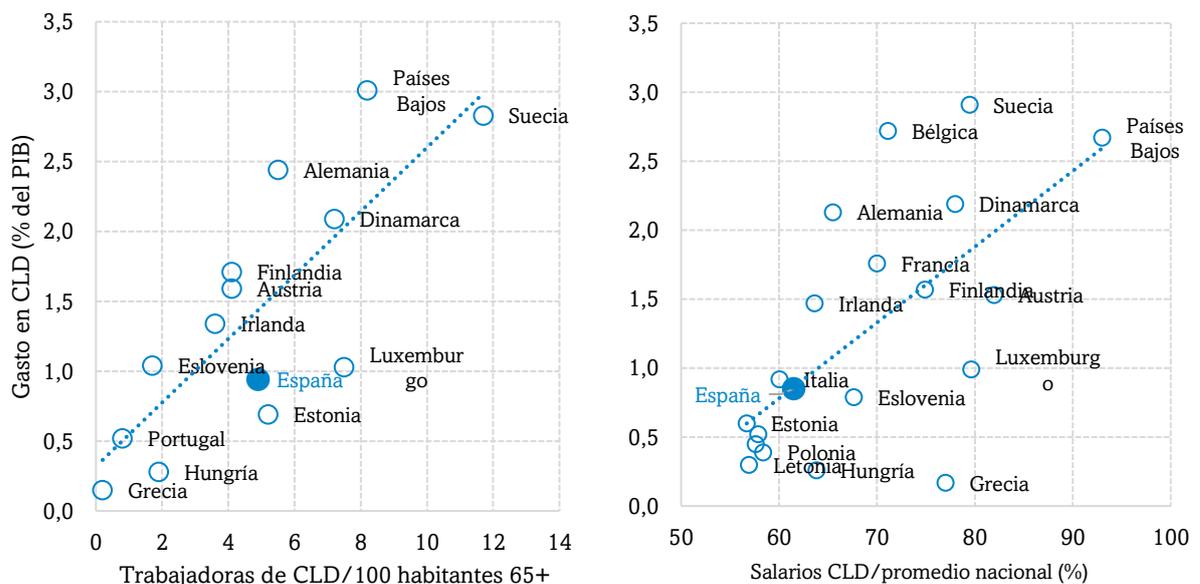
Figura 3. Salario medio por hora de las trabajadoras de CLD. Porcentaje sobre el salario medio del país, 2018.



Fuente: Afi a partir de OCDE.

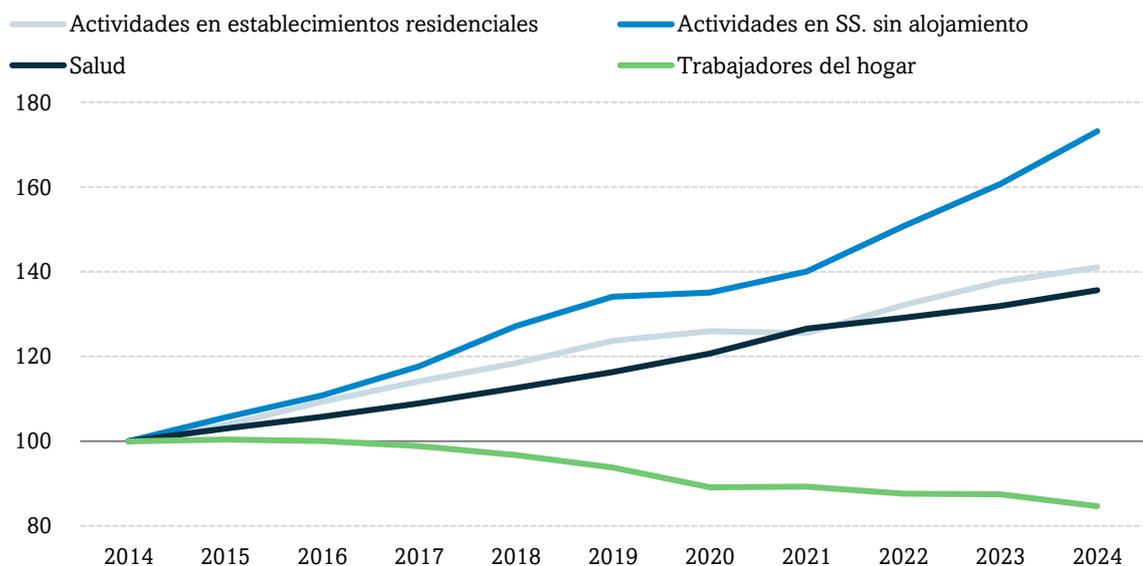
En cualquier caso, **tanto la intensidad cuidadora como las condiciones laborales de las trabajadoras están estrecha y positivamente relacionadas con el gasto en cuidados de larga duración**, de forma que, cuanto mayor es el gasto en CLD (medido en porcentaje sobre el PIB), mayor es la presencia relativa de trabajadoras y mejores niveles salariales disfrutan. Esta relación apunta a que, más allá de las particularidades regulatorias, la ordenación del sistema en cada país y las mejoras de eficiencia que se puedan lograr con los recursos actuales, la inversión en CLD influye de manera determinante sobre la cantidad y la calidad del servicio.

Figura 4. Relación entre gasto en CLD relacionado con salud, número de trabajadoras (2021) y condiciones salariales (2018).



A pesar de este margen de mejora, **la evolución del empleo en las actividades relacionadas con los CLD en España ha sido muy positiva, permitiendo sostener unos niveles de atención razonables en un contexto de fuerte aumento de la demanda** vinculada al envejecimiento poblacional, como veíamos al inicio. Este es el caso de las trabajadoras en establecimientos residenciales y, sobre todo, en servicios sociales sin alojamiento. En el primer caso, se observa un crecimiento superior al 40% en la última década, pasando de alrededor de 226.000 trabajadoras en 2014 a rozar las 320.000 en 2024. Un crecimiento que ha sido todavía más intenso en los servicios de cuidados sin alojamiento, que ha llegado a superar a las actividades en establecimientos residenciales tras registrar un crecimiento del 73% en el mismo periodo y alcanzar las 332.000 trabajadoras. Ambas actividades han mostrado un dinamismo muy por encima del sector de la salud y de algunas ramas complementarias a los apoyos y cuidados, como las trabajadoras del hogar, provocando una recomposición de la fuerza laboral hacia cuidados desinstitucionalizados.

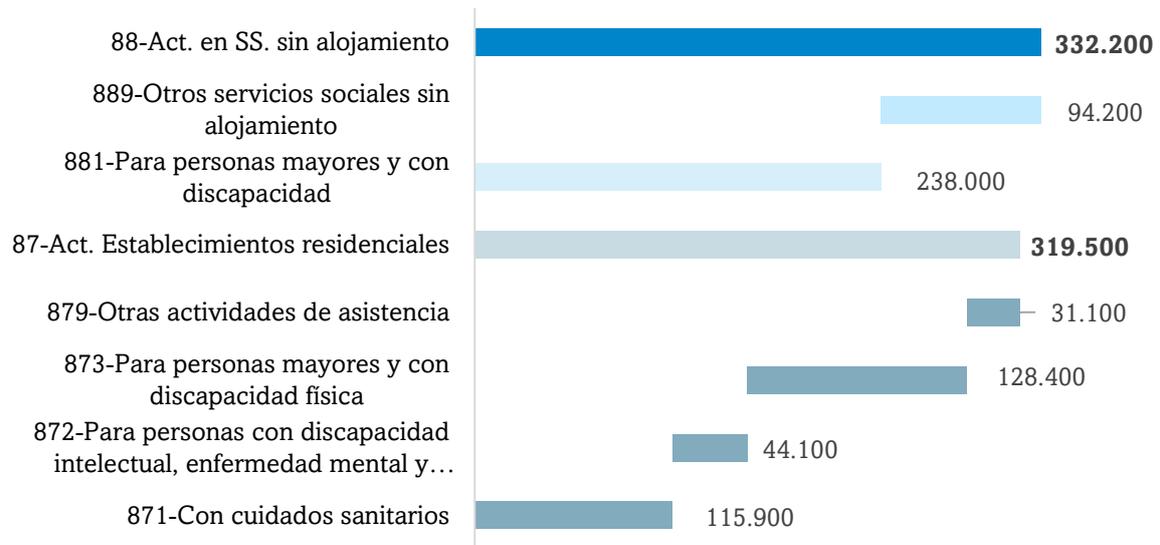
Figura 5. Crecimiento acumulado en las ramas de actividad de CLD y semejantes. Índice= 100 en 2014, promedio anual.



Fuente: Afi a partir de Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones.

El proceso de envejecimiento poblacional se ha visto reflejado también en la distribución de actividades dentro de los cuidados, con un peso muy significativo de las trabajadoras que dan apoyo a personas mayores. Esta tendencia es especialmente acusada en los servicios sociales sin alojamiento (CNAE 88), donde 238.000 de las 332.200 trabajadoras se dedican al cuidado de personas mayores y con discapacidad, superando el 70% del total. En establecimientos residenciales, al prestar servicios más integrales, se observa un reparto más equilibrado: el 40 % del total de trabajadoras se concentra en el cuidado de personas mayores, aproximadamente otro tercio en cuidados sanitarios, y el 25 % restante dividido entre cuidados para personas con discapacidad y otras actividades de asistencia.

Figura 6. Personas afiliadas en las ramas de actividad de CLD. Promedio 2024.

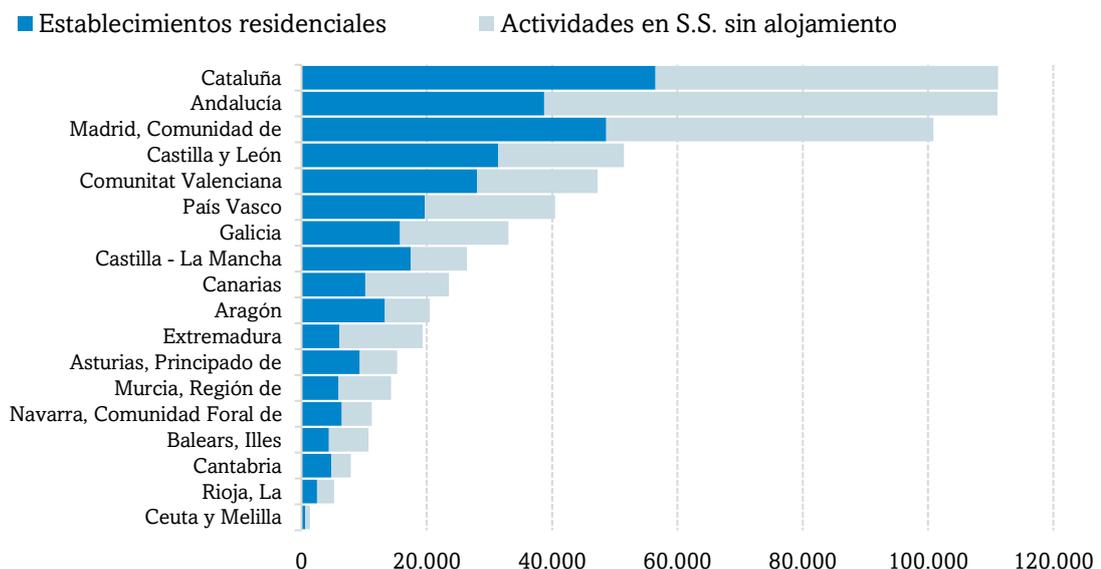


Fuente: Afi a partir de Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones.

Pero, más allá de la descomposición del objetivo, función o tarea que se desempeña en cada espacio de cuidados, es importante también evaluar cómo se distribuye ese trabajo en el territorio español, sobre todo cuando hablamos de un servicio cuya prestación es competencia de las CC.AA. o los Ayuntamientos y en el que pueden emerger disparidades regionales importantes.

En términos absolutos, y como es de esperar por su tamaño poblacional, Cataluña, Andalucía y la Comunidad de Madrid concentran la mitad del total de personas afiliadas al sector cuidados en España, superando en cada caso las 100.000 trabajadoras. Castilla y León, la Comunidad Valenciana, el País Vasco y Galicia conforman el siguiente grupo con volúmenes de empleo significativamente menores, entre las 30.000 mil y las 50.000 trabajadoras.

Figura 7. Personas afiliadas en CLD. Promedio anual por comunidad autónoma, 2024.



Fuente: Afi a partir del Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones.

Desde una perspectiva relativa —esto es, el peso del empleo en cuidados sobre el total de personas afiliadas en cada comunidad autónoma— la imagen cambia, destacando Ceuta y Melilla, Castilla y León y Extremadura. En estos territorios, las actividades de cuidado representan alrededor del 5 % del total de personas afiliadas. En cambio, en comunidades como Islas Baleares, la Comunidad Valenciana o la Región de Murcia la proporción es más baja, en el entorno del 2 %, lo que sugiere una menor densidad relativa de empleo en cuidados respecto sobre el conjunto de su estructura laboral.

Además, se observan **diferencias notables en la distribución entre los subsectores del cuidado**. En la mayoría de las comunidades, los establecimientos residenciales concentran una mayor proporción del empleo formal registrado, mientras que en otras —como Andalucía y Cataluña— las actividades de servicios sociales sin alojamiento alcanzan un peso considerable.

Figura 8. Porcentaje de afiliados sobre el total. Promedio anual por comunidad autónoma, 2024.

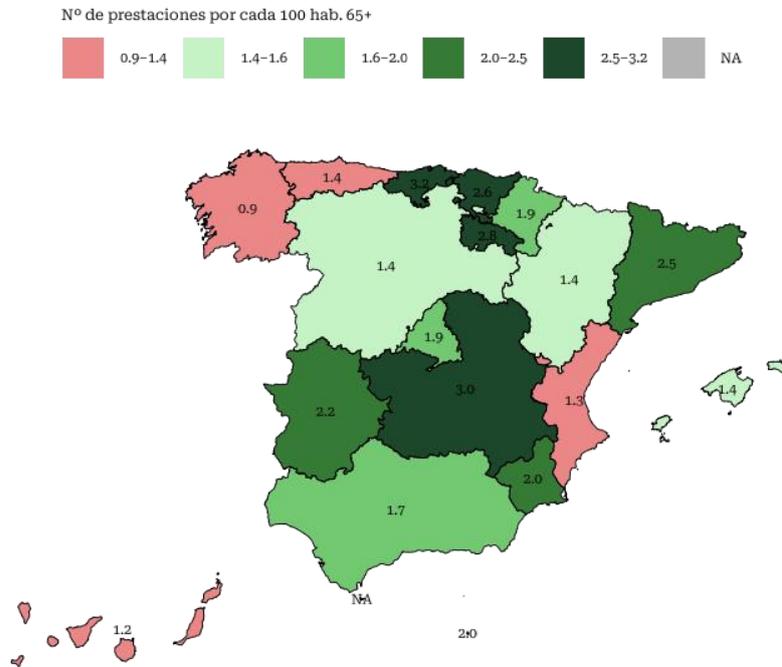


Fuente: Afi a partir del Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones.

Esta diversidad territorial refleja **diferentes modelos de organización de los servicios de cuidados a nivel autonómico**. La descentralización del SAAD ha dado lugar a importantes disparidades en la cobertura y la tipología de las prestaciones ofrecidas. Como muestran los siguientes mapas, mientras algunas comunidades como Castilla-La Mancha, Cantabria o País Vasco destacan por un mayor número de prestaciones de atención residencial por cada 100 personas mayores de 65 años, otras como Andalucía, la Comunidad de Madrid o Galicia ofrecen una mayor cobertura de servicios de proximidad como la ayuda a domicilio y los centros de día y noche, con ratios que en algunos casos superan las 10 prestaciones por cada 100 mayores de 65 años. Estos datos no incluyen las prestaciones vinculadas al servicio, que podrían

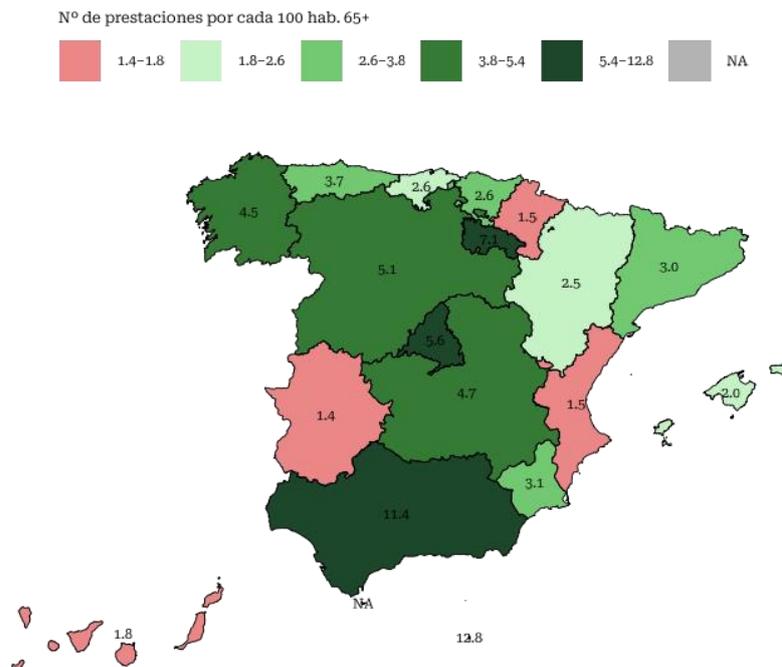
modificar la cobertura de servicios residenciales y de ayuda a domicilio por la vía de la financiación parcial de estos servicios.

Figura 9. Ratio de prestaciones en Servicios de Atención Residencial por cada 100 habitantes mayores de 65 años. Diciembre de 2024.



Fuente: Afi a partir de INE y SISAAD. Notas: no se consideran las prestaciones vinculadas al servicio.

Figura 10. Ratio de prestaciones de Ayuda a domicilio y centros de día y noche por cada 100 habitantes mayores de 65 años. Diciembre de 2024.



Fuente: Afi a partir de INE y SISAAD. Notas: no se consideran las prestaciones vinculadas al servicio.

Las diferencias en los modelos autonómicos de provisión de cuidados no solo se reflejan en las prestaciones, sino también en la **distribución territorial del empleo en relación con la población potencialmente usuaria de estos servicios**. Al observar la ratio de personas afiliadas al sector de cuidados por cada 100 habitantes mayores de 65 años, se evidencian patrones heterogéneos entre comunidades, tanto en el ámbito de los establecimientos residenciales como en el de los servicios sociales sin alojamiento.

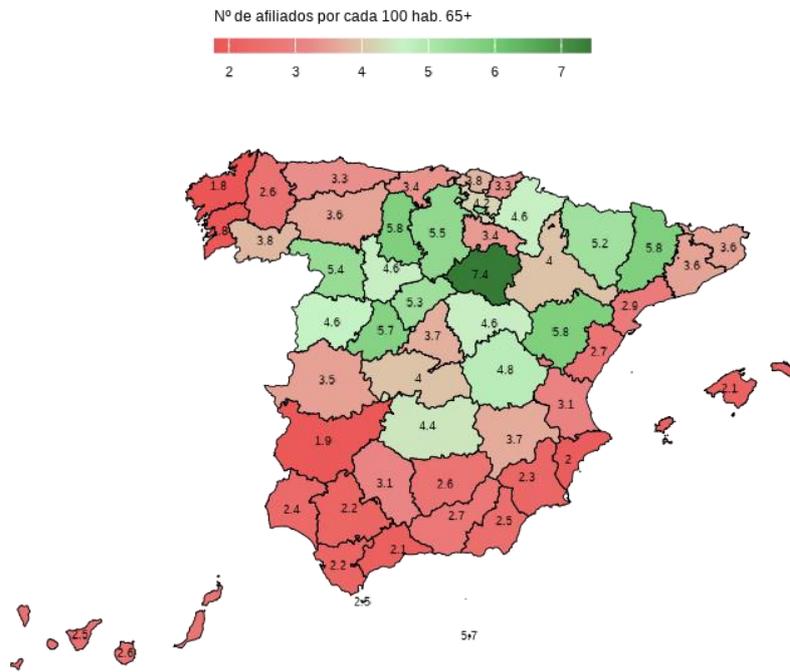
No obstante, es importante tener en cuenta ciertos aspectos metodológicos que pueden explicar las diferencias observadas entre los mapas de prestaciones (que reflejan la cobertura del sistema) y los de afiliación (que captan el empleo en el sector). Por un lado, los datos de prestaciones no incluyen las prestaciones económicas vinculadas al servicio, mientras que los registros de afiliación sí pueden recoger empleo asociado a estas fórmulas de financiación.

Además, existen comunidades con una mayor presencia de servicios de atención residencial o ayuda a domicilio de carácter privado que emplean personal, diferentes a las prestaciones del SAAD. Por tanto, la lógica que explica la distribución del empleo en el sector no tiene por qué coincidir con la del reconocimiento de prestaciones, ya que responden a modelos de provisión y organización de cuidados distintos en cada territorio. En otras palabras: los mapas de prestaciones reflejan más fielmente la demanda cubierta directamente por el SAAD, mientras que los de afiliación ofrecen una aproximación más cercana a la oferta de empleo en el sector, incluyendo tanto servicios públicos como privados.

En el caso de los establecimientos residenciales, la ratio de personas afiliadas por cada 100 habitantes mayores de 65 años varía notablemente entre comunidades autónomas y provincias. Castilla y León destaca como la comunidad con mayor densidad relativa de empleo en este sector, seguida por Castilla-La Mancha, Aragón y Navarra. En el otro extremo, se sitúan comunidades como Andalucía, Canarias, Murcia o Baleares, donde las ratios oscilan entre 2 y 3 personas afiliadas por cada 100 mayores, lo que sugiere una menor intensidad de empleo residencial en proporción a la población envejecida.

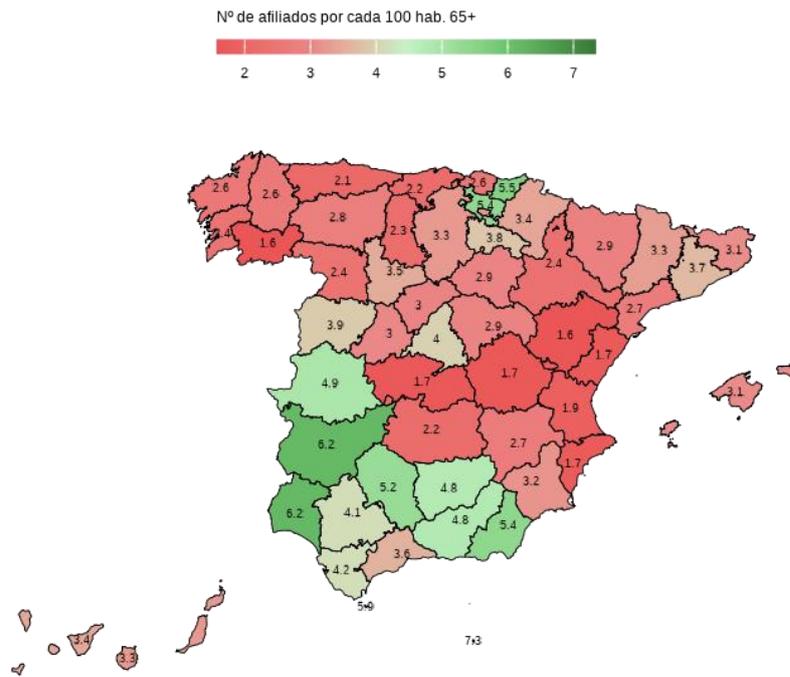
Esta misma heterogeneidad se reproduce al observar la distribución del empleo en servicios sociales sin alojamiento, si bien en este caso los patrones territoriales son distintos. La mayoría de las provincias presentan ratios aún más bajas que en el ámbito residencial, situándose por debajo de 4 afiliados por cada 100 personas mayores, a excepción de las provincias extremeñas y andaluzas, donde se observa una mayor intensidad de empleo en estos servicios. Ello sugiere que en algunas comunidades — especialmente en el sur peninsular— el empleo en cuidados se articula en torno a servicios de proximidad, como la atención domiciliaria, en lugar del modelo más institucionalizado de cuidados en residencias.

Figura 11. Ratio de afiliados en Actividades en establecimientos residenciales en promedio anual por cada 100 habitantes mayores de 65 años a nivel provincial, 2024.



Fuente: Afi a partir de INE y TGSS

Figura 12. Ratio de afiliados en actividades en S.S. sin alojamiento en promedio anual por cada 100 habitantes mayores de 65 años a nivel provincial, 2024.

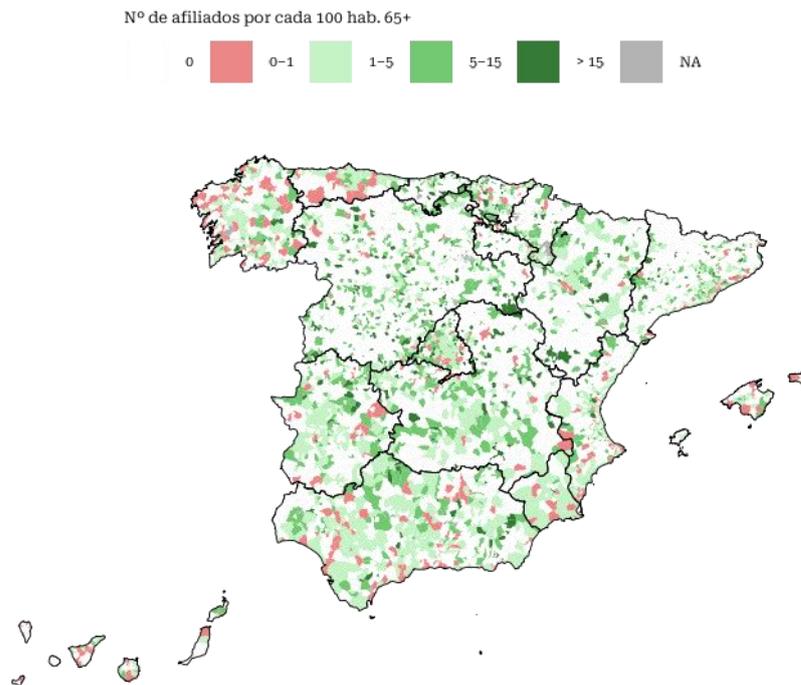


Fuente: Afi a partir de INE y TGSS

A escala municipal, los mapas revelan una distribución territorial muy desigual del empleo en el sector de cuidados, tanto en establecimientos residenciales como en servicios sociales sin alojamiento. En el caso de los establecimientos residenciales, la presencia de personas afiliadas se concentra en municipios medianos y grandes, especialmente en el entorno de capitales provinciales o comarcales, donde se localiza buena parte de la infraestructura asistencial. En cambio, numerosos municipios pequeños y rurales presentan una ausencia total o casi total de afiliación en este sector, probablemente por la falta de oferta residencial.

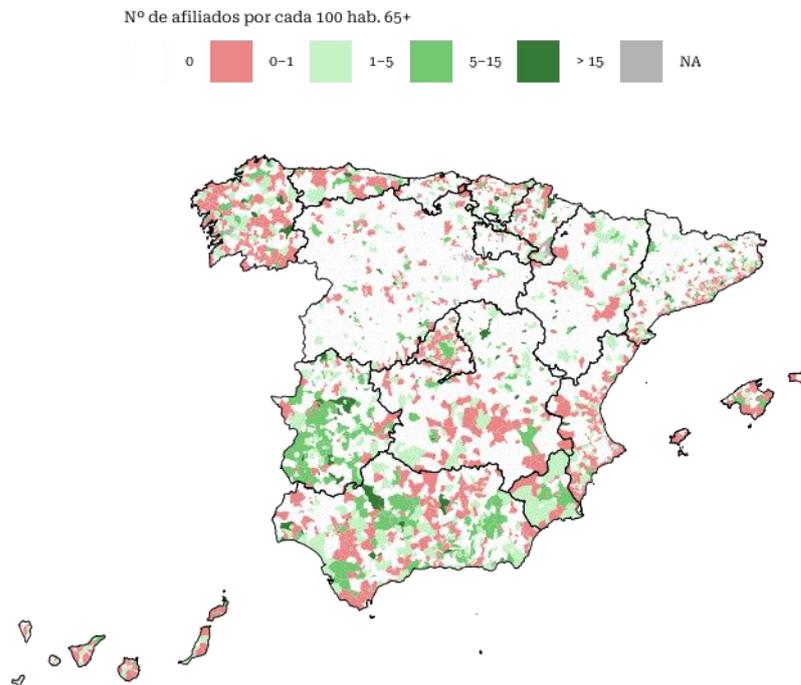
En el ámbito de los servicios sociales sin alojamiento, la implantación territorial es algo más extendida, pero sigue mostrando un elevado grado de dispersión. Aunque hay municipios con ratios elevadas de afiliación, especialmente en zonas donde la atención domiciliaria tiene un mayor peso institucional, también son numerosos los municipios —sobre todo en áreas rurales del norte y centro peninsular— donde la afiliación es nula o residual.

Figura 13. Ratio de afiliados en Actividades en establecimientos residenciales en promedio anual por cada 100 habitantes mayores de 65 años a nivel municipal, 2024.



Fuente: Afi a partir de INE y TGSS

Figura 14. Ratio de afiliados en actividades en S.S. sin alojamiento en promedio anual por cada 100 habitantes mayores de 65 años a nivel municipal, 2024.

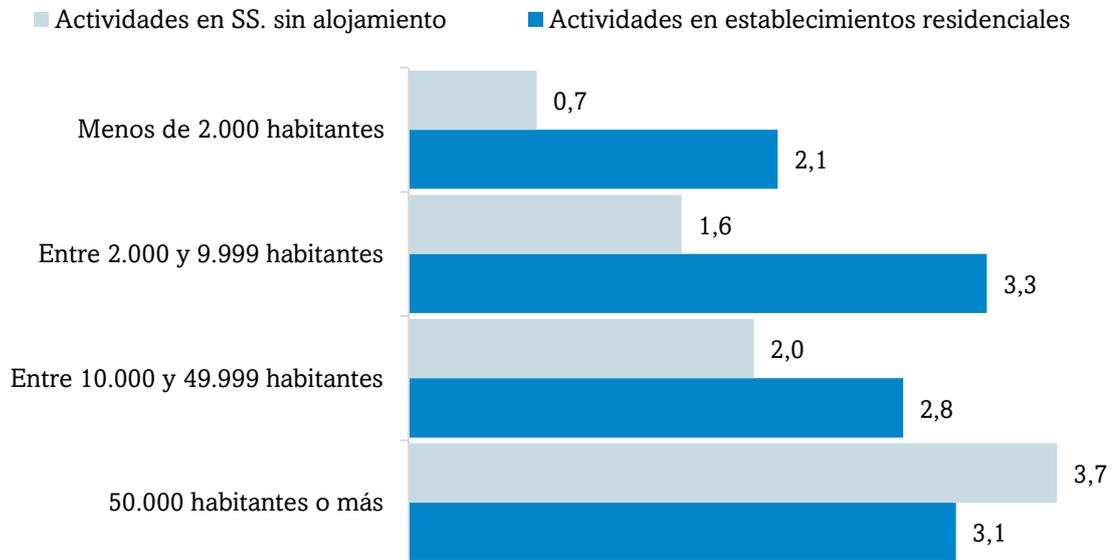


Fuente: Afi a partir de INE y TGSS

Esta fragmentación territorial sugiere que el acceso a cuidados formales a nivel local está condicionado tanto por la densidad poblacional como por el *mix* de prestaciones planteado a nivel autonómico. En efecto, los datos muestran que **la cobertura de empleo en el sector aumenta con el tamaño del municipio**: en los núcleos de más de 50.000 habitantes se registra una mayor ratio de personas afiliadas promedio por cada 100 habitantes mayores de 65, tanto en servicios sociales sin alojamiento (3,7 por cada 100 mayores) como en establecimientos residenciales (3,1), frente a valores notablemente inferiores en los municipios de menos de 2.000 habitantes, donde las ratios se sitúan en 0,7 y 2,1 respectivamente.

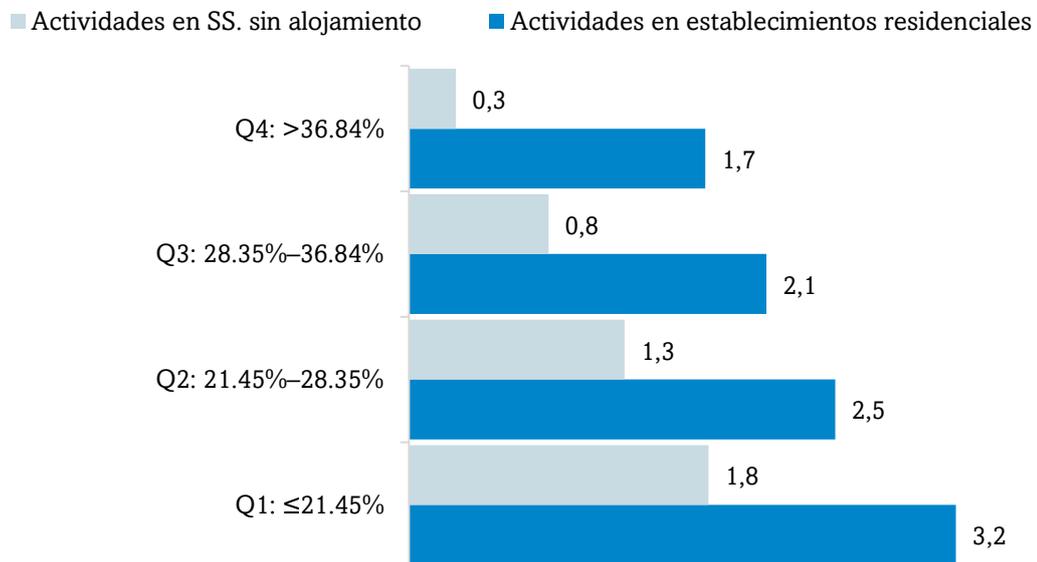
Sin embargo, esta relación no se mantiene cuando se considera el grado de envejecimiento del municipio. Si se analizan las ratios promedio según el cuartil de envejecimiento al que pertenece el municipio (siendo el cuartil 1 los municipios menos envejecidos y el cuartil 4, los que mayor peso relativo tiene la población de 65 o más), se aprecia que **los municipios más envejecidos presentan las coberturas más bajas**, especialmente en los servicios sociales sin alojamiento, donde la ratio de afiliación cae hasta 0,3 por cada 100 personas mayores en el cuartil más envejecido. Estos municipios son, a su vez, los de menor tamaño poblacional.

Figura 15. Promedio de la ratio de afiliados por cada 100 habitantes mayores de 65 años por tamaño del municipio, 2024.



Fuente: Afi a partir de INE y TGSS. Notas: Número de afiliados en promedio anual.

Figura 16. Promedio de la ratio de afiliados por cada 100 habitantes mayores de 65 años por cuartil de población relativa mayor de 65 en el municipio, 2024.



Fuente: Afi a partir de INE y TGSS. Notas: Número de afiliados en promedio anual.

Esto pone de manifiesto una paradoja del sistema: **los territorios con mayor proporción de población envejecida** —y, por tanto, con mayor necesidad potencial de cuidados— **son precisamente aquellos donde la oferta de empleo formal en el sector es más reducida**, lo que puede traducirse en una menor accesibilidad a servicios profesionales de atención y en una mayor carga informal de los cuidados.

En conjunto, el análisis territorial pone de relieve no solo la desigual implantación del empleo en cuidados, sino también las brechas existentes en función del tamaño poblacional y del grado de envejecimiento de cada territorio. Estas diferencias reflejan la diversidad autonómica de los modelos de provisión, pero también las limitaciones estructurales del sistema para garantizar un acceso equitativo a los cuidados.

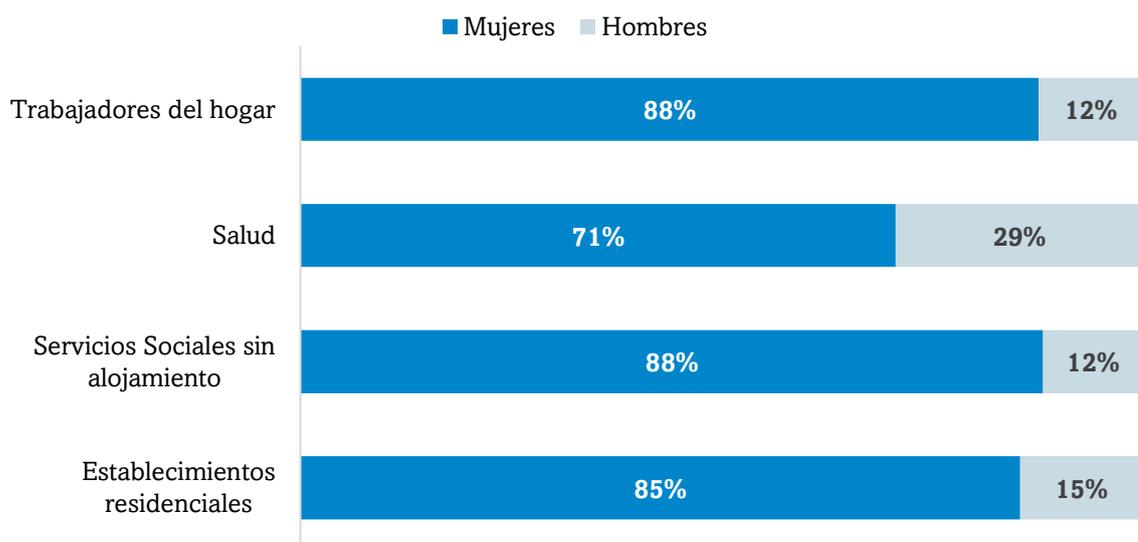
A continuación, se profundiza en la caracterización sociodemográfica y laboral de las trabajadoras del sector, con el fin de realizar un perfilado de las personas que trabajan en el sector, incluyendo también aquellas que declaran trabajar en actividades de cuidados sin importar si se encuentran afiliadas formalmente.

3. Caracterización sociodemográfica y laboral de las trabajadoras

Una vez analizada la situación de España en perspectiva internacional, así como la evolución del empleo y su distribución tanto dentro de cada sector como a nivel territorial, se realiza una caracterización sociodemográfica de las trabajadoras de cuidados en España. Entre otros atributos, se trata la distribución por género, edad, país o continente de origen, nivel formativo, ocupación y exposición a formación.

Los datos presentados a lo largo de este epígrafe están basados en los microdatos de la Encuesta de Población Activa (EPA) que elabora el INE. Aunque la situación de las trabajadoras de cuidados en situación irregular no se aborda en este estudio de forma sistemática, algunas de sus características quedan reflejadas en la EPA debido a su carácter de encuesta, en contraste con el origen administrativo de los datos de afiliación presentados en la sección anterior. De cualquier modo, el Anexo IV ofrece información cualitativa sobre la informalidad recabada mediante entrevistas, una situación que afecta especialmente a las personas migrantes.

Figura 17. Distribución de las personas trabajadoras en CLD, por sexo. Promedio anual, 2024.

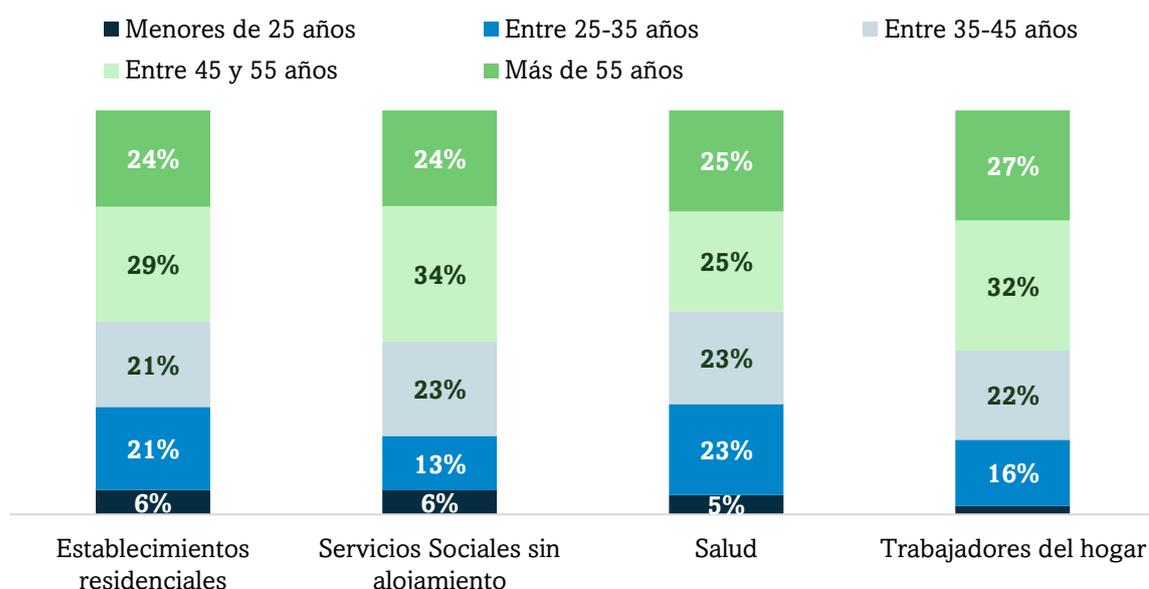


Fuente: Afi a partir de EPA, INE.

En la **distribución de las personas trabajadoras de CLD en función del sexo**, se observa una **composición extremadamente feminizada de la fuerza laboral**, donde más de 8 de cada 10 personas son mujeres. Esta evidencia va muy en línea con la observada en otros países, como ha quedado reflejado en la revisión inicial de literatura. El sector de los cuidados está incluso más feminizado que el de salud, donde 7 de cada 10 personas trabajadoras son mujeres, en niveles muy similares a las trabajadoras del hogar.

En términos etarios se observa que **más de la mitad de las trabajadoras son mayores de 45 años**, una cifra que roza el 60% en el caso de los servicios sociales sin alojamiento. En términos generales, mientras los establecimientos residenciales se distribuyen de forma similar al sector de la salud, los servicios sociales sin alojamiento se parecen más a las trabajadoras del hogar. Esto se puede deber, al menos en parte, a una relación de servicios más completa en los establecimientos residenciales, donde se incluyen, además de cuidados de personas mayores, también servicios sanitarios.

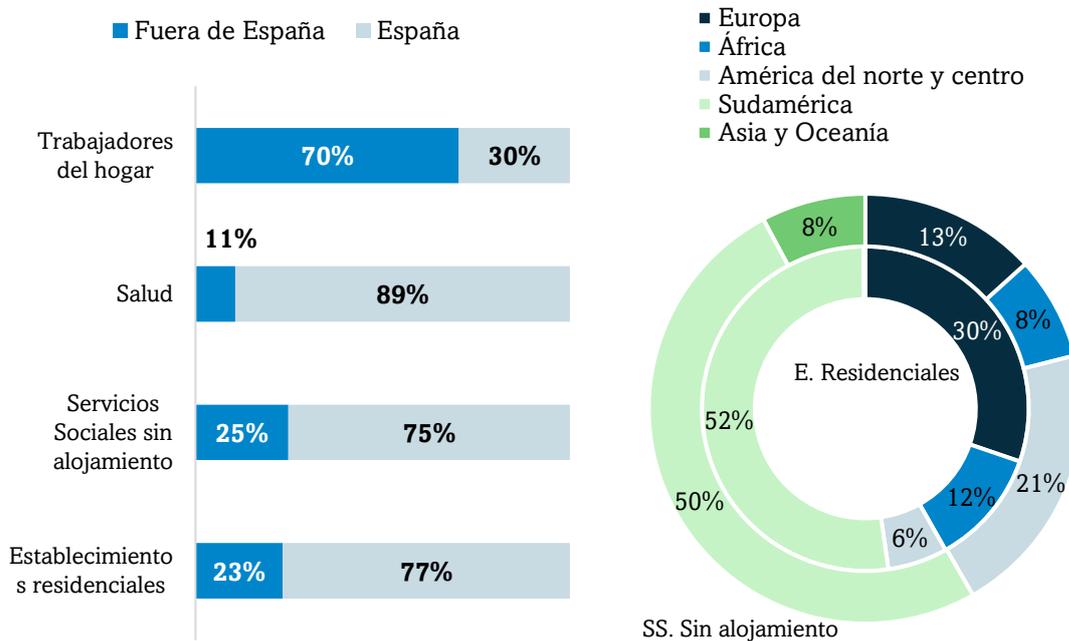
Figura 18. Distribución de las personas trabajadoras en CLD, por edad. Promedio anual, 2024.



Fuente: Afi a partir de EPA, INE.

Otra de las principales características de las trabajadoras de cuidados es la **elevada presencia de mujeres de origen extranjero**, que cada vez representan una mayor proporción del empleo total en el sector. Tanto en establecimientos residenciales como en los servicios sin alojamiento, casi una de cada 4 trabajadoras procede de fuera de España (23 % y 25 %, respectivamente). Esta proporción es más del doble de lo que se observa en el sector de la salud (11 % del total), pero muy inferior al de las trabajadoras del hogar, una de las actividades donde la concentración de personas extranjeras es más alta.

Figura 19. Distribución de las personas trabajadoras en CLD, por país de origen. Promedio anual, 2024.

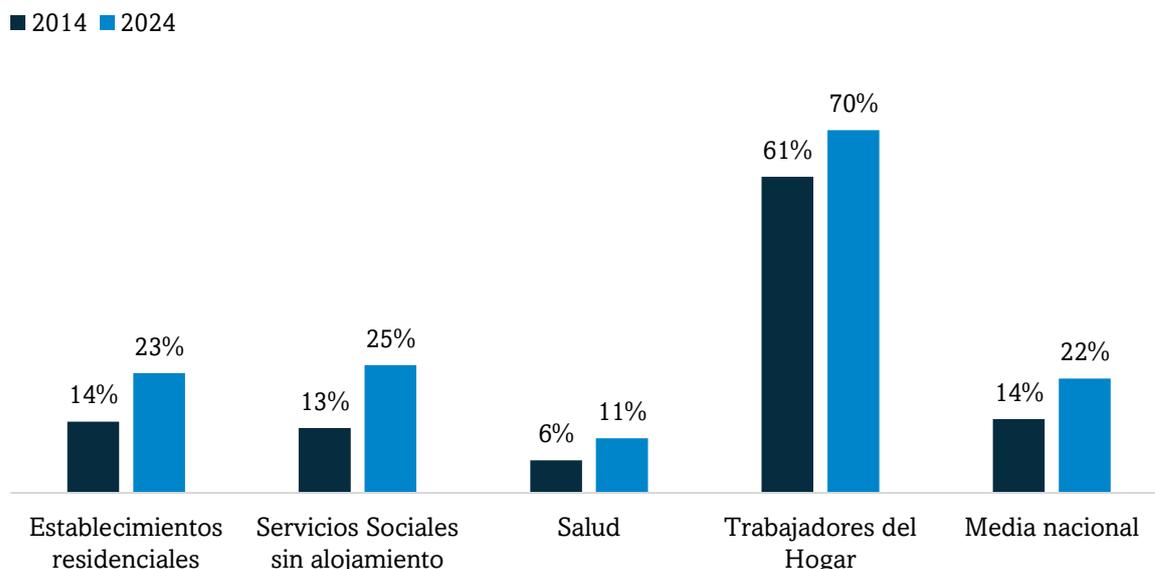


Fuente: Afi a partir de EPA, INE.

Por país de procedencia, se observan algunas similitudes, pero también diferencias entre las trabajadoras vinculadas a cuidados en residencias y en aquellas sin alojamiento. En ambas ramas hay una **elevada presencia de personas procedentes de Sudamérica**, que representan aproximadamente el 50 % del total de las personas extranjeras empleadas. **Sin embargo, la presencia de inmigrantes europeos es muy superior en los establecimientos residenciales** respecto a los servicios sin alojamiento (30 % vs 13 %), mientras que los procedentes de Centro y Norte América tienen un mayor peso en los segundos (21 % vs. 6 %).

La creciente presencia de personas de origen fuera de España refleja **el potencial del sector de cuidados como punto de entrada al mercado laboral de las personas migrantes**, contribuyendo de forma decisiva, también, a dotar del personal suficiente a una población de edad avanzada que continúa creciendo. En la última década, de hecho, el porcentaje de trabajadoras con origen fuera de España ha aumentado en unos 10 puntos porcentuales tanto en residencias como en servicios sociales sin alojamiento, pasando del 13-14 % en 2014 al 23-25 % en 2024, por encima del incremento medio nacional.

Figura 20. Porcentaje de trabajadoras extranjeras, por sector. Promedio anual, 2014 y 2024.



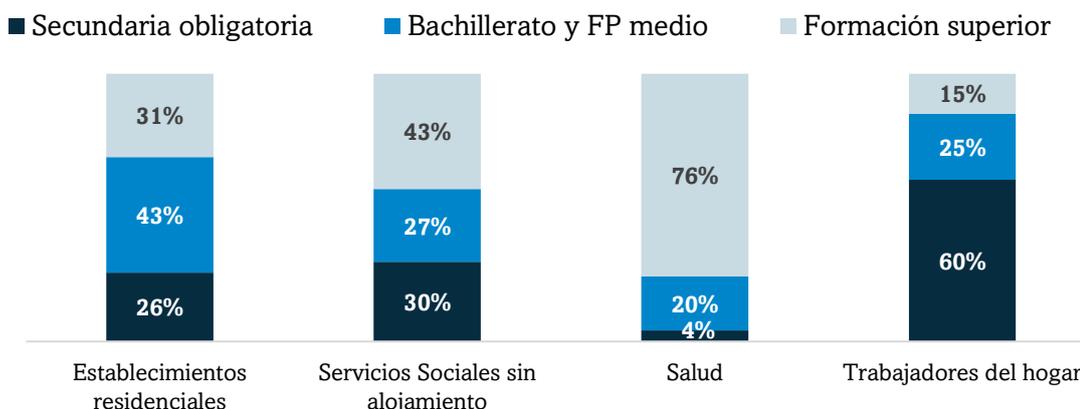
Fuente: Afi a partir de EPA, INE.

Respecto al perfil educativo de las trabajadoras de cuidados se aprecian diferencias según el tipo de establecimiento en el que desempeñan sus tareas. **En las residencias, el 43 % de las personas poseen un nivel de cualificación medio** (bachiller o grados de FP básicos o medios), mientras los niveles bajos (26 %) y altos (31 %) se reparten casi a partes iguales. Entre los servicios sin alojamiento, en cambio, **la mayor concentración la encontramos en personas con educación superior** (grado o FP superior), alcanzando también el 43 % del total; particularidades que tienen que ver con la diferente estructura ocupacional de cada tipo de alojamiento, como veremos más abajo.

Desde un punto de vista cualitativo –y gracias a las entrevistas personales que se han desarrollado en el marco de este proyecto–, **la mayoría de las trabajadoras de atención domiciliaria utilizan como vía de entrada** más común al SAAD con la obtención del **Certificado de Profesionalidad en Atención Sociosanitaria**. Entre las trabajadoras de residencias, en cambio, existe una mayor presencia de personas que han cursado algún Ciclo Formativo, como auxiliar de Enfermería (grado medio), u otras titulaciones de estudios superiores en atención sociosanitaria. A nivel formativo, de hecho, es más común encontrar trabajadoras con estudios universitarios entre las trabajadoras migrantes que entre las españolas, cuya trayectoria profesional suele contar con episodios en empleos poco cualificados.

Aunque esta composición educativa por tipo de establecimiento pueda parecer contraintuitiva (los centros residenciales, normalmente más profesionalizados, cuentan con menos personas con titulación universitaria), una mirada cercana a la distribución de ocupaciones permite encontrar algunas explicaciones a esta situación.

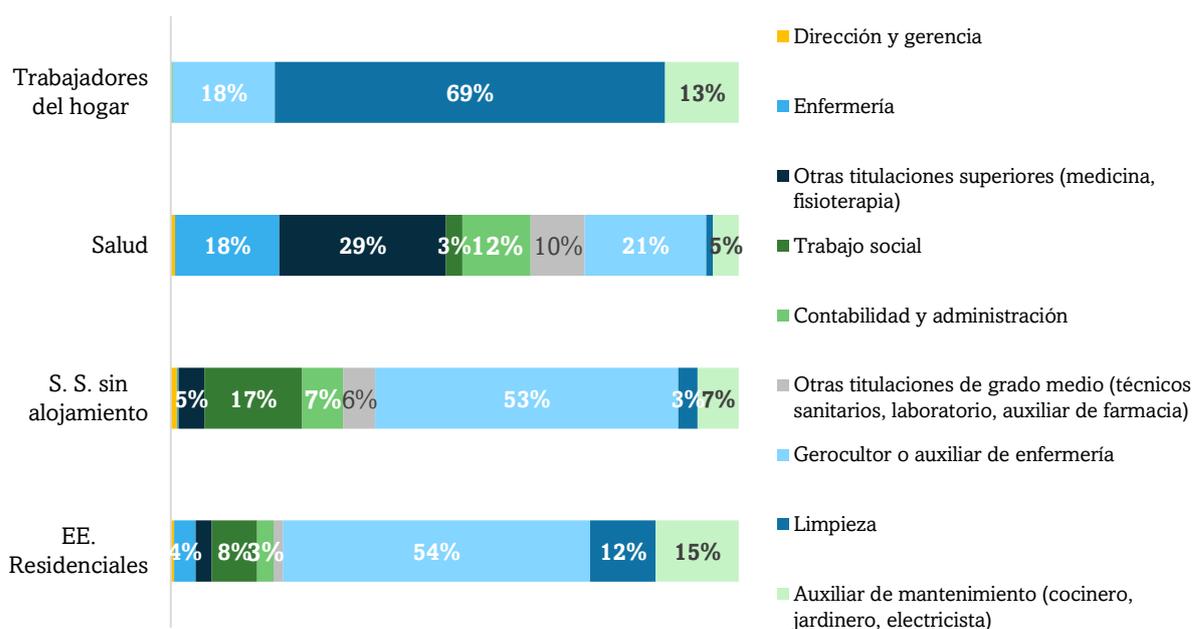
Figura 21. Distribución de las personas trabajadoras en CLD, por nivel formativo. Promedio anual, 2024.



Fuente: Afi a partir de EPA, INE.

Hay tres mensajes principales que podemos extraer al analizar qué ocupaciones encontramos en cada tipo de alojamiento. El primero es que **la mayor parte del trabajo lo llevan a cabo gerocultoras tanto en servicios sin alojamiento como en residencias** (53 % vs. 54 %), porcentajes que más que duplican los de trabajadoras del hogar (18 %) y los del sector salud (21 %). El segundo es que **los servicios auxiliares a los cuidados tienen una presencia mucho mayor en las residencias que en los servicios sin alojamiento**: los cocineros, jardineros, electricistas o el personal de limpieza llegan a cubrir el 27 % del total de empleo en residencias y tan solo el 10 % en aquellos sin alojamiento. El tercer punto que destacar, relacionado con el tipo de prestación que reciben los usuarios, se manifiesta en que **en los servicios sin alojamiento encontramos una proporción muy superior de trabajadoras sociales** en comparación con las residencias (17 % vs. 8 %).

Figura 22. Distribución de las personas trabajadoras en CLD, por ocupaciones. Promedio anual, 2024.



Fuente: Afi a partir de EPA, INE.

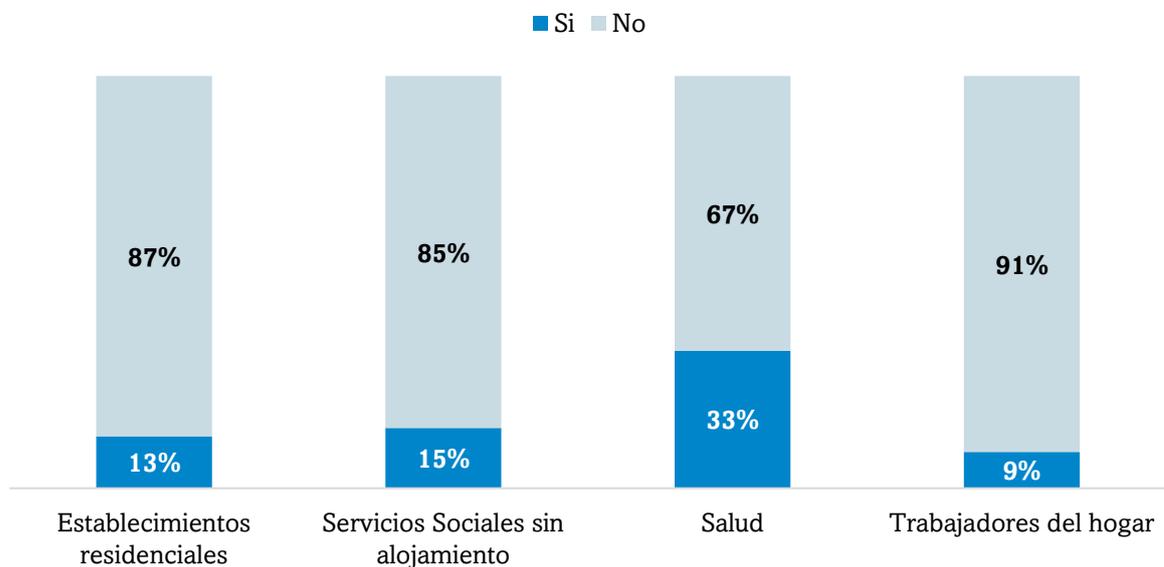
Hasta ahora, los datos revelan que estamos lejos de ese escenario: **el porcentaje de trabajadoras que realiza cursos de formación no supera el 15 % ni en servicios sociales sin alojamiento ni en residencias, menos de la mitad de lo que reportan las personas trabajadoras en el ámbito de la salud.** Este hecho se produce a pesar de que **la gran mayoría de trabajadoras manifiestan su interés en ampliar su formación**, especialmente en temas relacionados con el cuidado y el acompañamiento especializados (animación sociocultural, atención a enfermedades neurodegenerativas), la gestión del estrés y el bienestar emocional, las herramientas para afrontar situaciones complejas (comunicación con familias, acompañamiento en procesos de duelo, apoyo psicológico) o incluso contenidos técnicos básicos (como movilización segura, primeros auxilios o manipulación de cargas).

*Los hacemos [los cursos] porque puntúan, pero son de profesionales bastante antiguos y nos quedamos muy, muy, muy atrás.
(35 años, Macroresidencia, Núcleo mediano, española)*

Para ello, se deberá **actuar sobre las barreras que identifican las trabajadoras e impiden una formación continua a lo largo de su vida laboral**, como la dificultad de compatibilizar formación presencial con turnos laborales, así como asegurar una

calidad superior de los cursos de formación, de manera que sean percibidos como verdaderamente útiles para su futuro desarrollo humano y profesional.

Figura 23. Porcentaje de trabajadoras en función de si realizan cursos de formación (reglados o no reglados). 2024.



Fuente: Afi a partir de EPA, INE.

Por último, el análisis cualitativo ha permitido abordar el sentimiento de pertenencia y unión de las trabajadoras del sector. En las entrevistas **expresan no sentirse identificadas como parte de un colectivo profesional cohesionado, mostrando niveles de asociación y pertenencia muy débiles.** El contacto entre ellas suele ser muy limitado, especialmente entre las que trabajan en el ámbito domiciliario, e incluso algunas muestran ciertas reticencias a establecer vínculos con profesionales del sector.

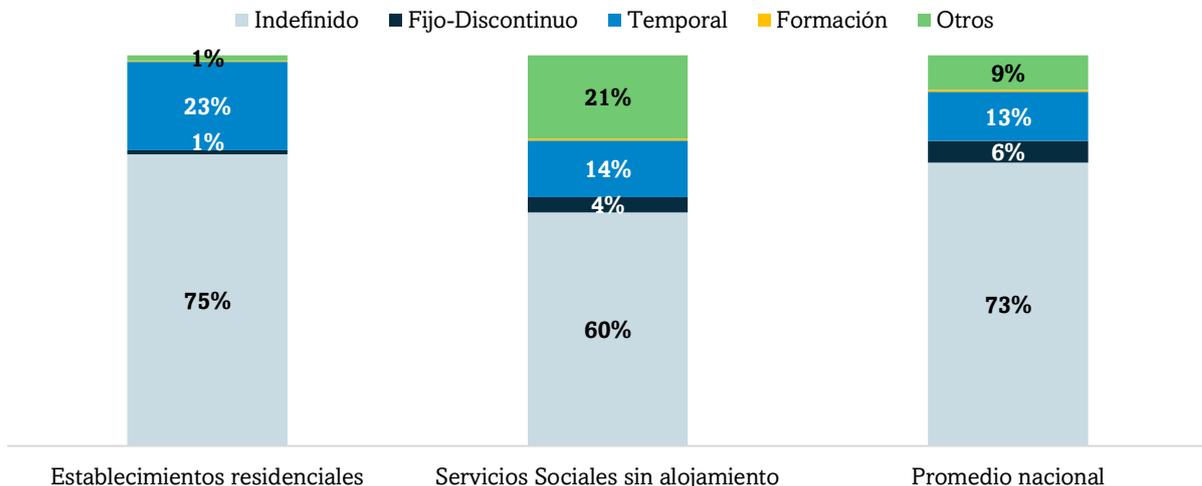
Esta baja identificación provoca, al mismo tiempo, una escasa presencia en organizaciones asociativas o sindicales, en contraste con lo que se observa en otros sectores ampliamente feminizados como las trabajadoras de la limpieza en hoteles, “las kellys”.

4. Condiciones laborales en el sector cuidados

Como se ha presentado en el primer apartado, la literatura especializada coincide en señalar que el empleo en el sector de los cuidados en España se caracteriza por una elevada precariedad estructural. A continuación, se presentan los principales resultados del análisis sobre las condiciones laborales, con especial atención a variables como la remuneración, la estabilidad contractual, la jornada laboral o el estrés y la satisfacción con el empleo.

En primer lugar, se evidencia **temporalidad superior al promedio nacional**: casi **uno de cada cuatro contratos registrados en establecimientos residenciales es de carácter temporal**, una proporción muy superior a la del conjunto de actividades económicas (13%). Además, en las actividades de servicios sociales sin alojamiento, el porcentaje de contratos indefinidos (60%) se sitúa 13 puntos porcentuales por debajo del conjunto de sectores (73%), lo que también refleja una **menor estabilidad laboral en este ámbito**.

Figura 24. Tipos de contrato en función de su duración (% sobre total de afiliados al Régimen General), promedio 2024



Fuente: Afi a partir de Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones. La categoría “Otros” agrupa principalmente a afiliados sin tipo de contrato declarado, entre los que destacan funcionarios, personal estatutario e interinos. También incluye colectivos como cuidadores no profesionales, socios trabajadores de cooperativas, participantes en programas de formación o prácticas no laborales, así como, de forma residual, casos con errores u omisiones.

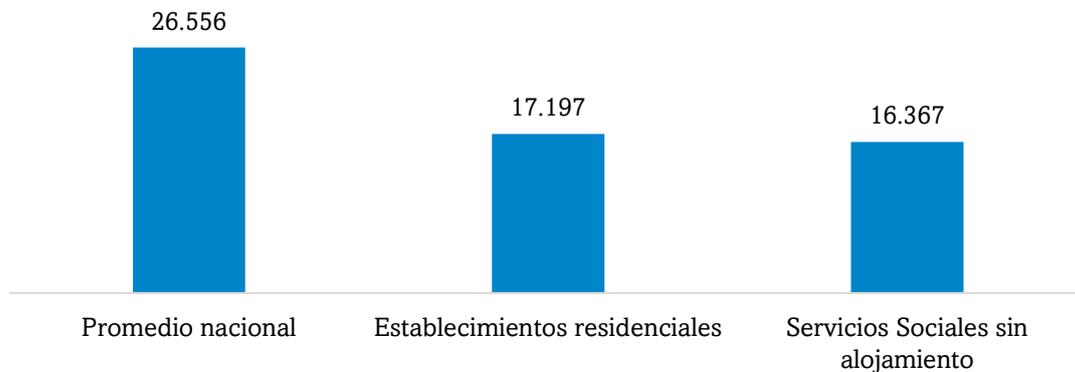
Esa es otra cosa, que está súper mal pagado. Para todo lo que hacemos, muy mal pagado. Aparte, tenemos ese sueldo hace años. Y luego, si haces horas extras, o si tú estás en positivo de horas... la empresa te lo devuelve no pagando: te lo devuelve con días libres. Ya, tienes tiempo, pero no tienes dinero. O sea, entonces, ¿yo para qué hago los restos si yo lo que quiero es dinero?

(43 años, Atención domiciliaria, Superilles, migrante).

Respecto a las condiciones salariales, la encuesta anual de coste laboral evidencia que, en 2023, el **salario bruto anual promedio en el sector de cuidados se situaba muy por debajo del promedio nacional**. En los establecimientos residenciales, las trabajadoras perciben una media de en torno a 17.200 euros anuales, y en

los servicios sociales sin alojamiento, 16.400 euros, frente a los 26.600 euros promedio del conjunto de sectores, una diferencia anual cercana a los 10.000 euros, en términos brutos.

Figura 25. Salario anual bruto promedio de los trabajadores, 2023



Fuente: Afi a partir de Encuesta Anual de coste laboral, INE

Notas: No se dispone de datos de coste laboral por ocupación dentro de cada sector.

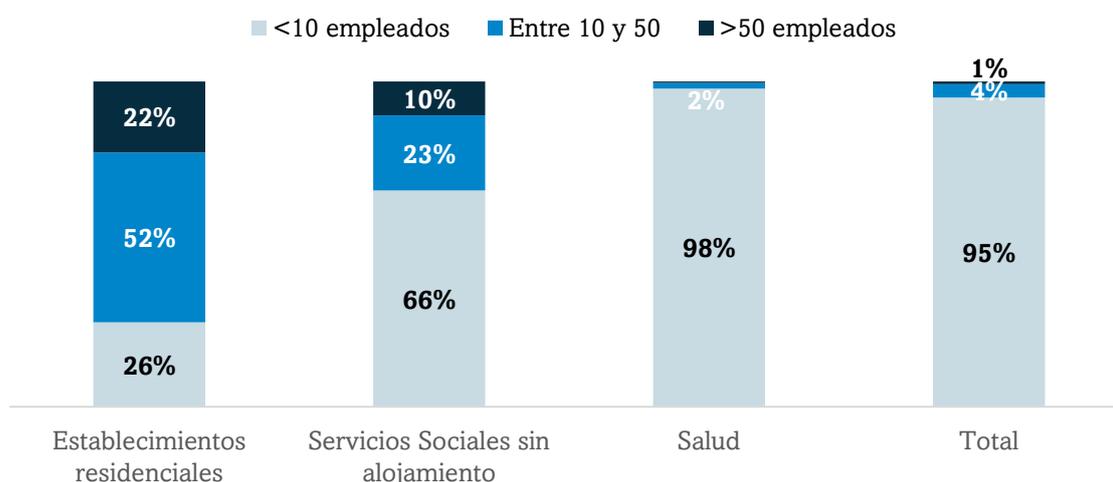
Los testimonios recogidos en las entrevistas refuerzan esta precariedad, donde el **salario es uno de los aspectos que genera mayor insatisfacción**. Las trabajadoras consideran que su retribución no está en absoluto en consonancia con la exigencia física y emocional de sus tareas, y perciben que el bajo salario es **expresión del escaso reconocimiento social** de su labor. Aunque algunas mencionan vías para aumentar sus ingresos —como asumir turnos de noche, trabajar festivos o hacer acompañamientos nocturnos en hospitales en el caso de las trabajadoras de SAD— estas alternativas no están al alcance de todas ni compensan adecuadamente el esfuerzo adicional.

También emergen diferencias según el tipo de recurso: las trabajadoras de **residencias públicas tienden a valorar mejor sus condiciones salariales** que aquellas empleadas en atención domiciliaria o en residencias privadas. En muchos casos, las horas extraordinarias no se abonan económicamente, sino que se compensan con días libres, lo que incrementa la sensación de injusticia y descontento generalizado.

A diferencia de lo que ocurre en la mayoría de los sectores, donde el tamaño de la empresa suele estar asociado a mejores condiciones salariales, en el sector de cuidados esta relación no se manifiesta de forma significativa. De hecho, **los establecimientos residenciales y los servicios sociales sin alojamiento presentan un mayor peso**

de empresas medianas y grandes: en residencias, el 22 % de las empresas tienen más de 50 empleados, y en servicios sociales sin alojamiento, el 10%, cifras muy superiores a las del conjunto del tejido empresarial (1%). No obstante, los **costes laborales promedio por trabajador apenas difieren entre empresas pequeñas, medianas o grandes**, tanto en residencias como en servicios sin alojamiento.

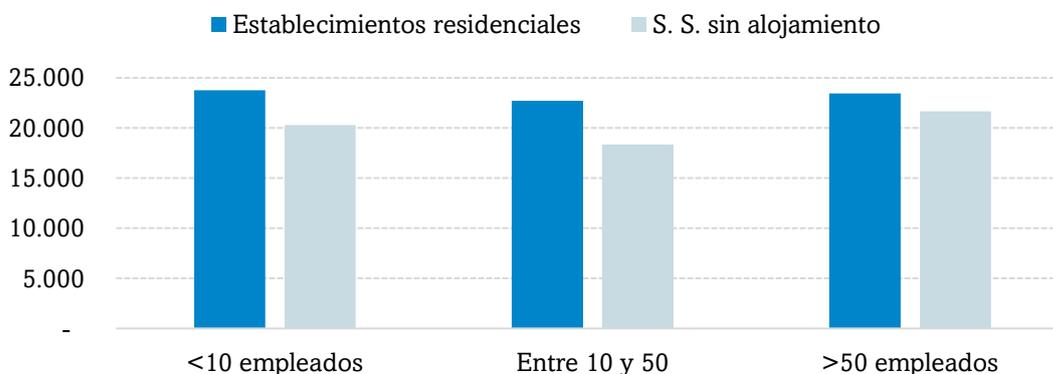
Figura 26. Distribución de las empresas en función de su tamaño, 2024



Fuente: Afi a partir de DIRCE y Encuesta Estructural de Empresas, INE

Una posible explicación es que **el salario en el sector se sitúa en valores muy próximos al Salario Mínimo Interprofesional (SMI)**, lo que limita el margen de variación entre empresas, independientemente de su tamaño. Esta homogeneidad sugiere que, incluso en organizaciones con mayor capacidad organizativa o económica, no se están trasladando mejoras salariales proporcionales al personal cuidador, lo que refuerza la idea de que el valor económico atribuido al trabajo de cuidados sigue siendo estructuralmente bajo.

Figura 27. Costes laborales promedio por trabajador según el tamaño de la empresa, 2023



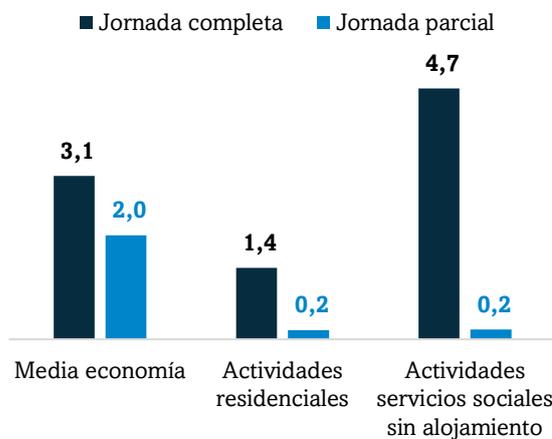
Fuente: Afi a partir de DIRCE y Encuesta Estructural de Empresas, INE

Si bien el salario en el sector está muy cercano a los mínimos interprofesionales, muchas trabajadoras desempeñan su labor por encima de lo

estipulado en sus contratos, especialmente en el SAD. En este sentido, las trabajadoras a jornada completa en los servicios sociales sin alojamiento trabajan, de media, casi cinco horas más a la semana de lo establecido contractualmente, lo que equivale a una hora adicional al día.

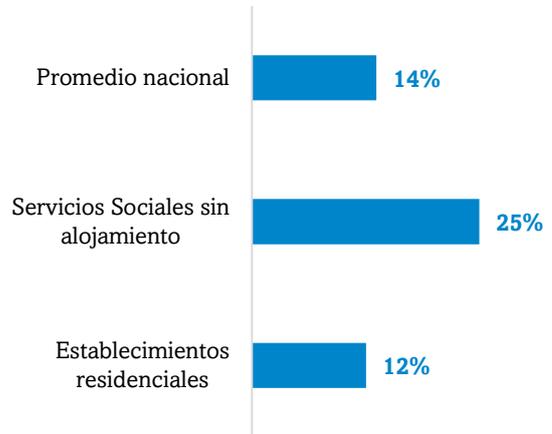
A esta sobrecarga no reconocida se suma una elevada tasa de parcialidad en el sector: el 25 % del empleo en servicios sociales sin alojamiento es a tiempo parcial, una proporción 11 puntos porcentuales superior a la media nacional.

Figura 28. Diferencia de horas trabajadas entre horas pactadas en el contrato por tipo de jornada (horas a la semana), 2024



Fuente: Afi a partir de EPA, INE

Figura 29. Tasa de parcialidad (% empleo total), 2024

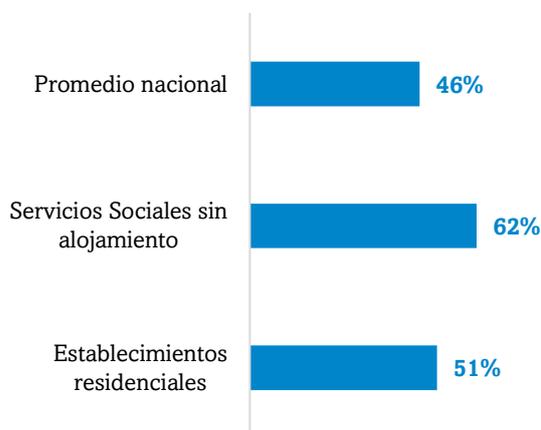


Fuente: Afi a partir de EPA, INE

Además, **esta parcialidad es en muchos casos involuntaria**: el 60 % de los contratos a tiempo parcial en el SAD lo son por falta de opciones a jornada completa, frente al 42 % del conjunto de sectores. Esta situación empuja a muchas trabajadoras a recurrir al pluriempleo como estrategia para complementar ingresos, con tasas también superiores al promedio nacional (3,5 % en SAD y 3,9 % en residencias, frente al 2,8 %). En conjunto, estas dinámicas reflejan un modelo laboral fragmentado, que dificulta la consolidación de trayectorias profesionales estables en un sector esencial para el bienestar social.

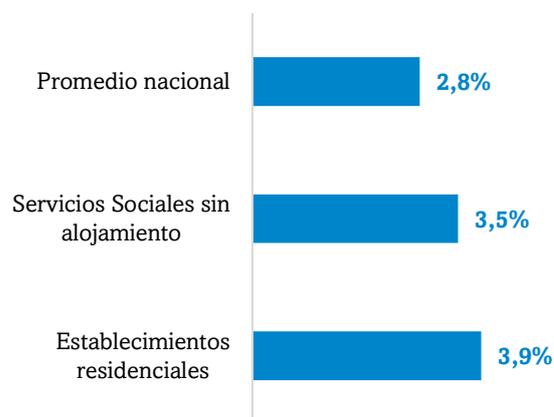
En este ámbito, las entrevistas cualitativas revelan que las **condiciones horarias constituyen uno de los aspectos donde se observan mayores diferencias** entre trabajadoras de establecimientos residenciales y SAD. En las residencias, los turnos rotativos son la norma y, aunque muchas los asumen con resignación, reconocen que esta modalidad tiene efectos negativos sobre su salud, calidad del sueño y conciliación personal. La falta de control sobre la organización del tiempo, especialmente en macroresidencias, genera malestar entre las trabajadoras, que frecuentemente deben hacer renuncias o negociar cambios de turno con sus compañeras, lo que puede derivar en tensiones.

Figura 30. Personas trabajadoras a jornada parcial involuntaria (% empleo a jornada parcial), 2024



Fuente: Afi a partir de EPA, INE

Figura 31. Personas pluriempleadas (% empleo total), 2024



Fuente: Afi a partir de EPA, INE

Yo tengo compañeras que tienen hijos y el turno de mañana les viene mal porque tienen que llevar a los hijos al colegio, y el turno de tarde les viene mal porque es que no les ven. Porque claro, si tú sales a las diez o a las diez y media de la noche del trabajo, ¿cuándo ves a tu hijo?
(59 años, Macroresidencia, Núcleo grande, Española)

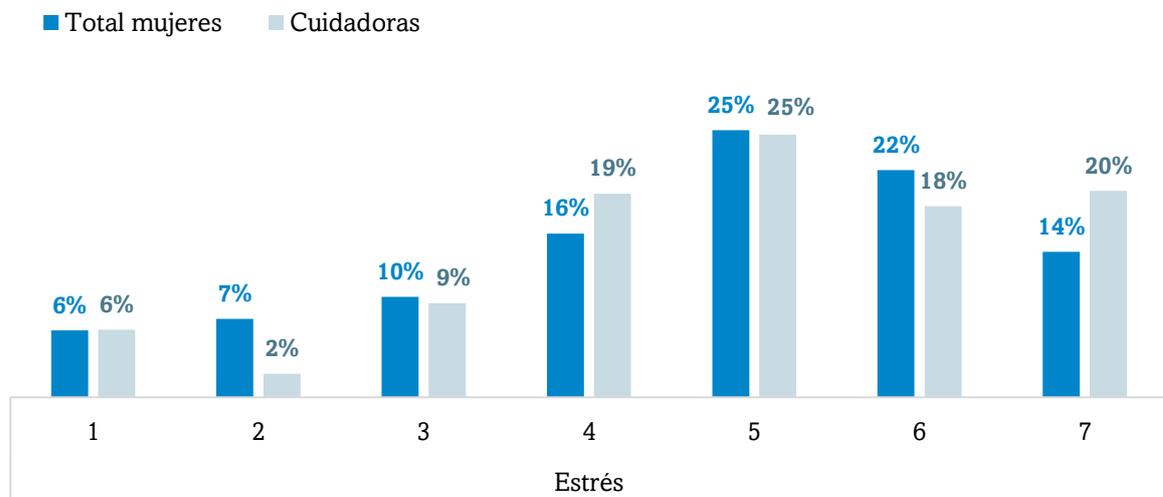
Por el contrario, las trabajadoras del SAD no están sujetas a turnicidad y, en muchos casos, pueden elegir su horario, lo que otorga mayor flexibilidad. Sin embargo, este modelo también conlleva desafíos importantes, como la dispersión

geográfica de los domicilios, que obliga a realizar largos desplazamientos no siempre remunerados entre visitas. Algunas entrevistadas destacan positivamente experiencias como las “Superilles” en Barcelona, donde la concentración de personas en situación de dependencia en una misma zona urbana facilita la organización del trabajo y reduce significativamente los tiempos de traslado.

En definitiva, **el estrés emerge como una manifestación evidente del conjunto de condiciones laborales precarias que atraviesan el empleo en el sector de cuidados**. El nivel de estrés declarado por las trabajadoras del sector cuidados es superior al del conjunto de mujeres ocupadas, con una puntuación promedio de 4,9 sobre 7 frente al 4,7 registrado en el total. Aunque la diferencia es moderada, refleja un malestar estructural vinculado a las condiciones laborales del sector.

Tal y como señalan las entrevistas, las principales fuentes de insatisfacción son la **excesiva carga de trabajo** —especialmente acusada en el ámbito residencial, donde la ratio entre personal y personas en situación de dependencia suele ser insuficiente de acuerdo con las trabajadoras— **y el bajo salario percibido**, considerado desproporcionado respecto al esfuerzo físico y emocional que implica este tipo de empleo. La sensación de desbordamiento, la falta de reconocimiento y la precariedad son elementos recurrentes en los testimonios, que contribuyen a explicar este mayor nivel de estrés laboral.

Figura 32. Porcentaje de encuestadas según su nivel de estrés en su trabajo, siendo 1 nada de estrés y 7 muy estresado, 2023



Fuente: Afi a partir de ESdE, INE

A ello se suma la **frustración con el tipo de tareas que deben realizar y con el escaso tiempo asignado para llevarlas a cabo**. Muchas cuidadoras señalan que solo llegan a atender las necesidades más básicas de las personas que reciben cuidados, sin posibilidad de ofrecer una atención más integral que incluya aspectos emocionales, de estimulación o acompañamiento. Esta limitación no solo empobrece el trabajo que desempeñan, sino que también afecta su motivación y sentido de utilidad.

Además, la **falta de recursos materiales** dificulta aún más su labor diaria. En los servicios residenciales se reporta la carencia de equipamiento esencial como grúas o sillas adaptadas, así como demoras en la reposición de productos de higiene. Esta situación se ve agravada en el SAD, donde la responsabilidad sobre los materiales recae habitualmente en las familias, lo que genera situaciones de desabastecimiento o uso de herramientas inadecuadas.

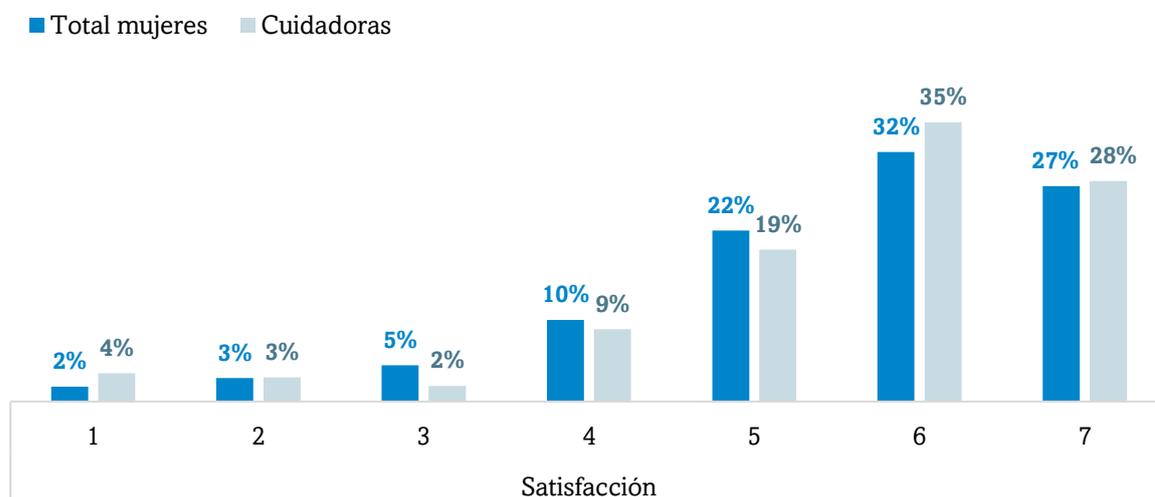
La **relación con las familias** también representa una fuente de tensión, particularmente en el ámbito domiciliario, y riesgo psicosocial por las condiciones laborales del sector. Las trabajadoras relatan sentirse fiscalizadas y poco valoradas, lo que añade presión y dificulta el desarrollo de un vínculo de confianza que facilite su intervención.

Sin embargo, a pesar de las condiciones laborales adversas **las trabajadoras de cuidados declaran un nivel de satisfacción con su empleo muy similar al del conjunto de mujeres ocupadas** (5,5 en ambos casos), lo que resulta especialmente llamativo a la luz de los múltiples factores de estrés e insatisfacción señalados previamente. Este hallazgo en alguna medida puede explicarse por la **fuerte vocación que atraviesa los relatos recogidos en las entrevistas**.

Todas las cuidadoras manifiestan una alta satisfacción con su trabajo. La gratificación emocional que les aporta el cuidado directo, el vínculo con las personas en situación de dependencia y el reconocimiento afectivo que a veces reciben, compensan en parte el esfuerzo físico y emocional que exige el día a día. Esta dimensión vocacional emerge

como un elemento central en la experiencia de las trabajadoras, y ayuda a comprender cómo, incluso en contextos de precariedad, el trabajo de cuidados puede vivirse como una fuente de realización personal.

Figura 33. Porcentaje de encuestadas según su nivel de satisfacción en su trabajo, siendo 1 nada de satisfacción y 7 muy satisfecho, 2023



Fuente: Afi a partir de ESdE, INE

Necesitan un apoyo que no tienen y tú eres la que se lo tiene que dar. Entonces, por eso te digo que cuando ellos te dan un beso, te dan un abrazo, te dicen “te quiero mucho”, eso te quita todo el cansancio de repente.

(59 años, Macroresidencia, Madrid, española)

5. Estado de salud de las trabajadoras y absentismo laboral

El trabajo de cuidados conlleva también importantes impactos sobre la salud física y mental de quienes lo ejercen. Las tareas de cuidados se caracterizan por una fuerte implicación física y emocional, que suele redundar en problemas de salud. Los datos de la Encuesta de Salud de España (ESdE, 2023) revelan una **prevalencia significativamente mayor de ciertas dolencias** —tanto físicas como psicológicas— entre las mujeres empleadas en cuidados en comparación con el total de mujeres de su misma edad, teniendo en cuenta a mujeres con un nivel educativo de FP superior, como máximo³.

³ Se restringe la muestra a un nivel educativo alcanzado de FP superior, o niveles inferiores, para equiparar la muestra de comparación (total mujeres) con las mujeres dedicadas a tareas de cuidados (gerocultoras), que suelen contar con niveles educativos asimilables. El tamaño muestral del grupo de cuidadoras por grupos de edad es: menos de 45 años: 99; entre 45 y 65 años: 137. En el grupo de mujeres de su mismo nivel educativo, los tamaños muestrales son, por grupos de edad: menos de 45 años: 3.438; entre 45 y 65 años: 4.022.

En cuanto a enfermedades físicas, el 20% y 22% de las mujeres menores de 45 años declara haber padecido alguna vez dolor de espalda crónico cervical y lumbar, respectivamente, frente al 11% de las mujeres de su misma edad. Estos porcentajes se encuentran muy alineados con aquellas que han sido diagnosticadas de estas enfermedades -el 18% en dolor cervical y lumbar crónicos entre las cuidadoras de esta edad, frente al 8% en ambos casos en el total de mujeres de su misma edad-.

Estas afecciones tienden, además, a cronificarse con la edad, agravando las trayectorias laborales y vitales de estas profesionales. Si se estudia la prevalencia en el grupo de mujeres de entre 45 y 65 años, se observa que el porcentaje asciende al 38% y 42% en haber padecido alguna vez dolor cervical o lumbar entre las cuidadoras, respectivamente, frente al 28% y 30% en el total de mujeres de esta edad.

Las diferencias son más reducidas, aunque igualmente notables, en el plano de las **enfermedades de salud mental**, donde también se aprecia una prevalencia mayor con la edad. El 23% de las mujeres cuidadoras de entre 45 y 65 años tiene un diagnóstico médico de ansiedad crónica, frente al 13% del total de mujeres, y el 19% de depresión, en comparación con el 16% del total de mujeres.

Es un peso muerto, que tú tienes que ir tirando. Te enseñan en el curso estrategias, cómo movilizar. Pero a la hora de tu trabajo, como que te olvidas, o como que intentas hacer eso, pero no es como te enseñan. Yo siempre he dicho: es como cuando te enseñan cuando vas a dar a luz, te dan una forma de cómo tienes que hacerlo, y llega el momento y no haces nada de eso.

(58 años, Macroresidencia, Zona rural, Migrante)

Los resultados cualitativos obtenidos a partir de las entrevistas realizadas a trabajadoras del sector de cuidados reflejan con claridad la carga física y emocional que supone su labor diaria. En primer lugar, todas las entrevistadas coinciden en señalar la prevalencia de dolencias físicas derivadas del **esfuerzo repetitivo, la movilización de personas que reciben cuidados y las**

posturas mantenidas durante largas jornadas.

Los dolores de espalda, lumbalgia, molestias en rodillas o caderas, e incluso lesiones crónicas, son problemas comunes que tienden a agravarse con la edad. Aunque las trabajadoras disponen de formación y ciertas técnicas para mitigar estos efectos, muchas veces las condiciones del entorno —como la falta de tiempo o de recursos técnicos suficientes— dificultan su correcta aplicación, lo que incrementa el desgaste físico a lo largo del tiempo.

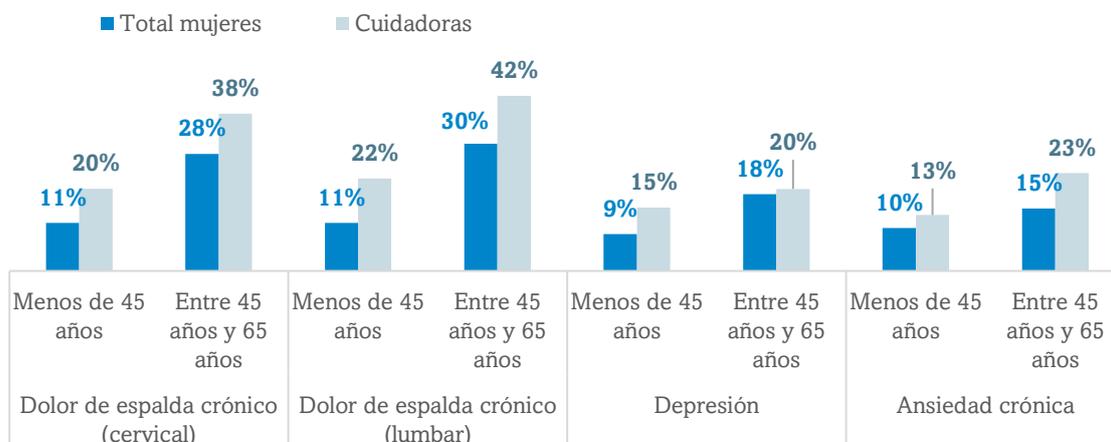
Pues mira, después de tantos años trabajando en esto, sí que no te voy a mentir: estoy muy tocada. Tengo el hombro mal, la espalda también... y las caderas.

(49 años, Macroresidencia, Valladolid, española)

Los huesos de mis manos... yo ya tengo artrosis degenerativa en las manos y en las lumbares. Entonces me da mucho miedo.

(54 años, Vivienda tutelada, Toledo, española)

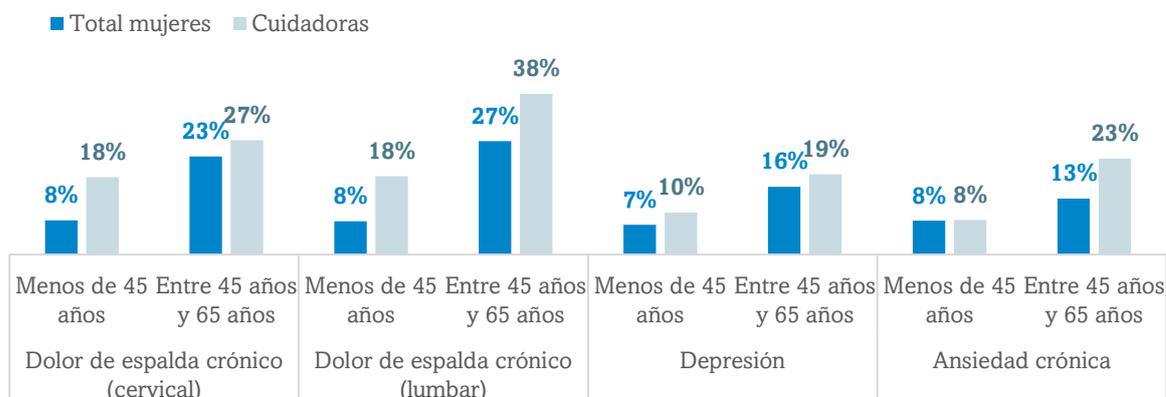
Figura 34. Porcentaje de trabajadoras que ha padecido alguna vez alguna de las siguientes enfermedades por grupo de edad, 2023



Fuente: Afi a partir de ESdE, INE

Notas: El grupo “cuidadoras” contempla aquellas personas empleadas en los sectores 87 y 88 en el momento de realización de la encuesta, o en su último empleo.

Figura 35. Porcentaje de trabajadoras con diagnóstico médico de las siguientes enfermedades por grupo de edad, 2023



Fuente: Afi a partir de ESdE, INE

Notas: El grupo “cuidadoras” contempla aquellas personas empleadas en los sectores 87 y 88 en el momento de realización de la encuesta, o en su último empleo.

La sobrecarga de trabajo no solo tiene consecuencias físicas, sino también emocionales. Las entrevistas revelan un nivel elevado de estrés asociado tanto al volumen de tareas como al acompañamiento cotidiano de situaciones humanas complejas. Esta exposición constante a escenarios emocionalmente intensos acaba siendo interiorizada como parte rutinaria del trabajo. A pesar de que muchas trabajadoras desarrollan mecanismos de habituación, los relatos ponen de manifiesto un malestar persistente que impacta en su bienestar psicológico, en forma de agotamiento o ansiedad.

Los testimonios recogidos ilustran con crudeza este impacto: desde quienes afirman estar “muy tocadas” físicamente tras años en el sector, hasta quienes señalan la necesidad de recurrir con frecuencia a medicamentos o visitas médicas para sobrellevar

el dolor diario. Los resultados de la ESdE (2023) revelan que **el consumo de medicamentos** durante las dos semanas anteriores a la encuesta **fue superior en el grupo de cuidadoras** de entre 45 y 65 años, donde el 15% declararon haber consumido medicinas para el dolor frente al 12% del total de mujeres de su edad y nivel educativo, así como en el consumo de tranquilizantes, relajantes y pastillas para dormir (8% frente a 5%).

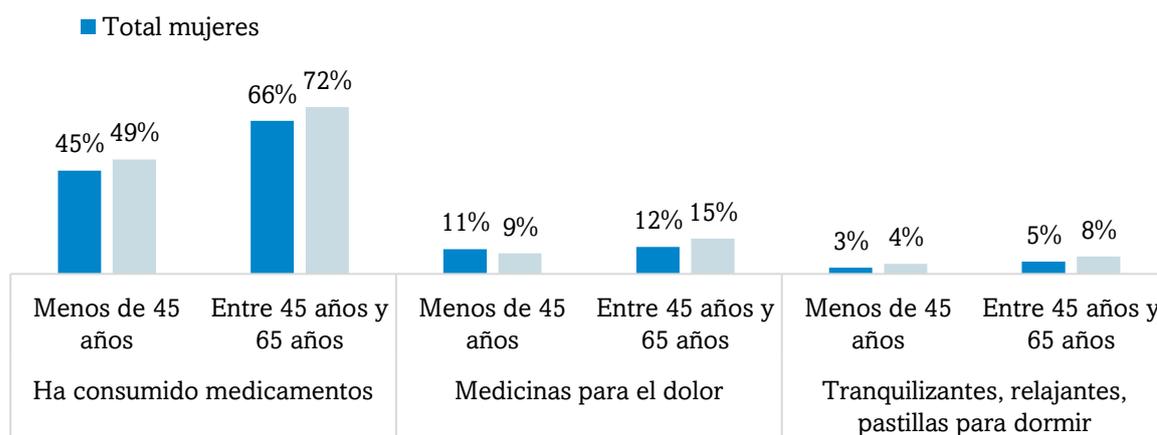
O sea, te cambia, porque ya tienes que tirar de pastillas, ya tienes que tirar de médicos, el dolor ya es inaguantable.

(43 años, Atención domiciliaria, Barcelona, migrante)

Estos resultados ponen de relieve el impacto silencioso que tiene la exposición continuada al esfuerzo físico y emocional sobre la salud de estas trabajadoras. Las entrevistas aportan una información valiosa a tener en cuenta:

las trabajadoras, especialmente de SAD, indicaron que **algunas renuncian a acudir al médico o a recurrir a medicación en lugar de solicitar la baja** porque sus dolencias no se reconocen como enfermedades laborales sino como contingencias comunes. Además, entre las trabajadoras de los establecimientos residenciales privados, aparece el temor al despido por absentismo laboral.

Figura 36. Porcentaje de trabajadoras que ha consumido medicamentos durante las dos semanas anteriores a la encuesta por grupos de edad, 2023

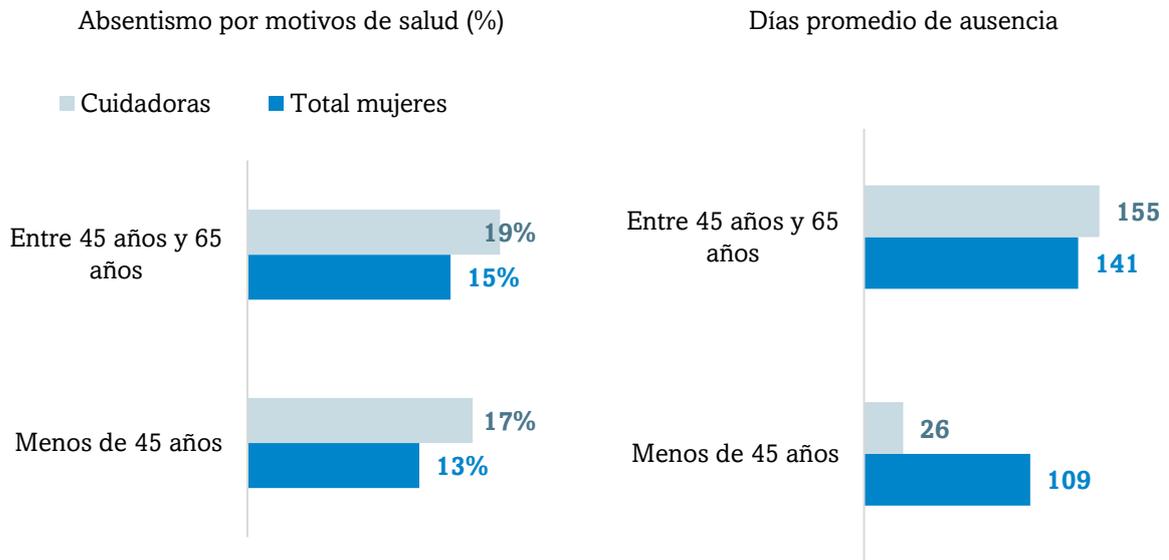


Fuente: Afi a partir de ESdE, INE

Notas: El grupo “cuidadoras” contempla aquellas personas empleadas en los sectores 87 y 88 en el momento de realización de la encuesta, o en su último empleo.

Sin embargo, el mayor uso de medicamentos no evita que muchas de ellas deban ausentarse por motivos de salud. Los datos de la ESdE apuntan que las **tasas de absentismo por motivos de salud en el grupo de cuidadoras se encuentran por encima del promedio de mujeres que trabajan, no así su duración**. En torno al 16% de ellas se ausentaron de su puesto de trabajo por motivos de salud en los 12 meses anteriores a la entrevista, mientras que este porcentaje es del 10% entre el total de mujeres trabajadoras, aproximadamente. Sin embargo, la duración promedio de esta ausencia entre las trabajadoras de menor edad es muy inferior en el caso de las cuidadoras, una diferencia que se invierte entre las de mayor edad, cuando la ausencia de las cuidadoras resulta ligeramente superior en duración (14 días).

Figura 37. Porcentaje de trabajadoras que se ha ausentado del trabajo por problemas de salud en los últimos 12 meses (izq.) y promedio de días de ausencia (dcha.), 2023



Fuente: Afi a partir de ESdE, INE

Notas: El grupo “cuidadoras” contempla aquellas personas empleadas en los sectores 87 y 88 en el momento de realización de la encuesta, o en su último empleo.

Yo creo que falta personal. O sea, la carga de trabajo es muy dura. Porque a lo mejor, yo qué sé, una persona se da de baja y no cogen a otra. O si cogen a otra, te la traen dentro de 4 meses. Pues los 4 meses te estás comiendo tú el trabajo de otra persona también.

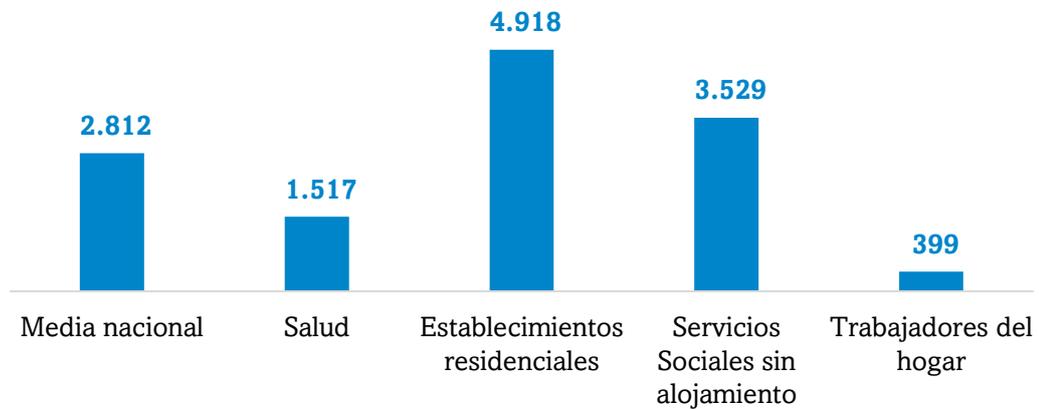
(59 años, Macroresidencia, Núcleo grande, española)

En último término, el absentismo genera problemas en el servicio y mayor sobrecarga de trabajo para el resto de las cuidadoras, comentan en las entrevistas, debido a que los turnos se desorganizan y a la falta de personal.

Otro de los problemas relevantes que enfrentan estas trabajadoras en términos

de salud laboral y absentismo, es la **elevada incidencia de accidentes de trabajo con baja asociada**. Los datos muestran que las trabajadoras de cuidados están significativamente más expuestas a sufrir lesiones laborales que la media nacional. En 2023, **el índice de incidencia fue especialmente alto en los establecimientos residenciales, con casi 5 accidentes por cada 100 trabajadoras**. Esta cifra no solo supera ampliamente la media nacional (2,8), sino también a la registrada en el sector sanitario (1,5), a pesar de que ambos sectores implican tareas de atención directa a personas.

Figura 38. Accidentes de trabajo con baja laboral por cada cien mil trabajadores, 2023

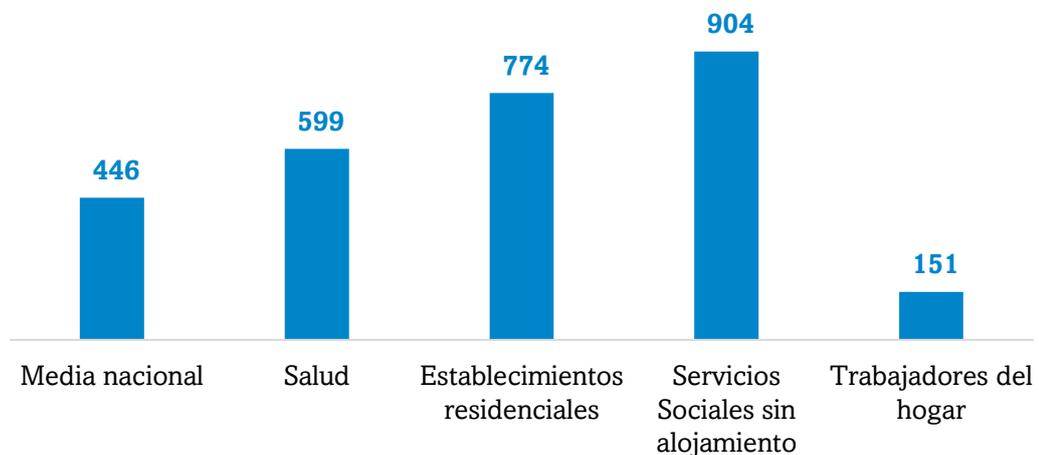


Fuente: Afi a partir de Ministerio de Trabajo y Economía Social

Un aspecto que llama la atención es la alta incidencia de **accidentes de trabajo in itinere**, es decir, aquellos que se producen durante los desplazamientos entre el domicilio y el lugar de trabajo, **entre las trabajadoras de servicios sociales sin alojamiento**. En 2023, las trabajadoras de **servicios sociales sin alojamiento** presentaron un índice de incidencia de 904 accidentes por cada 100.000 trabajadoras, duplicando la media nacional (446) y superando incluso al sector de los establecimientos residenciales (774).

Este dato se relaciona directamente con la naturaleza del trabajo en el SAD, donde las profesionales deben trasladarse entre múltiples domicilios a lo largo de la jornada, frecuentemente con tiempos muy ajustados entre servicios. Las entrevistas recogen esta realidad cotidiana, señalando que los **largos trayectos con escaso margen temporal** no solo incrementan el riesgo de accidentes, sino que también contribuyen a aumentar los niveles de estrés y fatiga acumulada.

Figura 39. Accidentes de trabajo in itinere con baja laboral por cada cien mil trabajadores, 2023

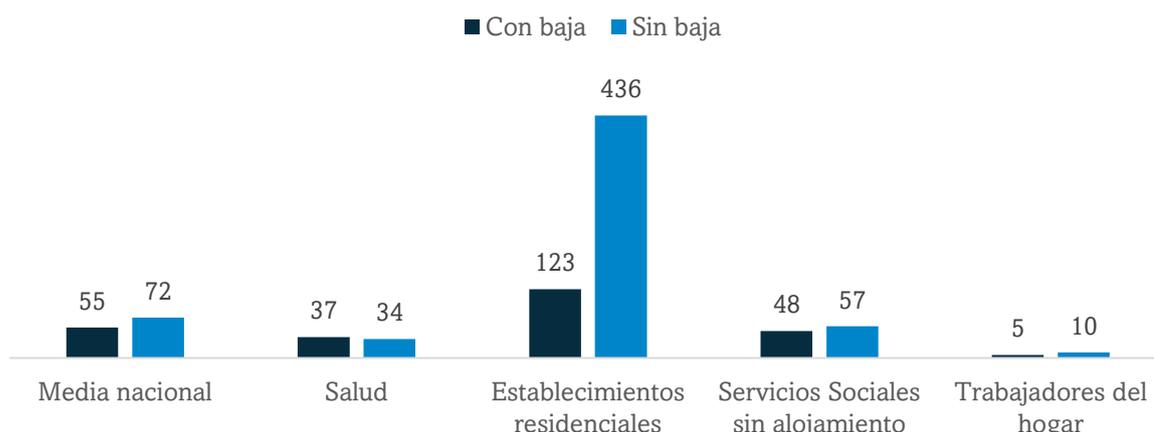


Fuente: Afi a partir de Ministerio de Trabajo y Economía Social

El análisis de la incidencia de enfermedades profesionales en el sector pone de relieve otra dimensión crítica del impacto que tienen las condiciones de trabajo en la salud de las trabajadoras. En los **establecimientos residenciales**, la incidencia de enfermedades profesionales es de 559 trabajadoras por cada 100.000, una cifra que **se sitúa 4,4 veces por encima del promedio nacional (127) y 5,3 veces la de los servicios sociales sin alojamiento (105)**.

Esta problemática resulta especialmente llamativa si se tiene en cuenta que ambos sectores comparten muchas de las tareas que implican esfuerzo físico y exposición continuada. Sin embargo, el hecho de que el **reconocimiento de enfermedades profesionales sea sensiblemente mayor en el ámbito residencial** podría estar relacionado con una mayor visibilidad institucional del trabajo, una cultura de prevención más asentada o una mayor facilidad para tramitar este tipo de contingencias desde las propias organizaciones. Todo ello redundaría en posibles desequilibrios en el acceso al reconocimiento formal de los riesgos laborales, pese a la similitud en las condiciones de trabajo.

Figura 40. Incidencia de enfermedades profesionales con baja y sin baja (número de partes comunicados por cien mil trabajadores), 2024



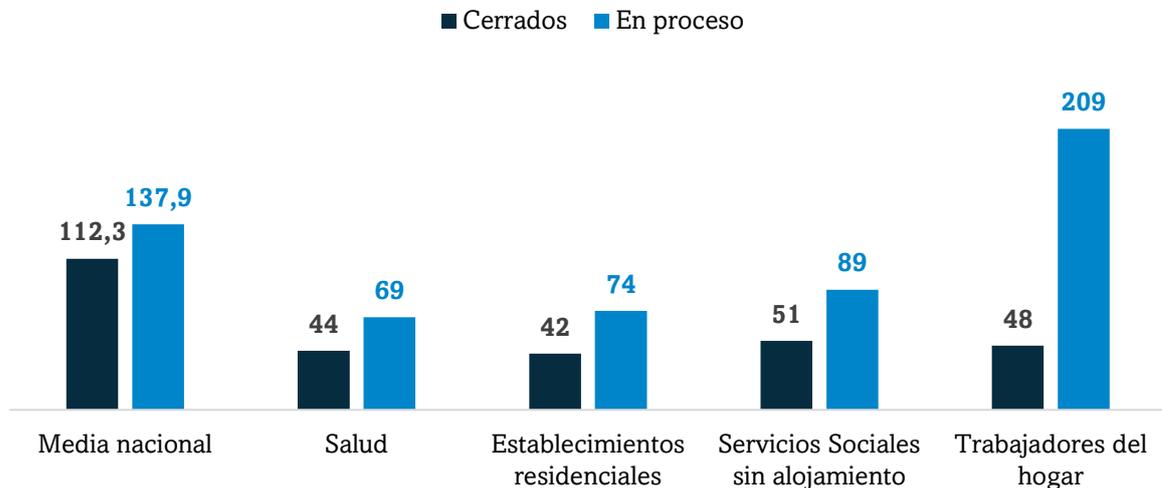
Fuente: Afi a partir de CEPROSS. Nota: Incidencia con baja implica interrupción de la actividad laboral; Incidencia sin baja no requiere de baja médica, aunque se reconoce su origen laboral.

Por ejemplo: para que sea laboral, tiene que ser a través de la mutua. Entonces, te tiene que pasar un daño muy fuerte en tu puesto de trabajo. Pero si tú a lo largo vas acumulando esas dolencias, ya no vas a la mutua, sino vas a la Seguridad Social. Y cuando es en la Seguridad Social ya te dicen: “Ah no, pues es que ya, como tú ya te estás haciendo mayor, es un problema de tu... de la edad”.

(58 años, Macroresidencia, Zona rural, migrante)

En cuanto a la **duración media de las bajas por enfermedades profesionales**, los datos muestran que, en el sector de cuidados, los tiempos son inferiores al promedio nacional, aunque relevantes.

Figura 41. Duración media de las bajas por enfermedades profesionales: partes cerrados y en proceso (días), 2024



Fuente: Afi a partir de CEPROSS. Nota: Incidencia con baja implica interrupción de la actividad laboral; Incidencia sin baja no requiere de baja médica, aunque se reconoce su origen laboral.

En definitiva, el análisis del estado de salud y el absentismo laboral de las trabajadoras del sector de cuidados pone de relieve las múltiples formas en las que el desempeño de este trabajo repercute negativamente sobre el bienestar físico y mental de las trabajadoras del sector. Las dolencias crónicas, el uso intensivo de medicación o el elevado número de accidentes laborales —tanto durante la jornada como en los desplazamientos— configuran un panorama preocupante, especialmente entre las trabajadoras de mayor edad.

A ello se suman obstáculos estructurales como la dificultad de prevenir y evaluar los riesgos laborales, especialmente entre las trabajadoras de SAD, y el menor reconocimiento de enfermedades profesionales frente a las trabajadoras de establecimientos residenciales, como evidencian los datos.

6. Trayectorias profesionales

El objetivo de este análisis de las trayectorias laborales de las trabajadoras de cuidados es comprender los factores que explican su incorporación, su continuidad y, en muchos casos, su salida del sector.

“Que la verdad es que, no sé en otros sectores, pero en este yo creo que tampoco hay paro, nunca, ¿no? Todas las horas que quieras trabajar al día, desde luego, las consigues. No hace falta grandes procesos de selección, yo creo, para entrar en algo así.

(49 años, Atención domiciliaria, Valladolid, española).

Los principales factores de entrada al sector combinan la **necesidad de generar ingresos con una predisposición personal hacia el cuidado de otras personas**. La gran

mayoría de las trabajadoras ha atravesado previamente un paréntesis laboral, motivado por pérdidas de empleo, responsabilidades familiares, separaciones o procesos migratorios. La decisión de trabajar en el SAAD se plantea como una forma de “reinventarse” profesionalmente y retomar la vida laboral, en un ámbito donde existe la percepción de amplia demanda de trabajo, a pesar de las condiciones precarias. Para las mujeres **migrantes**, muchas de las cuales han trabajado previamente en cuidados sin contrato, incorporarse al sistema formal representa una **vía para regularizar su situación laboral**.

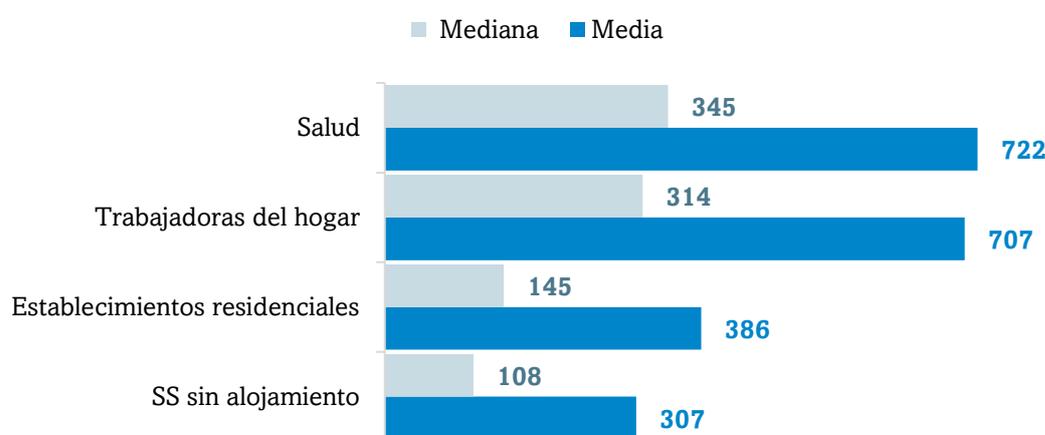
La trayectoria formativa y profesional previa a la incorporación al SAAD, en la mayoría de las entrevistadas, está **desvinculada del ámbito de los cuidados sociosanitarios**. Solo una minoría cursó estudios de auxiliar de enfermería y/o técnico sociosanitario inmediatamente después de finalizar la educación obligatoria, habiendo desarrollado toda su carrera en este sector.

De manera transversal a todas ellas se suma un **componente vocacional**: todas las entrevistadas expresan un gusto genuino por el trato con personas mayores y una sensibilidad hacia el cuidado, que en algunos casos se traduce en una identificación con figuras sanitarias, llegando incluso a definirse como “enfermeras frustradas”.

Los datos de la MCVL apuntan a que la **edad promedio de entrada al sector se sitúa en torno a los 30 años**, con ligeras variaciones según el tipo de servicio del que se trate. Según la mediana estadística, la edad de entrada se reduce en todos los casos, situándose en los 26 años en el conjunto de trabajadoras de cuidados.

En cuanto a la **duración del empleo en el sector**, los datos muestran una permanencia limitada: la media del periodo total de afiliación en el sector de establecimientos residenciales supera el año, mientras que en servicios sociales sin alojamiento se sitúa ligeramente por debajo.

Figura 42. Duración promedio y mediana del periodo total de afiliación al sector por persona trabajadora entre 2013 y 2023, días



Fuente: Afi a partir de MCVL.

Notas: Se considera la edad del primer episodio en los sectores 87 o 88 entre los episodios posteriores a 2009.

Las entrevistas revelan que la mayoría de las trabajadoras comparten la expectativa de continuar desarrollándose profesionalmente dentro del ámbito sociosanitario. Sin embargo, **sus aspiraciones no se orientan hacia movilidad horizontal dentro del sector, dado que las oportunidades de promoción vertical se perciben como muy limitadas o, directamente, inexistentes.** Muchas de ellas expresan una autopercepción de escasa formación, lo que condiciona negativamente su disposición a asumir mayores responsabilidades. A esto se suma el hecho de que muchas prefieren no renunciar al trato directo con las personas en situación de dependencia y no se sienten cómodas con la gestión de personal. Algunas participantes, además, mencionan que este cargo no conlleva una mejora salarial significativa —al menos en sus centros de trabajo—, lo que refuerza su falta de interés en asumir ese tipo de responsabilidades.

A ver, a mí me gustaría mucho trabajar en hospitales. [...] Lo que pasa es que es muy difícil entrar. Los exámenes de los hospitales, del SESCAM, son más complicados que los de la residencia. Y es muy difícil entrar, porque hay mucha gente delante. Son bolsas con mucha gente. Pero sí que es verdad que, bueno, dicen que el que la sigue, la consigue. Y a mí me gustaría mucho trabajar en hospital. Y mi meta es eso.
(54 años, Vivienda tutelada, Toledo, española)

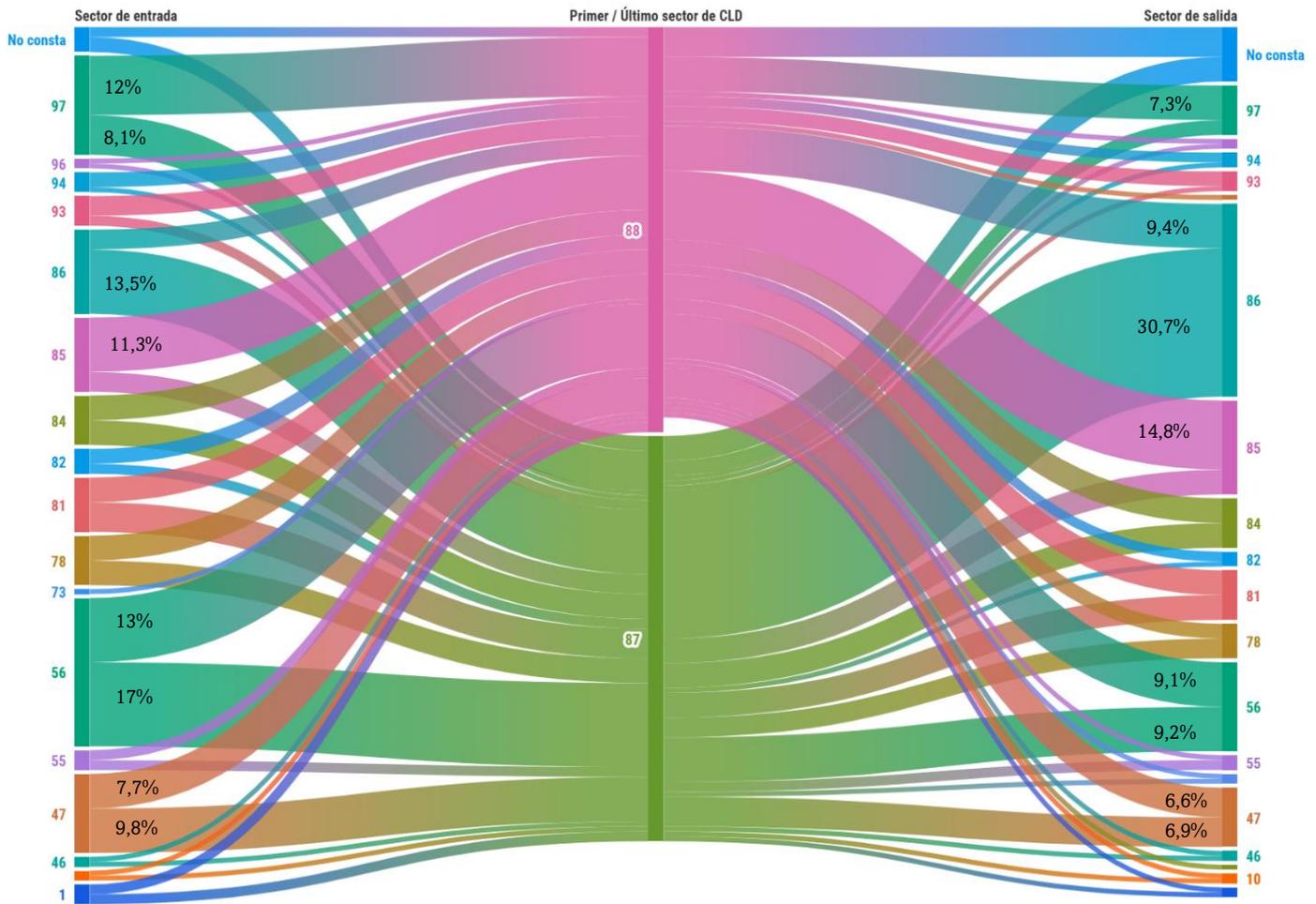
Entre las trabajadoras de establecimientos residenciales, la mayoría aspiran a trabajar en una residencia pública como vía para mejorar sus condiciones laborales y, aquellas que lo han logrado, suelen aspirar a permanecer en ese mismo centro hasta la

jubilación. En el caso de las trabajadoras de atención domiciliaria, algunas planean pasar a trabajar en residencias una vez que sus hijos e hijas crezcan, buscando así una mayor estabilidad y menor parcialidad. Asimismo, entre quienes tienen vocación sanitaria, existe el deseo de trabajar en centros hospitalarios.

La promoción vertical hacia puestos de mayor responsabilidad, como cargos de coordinación o gestión, solo está presente entre aquellas que cuentan con estudios superiores, que son una minoría. Estas trabajadoras aspiran a acceder a posiciones de mayor nivel, normalmente vinculadas a formación adicional como másteres o convalidación de títulos universitarios.

Para analizar las trayectorias profesionales de las trabajadoras de cuidados, se ha realizado un ejercicio a partir de la MCVL en el que se analiza de qué sectores provienen las personas que han trabajado al menos una vez en los sectores de establecimientos residenciales (87) y servicios sociales sin alojamiento (88), así como el sector en el que trabajaron posteriormente a su salida (último episodio de su trayectoria laboral en el sector cuidados), sin considerar episodios de desempleo o inactividad.

Figura 43. Sectores de entrada y salida de las trabajadoras de cuidados, porcentaje sobre el total de personas trabajadoras de los CNAE 87 (Establecimientos residenciales) y 88 (S.S. sin alojamiento)

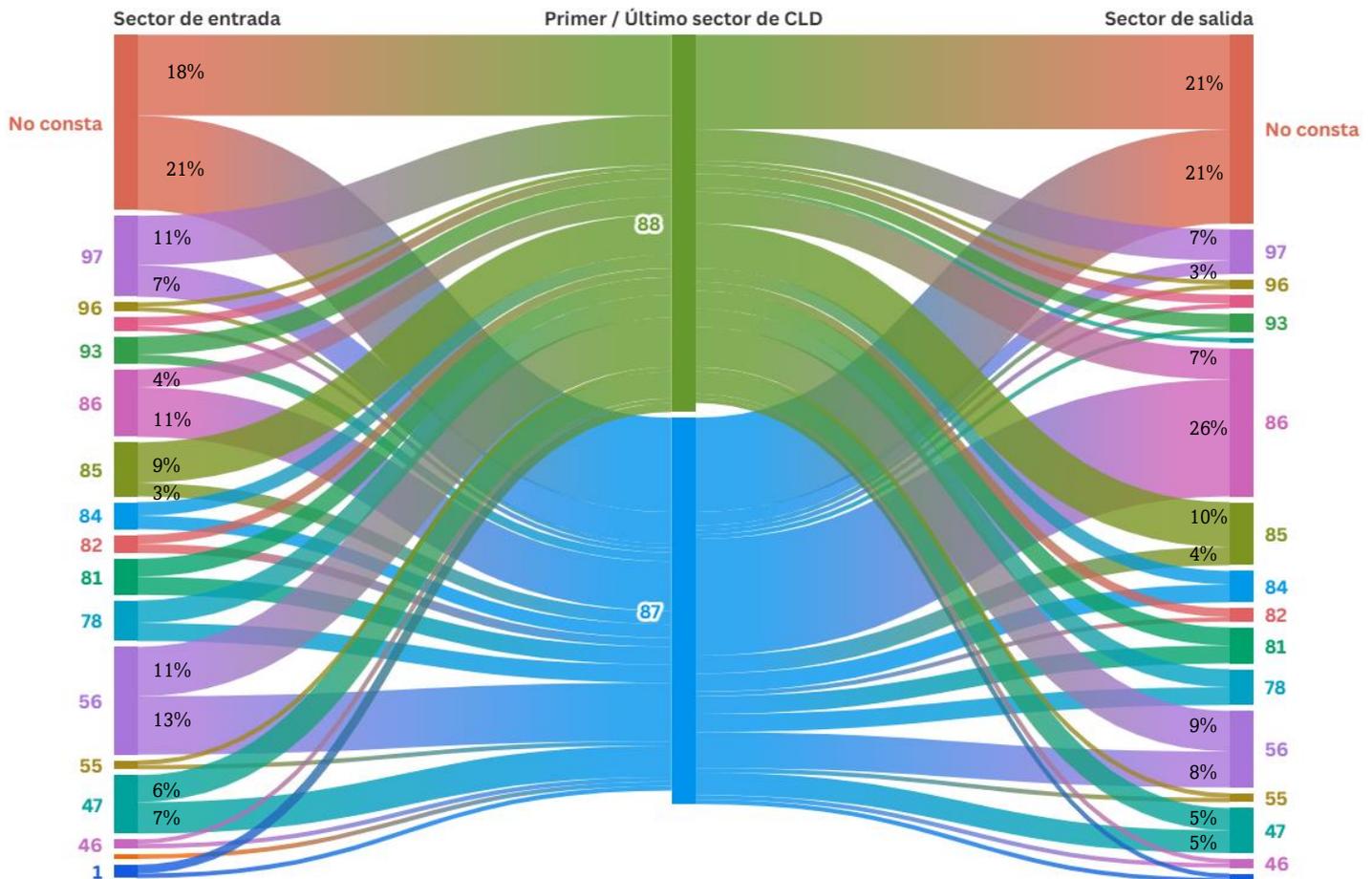


Fuente: Afi a partir de MCVL. Notas: CNAE = “No consta” se trata de situaciones de desempleo sin episodio de empleo posterior o baja por situación de pensionista. No se considera a las que se mueven del sector 88 al 87, y viceversa. Número de episodios considerados: entrada (17.170), salida (14.993), episodios entre 2009 y 2023.

Este ejercicio ha permitido observar los principales **sectores de los que provienen las trabajadoras de cuidados**, entre los que se observan algunas diferencias para las trabajadoras de servicios sociales sin alojamiento y establecimientos residenciales. Entre las primeras, el 12% trabajaron anteriormente como **trabajadoras del hogar** (sector 97), el 11,3% en el **sector educativo** (sector 85). Entre las segundas, el 13,5% provenía del **sector sanitario** (sector 86), y el 9,8% de comercio al por menor (sector 47). En ambos casos, la **hostelería** (sector 56) concentra un alto porcentaje de los sectores de entrada previos a los cuidados (13% y 17%, respectivamente).

Si se tienen en cuenta los episodios de desempleo e inactividad, considerando únicamente el episodio laboral inmediatamente anterior al primer trabajo de cuidados y el inmediatamente posterior, se obtienen los flujos mostrados en la siguiente figura. Este análisis revela que **entre el 18% y el 21% de las trabajadoras de cuidados accedían a este sector desde el desempleo, y casi el mismo porcentaje se encontraban en la misma situación tras su último episodio en el sector cuidados.**

Figura 44. Sectores del episodio inmediatamente anterior al primer trabajo de cuidados e inmediatamente posterior al último, porcentaje sobre el total de personas trabajadoras de los CNAE 87 (Establecimientos residenciales) y 88 (S.S. sin alojamiento)



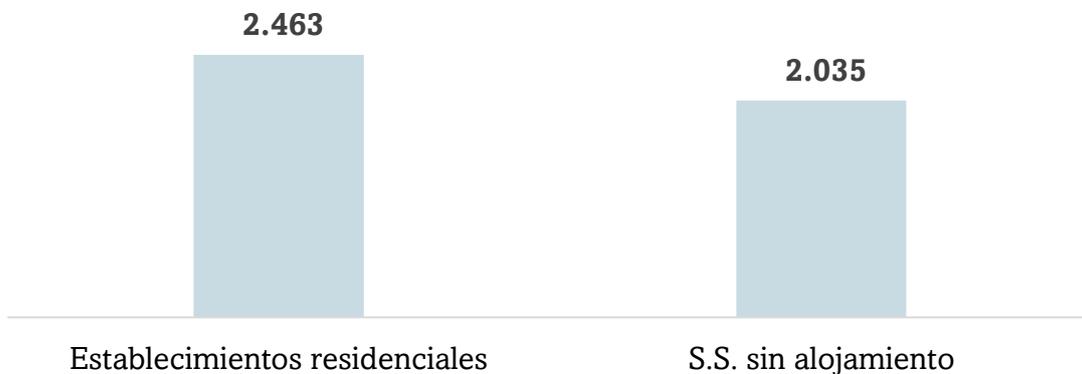
Fuente: Afi a partir de MCVL. Notas: CNAE = “No consta” se trata de situaciones de desempleo sin episodio de empleo posterior o baja por situación de pensionista. No se considera a las que se mueven del sector 88 al 87, y viceversa. Número de episodios considerados: entrada (17.170), salida (14.993), episodios entre 2009 y 2023.

Este ejercicio ha permitido constatar que **la fuga de trabajadoras de cuidados, especialmente de residencias, al sector sanitario no es un fenómeno menor.** El análisis apunta a que el **30,7% de las personas trabajadoras en residencias y el 9,4% de servicios sociales sin alojamiento** contenidas en la muestra que se cambiaron de sector entre 2009 y 2023, lo hicieron al sector sanitario. Los sectores de salida más frecuentes, además del sector sanitario, son de nuevo la hostelería, el sector

educativo y de trabajos del hogar, especialmente entre trabajadoras de servicios sociales sin alojamiento, que concentran el 14,8% y 7,3% de las salidas.

La fuga de profesionales al sector sanitario se traduce en una **mejora de sus condiciones laborales**. De los episodios que cambiaron a este sector entre 2021 y 2023, se aprecia una diferencia en la base de cotización anual promedio de entre 2.000 € para trabajadoras de servicios sociales sin alojamiento, y 2.500€ de residencias. Este cambio tiene consecuencias en sus condiciones económicas no solo a corto plazo, sino también a largo plazo al mejorar sus pensiones públicas de jubilación por el aumento de sus bases de cotización.

Figura 45. Diferencia en la base de cotización anualizada en las trabajadoras que cambiaron al sector sanitario con respecto a su último empleo, entre 2021 y 2023



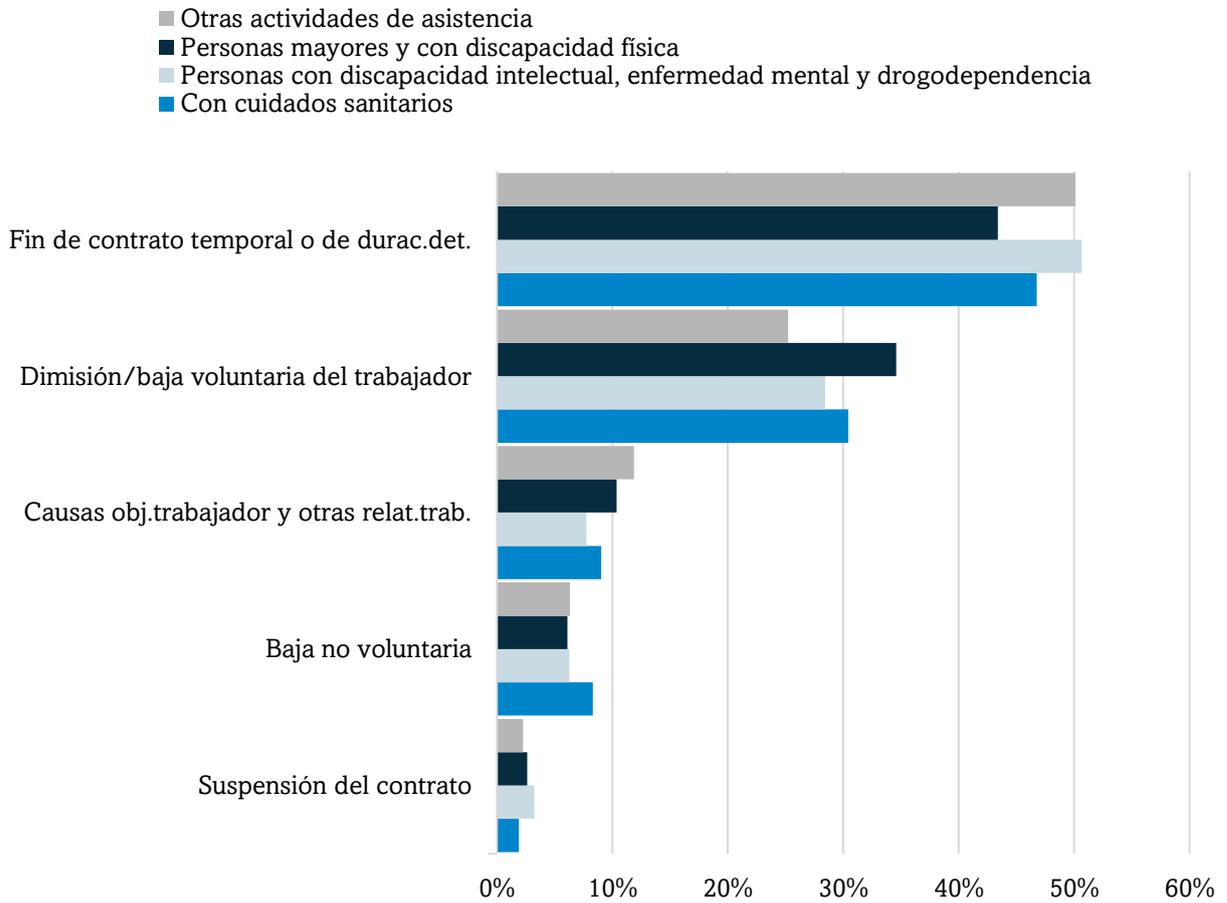
Fuente: Afi a partir de MCVL

Notas: tamaño muestral de 680 individuos en Establecimientos residenciales, y 284 en S.S. sin alojamiento.

La MCVL también ha permitido observar cuáles fueron los **motivos de baja más frecuentes entre las trabajadoras de cuidados en su último episodio de afiliación al sector, en 2023**. El desglose se ha realizado al máximo nivel de desagregación sectorial (CNAE a 3 dígitos), con el objetivo de identificar posibles diferencias entre tipos de servicios: a mayores, con discapacidad, etc.

Como muestran las siguientes figuras, tanto en establecimientos residenciales como en servicios sociales sin alojamiento, en torno a la mitad de los episodios causaron baja por la finalización del contrato temporal, en línea con la **temporalidad** del sector que se ha mencionado anteriormente. El segundo motivo más frecuente es la **dimisión o baja voluntaria del trabajador** (entre el 20% y el 30%, en función del subsector). Entre el resto de los motivos que causan baja, aunque menos relevantes, se mencionan la baja no voluntaria o por causas objetivas del trabajador.

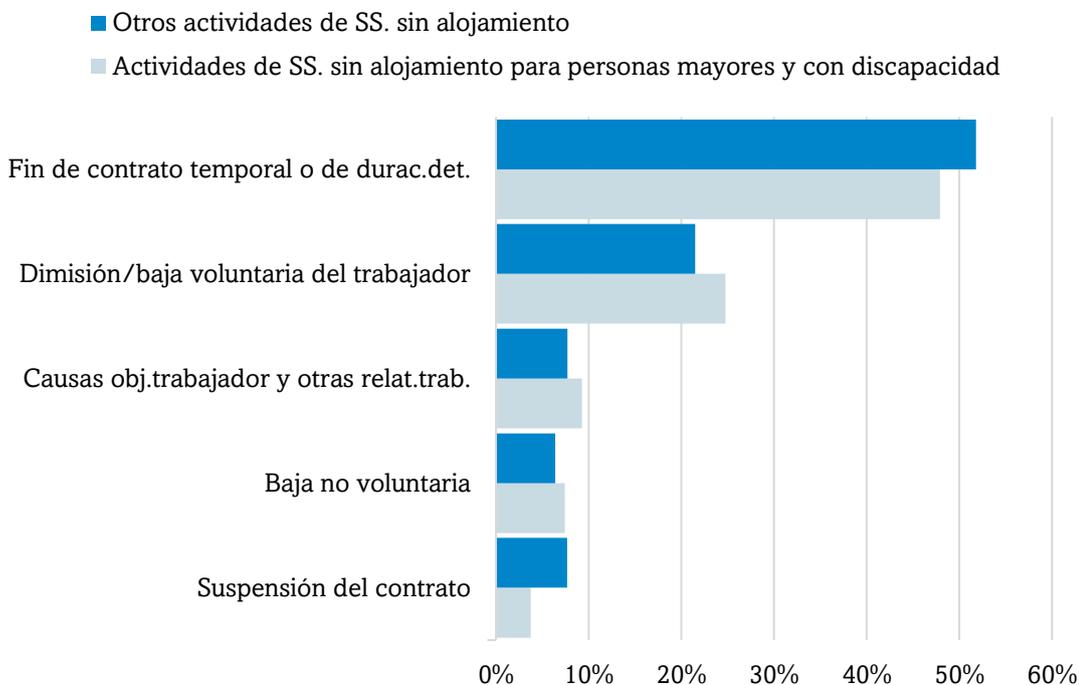
Figura 46. Motivos de baja más frecuentes del último episodio de afiliación al sector 87 ("Actividades en establecimientos residenciales") por persona trabajadora, porcentaje sobre el total de personas que trabajaron por última vez en el sector en 2023



Fuente: Afi a partir de MCVL.

Notas: Se consideran solo los episodios de 2023 por CNAE a 3 dígitos. El número de episodios considerados en total es de 3.126, que se componen por cada CNAE de la siguiente manera: CNAE-871, 1.011; CNAE-872, 372; CNAE-873, 1.404; CNAE-879, 339.

Figura 47. Motivos de baja más frecuentes del último episodio de afiliación al sector 88 ("Actividades en servicios sociales sin alojamiento") por persona trabajadora, porcentaje sobre el total de personas que trabajaron por última vez en el sector



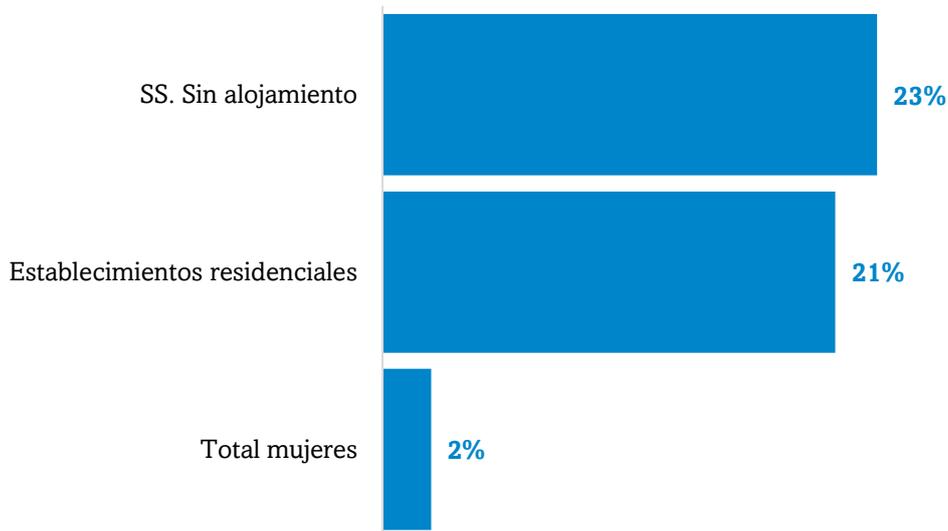
Fuente: Afi a partir de MCVL.

Notas: Se consideran solo los episodios de 2023 por CNAE a 3 dígitos. El número de episodios considerados en total es de 3.243, que se componen por cada CNAE de la siguiente manera: CNAE-881, 2.033; CNAE-889, 1.210.

Dado el deterioro de salud que presentan muchas trabajadoras del sector a medida que envejecen, cabe preguntarse qué ocurre en la trayectoria profesional de las mujeres de más de 50 años que en algún momento de su vida han trabajado en el sector. Los datos de la MCVL muestran hallazgos contundentes: **en 2023, el porcentaje de episodios de desempleo que experimentaron las mujeres mayores de 50 años tras salir del sector cuidados fue considerablemente superior al observado en el conjunto de mujeres de este grupo de edad.** Mientras que solo el 2 % del total de mujeres de este grupo de edad tuvo un episodio de desempleo, este porcentaje se eleva al 23 % entre quienes trabajaron por última vez en servicios sociales sin alojamiento y al 21 % entre las que procedían de establecimientos residenciales.

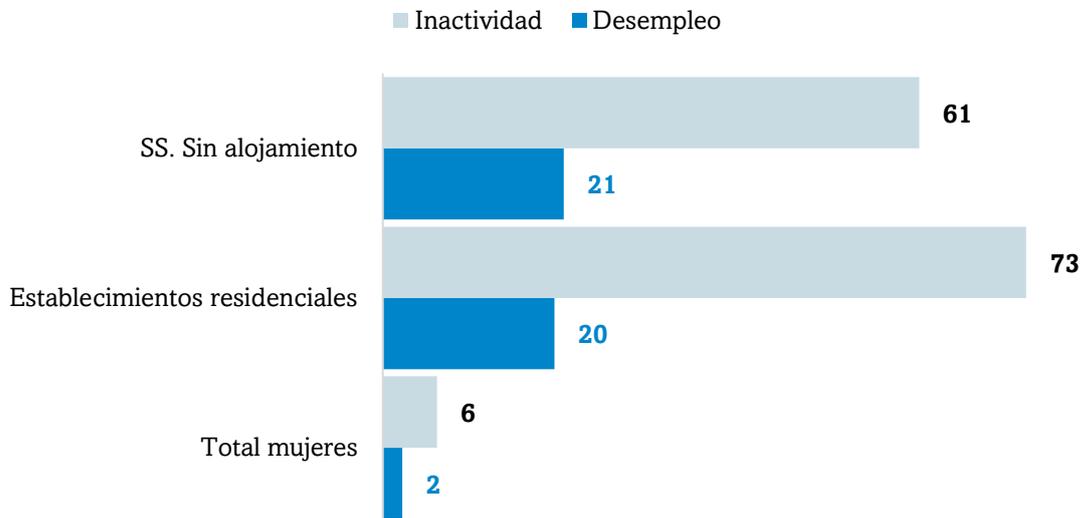
Además, estas mujeres **no solo enfrentan mayores tasas de desempleo, sino también periodos de inactividad más prolongados.** En promedio, quienes trabajaron en el sector residencial acumularon 73 días de inactividad durante 2023, y quienes procedían de servicios sin alojamiento, 61 días, muy por encima de los 6 días registrados como media para el conjunto de mujeres. Estos datos sugieren una mayor vulnerabilidad laboral tras la salida del sector, lo que puede estar vinculado tanto al deterioro de la salud como a las dificultades de reinserción en otros ámbitos del mercado de trabajo a edades avanzadas.

Figura 48. Porcentaje de episodios de desempleo entre mujeres de 50+ según el último sector de cuidados en el que trabajaron, 2023



Fuente: Afi a partir de MCVL. Notas: Se consideran solo los episodios de 2023, teniendo en cuenta el último sector de cuidados en el que trabajaron (entre 2009 y 2023), con respecto al total de mujeres de 50+. Número de episodios considerados: SS. Sin alojamiento (2.344), E. residenciales (2.190) y total mujeres (337.933).

Figura 49. Promedio de días totales en desempleo e inactividad por persona en 2023, entre mujeres de 50+ según el último sector de cuidados en el que han trabajado



Fuente: Afi a partir de MCVL. Notas: Se consideran solo los episodios de 2023, teniendo en cuenta el último sector de cuidados en el que trabajaron (entre 2009 y 2023), con respecto al total de mujeres de 50+. Se considera periodo de inactividad si no tiene ningún episodio de afiliación entre dos o más periodos de afiliación en 2023. Número de episodios considerados: SS. Sin alojamiento (2.344), E. residenciales (2.190) y total mujeres (337.933).

Anexo I. Bibliografía

Boneta, N. (2025). *Trabajo invisible y cuerpos rotos: Radiografía del empleo de hogar y cuidados en España*. Oxfam Intermón.

Dema Moreno, S., & Estébanez González, M. (2022). *Las condiciones laborales del personal auxiliar del servicio de ayuda a domicilio*. Universidad de Oviedo.
<http://hdl.handle.net/10651/61945>

Fernández-Cano M.I., Navarro A., Feijoo-Cid M., Salas-Nicás S. (2023). *Estudio CuidemoNos. Auxiliares de ayuda a domicilio en España, 2022. Riesgos laborales y estado de salud*. Barcelona: POWAH, GREMSAS, UAB

Hernández-Moreno, J. (2023, junio). *Trabajadores del cuidado en España en la era post COVID-19: Continuidad y reforma en las condiciones laborales y la calidad en el empleo*. Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) Madrid.

Huete-García, A., Chaverri-Carvajal, A., & Morales-Romo, N. (2021). *El Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en España (SAAD)*. Revista Prisma Social Nº 32. Investigación social sobre políticas del cuidado y la dependencia en Europa e Iberoamérica.

Izaola, A., & Zubero, I. (2019). *Diagnóstico de situación de las personas trabajadoras del hogar en la CAE y de las necesidades a las que dan cobertura*. Universidad del País Vasco.

Pardo-García, I.; Martínez-Lacoba, R.; Escribano-Sotos, F. (2021). *Socioeconomic Factors Related to Job Satisfaction among Formal Care Workers in Nursing Homes for Older Dependent Adults*. Int. J. Environ. Res. Public Health 2021, 18, 2152. <https://doi.org/10.3390/ijerph18042152>

Ramírez-Navarro JM, Revilla Castro A, Fuentes Jiménez M, Sanz Yagüez D; Martínez i Llopis M, García Alonso E., Cavero Cano G., Fernández Ordoño R. (2025) *XXV Dictamen del Observatorio Estatal de la Dependencia*. Ed. Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales de España. MÁLAGA- ESPAÑA.

Reno Chanca, R., Blasko Ochoa, I., Santolaya Ochando, J., del Pueblo López, M., Fernández Zubieta, V., Regatos Andrés, J. (2022) *Primer Estudio Estatal sobre las condiciones de Salud Psicosocial en los Servicios Sociales de las Administraciones Públicas*. CCOO.

Rodríguez Cabrero, G., Marbán Gallego, V., Aguilar Hendrickson, M., Huete García, A., Jiménez Lara, A., Martínez Buján, R., Montserrat Codorniu, J., Ramos Herrera, M. C., Sosvilla Rivero, S., Vilá Mancebo, A., & Zalakain, J. (2022, septiembre). *Evaluación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), 2008-2021*. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, IMSERSO.

Marcos, L., Claver, A. M., Gómez, L., Gálvez-Iniesta, I., & Muñoz, E. (2021). *Esenciales y sin derechos: O cómo implementar el Convenio 189 de la OIT para las trabajadoras del hogar*. Oxfam Intermón.

OCDE (2020), *Who Cares? Attracting and Retaining Care Workers for the Elderly*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/92c0ef68-en>

OCDE (2023), *Beyond Applause? Improving Working Conditions in Long-Term Care*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/27d33ab3-en>

Anexo II. Metodología de análisis cuantitativo

Los análisis realizados a partir de datos administrativos (Tesorería General de la Seguridad Social, Muestra Continua de Vidas Laborales, Secretaría de Estado de Empleo y Economía Social, Servicio Estadístico de Enfermedades Profesionales y Directorio Central de Empresas) se centran exclusivamente en trabajadoras formalmente registradas en el sistema, al tratarse de fuentes basadas en la afiliación, el registro empresarial o el parte de enfermedades. Esto implica que no se recojan situaciones de empleo irregular ni trabajos no declarados, que también forman parte del ecosistema del cuidado.

En cambio, los análisis basados en encuestas (Encuesta de Población Activa, Encuesta Anual de Coste Laboral y Encuesta de Salud de España), empleados en los apartados 3 y 5, permiten una cobertura más amplia al incluir a personas trabajadoras en situación administrativa irregular.

A lo largo del análisis, se emplea el femenino genérico —trabajadoras— para referirse al conjunto de personas empleadas en el sector, en reconocimiento de su marcada feminización. No obstante, salvo que se indique expresamente lo contrario, los análisis no están desagregados por sexo y, por tanto, no se refieren exclusivamente a mujeres.

Debido a las limitaciones de las fuentes disponibles, en la mayoría de los casos no es posible identificar de forma exclusiva a quienes se dedican directamente a tareas de cuidados. Por ello, se considera como población de análisis al conjunto de personas afiliadas en los sectores CNAE 87 (establecimientos residenciales) y 88 (actividades de servicios sociales sin alojamiento), excepto en el apartado 2, en el que sí ha sido posible, gracias a la granularidad por tipo de ocupación de la EPA, acotar a trabajadoras del ámbito de los cuidados.

Este ajuste metodológico implica excluir ocupaciones con alta probabilidad de no estar vinculadas a este ámbito (por ejemplo, cuidadores de niños sin dependencia o trabajadores cualificados en jardines). En concreto, se ha descontado un 9 % del empleo en establecimientos residenciales y un 12 % en servicios sociales sin alojamiento.

Por último, cabe mencionar que no se incluyen datos sobre bajas por contingencias comunes ya que los datos públicos disponibles del Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones no permiten identificar el sector de actividad de las trabajadoras que causaron baja por enfermedad común o no profesional, y a fecha de publicación de este informe, no se ha recibido la información solicitada al respecto.

Anexo III. Metodología de análisis cualitativo

Para el desarrollo de esta fase cualitativa se ha empleado la **técnica de la entrevista en profundidad**, al considerarse la más adecuada para explorar en profundidad los discursos sobre las vivencias de las trabajadoras. En total, se realizaron **18 entrevistas en formato online**, con una duración aproximada de **60 minutos cada una**. En el diseño de la muestra se consideraron variables como la edad y el origen de las participantes, el tipo de recurso en el que trabajan y el tamaño del hábitat. La composición final de la muestra se detalla a continuación:

Tabla 1. Distribución de la muestra de trabajadoras entrevistadas

Variable	Cohorte		Número de entrevistadas
Edad		De 25 a 45 años	6
		De 46 a 65 años	12
Origen		España	13
		Migrante	5
Tipo de recurso	Establecimientos residenciales	Macro residencias	5
		Residencias medianas	2
		Residencias pequeñas	1
		Viviendas tuteladas	2
		Atención domiciliaria	8
Tamaño de hábitat	Núcleos grandes	Barcelona (Superilles)	3
		Otros	3
		Núcleos medianos	8
		Zonas rurales	4

Anexo IV. Información cualitativa sobre las migrantes contratadas al margen del SAAD

Si bien en esta investigación no se ha entrevistado a mujeres migrantes que se encontraran, en el momento de la entrevista, trabajando en situación administrativa irregular, el análisis ha podido aproximarse a esta realidad a través de los relatos de **experiencias pasadas compartidas por algunas de las participantes**, así como del conocimiento que poseen sobre los casos de otras mujeres cercanas. Estos testimonios han permitido explorar las problemáticas específicas.

- Se ha constatado que es habitual que las mujeres migrantes, especialmente **en sus primeros momentos en el país, se vean obligadas a trabajar sin contrato en el ámbito de la atención domiciliaria** a personas mayores, frecuentemente como empleadas internas. Esta situación suele mantenerse hasta que logran regularizar su situación administrativa.
- Durante este periodo, muchas de ellas perciben **salarios muy por debajo de los mínimos legales**, afrontan jornadas que superan ampliamente la duración máxima permitida y, en muchos casos, carecen de días de descanso, incluidos los fines de semana. Al encontrarse fuera del sistema formal, no cuentan con cobertura de la Seguridad Social ni con los derechos básicos que otorga el marco laboral regulado.
- Las condiciones laborales de estas trabajadoras no están protegidas por convenio colectivo alguno y dependen casi exclusivamente de la voluntad de las personas en situación de dependencia o de sus familias. Esta dependencia genera **relaciones profundamente asimétricas, en las que es frecuente el abuso de poder**, aprovechándose de la limitada capacidad de negociación que tienen estas mujeres, cuya prioridad es subsistir hasta conseguir un permiso de trabajo. Algunas relatan situaciones de sobreexplotación e incluso malos tratos.
- Asimismo, se señala **que las trabajadoras de SAD actúan, en ocasiones, como refuerzo de estas empleadas internas no regularizadas**, cubriendo sus funciones durante las escasas horas de descanso que se les concede, lo que visibiliza la convivencia de un sistema formal con otro paralelo, precarizado e invisibilizado.

Anexo V. Resumen de hallazgos del análisis cualitativo

El resumen de los principales hallazgos del análisis cualitativo, por bloques temáticos y en comparativa entre recursos asistenciales, se puede consultar en la siguiente tabla.

Tabla 2. Comparativa de los principales aspectos que caracterizan a los sectores de cuidados, por tipo de actividad. Resultados derivados del análisis cualitativo.

Dimensión	Establecimientos residenciales	Atención domiciliaria (SAD)
Sueldo	Muy bajo, e inferior en residencias privadas en comparación con las públicas.	Mayor precariedad que en residencias. No siempre se pagan horas extra.
Carga de trabajo y tareas	Excesiva, están agotadas. Solo pueden atender necesidades básicas.	Asumen tareas que no les corresponden, sobre todo de limpieza.
Turnos y horarios	Turnos rotativos que afectan a la salud y a la conciliación. Falta de control sobre el tiempo. Renuncias frecuentes o conflictos por cambios de turno.	No hay turnicidad. Flexibilidad horaria, pero largos desplazamientos entre visitas no siempre remunerados.
Entorno laboral	Impersonal, hospitalario, no recuerda a un hogar.	Algunos domicilios están sucios, no reúnen condiciones adecuadas, y deben dedicarse a limpiar.
Material disponible	No siempre se reponen productos sanitarios o de higiene con agilidad, aunque no es un motivo generalizado de queja.	El material depende de las familias. Carencias puntuales de productos sanitarios, ropa de trabajo y material técnico.
Relaciones entre compañeras	Tensiones derivadas de la carga de trabajo, turnos y años de antigüedad.	Relaciones entre compañeras inexistentes.
Relaciones con superiores y profesionales	Se sienten como un número para sus superiores. Fricciones con médicas y enfermeras.	No se recoge información específica.
Relación con las familias	Se sienten fiscalizadas por las familias.	Sensación de intrusismo en los hogares y desconfianza hacia su trabajo.
Condiciones generales percibidas	Perciben mejores condiciones en residencias públicas. Mayor estabilidad que en SAD. Entorno físico más profesionalizado, pero menos centrado en la persona.	Perciben mayor libertad y flexibilidad. Trabajo menos rutinario y con mejor conciliación. Posibilidad de atención más cercana y personalizada.
Trayectorias laborales	Muchas entrevistadas esperan conseguir plaza en una residencia pública.	Han pasado por distintos recursos de atención; suelen aceptar trabajos donde encuentran oportunidad, a menudo mientras esperan empleo público.

Fuente: Afi a partir de las entrevistas realizadas por 40dB.

Gracias