

OBRA COMPLETA DISPONIBLE EN EL GEOPORTAL DEL ATLAS NACIONAL DE ESPAÑA <http://atlasnacional.ign.es>
 Página de descargas <http://atlasnacional.ign.es/wane/ANE:Descargas>

Capítulo 15

SANIDAD, PROTECCIÓN Y POLÍTICAS SOCIALES

Protección y servicios sociales

MAPA DE OFICINAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL	366
MAPA DE OFICINAS DEL SERVICIO PÚBLICO DE EMPLEO ESTATAL	366
MAPA DE CONSEJERÍAS DE EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL EN EL EXTERIOR	367
MAPA DE EMPRESAS RELACIONADAS CON LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES	367
MAPA DE ACCIDENTES DE TRABAJO	368
MAPA DE ÍNDICE DE INCIDENCIA DE ACCIDENTES DE TRABAJO MORTALES	368
MAPA DE POBLACIÓN PARADA CON PRESTACIÓN POR DESEMPLEO	369
MAPA DE PRESTACIONES POR DESEMPLEO	369
MAPA DE AYUDAS DE APOYO A LA CREACIÓN DE EMPLEO	369
MAPA DE AYUDAS DE LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS	370
AL PLAN DE PRESTACIONES BÁSICAS DE SERVICIOS SOCIALES	370
MAPA DE EQUIPAMIENTOS COMPLEMENTARIOS	370
DEL PLAN DE PRESTACIONES BÁSICAS	370
MAPA DE PLAZAS EN CENTROS RESIDENCIALES PARA PERSONAS MAYORES	370
MAPA DE CENTROS DE ASISTENCIA A DROGODEPENDIENTES	371
MAPA DE CENTROS DE PROTECCIÓN AL MENOR	371
MAPA DE TERMALISMO SOCIAL. BALNEARIOS	371
MAPA DE CENTROS DE ATENCIÓN A PERSONAS SIN HOGAR	371
MAPA DE CENTROS DE ACOGIDA A REFUGIADOS	371
MAPA DE CENTROS DE INFORMACIÓN JUVENIL	371
MAPA DE TERMALISMO SOCIAL. PLAZAS	371
MAPA DE PRESUPUESTO SOCIAL	372
MAPA DE GASTO DESTINADO A LAS RENTAS MÍNIMAS DE INSERCIÓN	372
MAPA DE SOLICITUDES DE SERVICIOS SOCIALES	372
MAPA DE GASTO SOCIAL POR HABITANTE	372
MAPA DE COBERTURA DE LAS RENTAS MÍNIMAS DE INSERCIÓN	372
MAPA DE PRESTACIONES DEL SISTEMA PARA LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA	373
MAPA DE ACCESO A SERVICIOS SOCIALES Y AL SAAD	373
DE LOS MAYORES DE 65 AÑOS	374
MAPA DE POBLACIÓN PENSIONISTA MAYOR DE 65 AÑOS	374
MAPA DE PENSIONES CONTRIBUTIVAS DEL SISTEMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL	374
MAPA DE PENSIONISTAS NO CONTRIBUTIVOS DEL SISTEMA	374
DE LA SEGURIDAD SOCIAL	374

MAPA DE IMPORTE MEDIO DE LAS PENSIONES CONTRIBUTIVAS	375
MAPA DE IMPORTE MEDIO DE LAS PENSIONES POR JUBILACIÓN	375
DE LOS MAYORES DE 65 AÑOS	375
MAPA DE IMPORTE MEDIO DE LAS PENSIONES POR VIUDEDAD	375

Sanidad

MAPA DE HOSPITALES SEGÚN DEPENDENCIA FUNCIONAL	376
MAPA DE CAMAS EN HOSPITALES SEGÚN DEPENDENCIA FUNCIONAL	377
MAPA DE QUIRÓFANOS EN FUNCIONAMIENTO	377
MAPA DE HOSPITALES SEGÚN FINALIDAD ASISTENCIAL	378
MAPA DE CENTROS DE SALUD	380
MAPA DE GASTO SANITARIO EN ATENCIÓN PRIMARIA	382
MAPA DE GASTO SANITARIO EN FORMACIÓN DE RESIDENTES	382
MAPA DE GASTO SANITARIO PÚBLICO POR HABITANTE	382
MAPA DE GASTO SANITARIO EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA	382
MAPA DE GASTO SANITARIO EN FARMACIA	382
MAPA DE PERSONAL MÉDICO EN ATENCIÓN PRIMARIA	383
MAPA DE PERSONAL MÉDICO EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA	383
MAPA DE PERSONAL DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA	383
MAPA DE ESPERANZA DE VIDA EN BUENA SALUD AL NACER	384
MAPA DE VALORACIÓN DE LA SALUD	384
MAPA DE POBLACIÓN CUBIERTA POR EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO	384
MAPA DE POBLACIÓN CON PÓLIZAS PRIVADAS SANITARIAS	385
MAPA DE POBLACIÓN DEPENDIENTE	385
MAPA DE SATISFACCIÓN CON EL FUNCIONAMIENTO	385
DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO	385
MAPA DE MORTALIDAD POR CÁNCER DE COLON	386
MAPA DE MORTALIDAD POR CÁNCER DE MAMA	386
MAPA DE MORTALIDAD POR INFARTO DE MIOCARDIO	386
MAPA DE MORTALIDAD POR DEMENCIA	386
MAPA DE MORTALIDAD POR CÁNCER DE TRÁQUEA, BRONQUIOS Y PULMÓN	386
MAPA DE MORTALIDAD POR CÁNCER DE PRÓSTATA	386
MAPA DE MORTALIDAD POR DIABETES	386
MAPA DE MORTALIDAD POR ENFERMEDAD DE ALZHEIMER	386

Protección y servicios sociales

Las primeras manifestaciones de ayuda social se remontan a los hospitales medievales del Camino de Santiago y estaban relacionadas con la caridad y la beneficencia pública. A partir del siglo XVIII se empieza a hablar de asistencia social y se asignan las primeras pensiones para funcionarios. A finales del XIX, se inician las políticas de protección con la Comisión de Reformas Sociales (1883), que fomentó la mejora y bienestar de la clase obrera. Hay que esperar a los albores del siglo XX para que se potencie realmente la asistencia social: en 1900 se crea el primer seguro social y la Ley de Accidentes de Trabajo; en 1903 el Instituto de Reformas Sociales; en 1908 el Instituto Nacional de Previsión; en 1919 el Retiro Obrero; y en 1929, el Seguro de Maternidad.

Pero es en 1931, cuando la Constitución de la II República, en su artículo 46, recoge textualmente que la «legislación social regulará los casos de seguro de enfermedad, accidentes, paro forzoso, vejez,

invalidez y muerte; el trabajo de las mujeres y de los jóvenes y especialmente la protección a la maternidad». Lamentablemente, la guerra civil impidió el desarrollo de un anteproyecto de ley de bases de seguros sociales.

En 1938, durante esta contienda, se promulga el Fuero del Trabajo, que fue el germen sobre el que se crea la Seguridad Social tal y como se entendió durante la dictadura del general Franco. Su desarrollo, a partir de la Ley de Bases de la Seguridad Social de 1963 y el Sistema de Seguridad Social de 1967, intentaba emular parcialmente a los modelos europeos que se instauran tras la segunda guerra mundial, y que constituyen los pilares básicos del denominado Estado del bienestar. Hacia los años sesenta del pasado siglo, los países más desarrollados ya destinaban más de la mitad del gasto corriente de la administración pública a protección social. Frente a una protección y cobertura de mínimos que se daban en España, en Europa se

trataba de cubrir las necesidades básicas cotidianas, mediante programas basados en la solidaridad de la sociedad.

Hay que esperar a la década de los setenta, y sobre todo con la instauración de la democracia en España, para que se inicien reformas profundas en el sistema de la Seguridad Social. La Constitución de 1978 garantizó a todos los ciudadanos la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad, especialmente en caso de desempleo. A partir de entonces, el desarrollo y servicio para cubrir las necesidades sociales de la ciudadanía se atenderá en general a través del sistema público de servicios sociales, configurado por prestaciones y servicios de la Administración del Estado, la Administración de las comunidades autónomas (CC.AA.) y las corporaciones locales (ayuntamientos).

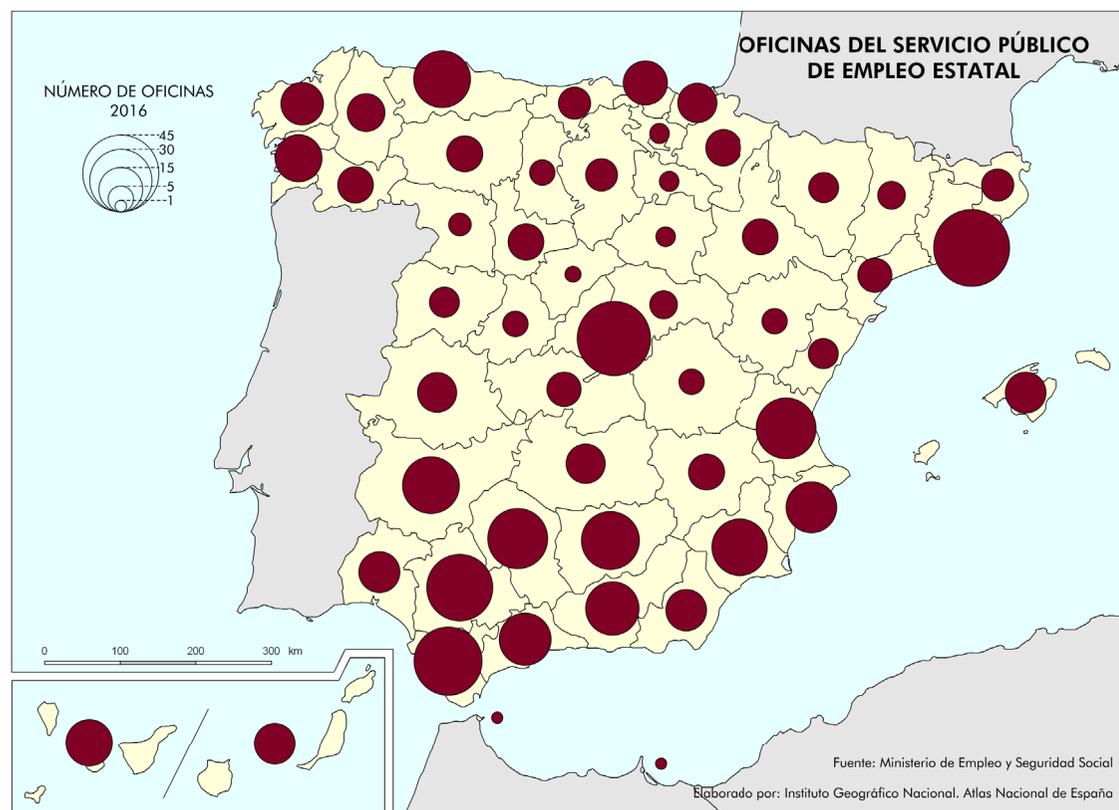
La Constitución, en su voluntad de aproximar los servicios sociales al ámbito geográfico, impulsó el desarrollo de leyes autonómicas de servicios sociales que fomentaron la implantación de estos equipamientos y prestaciones en todo el territorio del Estado. Así, entre 1983 y 1985, se producen las primeras transferencias en materia de servicios sociales a las comunidades autónomas y se fueron sucediendo las primeras leyes hasta la Ley Reguladora de Bases de Régimen Local de 1985, que reglamenta las competencias de los municipios, entre las cuales se reconoce la de prestar «los servicios sociales, de promoción y reinserción social». Por otra parte, en 1988 se aprueba el Plan Concertado para el desarrollo de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales «para articular la cooperación económica y técnica entre la Administración del Estado y las comunidades autónomas, para colaborar con las entidades locales en el cumplimiento de las obligaciones que (...) han de llevar a cabo en relación con la prestación de servicios sociales».

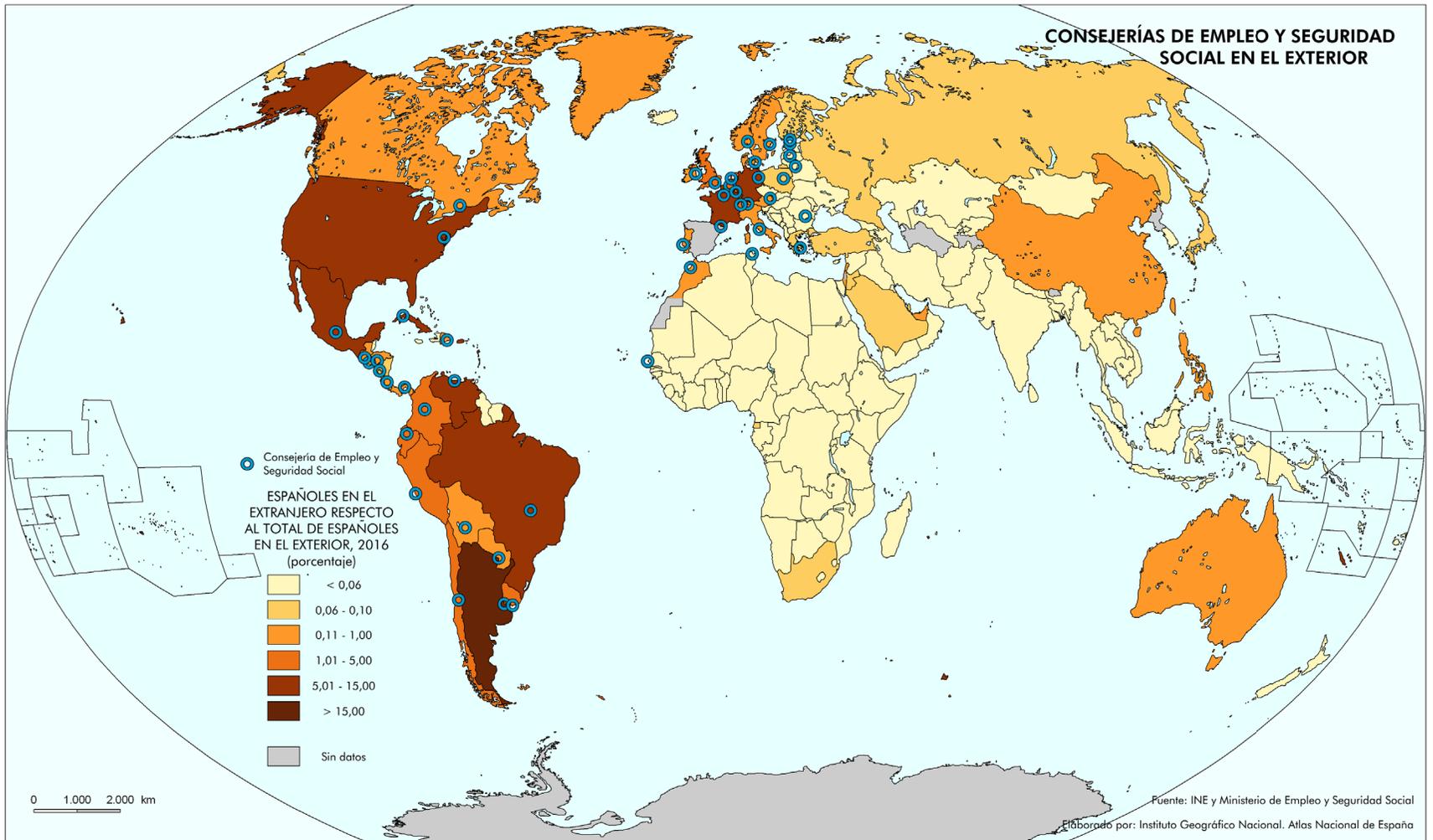
Actualmente los servicios sociales se estructuran en dos niveles: por un lado, los servicios sociales generales, que están dirigidos a toda la población e integran prestaciones básicas y específicas, y también reciben otras denominaciones como servicios sociales de base, servicios sociales comunitarios o servicios sociales de atención primaria; por otro lado, están los servicios sociales especializados, dirigidos a colectivos específicos de población (tercera edad, infancia, juventud, toxicómanos, personas sin hogar, etc.), relacionados, más en concreto, con las necesidades personales y características grupales de los usuarios.

Los servicios sociales se organizan y ofrecen a través de catálogos y carteras de servicios sociales, determinando las características y modalidades de los mismos, así como la población beneficiaria. Por otra parte, los colectivos atendidos, además de prestaciones de servicios, pueden recibir asistencia económica en forma de rentas mínimas de inserción, ayudas a víctimas y beneficios económicos para personas en situación de dependencia.

Aunque los servicios sociales se han consolidado en España como un sistema público, son muy sensibles a las decisiones políticas y en las próximas décadas su trayectoria estará condicionada por la deriva económica de los últimos años, las propuestas programáticas y los cambios socio-demográficos de la población española.

Uno de los pilares de este modelo es el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), que es la entidad que gestiona las prestaciones económicas





más importantes del sistema de Seguridad Social de España. Según señala su carta de servicios, el INSS es una entidad gestora dotada de personalidad jurídica propia, adscrita al Ministerio de Empleo y Seguridad Social, a través de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social. Tiene encomendada la gestión y administración de las prestaciones económicas del sistema social, con excepción de aquellas cuya gestión esté atribuida al Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), o servicios competentes de las comunidades autónomas. La Dirección General se ubica en la capital de España y sus oficinas se distribuyen de acuerdo a tres tipologías: direcciones provinciales, centros urbanos y centros comarcales (ver mapa *Oficinas de la Seguridad Social*). Si bien son mucho más numerosas en las ciudades más grandes, su reparto está muy ligado a la distribución y organización de la población. Por ello, su disposición territorial se correlaciona con la organización y ubicación geográfica de la población.

El Servicio Público de Empleo Estatal (SEPE) gestiona el sistema de protección por desempleo, gestión y solicitud de prestaciones por desempleo, subsidios y otras ayudas (ver mapa *Oficinas del Servicio Público de Empleo Estatal*). También, su distribución territorial está muy en relación con

el tamaño demográfico de las provincias, aunque en algunas como Asturias, Murcia, Jaén, Córdoba o Cádiz están sobredimensionados por su mayor capilaridad territorial y por el tamaño de los municipios.

Este modelo asistencial se proyecta fuera del territorio nacional con las Consejerías de Empleo y Seguridad Social, órganos técnicos de las Misiones Diplomáticas Permanentes del Reino de España, dependientes funcionalmente de la Subsecretaría del Ministerio de Empleo y Seguridad Social, y que desempeñan funciones de carácter institucional, informativo, asistencial, así como cualquier otra que les sea encomendada en el marco de sus competencias. Hay que encuadrarlas dentro de la larga tradición emigratoria de la población española, y que en los años de la *gran recesión* han sido garantes de los derechos de los ciudadanos que salieron del país. Herederos del modelo migratorio del siglo pasado, su presencia es preponderante en Europa occidental y el continente americano.

Este modelo asistencial se extiende no solo a los servicios sociales, sino también a la actividad laboral, con una apuesta por la prevención de los riesgos laborales. En los últimos años, se han potenciado a través de las administraciones públicas

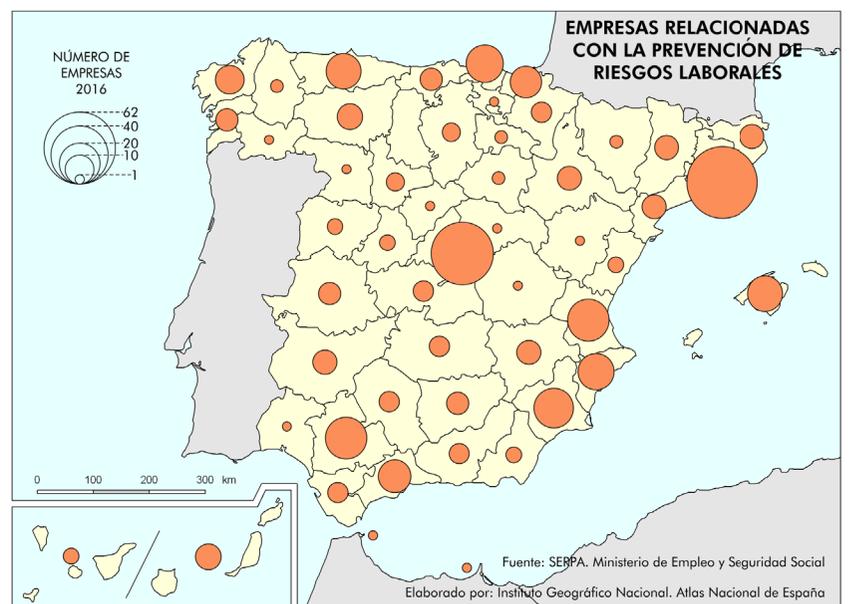
y desde la propia Unión Europea políticas en relación con la protección de la vida, la integridad y la salud de todos los trabajadores, tanto propios como de empresas colaboradoras. Debido a la disparidad y tamaño de las empresas, muchas de estas prestaciones se realizan por compañías de prevención ajenas. Ello explica la primacía de la presencia de servicios de prevención externos en la organización preventiva de las empresas españolas, que se mantiene constante desde finales de la década pasada y desde la implementación plena de la Ley de Prevención de Riesgos laborales. Su localización responde a la mayor actividad de los territorios (Barcelona, Madrid, Gipuzkoa, Valencia, Murcia o Sevilla); en algunos casos como Zaragoza, su número más reducido se debe sobre todo a la internalización de los servicios dentro de las empresas.

Sistemas de prevención y prestaciones

Las políticas de prevención han servido para una disminución de los accidentes laborales y responden al incentivo de la Directiva Europea



Un trabajador utiliza medidas preventivas en su desempeño laboral



89/391/CEE y de la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL). Evidentemente, la estructura productiva ha sufrido modificaciones importantes y, paralelamente, también lo han hecho los riesgos. Como es bien sabido, se ha incrementado el sector servicios, mientras se reducían el sector primario, industrial y la construcción. En el mapa *Accidentes de trabajo* se refleja que, actualmente, son menos los trabajadores expuestos a los riesgos tradicionales, pero, sin embargo, están siendo afectados por otros nuevos que, en muchos casos, tienen relación con las nuevas formas de organización del trabajo.

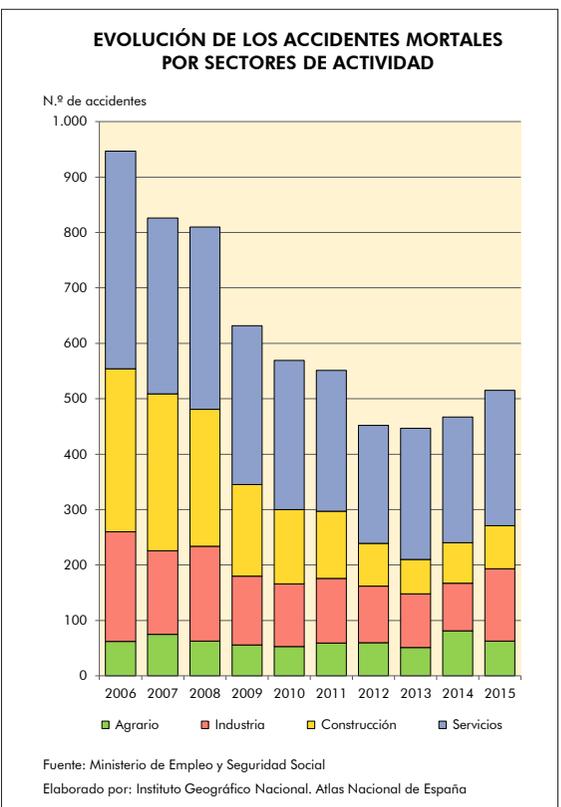
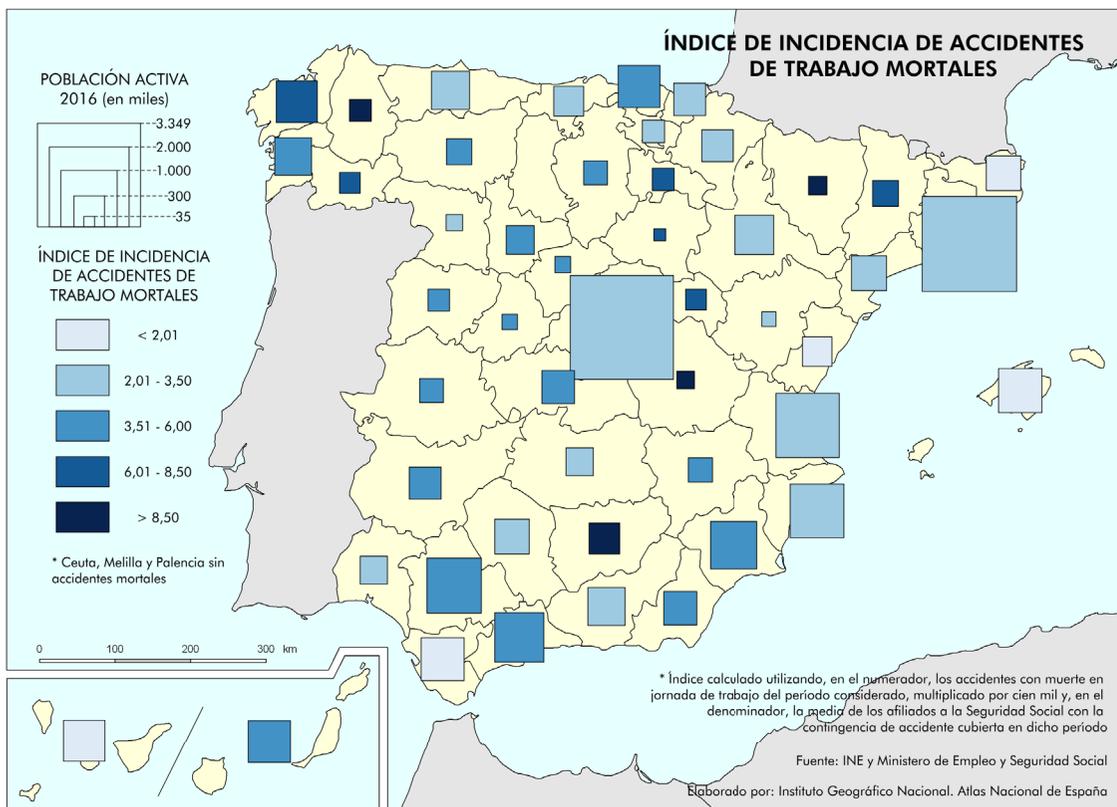
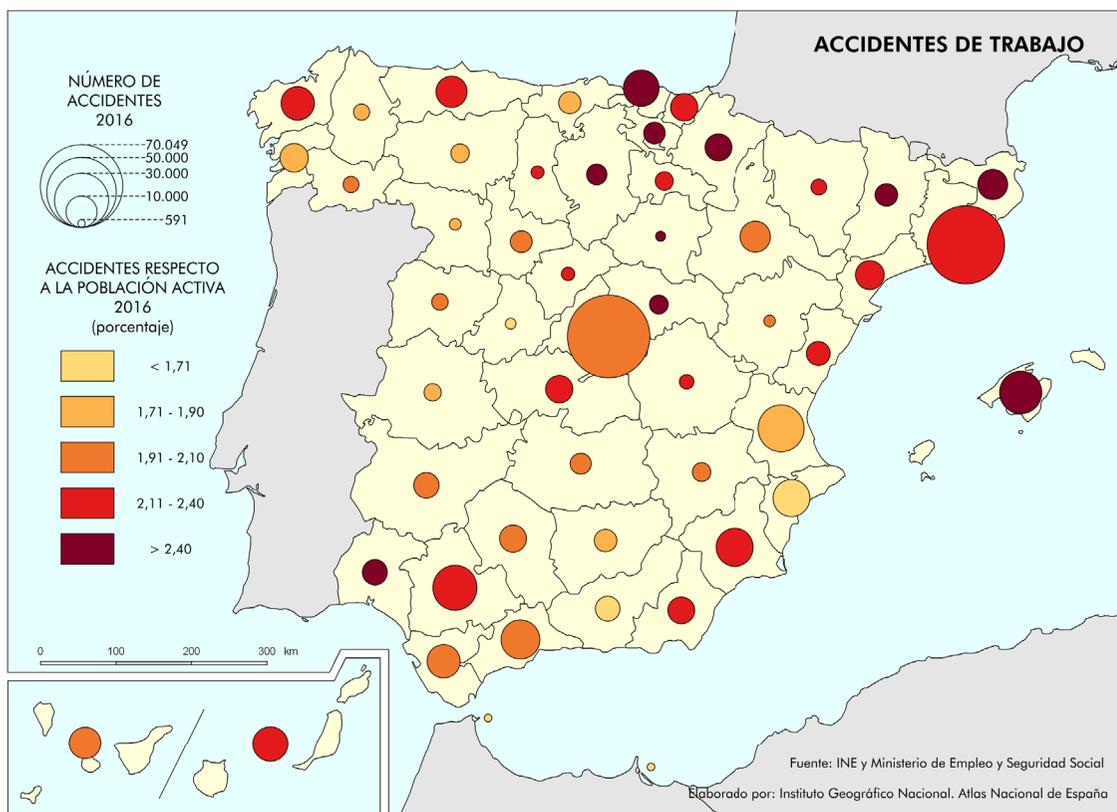
Las políticas de prevención han favorecido que la tasa media de accidentes en España descendiese un 58% durante el periodo 1991-2014 (de 6.687,7 a 3.111,3 por cada 100.000 trabajadores). En el mapa *Accidentes de trabajo* se refleja que actualmente con incidencia superior a la media se encuentra Illes Balears, así como las provincias de Bizkaia, Álava, Navarra, Burgos, Soria, Guadalajara y Huelva; le siguen muy de cerca, A Coruña, Asturias, Gipuzkoa, La Rioja, Huesca, las provincias mediterráneas de Tarragona, Castellón, Murcia y Almería; Sevilla, y las provincias

límitrofes con Madrid: Segovia, Toledo y Cuenca. No se puede marcar un patrón espacial claro ni ligado al tipo de actividad laboral, aunque en el caso del norte normalmente estará ligado a las actividades industriales, mientras que en Illes Balears al sector servicios. No obstante, cuando se analizan los accidentes mortales de trabajo en el mapa *Índice de incidencia de accidentes de trabajo mortales*, aunque numéricamente están más en relación con los efectivos brutos de la población activa, su índice de incidencia es más alto en las zonas con actividades rurales (Jaén, Lugo, Ourense, Cuenca, Guadalajara, Soria, La Rioja, Huesca o Lleida); esto explica que, aunque hay un descenso importante en todos los sectores económicos, se mantiene en la agricultura todavía una significativa accidentalidad. En 2015, el 47,4% de ellos correspondió al sector servicios, el 25,2% al sector industrial, el 15,1% a la construcción y el 12,2% a la agricultura, siendo preocupante el aumento del número de accidentes desde 2013. La situación derivada de la reciente crisis económica ha supuesto un empeoramiento de las condiciones de trabajo por la externalización de los riesgos; el incremento

de los trabajadores autónomos y la aparición de los trabajadores autónomos dependientes han conllevado un repunte en el número de accidentes y de la siniestralidad laboral. Ello se explica por la consolidación de la precariedad y la temporalidad, la contratación a tiempo parcial y los incrementos en los ritmos y tiempos de trabajo.

Por otra parte, el desempleo ha sido una de las prestaciones esenciales en estos años para el sostén de una parte de la población en paro. Esta es de tipo contributivo y sólo se tiene derecho si se ha cotizado previamente. La duración de esta prestación es igual a la tercera parte del tiempo que el trabajador haya cotizado, siempre que supere el año: con una dotación de un mínimo de 4 meses y un máximo de 24. Excepcionalmente, existen para quienes hayan agotado el desempleo o situación de especial necesidad los subsidios, ayudas de apoyo a quienes tienen responsabilidades familiares, por edad, carencia de rentas, etc. Estos han funcionado como un exiguo colchón que ha evitado un colapso social en una de las peores crisis socioeconómicas desde la posguerra española. No obstante, hay que reseñar que, en los últimos años, aunque el número de parados se ha mantenido, ha disminuido el número de prestaciones, así como su cuantía media. Esto no se ha correspondido con la mejora del empleo hasta el 2014, sino con la pérdida de la prestación, lo que ha supuesto una situación de precariedad que ha abocado a la exclusión social de muchas familias. Además, la devaluación salarial explicaría la importante reducción de las cuantías, con niveles impropios para la decimoquinta economía del mundo.

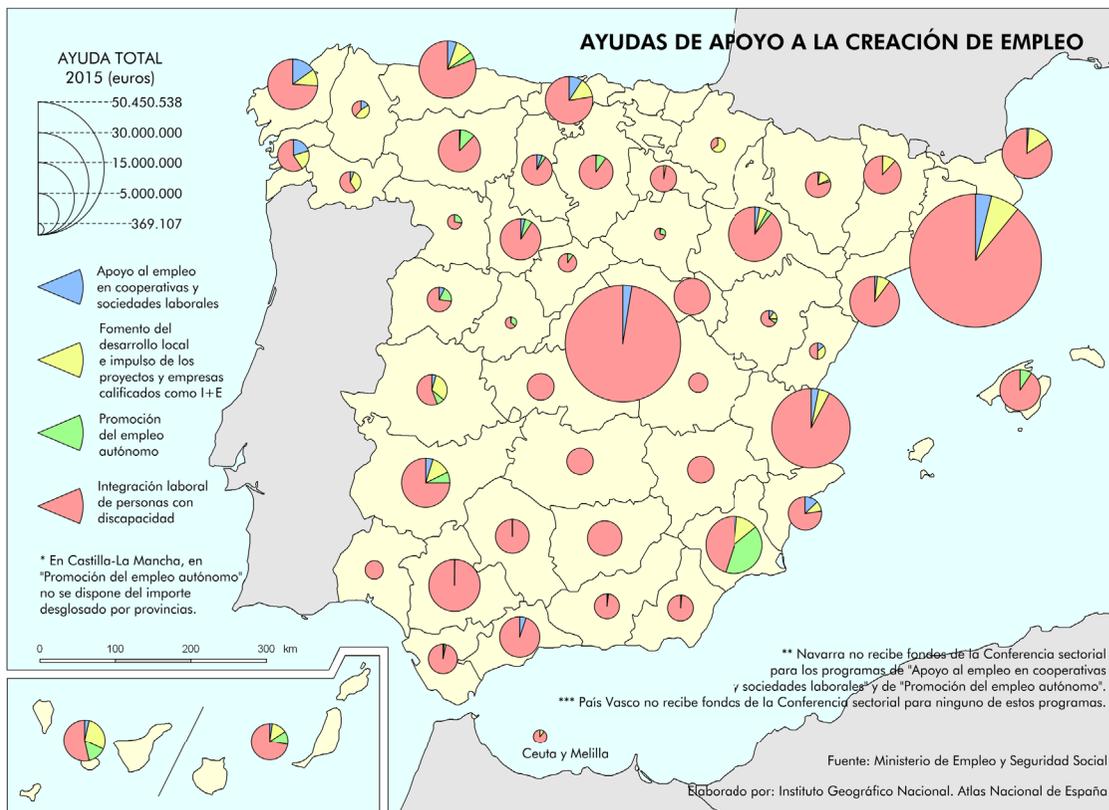
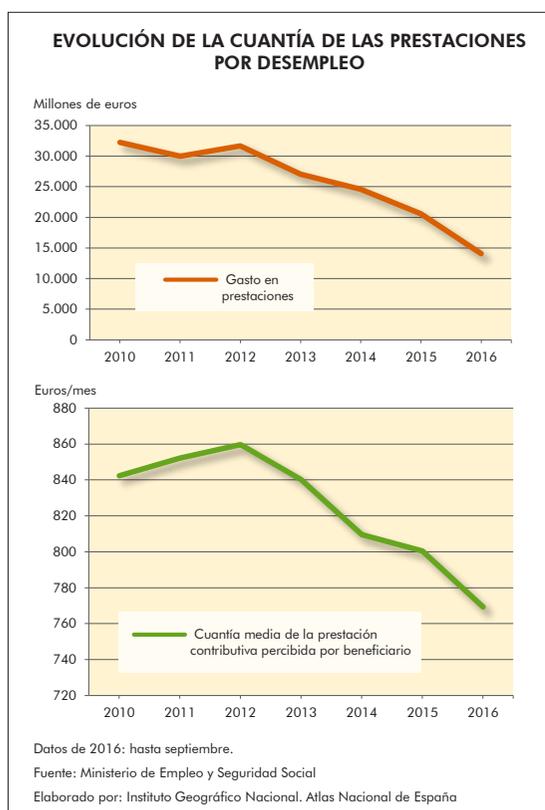
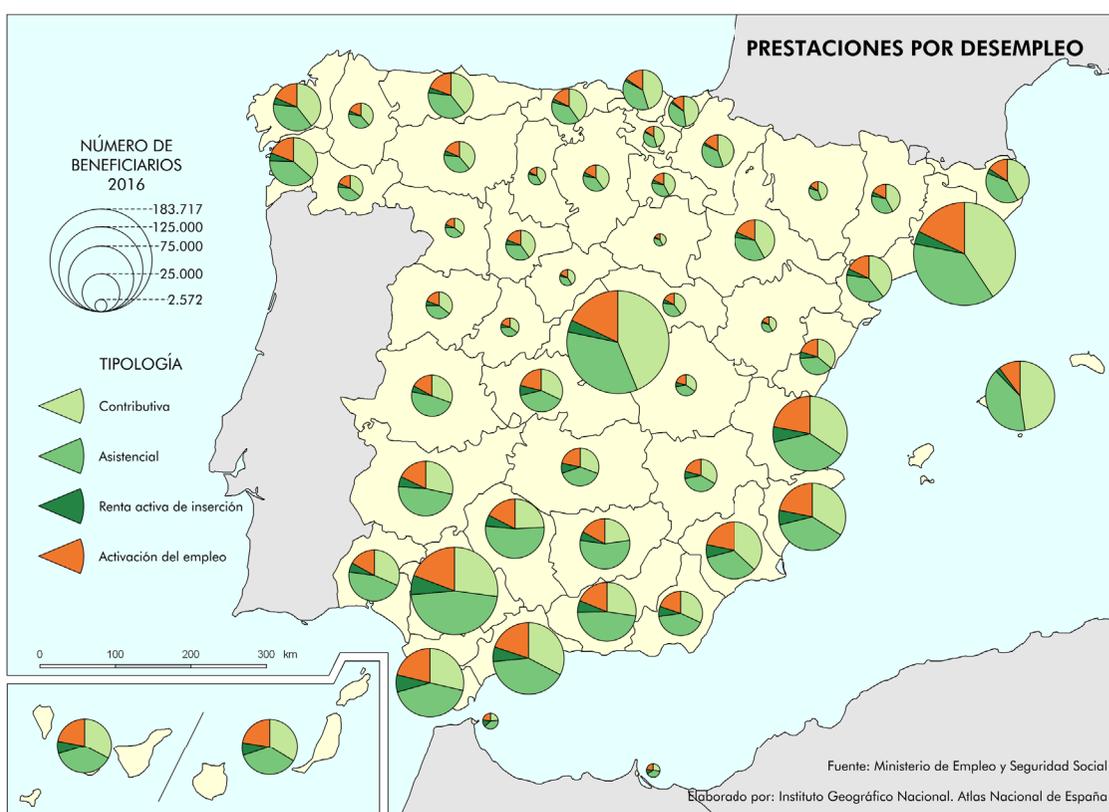
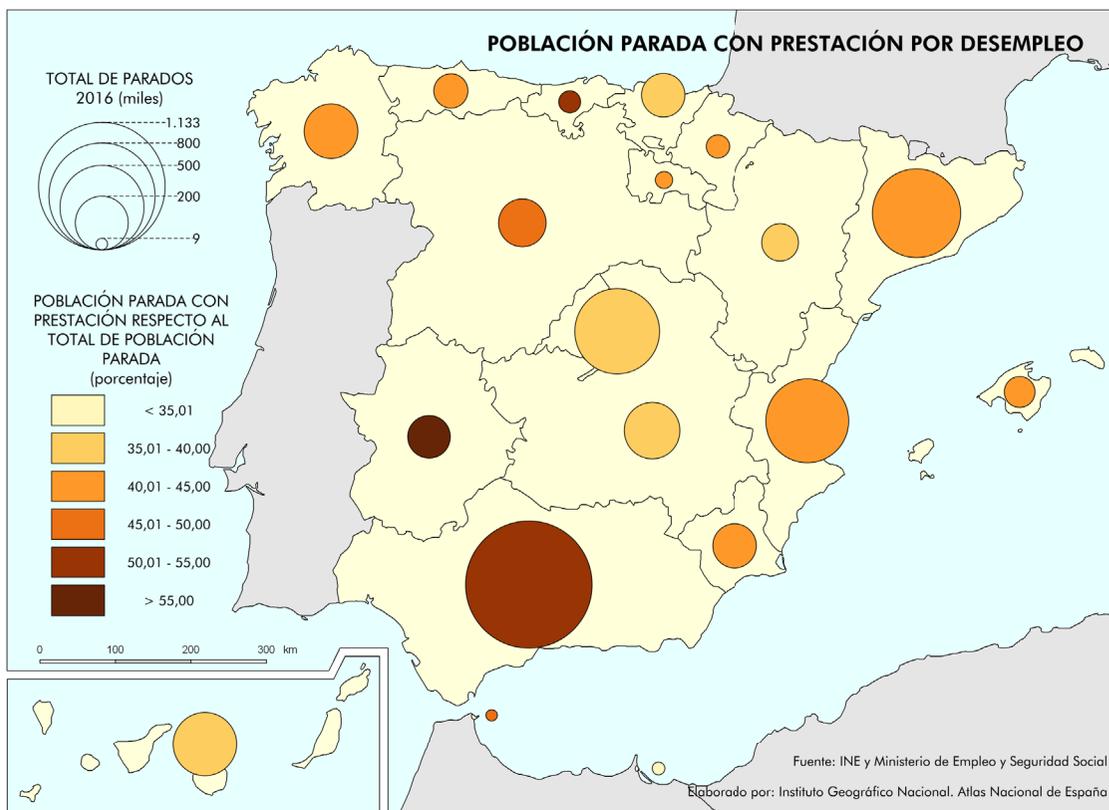
Dependiendo de las provincias, entre el 35% y 60% de la población parada es perceptora de prestaciones (mapa *Población parada con prestación por desempleo*). Los beneficiarios de prestaciones por desempleo contributivas alcanzan el 37,9% y se concentran en Andalucía (16,8% sobre el total nacional), en Cataluña (16,5%), Madrid (15,2%) y en la Comunitat Valenciana (10,7%); analizando las prestaciones, se observa su distribución provincial disimétrica con comunidades como Aragón, País Vasco, Madrid o Castilla-La Mancha que no tienen programas complementarios, o tienen parados de larga duración. Por otra parte, Extremadura o Andalucía tienen programas complementarios como el Plan de Empleo Rural, que explicaría unas prestaciones muy superiores a la media nacional en las no contributivas.

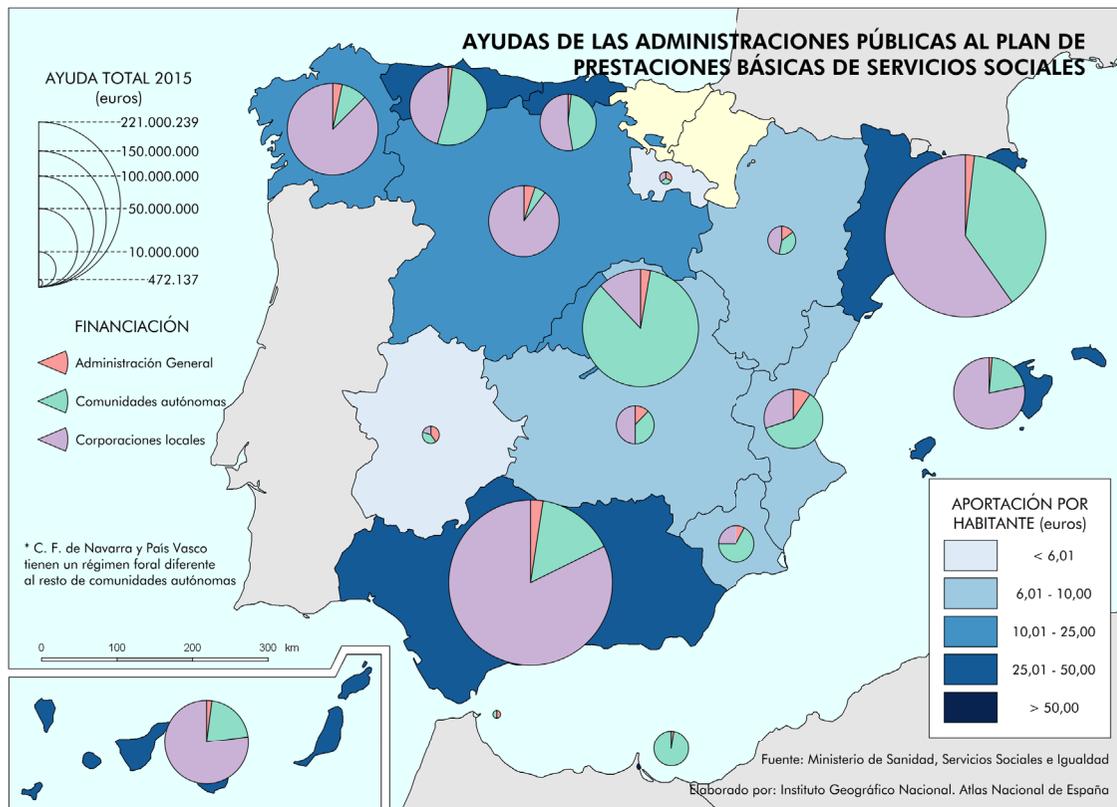


Cuando se analizan las tipologías de las prestaciones de desempleo (mapa *Prestaciones por desempleo*), en las provincias del norte (Cataluña, Navarra, País Vasco, La Rioja, Aragón) y en Madrid e Illes Balears son eminentemente contributivas; en el sur y este hay un importante peso de las rentas de inserción y asistenciales (provincias andaluzas, levantinas y ciudades autónomas de Ceuta y Melilla); este tipo de prestaciones también son importantes en Galicia, Asturias, Extremadura y Castilla-La Mancha. Coinciden con los espacios tradicionalmente con mayores porcentajes de parados y que han tenido importantes políticas complementarias a las contributivas.

Por otra parte, en los últimos años, el Gobierno ha fomentado el empleo con ayudas a la contratación de determinados colectivos (mapa *Ayudas de apoyo a la creación de empleo*), facilitando el acceso al trabajo, apoyando el trabajo autónomo o el acceso al cooperativismo, procurando la integración laboral de las personas con discapacidad, o potenciando las empresas de inserción. Pero es la discapacidad la que más ayudas concentra en todas las provincias españolas con más del 80% del importe total. Excepciones son las de Murcia, con un importante apoyo a la promoción del empleo autónomo; A Coruña, con el fomento del empleo en cooperativas; o Santa Cruz de Tenerife, con un significativo fomento del desarrollo local.

Las prestaciones, subsidios y ayudas por desempleo son una parte del presupuesto social, ayudando a una adecuada redistribución de la renta social, y favoreciendo los reequilibrios sociales, territoriales y de equidad. No obstante hay que considerar otros servicios de materia social como jubilación, sanidad, formación, familia, etc., que, lamentablemente, todavía se mantienen en niveles anteriores a la crisis económica y han sufrido recortes sustanciales, como los recursos dedicados a la política familiar. Actualmente el capítulo de los gastos sociales es el grueso del presupuesto de 2017 y representa un 45% del gasto total. Se destina a transferencias corrientes donde se incluyen las pensiones contributivas, no contributivas y otras prestaciones sociales. Pero realmente el gasto público social, como porcentaje del Producto Interior Bruto (PIB), es menos del 25%; todavía con niveles inferiores a la media de la Europa de los quince más desarrollados, y dedica 2,7 puntos menos del PIB que la media de países de la Eurozona en protección social (17,6% frente al 20,3% de la UE). Por otra parte, hay una complejidad añadida entre la superposición





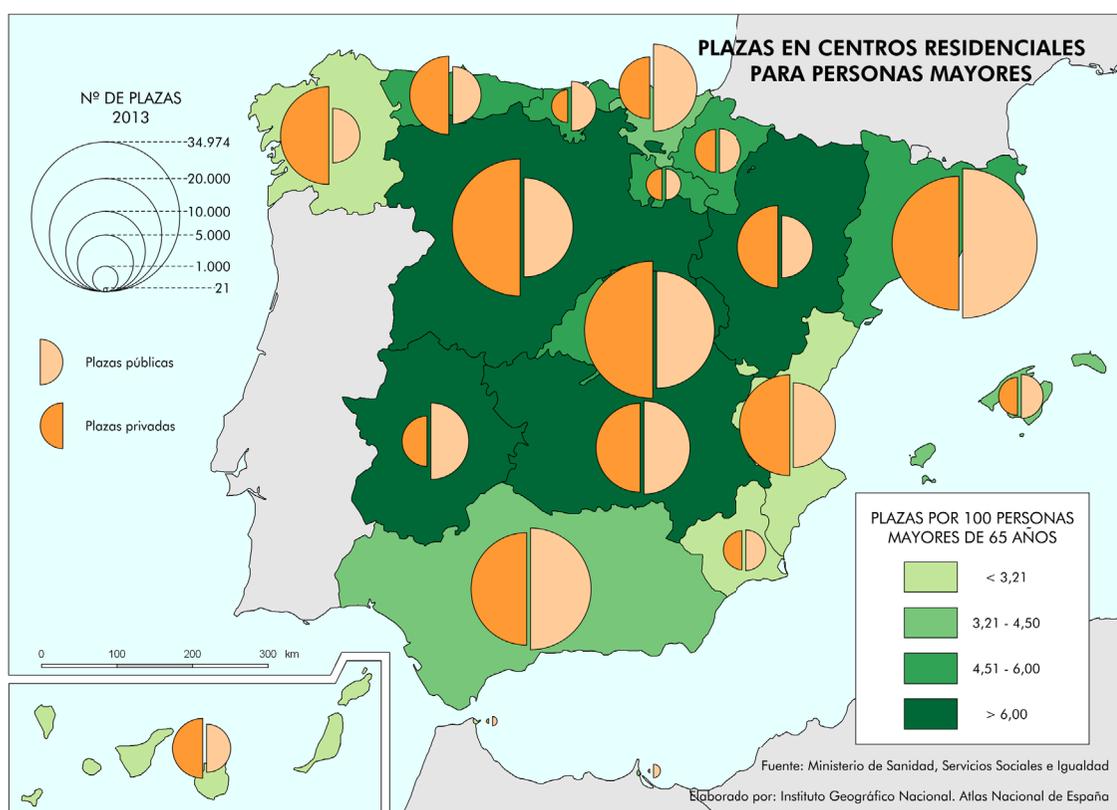
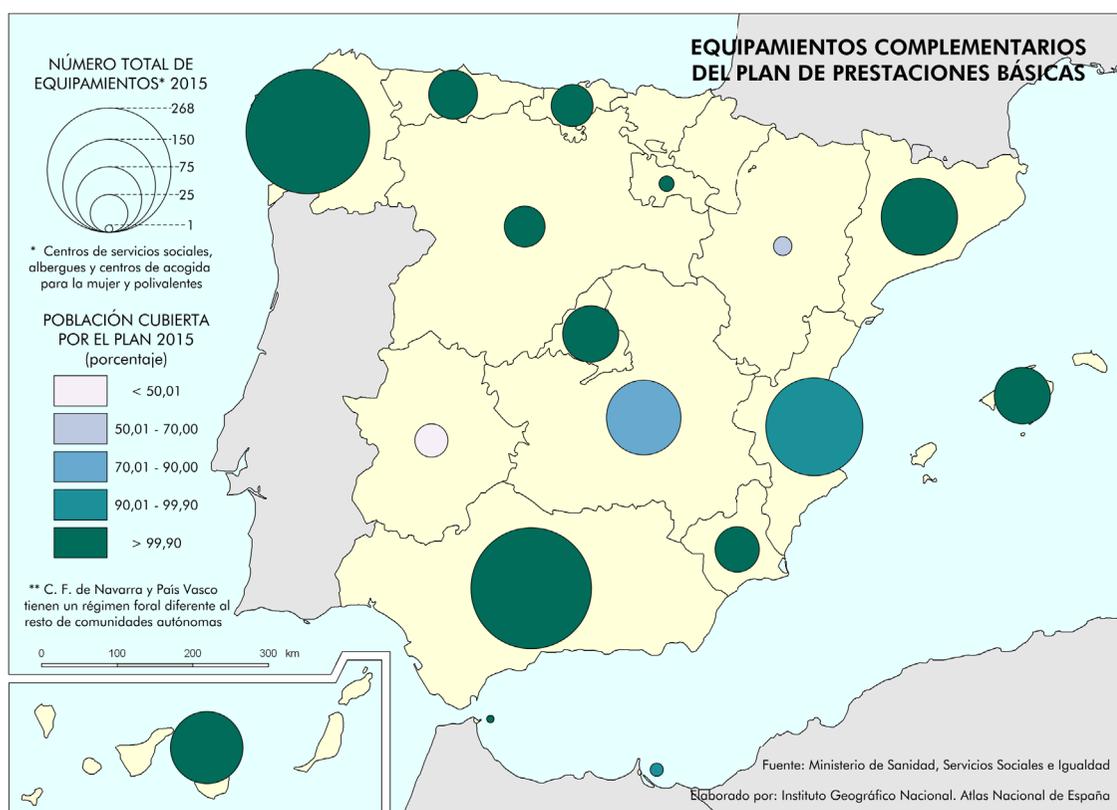
y la falta de armonización entre prestaciones de las distintas administraciones (Estado, comunidades autónomas y municipios), que producen importantes variaciones en la calidad asistencial dependiendo de dónde se resida. Respondiendo al modelo descentralizado que se instituye con los gobiernos democráticos, la mayor parte de la financiación proviene de las corporaciones locales y autonómicas (mapa *Ayudas de las administraciones públicas al Plan de Prestaciones Básicas*), quedando la Administración General con una representación residual. Así, territorialmente, la aportación más elevada se está dando en comunidades como Asturias, Cantabria, Cataluña y Andalucía. Responden a regiones que se han apoyado en el Plan Concertado de Prestaciones Básicas en materia de Servicios Sociales, con el objetivo de tener una red de servicios sociales municipales.

Atención a la dependencia, prestaciones a las personas mayores y equipamientos sociales

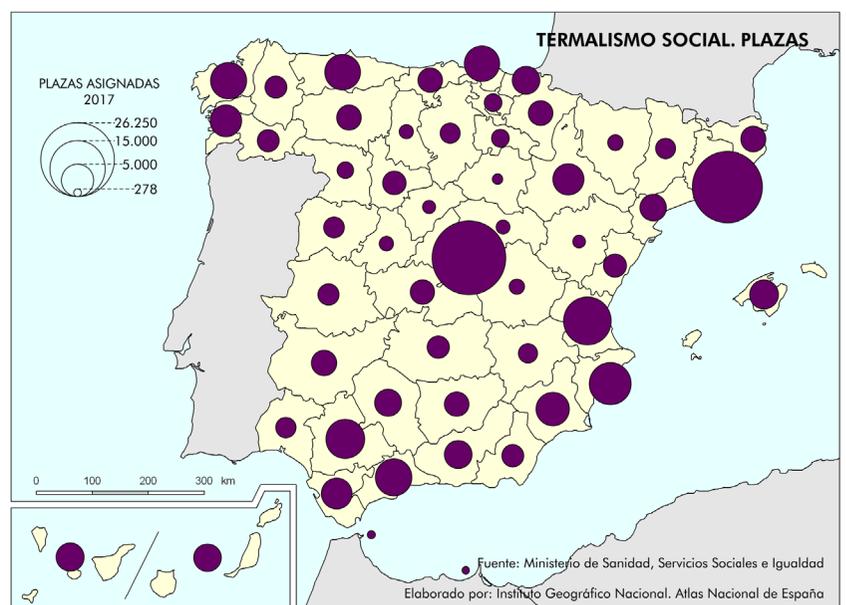
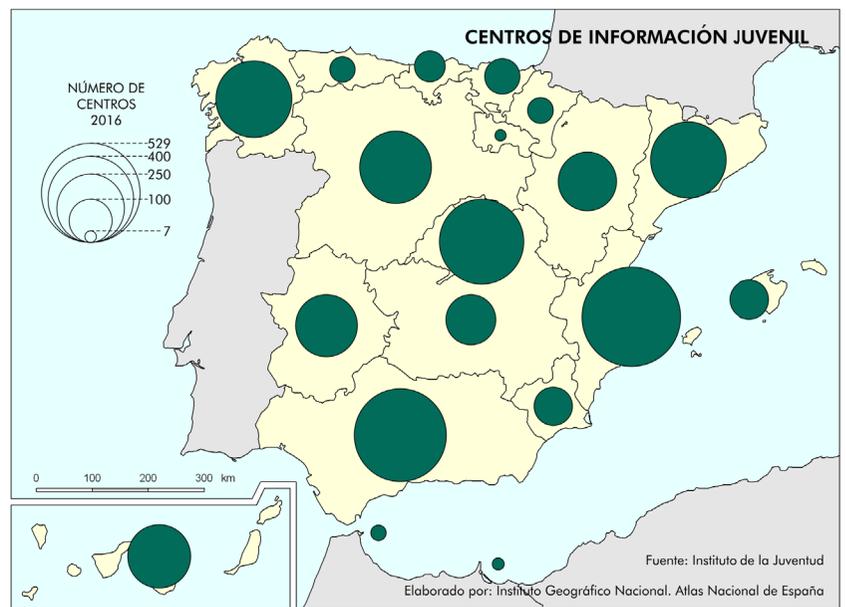
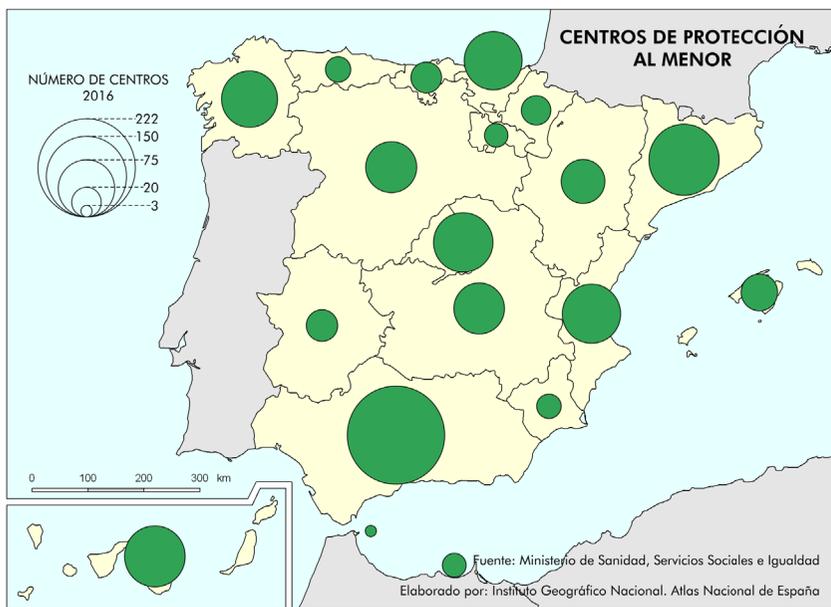
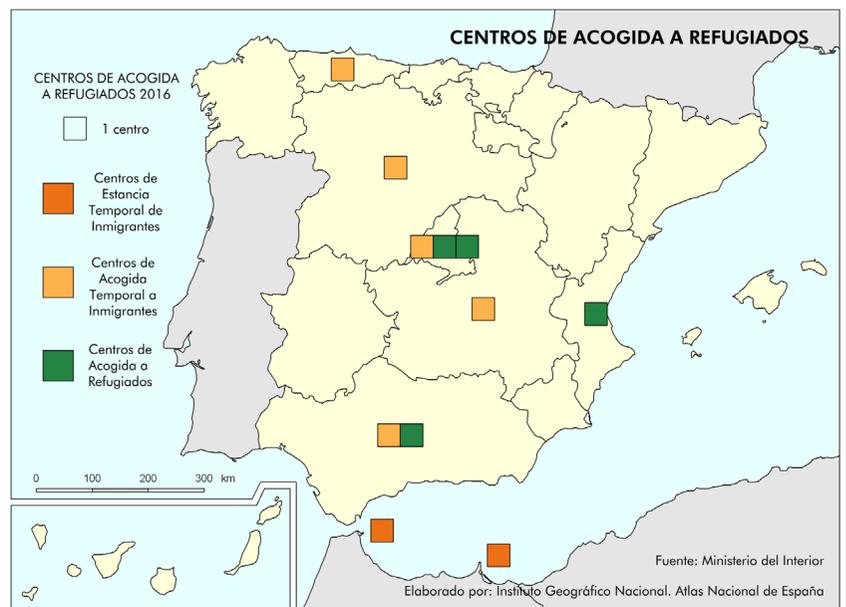
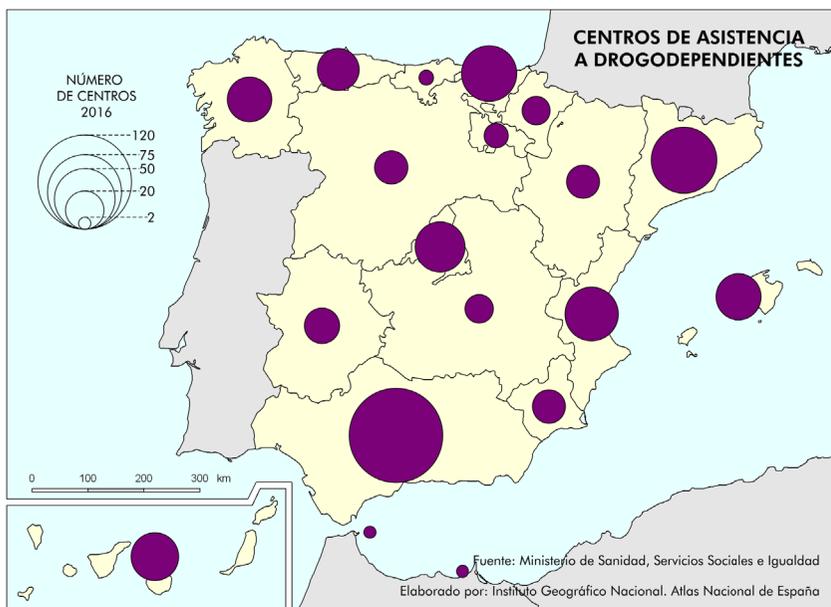
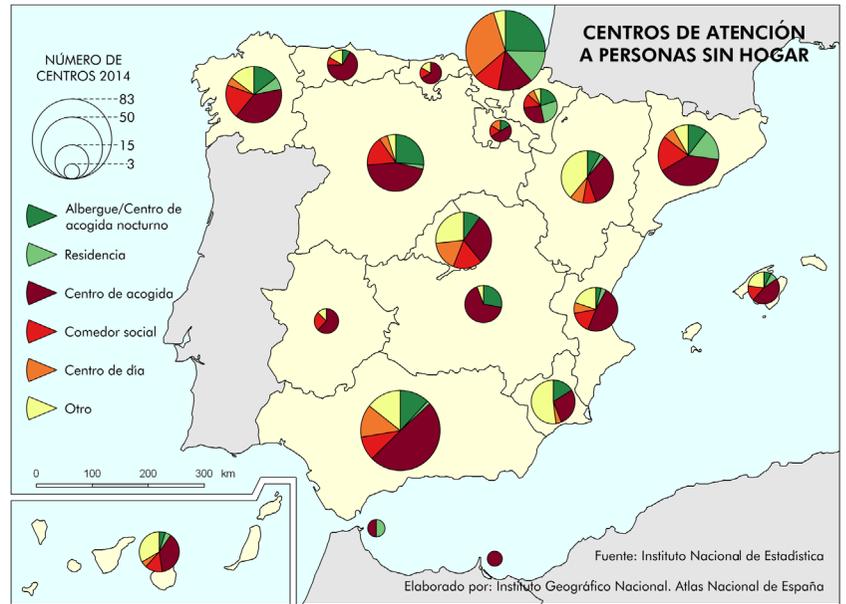
Una parte de las prestaciones sociales están relacionadas con el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) –véase mapa *Prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia*–; se reparten entre prevención, dependencia y promoción de autonomía personal, teleasistencia, ayuda a domicilio, centros de día y noche, atención residencial, prestaciones económicas vinculadas al servicio, para cuidados familiares y prestaciones económicas para asistencia personal. Dependiendo de las comunidades autónomas, la orientación del gasto difiere: en general casi el 34% son para cuidados familiares, mientras que en Murcia y Navarra superan el 50%; en España, las ayudas a domicilio suponen sobre el 16% y en Galicia es el 30%; en servicios de teleasistencia Andalucía dobla a la media nacional (15%) con más del 31%; la asistencia personal no llega al 15% y en Cantabria es de casi el 25%. Por otra parte, valores residuales se dan en los programas de prevención de dependencia (3,54%) y asistencia personal (0,51%).

Junto a estos programas más básicos, en las últimas décadas se están implantando equipamientos multifuncionales representados en el mapa *Equipamientos complementarios* (centros de servicios sociales o espacios polivalentes), para colectivos específicos (como albergues), o que responden a las nuevas y obligadas sensibilidades de la sociedad española (centros de acogida para la mujer). En estos programas, se considera que se cubre a casi la totalidad de la población en comunidades autónomas como Galicia, Asturias, Cantabria, La Rioja, Castilla y León, Cataluña, Murcia, Andalucía y comunidades insulares. Los casos más desfavorables son los de Extremadura y Aragón, que pueden deberse a una cuantificación diferente o a sus características de baja densidad demográfica y despoblación territorial. No obstante, a pesar del voluntarismo, la deriva socioeconómica de la última década hace insuficiente la atención, a pesar de la amplia distribución territorial.

Por otra parte, el progresivo y acelerado envejecimiento de la población conlleva una casi obligada mayor dotación de servicios específicos para este colectivo. En 2001 había en España 239.761 plazas distribuidas en 4.800 centros, lo que suponía una ratio del 3,34 plazas por cien habitantes de más de 65 años. En 2011 el número de plazas ascendía a 372.628, lo que representa un incremento medio anual de 13.287 plazas; y una cobertura



del 4,53%. En 2013, la oferta de servicios de atención residencial ascendía a 381.480 plazas, distribuidas en 6.610 centros (mapa *Plazas en centros residenciales para personas mayores*); el 61% de las plazas se concentran en Cataluña, Castilla y León, Madrid, Andalucía y Castilla-La Mancha. No obstante, el mayor número de plazas respecto a la población mayor de 65 años se localiza en las comunidades más envejecidas del interior peninsular como Castilla y León (7,54 plazas por 100 habitantes mayores de 65 años), Castilla-La Mancha (7,35), Extremadura (6,06), Aragón (6,04) y el Principado de Asturias (6,00). A pesar de estas mejoras, algunos informes ponen de manifiesto que la ratio de plazas para mayores está por debajo de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y son, además de escasas, caras para la situación económica de estos colectivos. En cierta medida, esta realidad se explica porque tres de cada cuatro centros son privados. Solo el 53% son de financiación pública. En el mapa *Plazas en centros residenciales para personas mayores* se aprecia que en Galicia, Castilla y León, el Principado de Asturias, Aragón, Canarias, Comunitat Valenciana, Madrid y La Rioja predominan las plazas de financiación privada; en la Región de Murcia, prácticamente la mitad de las plazas son de financiación pública; mientras que, en las comunidades autóno-



mas restantes, son mayoría las plazas financiadas mediante fondos públicos.

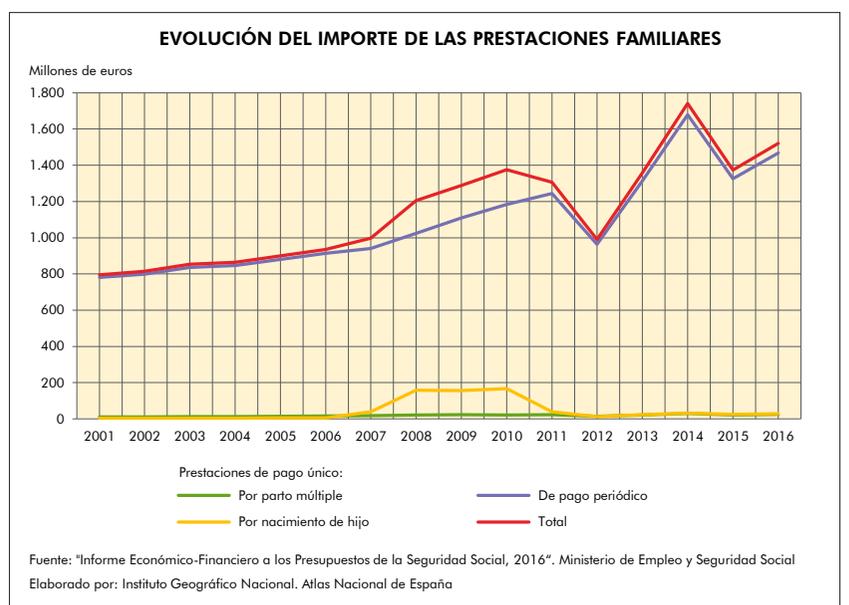
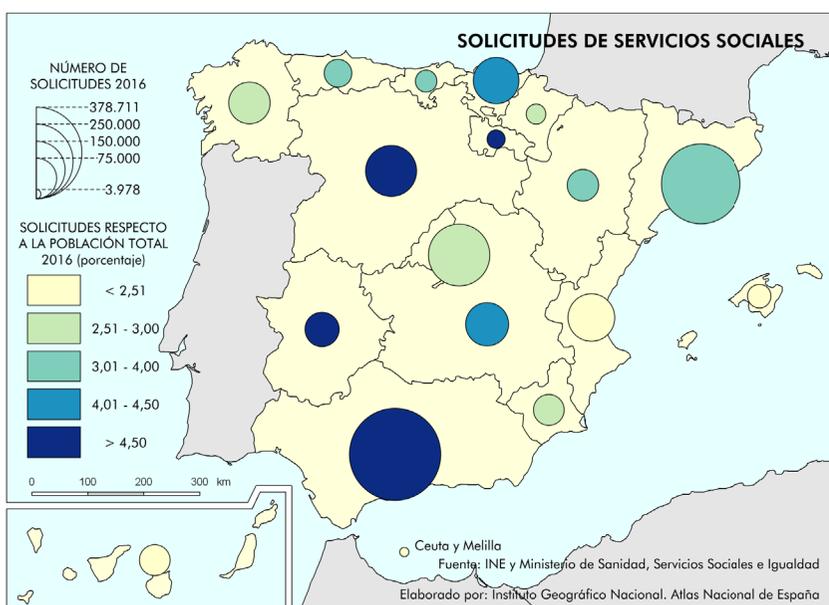
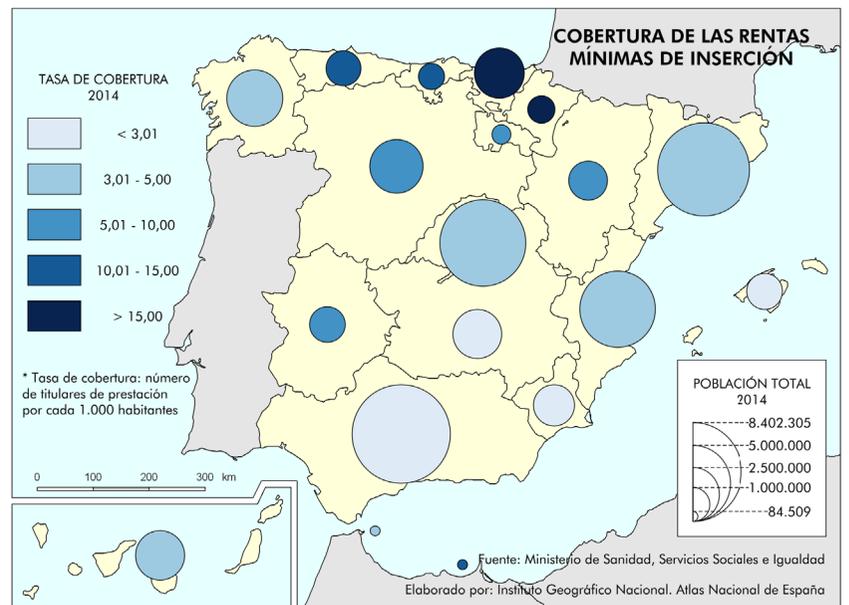
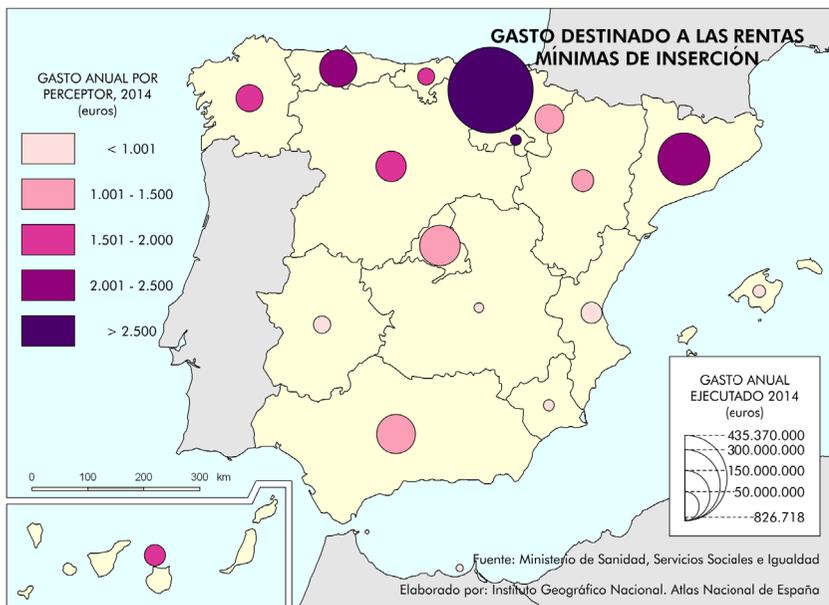
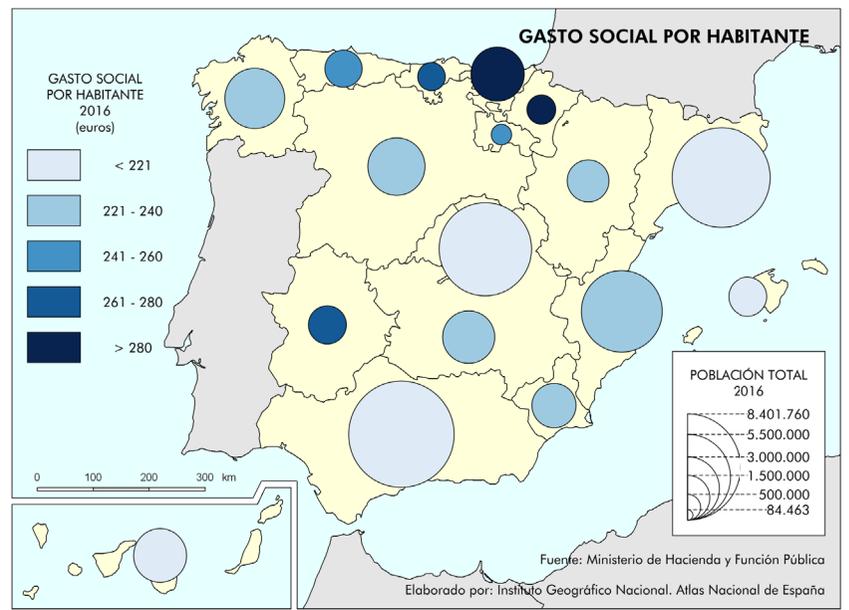
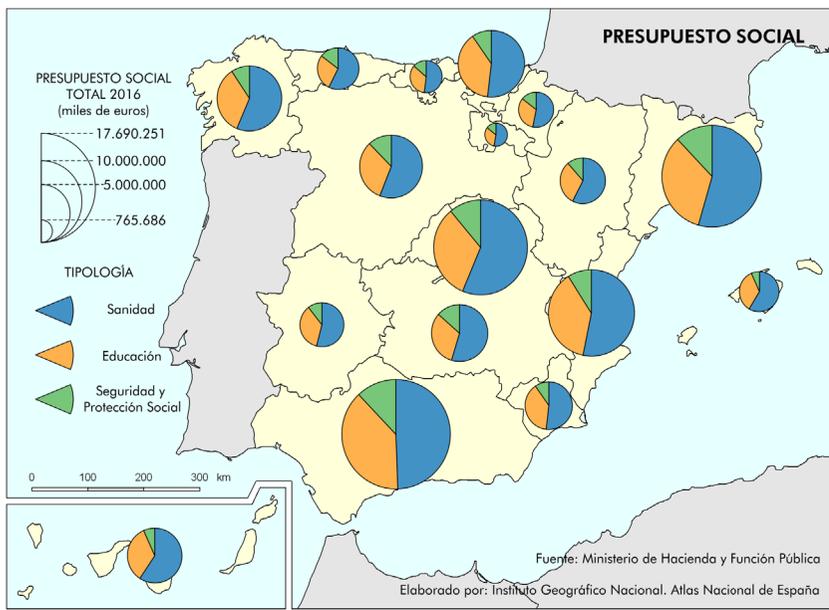
Por otra parte, cada vez son más importantes los equipamientos específicos para colectivos que crecen numéricamente y a los que ha de responder la sociedad. Así, la *gran recesión* ha obligado a prestar cada vez más atención a las personas sin hogar, diversificando equipamientos como albergues, centros de acogida, pisos de acogida y de inserción social, residencias, comedores sociales y otros (mapa *Centros de atención a personas sin hogar*). Hay que resaltar la importante red que tienen el País Vasco (con el 29,5% de los centros) y Andalucía (11,7%). Por tipología, hay una diversidad atendiendo a las políticas regionales. Si bien hay una mayoría de comunidades autónomas que se orientan hacia los centros de acogida, es interesante la política

del País Vasco o Navarra, con una apuesta importante por los albergues y residencias, o de Aragón y Murcia hacia los servicios polivalentes.

En las últimas décadas se han impulsado centros específicos como los de asistencia a drogodependientes, acogida a refugiados, protección al menor o información juvenil, representados en los mapas del mismo nombre. A pesar de la mejora asistencial, muchos de ellos son insuficientes por el aumento de la demanda derivado de la situación de precariedad económica, mayor visibilidad y sensibilidad ante las situaciones de marginalidad o exclusión, o nuevas demandas externas por las crisis humanitarias y el aumento de la precariedad, violencia y persecución en África, Próximo Oriente o Asia central. Ofrecen no solo servicios de atención social, sino también, atención psicológica, sanitaria, asesoramiento

legal, servicios de formación, ocio y tiempo libre que proporcionan atención integral al usuario, así como otros servicios sociales encaminados a facilitar la convivencia e integrar en la comunidad a los distintos colectivos.

Por otra parte, otros servicios se destinan hacia la mejora de la calidad de vida de la población, como es la oferta de termalismo, que ha aumentado durante los últimos años, y es uno de los servicios más demandados por los mayores. Casi la totalidad de los 117 balnearios españoles de utilidad pública participan en estos programas, por lo que la cobertura está muy diversificada (mapas de *Termalismo social*) y las plazas ofertadas son proporcionales a la población anciana de cada provincia. El *Imsero* contribuye a la financiación del coste de las plazas con una aportación económica media por plaza de 170,63 euros.



Prestaciones sociales

La *gran recesión*, las políticas de recortes y austeridad, acompañadas del crecimiento del desempleo, los ajustes salariales y la precariedad laboral han contribuido a agrandar la brecha entre ricos y pobres y a aumentar el volumen de personas bajo el umbral de pobreza. Cuando se analiza la población en riesgo de pobreza, se obtiene un mapa dividido en dos (se puede consultar más información en el apartado *Pobreza* incluido en el *Capítulo 9 Sociedad* de esta publicación): las comunidades del norte hasta Madrid, tienen porcentajes entre el 14,5% del País Vasco y el 25,30% de Cantabria; en la mitad sur los valores oscilan entre el 38,3% de Andalucía y el 31,7% de la Comunitat Valenciana. La situación hace que sean cada vez más necesarios y estratégicos los servicios y prestaciones, redistribuyendo la renta en materia social: jubilación, sanidad, formación, familia, etc. Lamentablemente, todavía no se han alcanzado los niveles anteriores a la *gran recesión*, a pesar de representar un 45% del gasto total. Fundamentalmente, el presupuesto social se destina a transferencias corrientes, donde se incluyen las pensiones contributivas, no contributivas y otras prestaciones sociales. Esta partida también recoge las transferencias a las comunidades autónomas y ayuntamientos para financiar sus servicios. Hay descensos en 2016 (fundamentalmente en servicios de carácter general; en desempleo; en discapacidad y acciones en favor de los emigrantes). No obstante, sí que hay mejoras reseñables como el aumento en servicios sociales y promoción, pensiones, ayudas a la dependencia y para la prevención de la violencia de género.

Históricamente, el gasto social por habitante de España está por debajo de la media de la Unión Europea (UE). Según un informe publicado por la Oficina Estadística de la Unión Europea (*Eurostat*), España dedicó el 25,7% de su PIB a la protección social en 2010, por debajo del 29,4% de media en la UE. Actualmente el gasto social por habitante de España se sitúa al mismo nivel que el de Grecia y 13 puntos por debajo del promedio comunitario. Al ser el país con una tasa de paro más alta dedica una mayor proporción de gasto social a las prestaciones por desempleo (el 14,1% del total, frente al 6% de media de la UE). Por comunidad autónoma, el mapa *Gasto Social por habitante* en euros en el año 2016, refleja diferencias importantes. Las de mayor inversión son País Vasco (304,85 €/hab.) y Navarra (289 €/hab.), comunidades con un régimen foral especial, seguidas de Cantabria y Extremadura (entre 264 €/hab. y 265 €/hab.). La menor inversión corresponde a las comunidades catalana, madrileña, andaluza y a las islas con menos de 221 €/hab., aunque prácti-

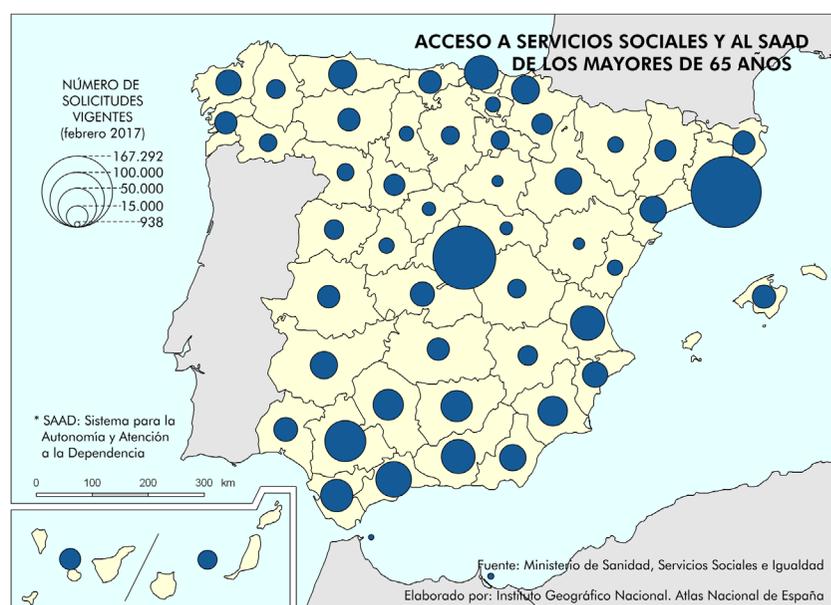
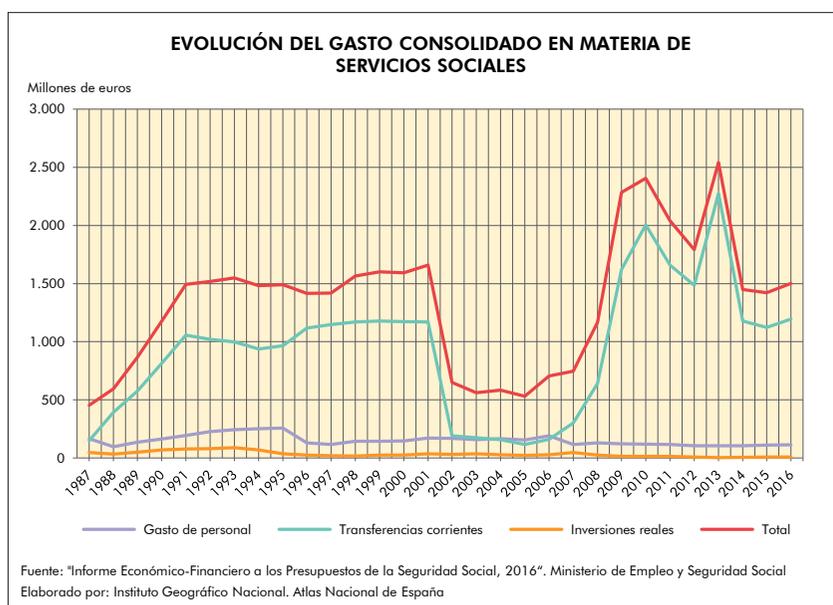
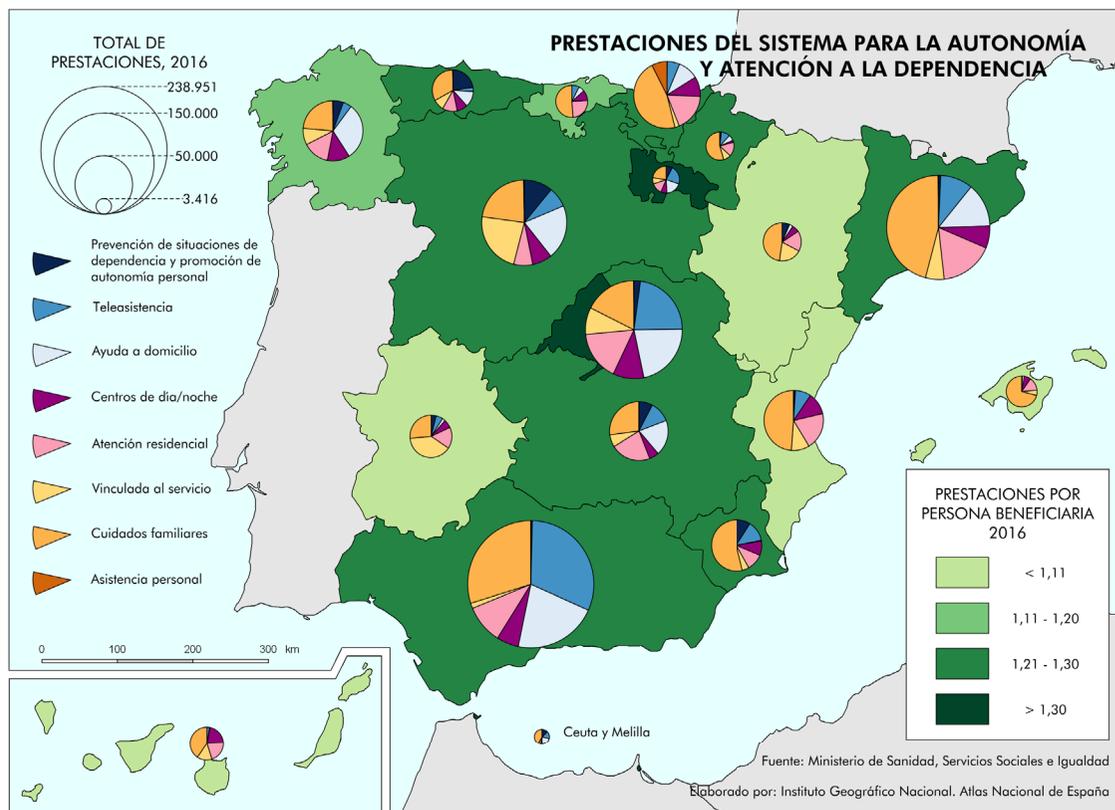
camente se mantiene la misma proporcionalidad en la tipología del presupuesto social. Esta situación se repite en el gasto dedicado a las rentas mínimas y las tasas de cobertura, como se aprecia en los mapas de igual título, con una atención muy superior en el País Vasco, La Rioja, Cataluña y Asturias. No obstante, como ya se ha expresado, se trata de porcentajes de mínimos, con un gasto medio estimado de 1.492,08 € anuales, y de Rentas Mínimas de Inserción (RMI) destinadas a las personas y familias en situación de potencial exclusión social, que carecen de recursos económicos suficientes para cubrir sus necesidades básicas.

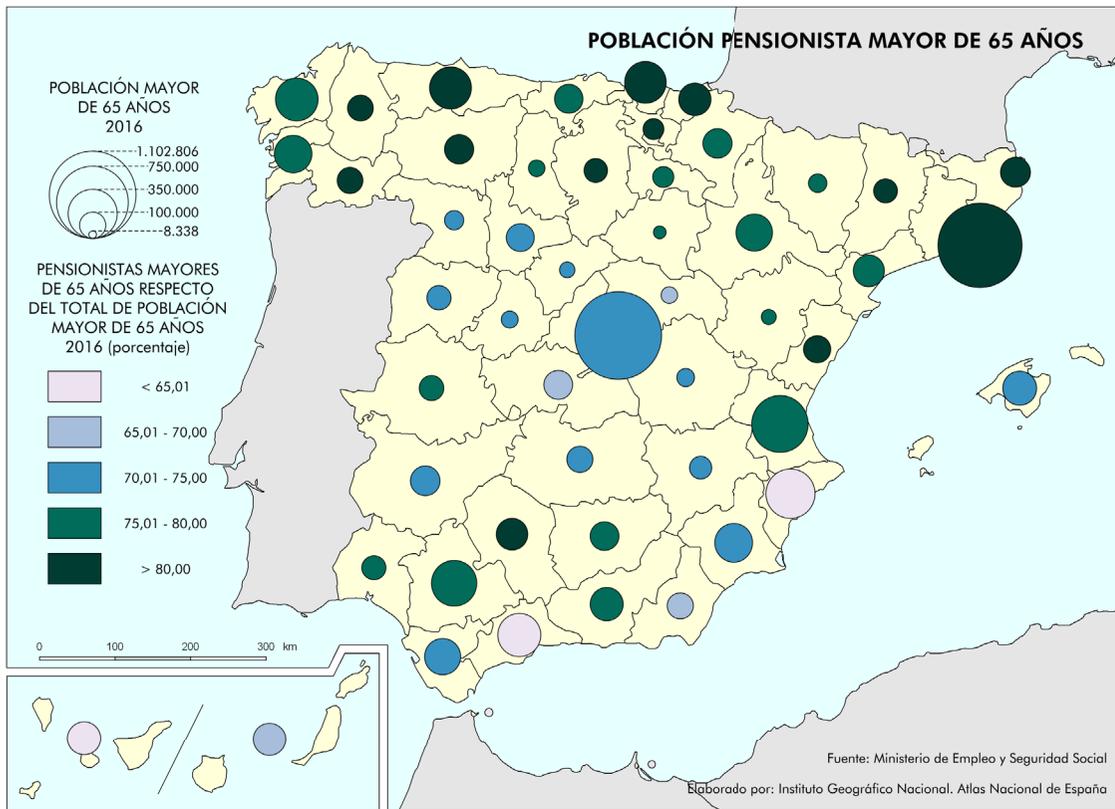
Esta ayuda se gestiona en el ámbito autonómico y ofrece una prestación económica que plantea una inclusión activa, tanto social como laboral, pueden acceder a ella personas que carecen de ingresos, que no han trabajado nunca, o que han agotado las prestaciones por desempleo, tanto contributivas como no contributivas. Precisamente por ser una ayuda autonómica hay una gran heterogeneidad de criterios a la hora de concederla y las cantidades también varían considerablemente. En el año 2014, como se observa en el mapa *Cobertura de las rentas mínimas de inserción*, la mejor cobertura corresponde al País Vasco y Navarra con un índice de 35,97 y 18,28 titulares por cada 1.000 hab. respectivamente, seguidas de Asturias con 14,64 y Cantabria con 11,29 titulares/1.000hab. Las comunidades peor servidas son

Castilla-La Mancha, Murcia, Illes Balears y Andalucía por debajo de 3,01 titulares por 1.000 hab. Por otro lado, las cuantías en euros también son muy diferentes: un titular de Navarra o del País Vasco reciben, respectivamente, 548 € y 662,51 €, mientras que en Ceuta o Murcia percibiría 300 €.

Pero, la mayor proporción de solicitudes de RMI respecto a la población se da en comunidades como Castilla y León y La Rioja –regiones envejecidas–; así como en Extremadura y Andalucía –territorios que arrastran modelos socioeconómicos muy sensibles a la crisis– con valores superiores al 4,50%. También hay una relación con la tradición en políticas públicas (caso de las regiones del sur o de la Comunidad Foral de Navarra), o un buen nivel de equipamientos complementarios. No obstante, en líneas generales, la familia es quien recibe las prestaciones (Cantabria, País Vasco, Navarra, Aragón, Cataluña, Illes Balears, Comunitat Valenciana o Murcia). Otras como Galicia, Madrid y Andalucía se decantan hacia la teleasistencia o la ayuda a domicilio. Son prestaciones que buscan escasa inversión permanente, frente a comunidades como País Vasco, Cataluña, Castilla y León o Comunitat Valenciana que han apostado por la atención en residencias.

Y aunque el acceso a los Servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) está muy relacionado con la población en riesgo de pobreza, que era en 2016 de un 22,3%, también lo está con el envejecimiento. Entre 2002

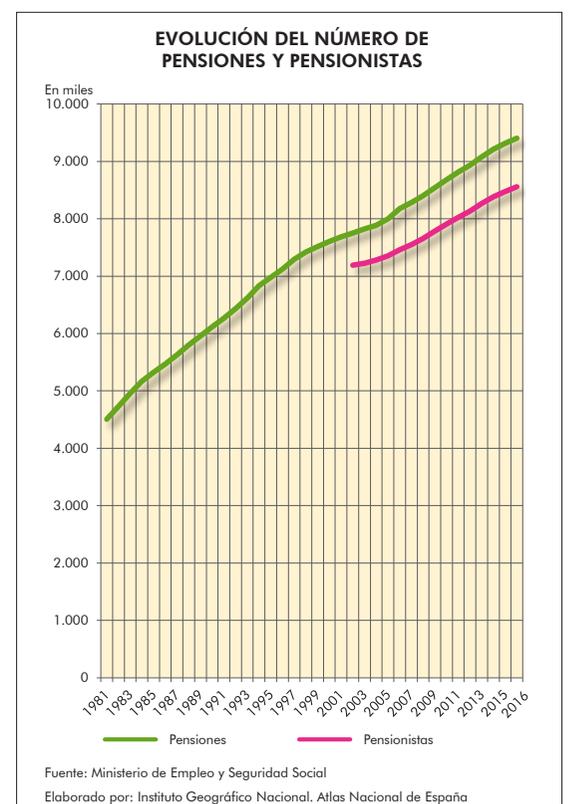
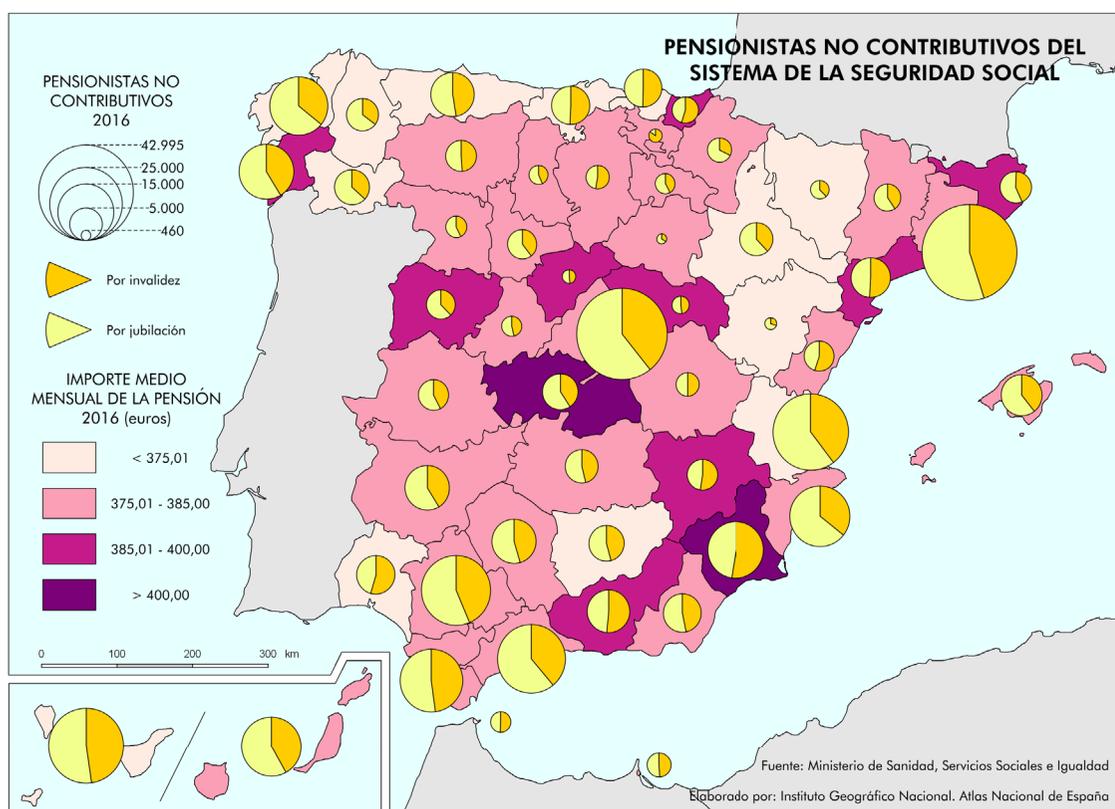
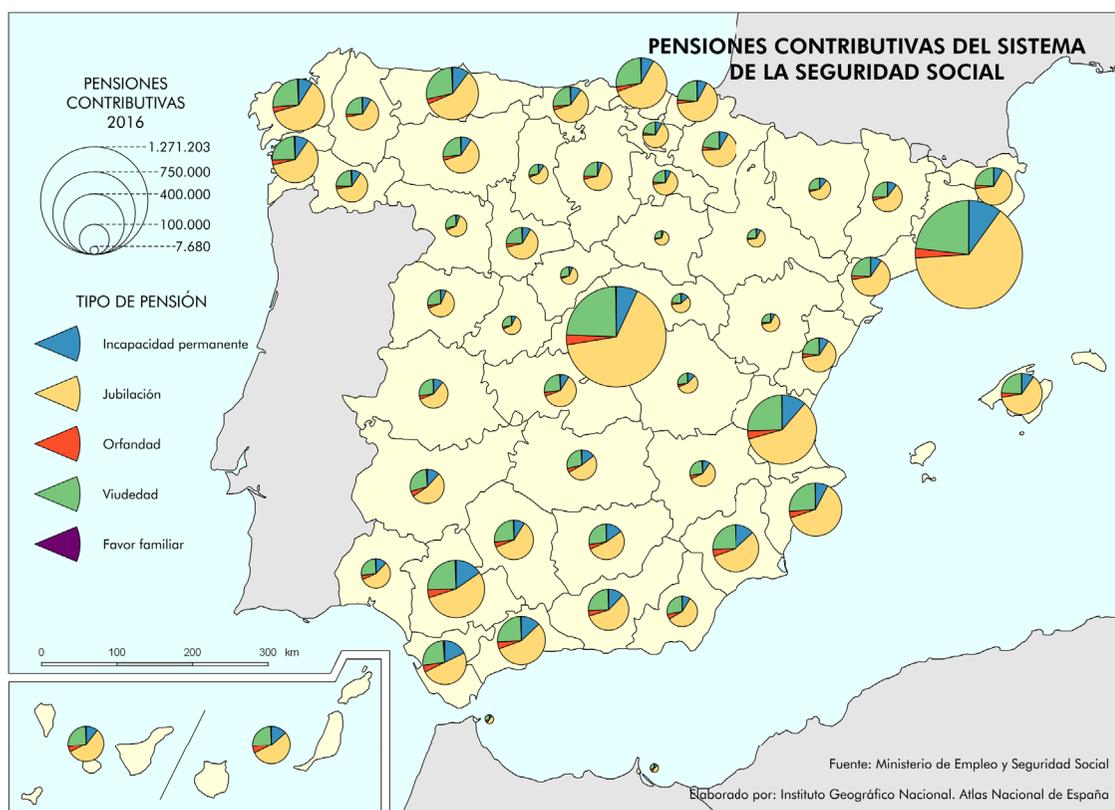




y 2017, la población mayor de 65 años aumentó un 25,75%, y la mayor de 85 años se ha duplicado, por lo que habrá que prever nuevos modelos de gestión y prestaciones, al mismo tiempo que hay que considerar su incidencia sobre el propio sistema. En muchas de las provincias del norte y costa mediterránea la población pensionista supera el 80% de la población de mayores de 65 años (mapa *Población pensionista mayor de 65 años*). Coinciden con espacios con población predominantemente de nacionalidad española, algunos con una larga tradición industrial o que favorecieron modelos de trabajo con cotización. Frente a ellos destacan las provincias de Alicante, Málaga o Tenerife en las que una parte de sus mayores de 65 años son residentes extranjeros que no perciben ninguna pensión española.

En el mapa *Pensiones contributivas del sistema de la Seguridad Social* se aprecia que, en líneas generales, el modelo de pensiones se orienta hacia la población mayor (jubilación 61% y viudedad 25%), con pautas homogéneas para todas las provincias españolas, salvo mínimas diferencias en aquellas más envejecidas, donde las de viudedad son un poco más importantes. En valores absolutos son los espacios más poblados los que consumen los mayores recursos: Cataluña (17,9%), Andalucía (16%), Comunidad de Madrid (11,8%) y Comunitat Valenciana (10,2%).

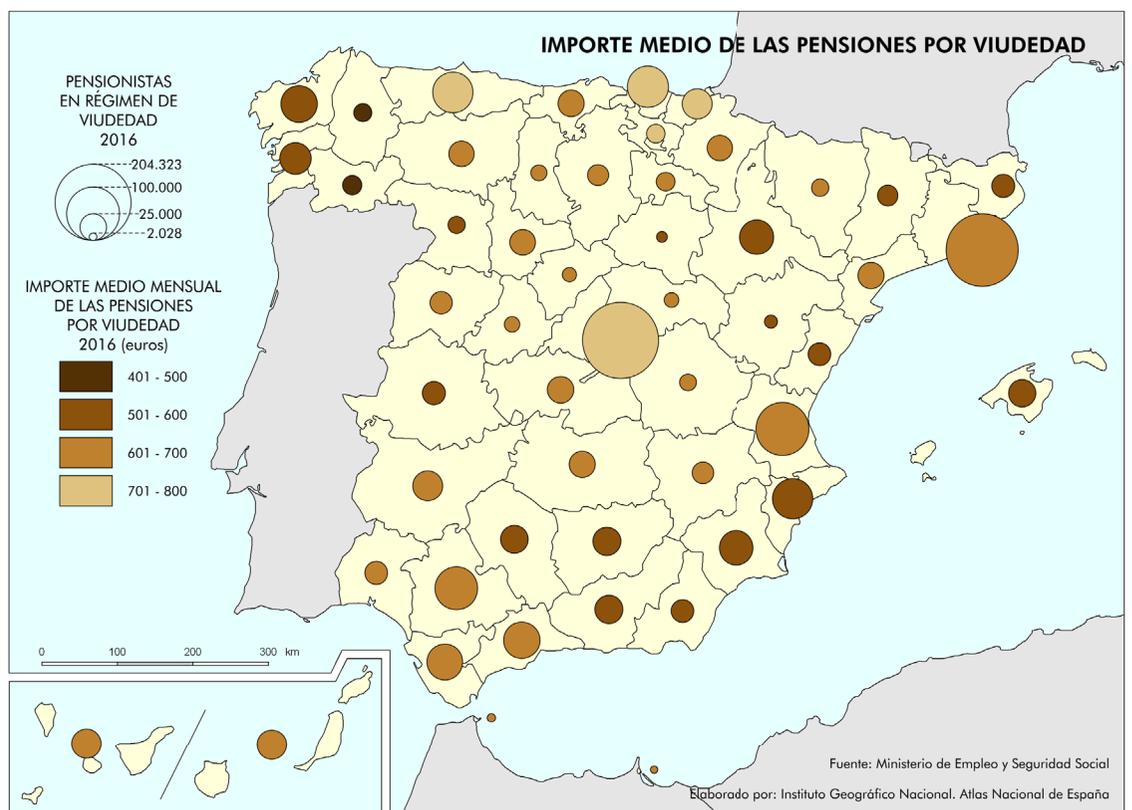
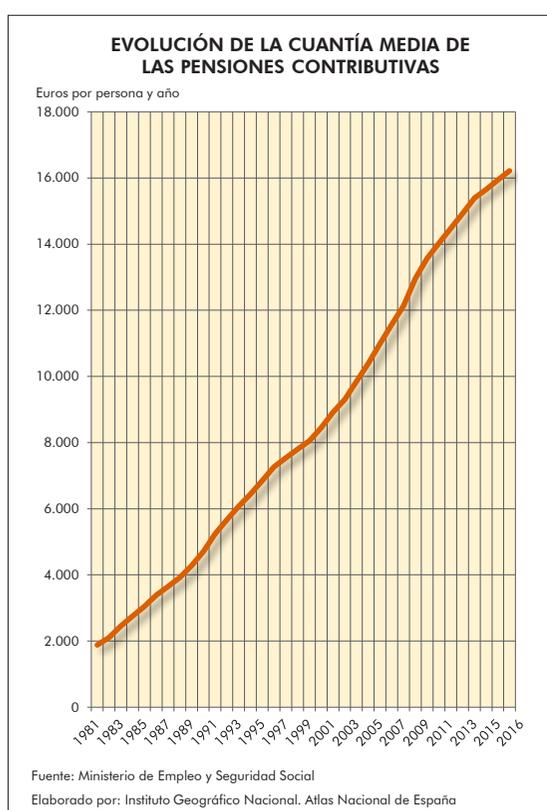
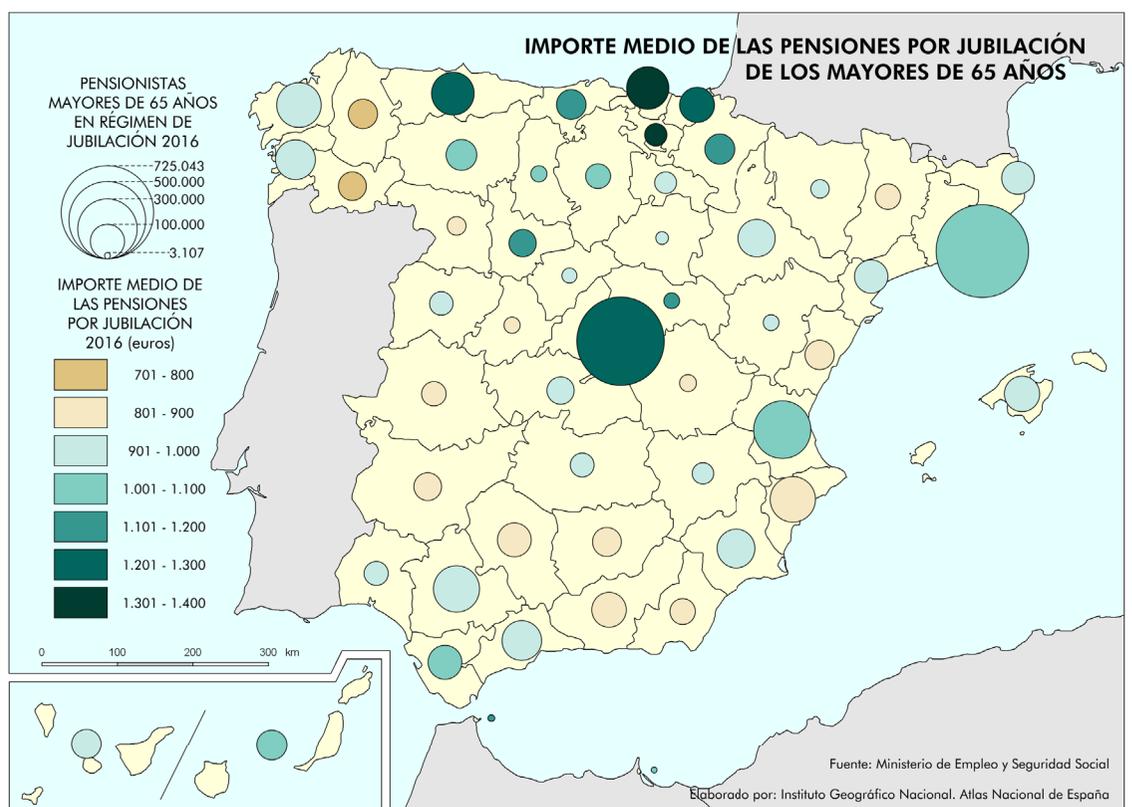
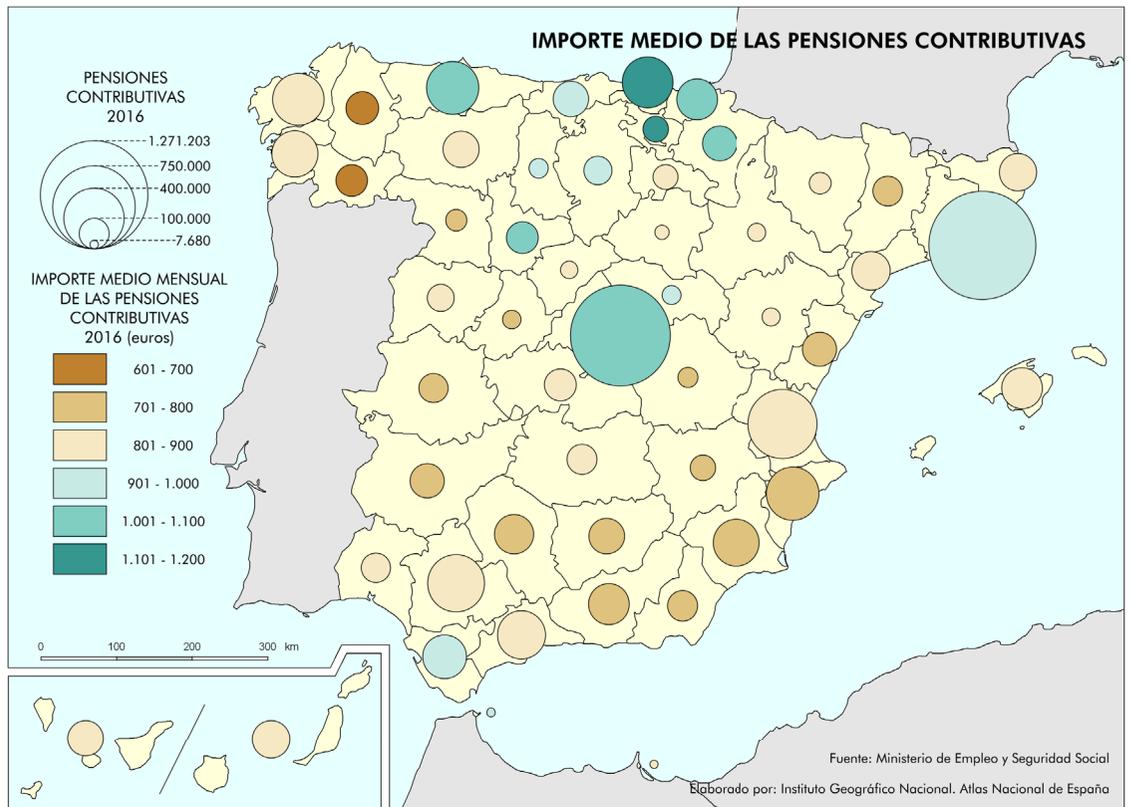
Por otra parte, se ha realizado un esfuerzo en proporcionar pensiones no contributivas para las personas que, encontrándose en situación de necesidad protegible, no disponen de recursos suficientes para su subsistencia, aun cuando no hayan cotizado nunca o el tiempo sea insuficiente para alcanzar las prestaciones del nivel contributivo. El mapa *Pensionistas no contributivos del sistema de Seguridad Social* refleja que hay dos tipos de pensiones no contributivas: las de invalidez y las de jubilación. En líneas generales, las provincias con población que han desarrollado actividades –agricultura, hostelería o sector servicios– en las que la población no ha cotizado, son las que presentan una mayor proporción de pensiones por jubilación (A Coruña, Ourense, Vigo, Valladolid, Salamanca, La Rioja, Huesca, Zaragoza, Teruel, Barcelona, Illes Balears, Valencia, Alicante, Málaga, Sevilla, Badajoz o Gran Canaria). En los 25 años de vida de las pensiones no contributivas el número de pensionistas se ha incrementado en un 249,84%, concentrándose la mitad de los titulares





en Andalucía (22,4%), Cataluña (12,8%) o Valencia (10,6%).

A pesar de las mejoras retributivas, tal y como se observa en el mapa *Importe medio de las pensiones contributivas*, el importe medio mensual de estas pensiones oscila entre los 600 € y 1.200 €, siendo las provincias más industrializadas, con mayores ingresos medios (las tres del País Vasco, Navarra, Asturias, Madrid, Barcelona y Valladolid, con valores entre 1.001 € y 1.200 €) las que disfrutan de pensiones más elevadas, frente a las tradicionalmente más rurales y envejecidas (las islas, Galicia, la Meseta, Aragón y casi todo el arco mediterráneo) con pensiones más bajas. En el mapa *Importe medio de las pensiones por jubilación*, destaca el caso de Madrid en donde la mayor presencia de servicios especializados, y la proporción elevada de funcionarios de rango medio-alto, hace que tenga importes superiores. La tradición industrial, junto a unos generosos planes de jubilación por la reestructuración industrial del último cuarto del siglo pasado, explican unas pensiones mucho más altas en el País Vasco o Asturias. Por otra parte, son las zonas con explotaciones agrícolas o actividades poco reguladas las que tienen las pensiones más bajas. Esta distribución se mantiene en las pensiones de viudedad, con una cuantía más reducida en una horquilla entre los 400€ y 800€. Paradójicamente como se observa en el gráfico *Evolución de la cuantía media de las pensiones* el aumento constante del importe, ha supuesto que en esta *gran recesión* fuese el colectivo que menos poder adquisitivo perdió, y uno de los amortiguadores económicos de apoyo a las familias, convirtiéndose, así, en el soporte y pilar en los peores momentos de la historia social española.



Sanidad

El Sistema Nacional de salud español es uno de los pilares del Estado del bienestar, y aunque ya desde el siglo XV existía un sistema sanitario centrado en el Tribunal del Protomedicato castellano y en otras instituciones de la corona de Aragón y del reino de Navarra, no es hasta la Constitución de 1812 cuando se plantea la responsabilidad del Estado sobre la salud de la población, estableciendo las juntas de salud y el restablecimiento del Protomedicato. En ese siglo se promulgan leyes como la General de Beneficencia de 1821; la de 1833 para combatir epidemias, la de Beneficencia de 1849; o la Ley Orgánica de Sanidad de 1855. Con ellas se potencia el desarrollo de la salud pública bajo la supervisión del Ministerio de la Gobernación, extendiéndose su actividad a través de las juntas provinciales, municipales y litorales para intentar configurar a finales del XIX un sistema sanitario fiable. Todo ello supuso una mejora de las condiciones higiénico-sanitarias que explicarían el fuerte crecimiento demográfico ocurrido a partir del siglo XX.

En 1900 se promulga la Ley de Accidentes de Trabajo y en 1908 se crea el Instituto Nacional de Previsión (INP) –considerado la primera institución oficial encargada de la Seguridad Social y de la asistencia sanitaria en España, y que se convirtió en gestor de todos los servicios hasta el año 1978–. Es el inicio de la primera protección social real tal como se concibe actualmente, en un momento en el que el gasto sanitario suponía el 0,08 del Producto Interior Bruto (PIB), frente al 6,07% de 2016. La República, en la Constitución de 1931, reconocía que el *Estado había de prestar asistencia*

a los enfermos y ancianos, y protección a la maternidad y a la infancia, y debía de regular un seguro de enfermedad, accidente, paro forzoso, vejez, invalidez y muerte.

Estos propósitos, que se truncaron durante la guerra civil y posterior posguerra con un estancamiento de las prestaciones, a pesar de la instauración del Fuero del Trabajo, que expresaba la provisión al trabajador de la seguridad del amparo ante su infortunio y la dotación a los ancianos de un retiro suficiente. Poco a poco se incrementaron los seguros sociales de vejez, invalidez, maternidad, accidentes de trabajo, enfermedades profesionales, tuberculosis y paro forzoso, al implantarse en 1944 el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE), que era financiado por trabajadores y empresarios. A partir de la aprobación de la Ley General de la Seguridad Social en 1974, se homogeneizó el sistema de salud obligatorio para todos los afiliados a la Seguridad Social, aunque todavía existían grupos de personas que se quedaban fuera de los servicios sanitarios (desempleo prolongado, falta de incorporación al mercado laboral, etc).

Fue con la Constitución Española de 1978 cuando se reconocen los derechos sanitarios universales que obligan al Estado a intervenir en su garantía y cumplimiento.

Actualmente, el Sistema Nacional de Salud (SNS) es el organismo encargado de coordinar los servicios de salud de la Administración del Estado y los servicios de salud de las comunidades autónomas, que integran todas las funciones y prestaciones sanitarias que son responsabilidad de los poderes públicos. Todos son regulados por

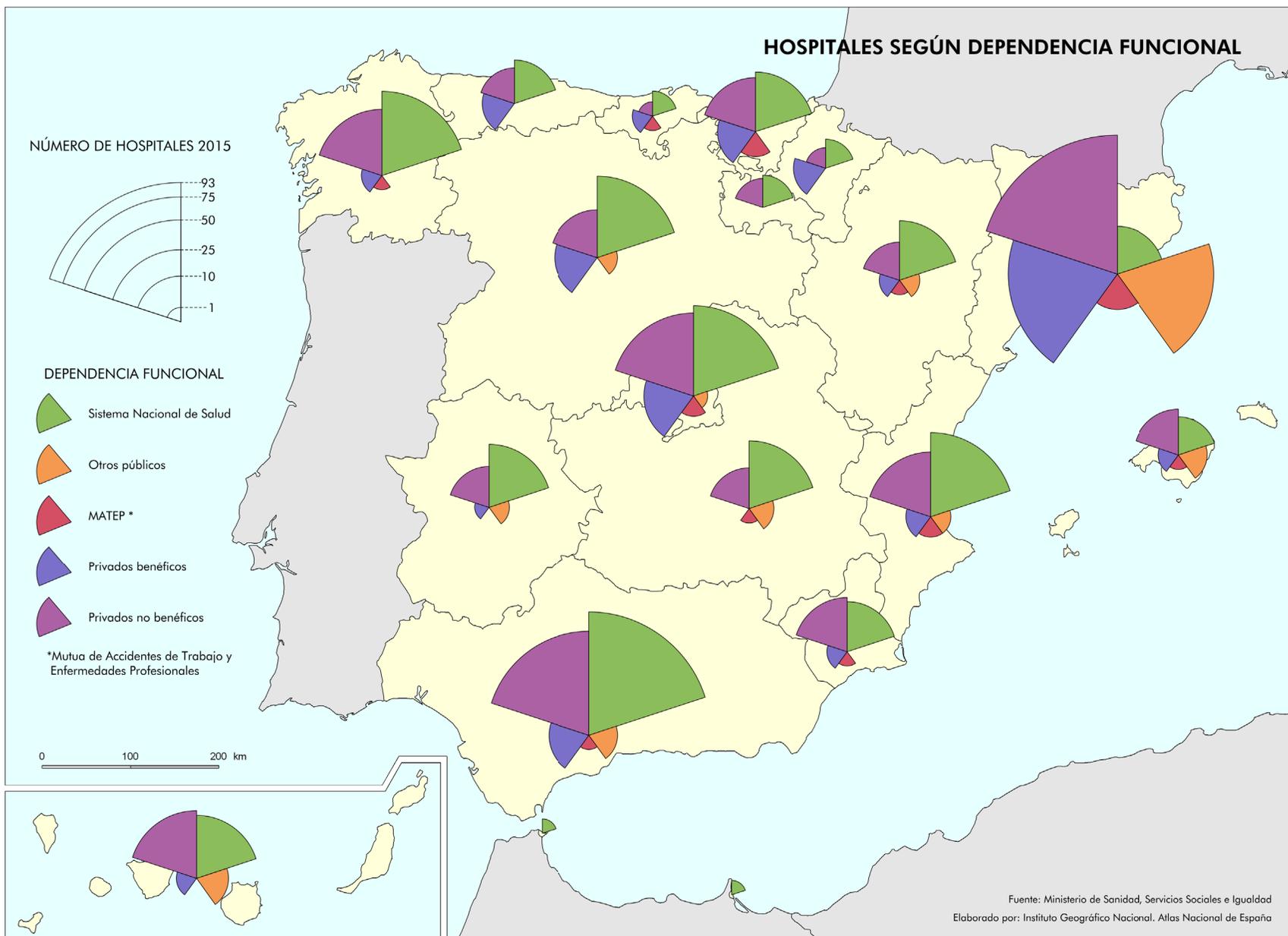


Quirófano

la Ley General de Sanidad (Ley 14/1986), que establece, entre otros derechos, la financiación pública, la universalidad y gratuidad de los servicios sanitarios en el momento del uso, y la prestación de una atención integral de la salud procurando altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados.

En 1987 se crea el Consejo Interterritorial, con el objetivo de gestionar la información y comunicación entre todas las administraciones, así como coordinar los aspectos fundamentales de la sanidad. En 1989 se universalizó el derecho a la asistencia sanitaria pública; pero no será hasta 1995, con la firma del Pacto de Toledo, cuando se establece la universalización de las prestaciones en un ámbito de equidad.

Hoy, el actual reparto de competencias entre el Estado y las comunidades autónomas queda establecido por la Constitución, con la Ley General de 1986 y la Ley 16/2003 de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, permitiendo que

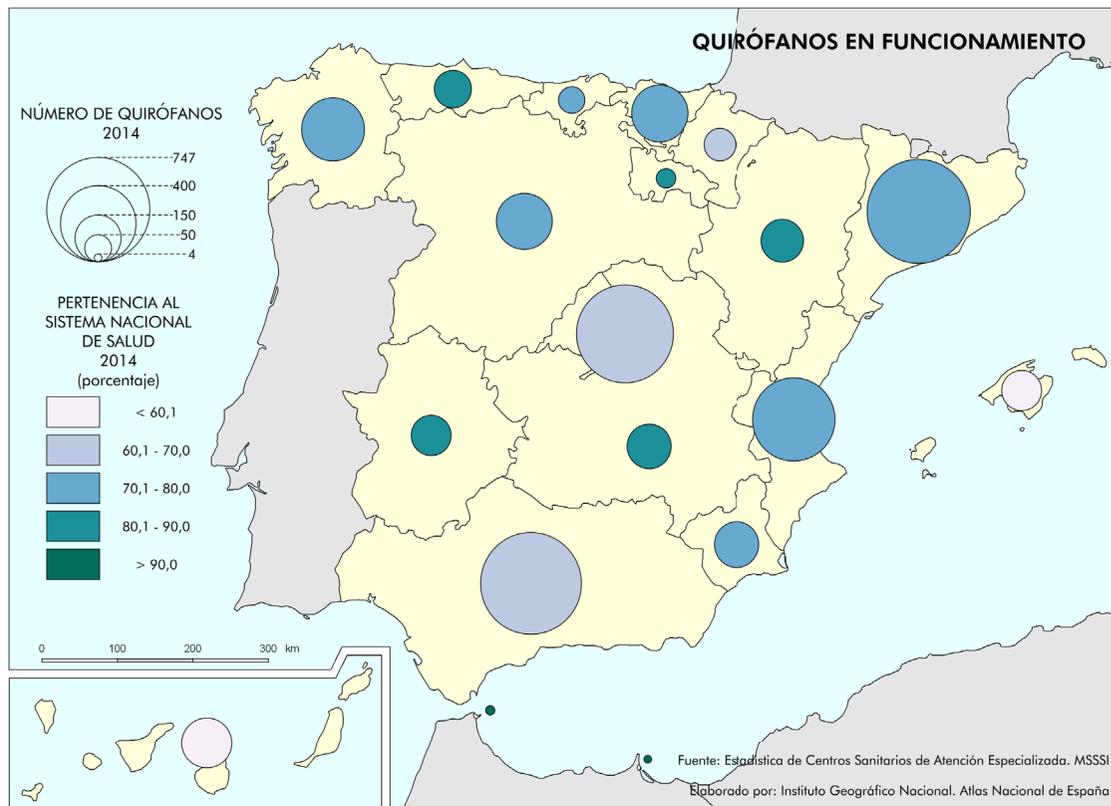


la administración pública no solo atiende todos aquellos problemas sanitarios que afectaban a la colectividad, sino asumir los problemas de salud individual en la función asistencial.

No obstante, los efectos de la *gran recesión* han afectado a la universalidad del derecho a la asistencia sanitaria. A partir del Real Decreto-Ley 12/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, se excluyó a los inmigrantes irregulares del acceso al servicio público de salud, salvo casos de urgencia, maternidad y jóvenes. Para muchos expertos esta restricción supuso un gran paso atrás, y una pérdida importante de las conquistas sociales conseguidas a lo largo de las últimas tres décadas.

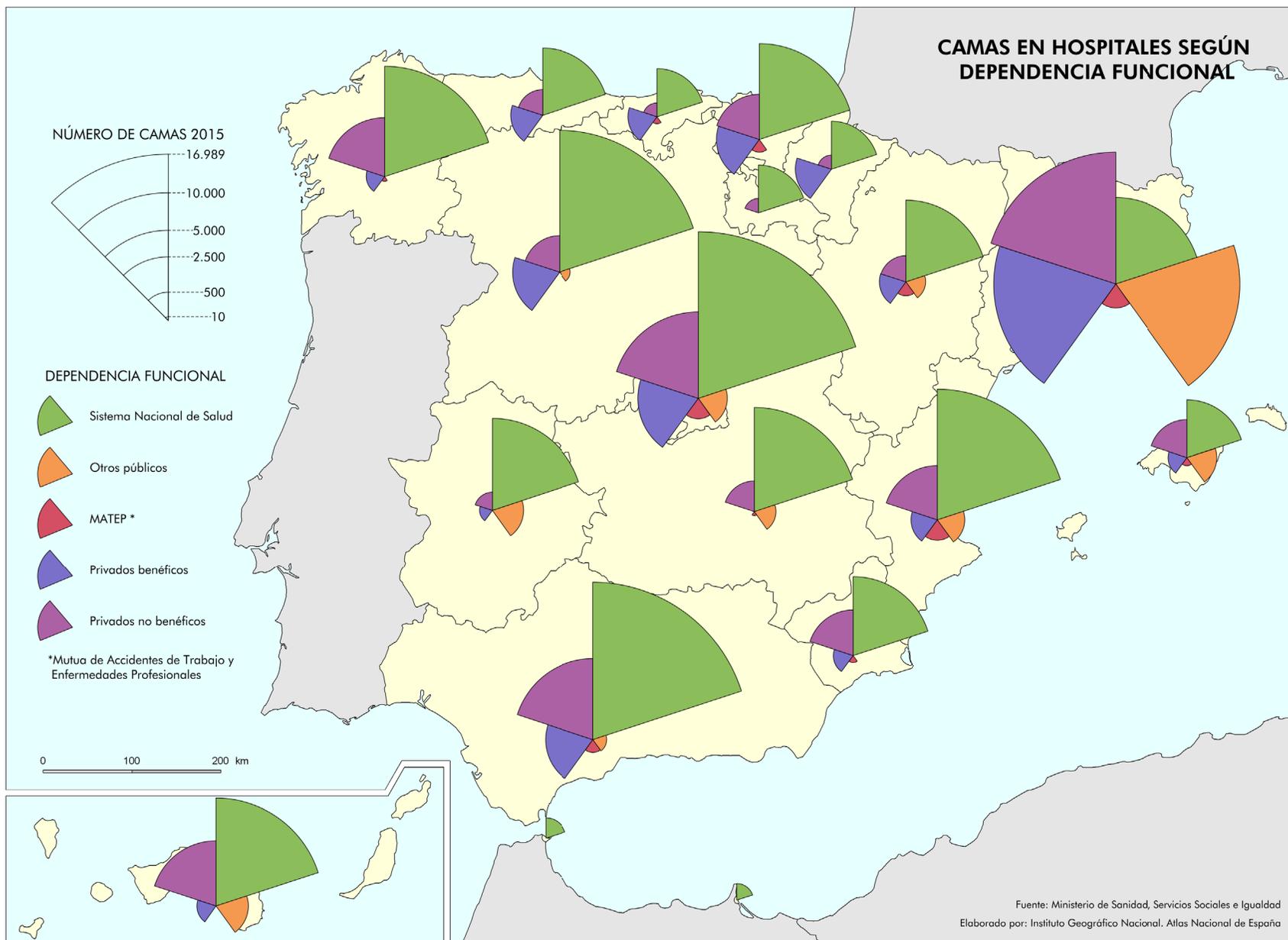
Infraestructura y personal sanitario

Es cierto que actualmente la atención y el acceso a la sanidad en España la sitúan en el octavo puesto, con 90 puntos sobre 100, en una clasificación mundial que evalúa los sistemas de salud de 195 países. Pero también hay que reseñar que se gastan unos 700 euros menos por habitante con respecto a los países con los mismos niveles de desarrollo. Los recortes realizados desde el inicio de la crisis económica, los intentos de privatización, y las desigualdades e inequidades territoriales pueden suponer retrocesos en los avances conseguidos en el último medio siglo, que convirtieron el modelo sanitario español en referencia para otros países. Este modelo de gestión adscribe mayoritariamente los centros de salud, especialidades, hospitales, camas, quirófanos al Sistema Nacional de Salud, y

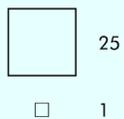


su distribución territorial se fundamenta en criterios de equidad y peso demográfico. Existen excepciones, como en Cataluña, cuyo modelo sanitario es mixto, integrando dentro de una misma red de financiación pública, centros de titularidad pública y privada históricamente dedicados a la atención de la salud en esta región (mutuas, fundaciones, consorcios, centros de la Iglesia). En los mapas *Hospitales y Camas en hospitales según dependencia funcional* se aprecia cómo los centros privados tienen una presencia relevante en aquellas comunidades autónomas con rentas más altas, o en las del arco mediterráneo o las islas, con una importante

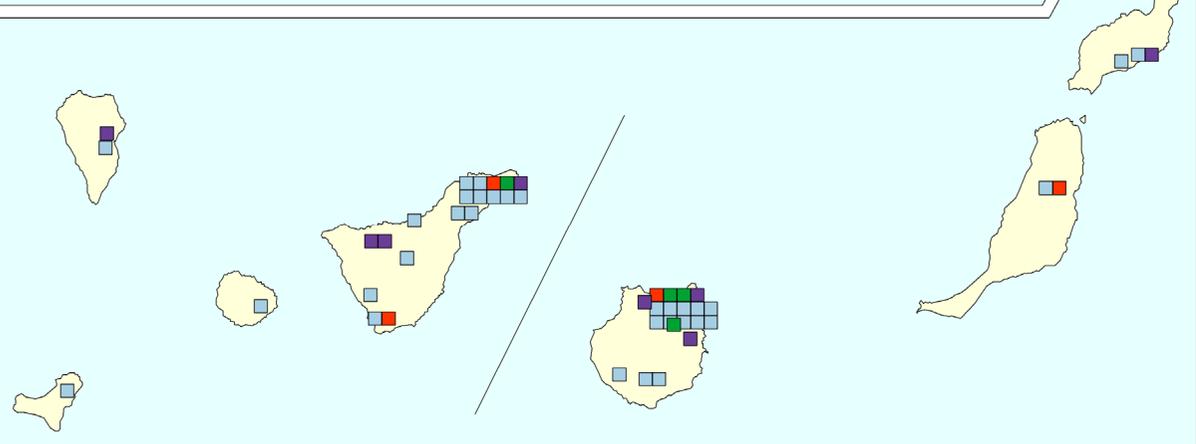
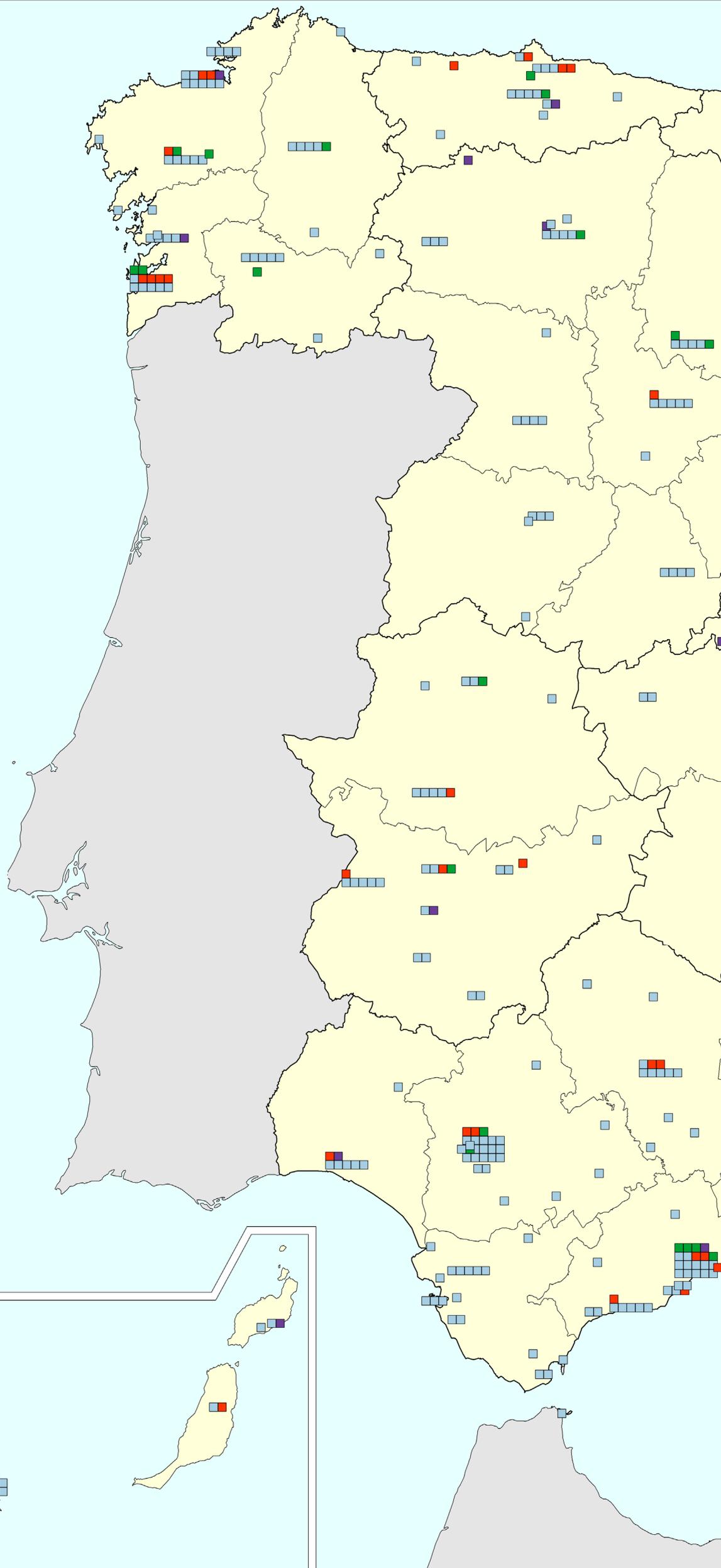
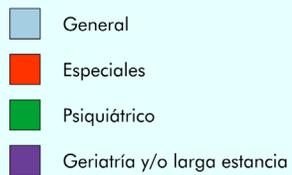
presencia de población extranjera residente con cierto poder adquisitivo o cobertura sanitaria de sus países de origen. No obstante, cuando se analizan los efectivos sanitarios en número de camas y quirófanos o de los centros adscritos, la oferta mayoritaria es pública. En líneas generales, la organización de los hospitales y centros de salud tiene en cuenta los espacios funcionales y con mayor peso demográfico, siguiendo la jerarquía urbana, pero, de acuerdo con los principios de justicia territorial, su presencia en las cabeceras comarcales asegura la asistencia sanitaria en un medio rural con débil poblamiento.



NÚMERO DE HOSPITALES 2015



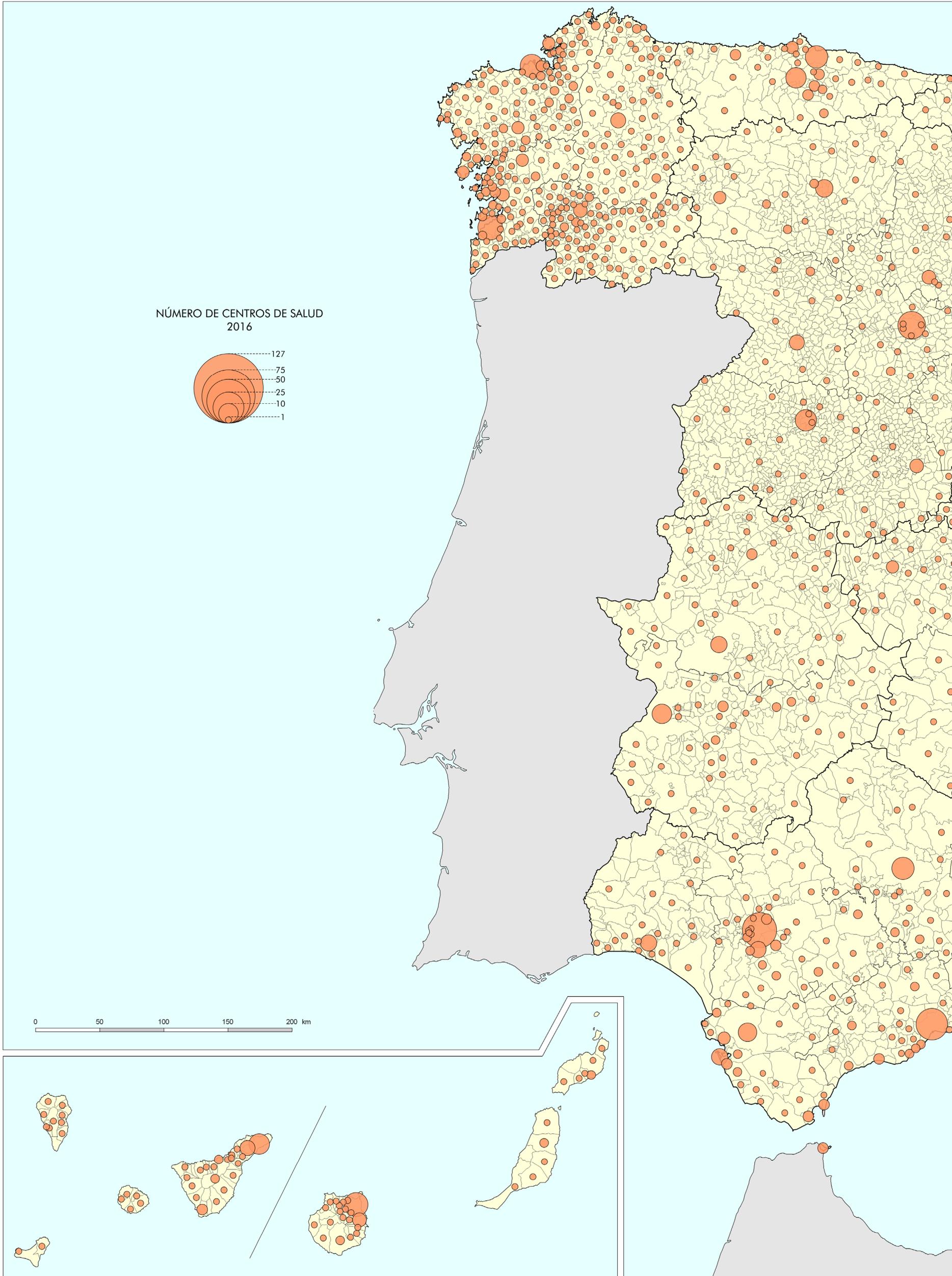
FINALIDAD ASISTENCIAL



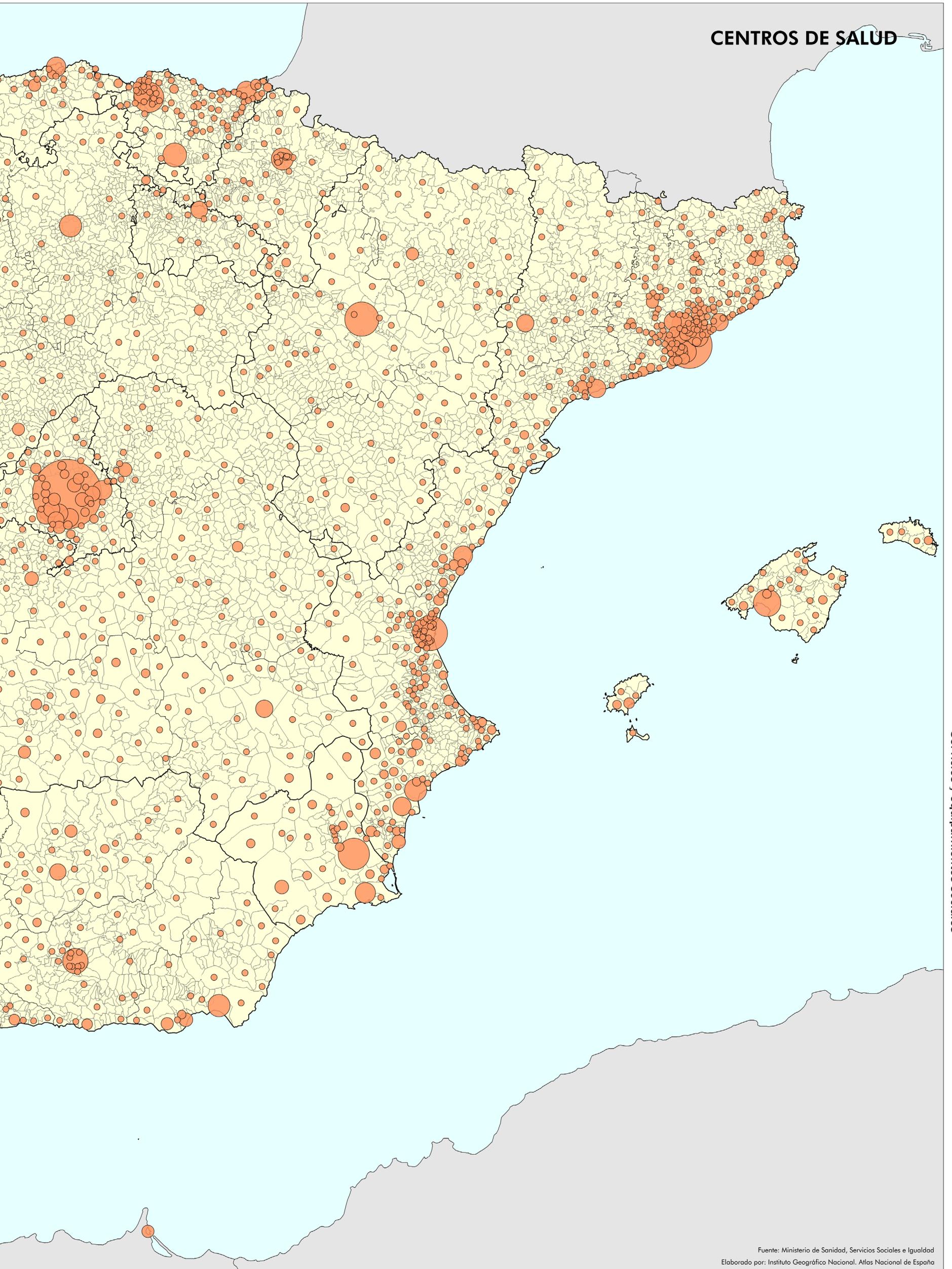
HOSPITALES SEGÚN FINALIDAD ASISTENCIAL



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
Elaborado por: Instituto Geográfico Nacional. Atlas Nacional de España



CENTROS DE SALUD



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
Elaborado por: Instituto Geográfico Nacional. Atlas Nacional de España

Gasto sanitario

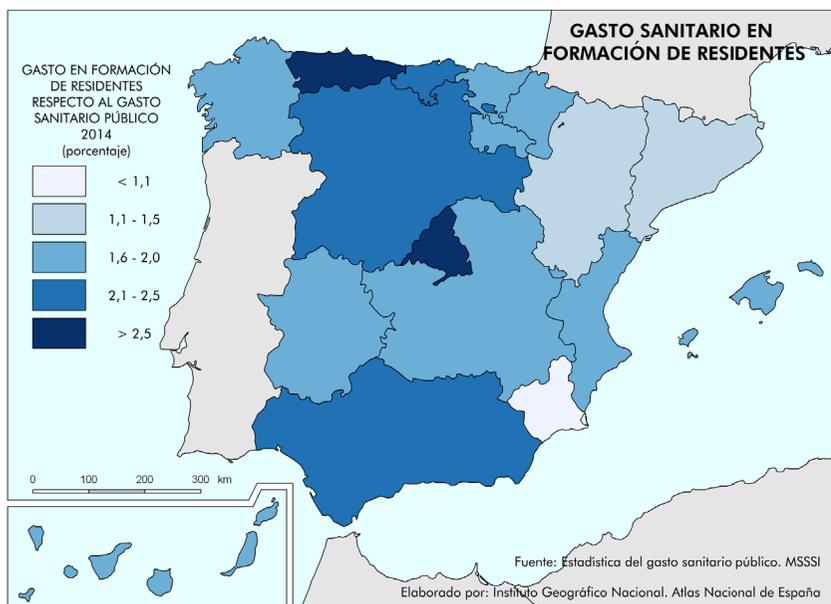
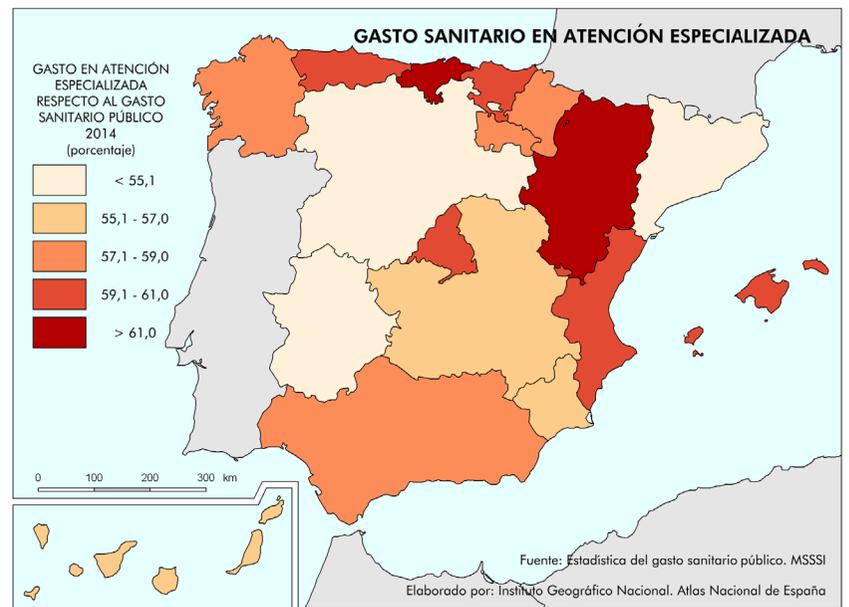
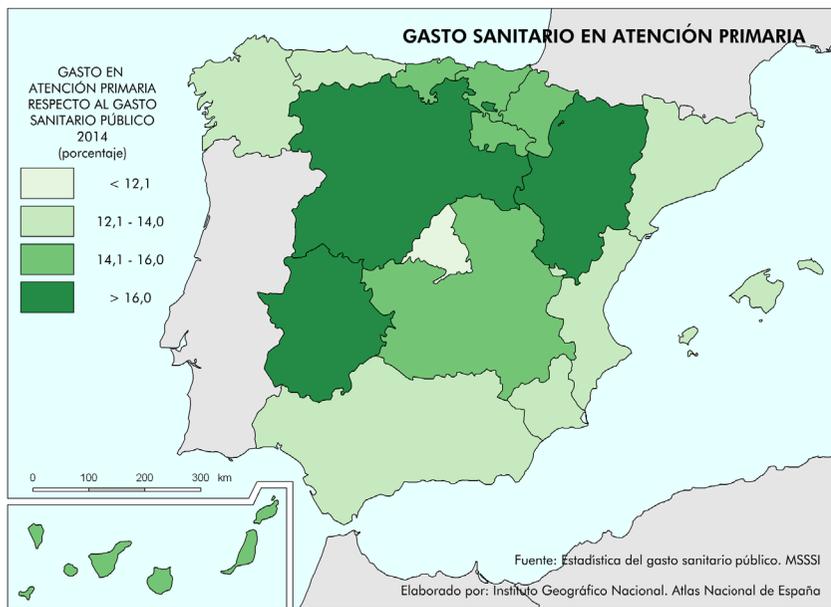
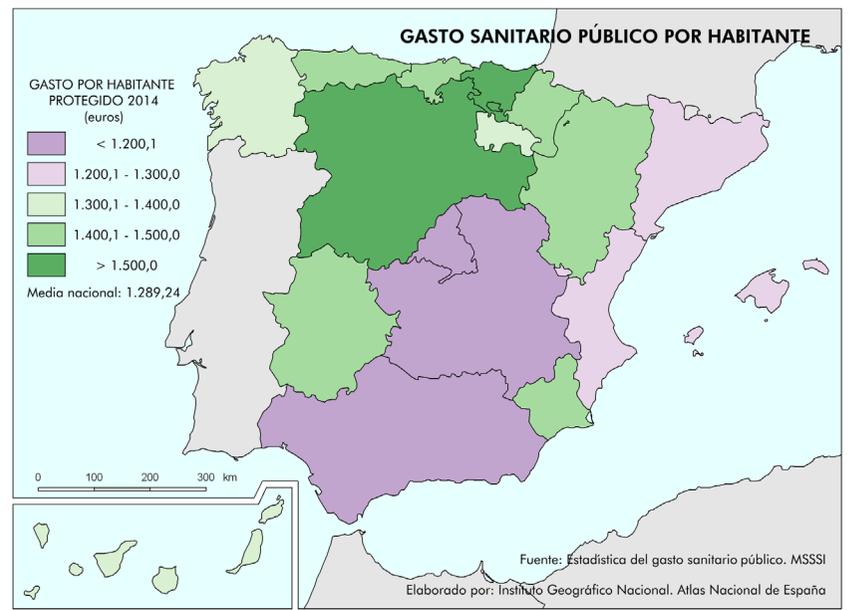
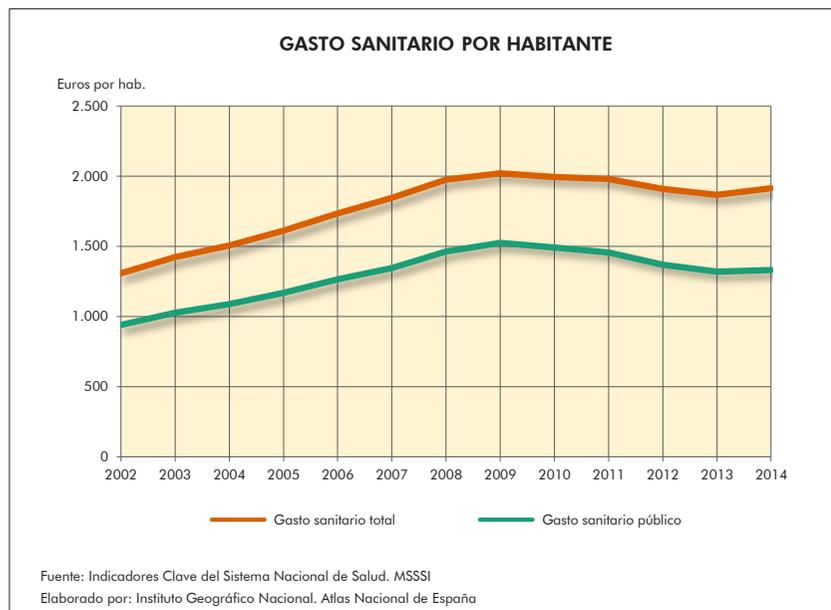
La red de infraestructura sanitaria, junto con la adecuada dotación de personal e infraestructuras tecnológicas, supone que el gasto sanitario sea uno de los más altos en los presupuestos públicos (el 5,95% del PIB en 2017). Su crecimiento ha sido muy elevado en los últimos años: como se aprecia en el gráfico *Gasto sanitario por habitante*, entre 2002 y 2014 creció como media un 79%, siendo Navarra, con 91,3%, seguida de Extremadura y País Vasco (88,7%) las que mayores incrementos han tenido. Sólo Andalucía, Illes Balears, La Rioja y Madrid están por debajo de los valores de la media. Por otra parte, el mapa de *Gasto sanitario público* en 2014 expresa que las comunidades con valores por encima de la media nacional fueron Castilla y León, País Vasco,

Navarra, Murcia, Extremadura, Aragón, Asturias, y Cantabria; mientras que las que tuvieron menos gasto sanitario fueron Andalucía, Castilla-La Mancha, y Madrid. Son regiones mucho menos envejecidas que las primeras y con una distribución demográfica más concentrada.

Por el contrario, las comunidades con menores gastos de personal, son las que tienen un mayor gasto farmacéutico. Como se puede ver en el mapa *Gasto sanitario en farmacia*, más del 20% se destina en Galicia, Comunitat Valenciana y Andalucía, mientras que Cantabria, País Vasco, Navarra, Cataluña, Madrid e Illes Balears dedican menos del 16,1%.

Estas diferencias responden al modelo de gestión de cada comunidad autónoma, a sus características sociodemográficas y a su modelo de asentamientos. En líneas generales, las ratios más favorables en nú-

mero de médicos o enfermería se encuentran en las regiones más envejecidas, con mayor dispersión de los núcleos y distancia de las cabeceras comarcales, que apuestan por la atención primaria –Aragón, Extremadura, Galicia, Castilla y León o Castilla-La Mancha–. En el caso de País Vasco o Navarra, sus conciertos forales favorecen unas inversiones sanitarias per cápita muy superiores a la media nacional. Así, estas dos regiones, junto con Aragón y Asturias lideran el número de efectivos en atención especializada, tal y como se aprecia en el mapa *Gasto sanitario en atención especializada*; los valores más elevados corresponden a la mitad norte peninsular, mientras que la situación más desfavorable la tienen las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla. El resto de las comunidades –Galicia, Cantabria, Castilla y León, Madrid, Cataluña y las islas–, cuentan con valores intermedios. Los



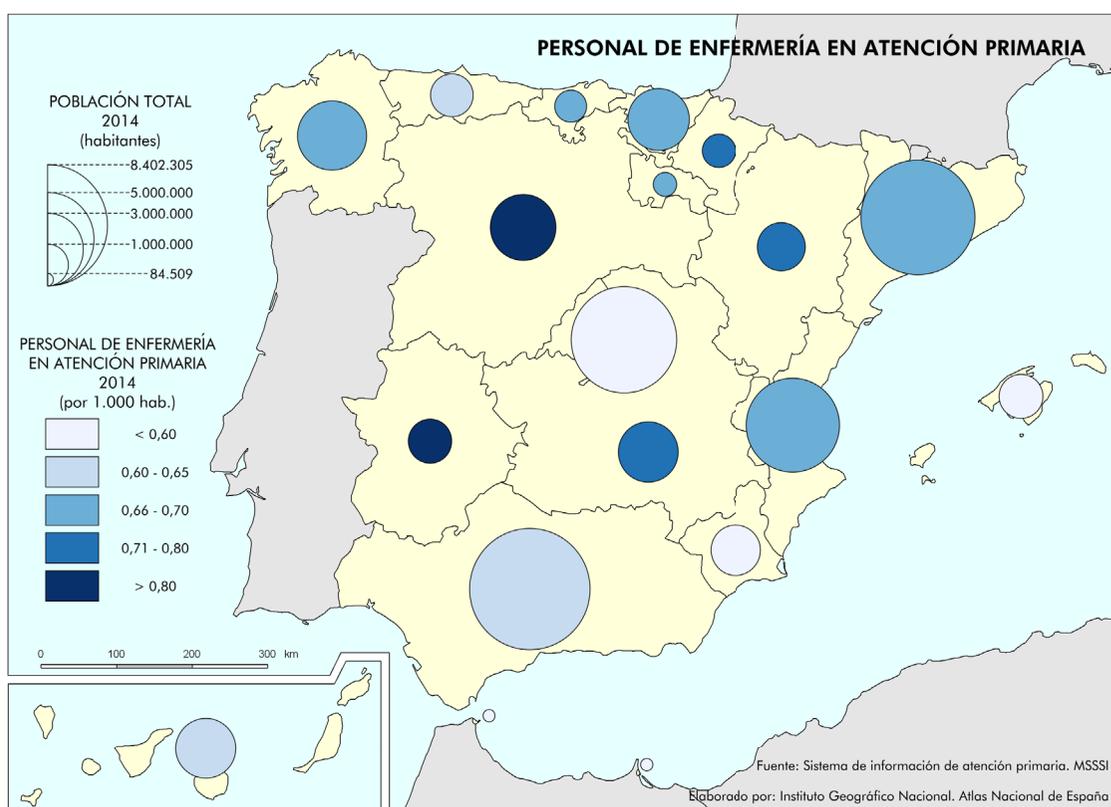
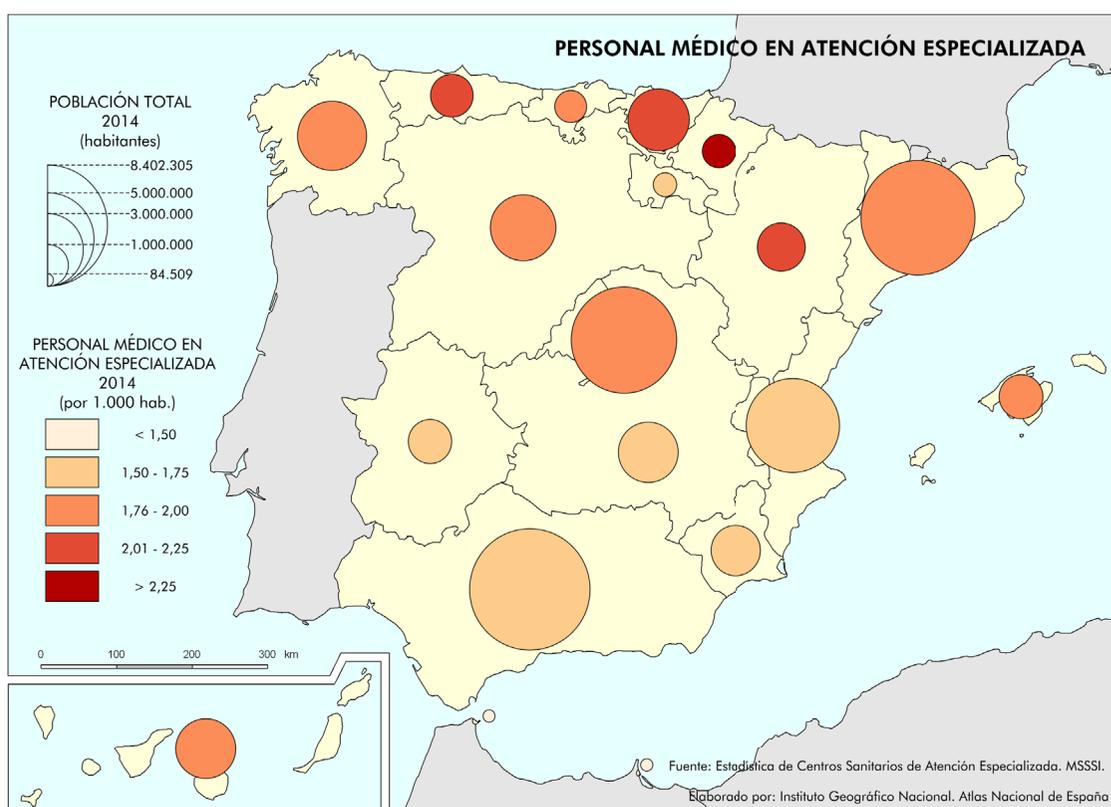
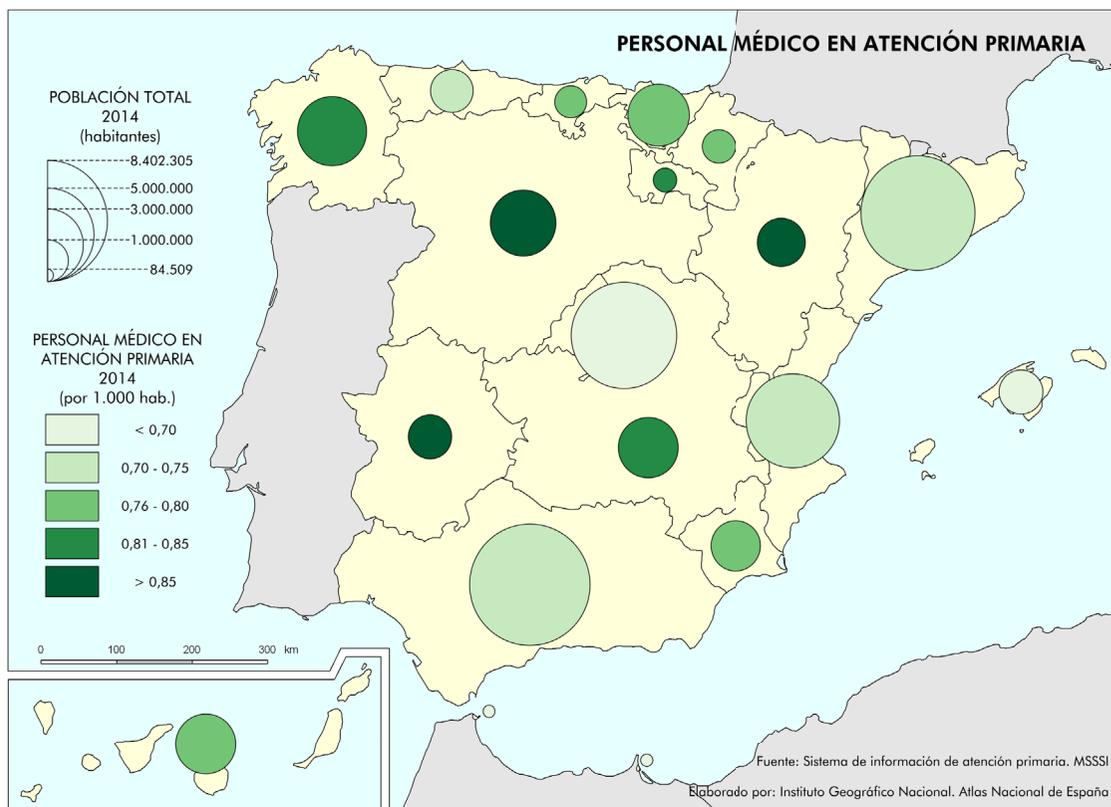
duros ajustes económicos desde el inicio de la crisis económica en 2008 han supuesto que la brecha del gasto sanitario entre comunidades autónomas se haya duplicado, hasta alcanzar en 2014 una diferencia del 54% entre la que más presupuesto destina y la que menos. Así, la comunidad autónoma con un mayor gasto sanitario per cápita fue Castilla y León, con 1.623 euros, 570 euros más que Castilla-La Mancha, que con 1.053 euros por habitante era la que menos gasto destinó ese año a la sanidad. A medio plazo puede suponer condiciones divergentes de atención sanitaria rompiendo con los principios de equidad y justicia territorial para todos los ciudadanos. Por ello, en los últimos años se quiere afianzar una base común, un catálogo de prestaciones que garantice una atención sanitaria igual para el ciudadano.

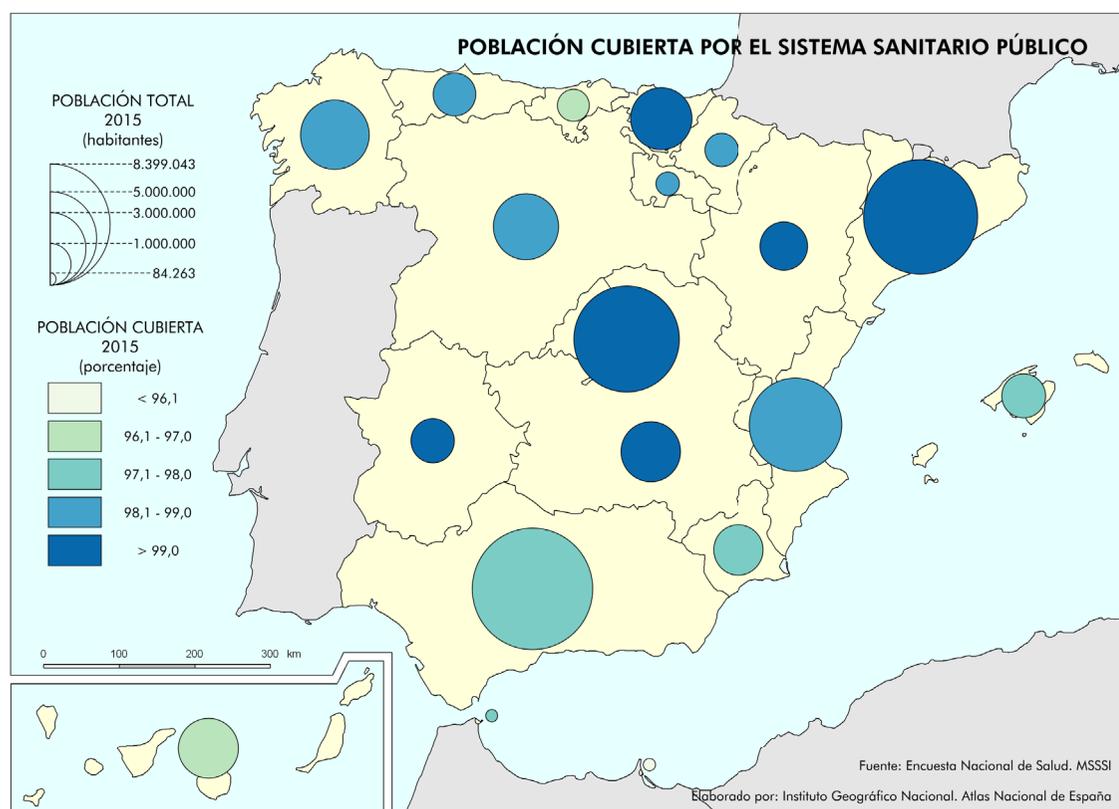
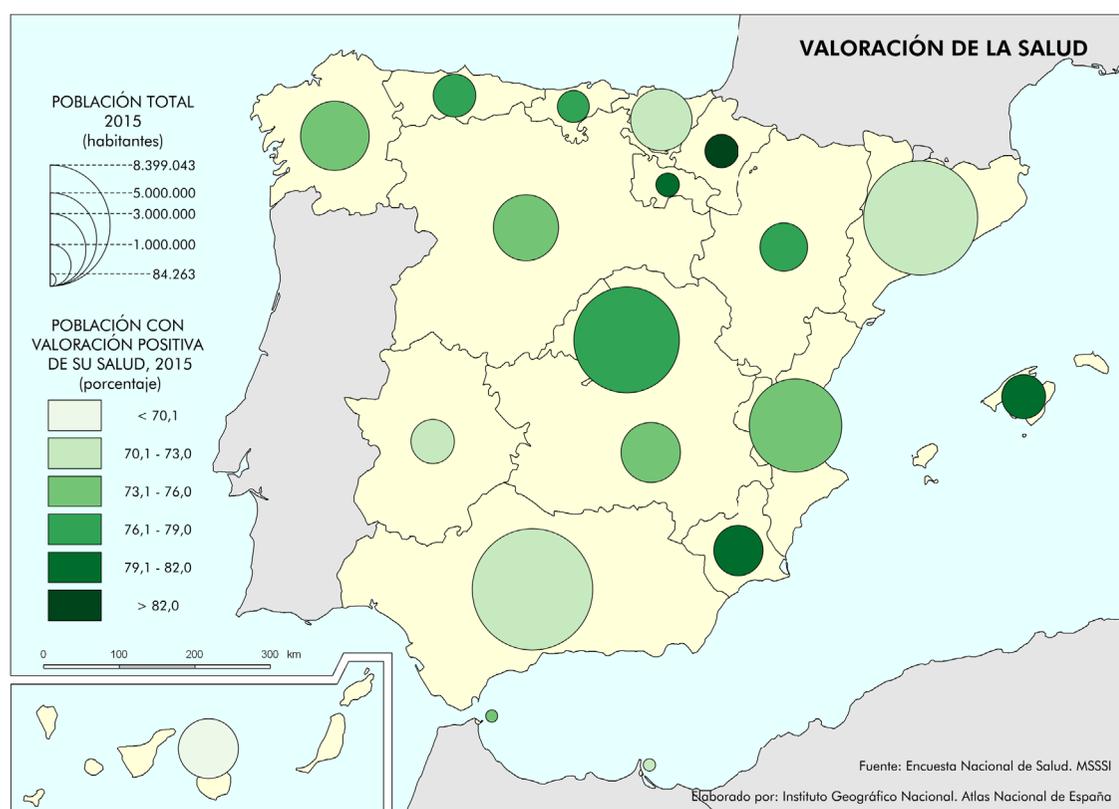
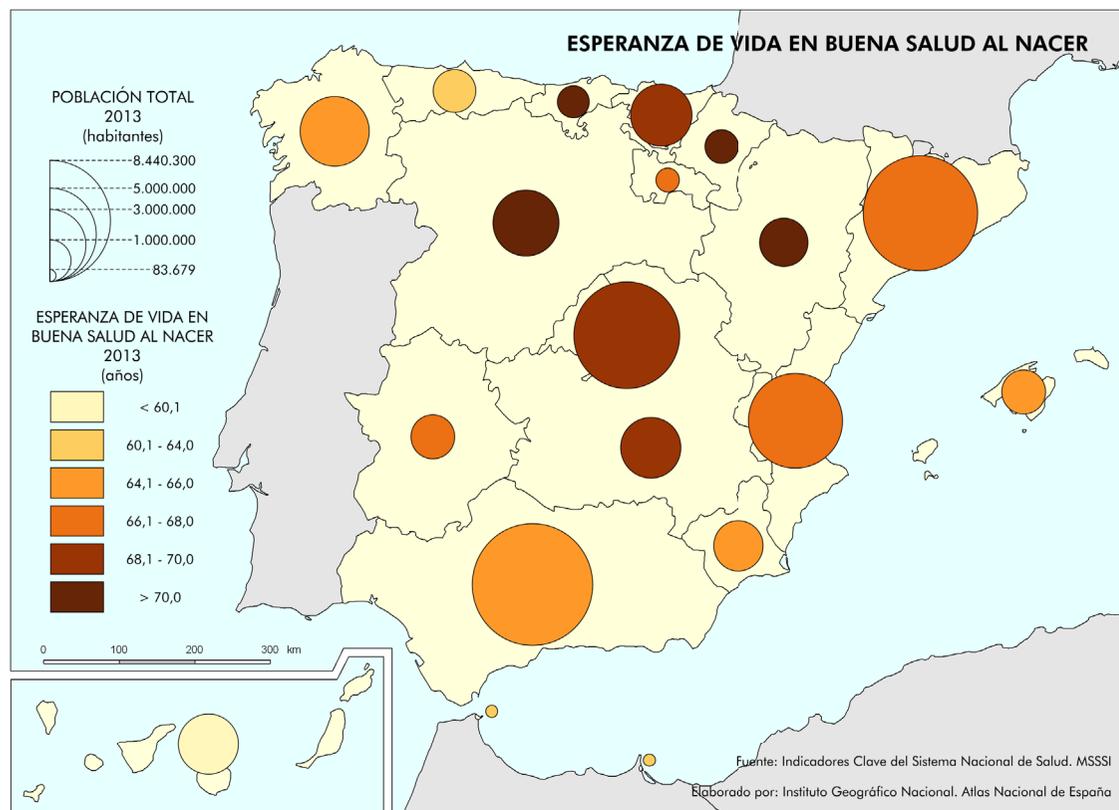
Estado de salud de la población española

El modelo universal hasta aquí mencionado es, en gran medida, el que explica las importantes mejoras en el estado de salud en España, que se puede medir en términos de esperanza de vida en buena salud, mortalidad y morbilidad, hábitos de vida, recursos humanos, físicos y económicos. Se puede hablar, como en la demográfica, de una transición sanitaria medida por indicadores epidemiológicos (mortalidad general e infantil, esperanza de vida al nacer, mortalidad por enfermedades infecciosas o de otro tipo, o enfermedades de declaración obligatoria), sanitarios (gasto en sanidad; camas hospitalarias o profesionales sanitarios) y de riesgos (población activa clasificada por sectores de actividad económica, población en grandes ciudades, equipamiento básico de las viviendas –instalación agua corriente, sanitarios–. Muchos de estos factores indican una posición muy favorable en el contexto global, incluso en mejor situación que otros países con sistemas sanitarios con gastos mucho más elevados.

Se ha pasado de una España de principios del siglo XX con una mortalidad infantil que suponía entre un tercio y la mitad de la mortalidad general, y una situación en la que solo llegaban la mitad de los nacidos a los veinte años, a una esperanza de vida de 82,7 años en 2017. Son indicadores de este modelo sanitario universal y público, y de las políticas sociales y económicas que la han complementado. En el mapa *Esperanza de vida en buena salud al nacer* podemos observar que existe una alta esperanza de vida con más de 70 años en Cantabria, Castilla y León, Navarra y Aragón, correspondiendo los valores más bajos a Asturias, Ceuta y Melilla (que no alcanzan los 64) y Canarias (menos de 60 años).

Pero, además, es importante incorporar el concepto subjetivo de salud, cartografiado en el mapa de *Valoración de la salud*, que refleja los factores sociales, económicos y del entorno de la persona. Es un indicador que predice futuras situaciones y necesidades asistenciales, y sirve para la organización de programas. En las sociedades occidentales, la sensación de bienestar se relaciona con las acciones y actividades que realiza el individuo, y mide el impacto de las políticas sanitarias y sociales. En España, en general, la percepción del estado de salud de los españoles se sitúa entre bueno y muy bueno, siempre por encima del 70% de población con valoración positiva de su salud. Al ser una valoración subjetiva no hay una correlación directa entre las inversiones, el gasto sanitario o la esperanza de vida en buena salud. Comunidades con indicadores antagónicos como País Vasco o Canarias, presentan la misma valoración, u otras que han tenido indicadores





más bajos como Murcia o Illes Balears tienen percepciones muy positivas.

Todos estos indicadores positivos han sido posibles por la universalidad y equidad del modelo sanitario español. El mapa *Población cubierta por el sistema sanitario público* refleja que esa proporción es prácticamente total, e incluso ha mejorado en el último año, a pesar del Real Decreto-Ley 12/2012 que, como ya hemos indicado, expulsó a inmigrantes irregulares del sistema. Son las comunidades con población extranjera (Ceuta, Melilla, Andalucía, Murcia, Illes Balears y Canarias), o la excepcionalidad de Cantabria, las que no llegan al 98% de población cubierta por el sistema, aunque todas superan los ratios de atención de otros países como Alemania o Estados Unidos.

No obstante, las restricciones presupuestarias, como cabía esperar, han dado lugar a una situación de un cierto deterioro funcional del sistema nacional de salud. El aumento de las listas de espera y la percepción de que el sector público no invierte, ni innova en la medida que debería, ha supuesto el crecimiento reciente de la oferta privada de la salud. Como se aprecia en el mapa *Población con pólizas privadas sanitarias*, son las comunidades con mayores rentas familiares (Madrid, País Vasco y Cataluña), y las que tienen mayor población extranjera residente (Andalucía, Canarias e Illes Balears), las que cuentan con el mayor porcentaje de pólizas privadas. En el resto apenas el 10% de la población tiene una póliza sanitaria. En los últimos años se ha abierto un debate sobre el peso y servicios que debería dar este sector en el ámbito de la sanidad pública, con respuestas diferentes según la gestión política de cada comunidad autónoma.

Estos cambios, junto con los efectos de la *gran recesión* suponen que haya una cierta divergencia en la satisfacción con el funcionamiento del sistema sanitario público expresada en el mapa *Satisfacción con el funcionamiento del sistema sanitario público*. Si bien la valoración siempre es positiva, no alcanza los niveles de excelencia presumibles en un sistema que en el contexto mundial es uno de los mejor valorados. La calificación media española se sitúa sólo en el 6,38 en una escala de 1 a 10. Pero hay notables diferencias entre comunidades autónomas. En Navarra y Aragón se obtienen las puntuaciones más altas (por encima de 7), seguidas de La Rioja, País Vasco, Cantabria, Asturias y Murcia (6,81-7). En gran medida coinciden con las que en líneas generales presentan otros indicadores favorables. Y por el contrario, las islas Canarias tienen los valores más bajos (por debajo de 6).

Todo ello se plasma en una reducción de la mortalidad en las enfermedades infecciosas clásicas como el cólera, la tuberculosis, meningitis, tosferina, poliomielitis o sarampión, y en unas mejoras sustanciales en algunas de las ligadas a los estilos de vida o el envejecimiento de la población como el cáncer o las enfermedades cardiovasculares. No obstante, el envejecimiento de la población, a pesar del aumento de la esperanza de vida, hace que inexorablemente hayan aumentado las tasas de mortalidad, sobre todo, en las provincias más envejecidas. Además, se produce la paradoja de una sociedad que, por un lado, está disminuyendo las tasas de mortalidad, pero, por otro, ve aumentar otras ligadas a los modos de vida y sus enfermedades asociadas. Así el sedentarismo, la alimentación inadecuada, el abuso del alcohol, tabaco o estupefacientes son factores que están incrementando enfermedades asociadas como diabetes, cáncer, hipertensión, trastornos neuropsiquiátricos, accidentes y traumatismos.

En 2015, de acuerdo con la información proporcionada por el Instituto Nacional de Estadística, las enfermedades relacionadas con el sistema circula-

torio son la primera causa de muerte (con una tasa de 267,6 fallecidos por cada cien mil habitantes), seguida de los tumores (240) y de las enfermedades del sistema respiratorio (111,7). Por sexo, los tumores son la primera causa de muerte en los hombres (con una tasa de 297 fallecidos por cada cien mil) y la segunda en mujeres (con 184,9). Por su parte, las enfermedades del sistema circulatorio son la primera causa de mortalidad femenina (286,9 muertes por cada 100.000) y la segunda entre los varones (247,6). No obstante, el envejecimiento de la población ha favorecido el incremento progresivo de la mortalidad por neumonía y la demencia.

Dentro del grupo de enfermedades del sistema circulatorio, las enfermedades isquémicas del corazón (infarto, angina de pecho...) y las cerebrovasculares son las primeras en el número de defunciones. En ambos casos siguen aumentando, sobre todo por el progresivo envejecimiento de la población. No obstante, por sexo, las enfermedades isquémicas del corazón son la primera causa de muerte en los hombres, a diferencia de las mujeres, entre las que predominan las enfermedades cerebrovasculares (que incrementaron su número de defunciones un 2,2%). Las mayores tasas corresponden a Galicia, Ceuta y Andalucía (valores superiores al 32%), seguidas de Asturias, La Rioja, Aragón, Comunitat Valenciana, Extremadura y Melilla (30,1-32%). El valor más bajo se registra en Canarias (menos del 26% de las defunciones).

Le siguen los casos de cáncer, donde se observa una diferencia entre los casos diagnosticados y la mortalidad. Esto se debe a las sustanciales mejoras que se han producido en los tratamientos en algunos de ellos. Si en España el tipo de tumor más frecuente es el colorrectal (41.441 nuevos casos en 2015), seguido del de próstata (33.370), pulmón (28.347), mama (27.747), vejiga (21.093), estómago (8.456), linfoma de Hodgkin (7.670), páncreas (6.914), hígado (5.800) y riñón (5.579), los responsables de mayor mortalidad continúan siendo el cáncer de bronquios y pulmón y el cáncer de colon. Estos tipos de cáncer fueron los más frecuentes entre los hombres, mientras que entre las mujeres es el de mama, seguido del cáncer de colon. Esta tendencia divergente en uno y otro sexo probablemente tenderá a equilibrarse en el caso del cáncer de bronquios y de pulmón por el abandono paulatino del hábito tabáquico en los hombres y la más tardía incorporación al mismo de las mujeres. Pero existen diferencias territoriales; así en el caso de los tumores, las tasas más elevadas se registraron en Extremadura, Asturias y Cantabria, aunque hay diferencias según el tipo de cáncer.

Por otra parte, las enfermedades relacionadas con la demencia y el Alzheimer afectan, sobre todo, a las comunidades más envejecidas. Destacan Galicia y Cataluña, seguidas de las comunidades del Cantábrico, Murcia, La Rioja, Aragón, Navarra, y Castilla-La Mancha.

Es interesante reseñar el incremento de enfermedades como la diabetes relacionadas con el estilo de vida sedentario, los malos hábitos alimentarios y la obesidad. La diabetes causa mayor mortalidad en el sur de la Península, en Canarias y en las ciudades de Ceuta y Melilla y una mortalidad más baja en el norte peninsular –salvo Asturias–, así como en la Comunidad de Madrid. No es de extrañar, siendo la diabetes y la obesidad factores de riesgo de la enfermedad isquémica del corazón, que la distribución geográfica del riesgo de muerte por esta enfermedad también coincida con la de aquellas.

Para finalizar, se representa por comunidades autónomas la mortalidad en función de los cuatro tumores más frecuentes, además de la mortalidad por infarto de miocardio, diabetes, demencia y Alzheimer.

