

ATLAS | NACIONAL  
DE ESPAÑA

ESPAÑA EN MAPAS. Una síntesis geográfica



**SANIDAD, PROTECCIÓN  
Y POLÍTICAS SOCIALES**



GOBIERNO  
DE ESPAÑA

MINISTERIO  
DE TRANSPORTES  
Y MOVILIDAD SOSTENIBLE

INSTITUTO  
GEOGRÁFICO  
NACIONAL



Primera edición, año 2026

**SANIDAD, PROTECCIÓN Y POLÍTICAS SOCIALES**

CC BY 4.0 [ign.es](https://ign.es), 2026

Catálogo de publicaciones de la Administración General del Estado:

<https://cpage.mpr.gob.es>

Autoría:

© Instituto Geográfico Nacional (IGN), 2026

Publica:

© de esta edición, O. A. Centro Nacional de Información Geográfica (CNIG), 2026



La obra completa en formato digital puede descargarse en la sección **libros digitales** de la web del IGN  
<https://www.ign.es/web/ign/portal/libros-digitales/atlas-nacional-espana>

NIPO digital: 198-26-041-3

DOI: 10.7419/162.21.2026



IGN-CNIG

C/ General Ibáñez de Ibero, 3

28003 MADRID

[ign.es](https://ign.es) / [cnig.es](https://cnig.es)

[consulta@cnig.es](mailto:consulta@cnig.es)

ATLAS | NACIONAL  
DE ESPAÑA

ESPAÑA EN MAPAS. Una síntesis geográfica

**SANIDAD,  
PROTECCIÓN Y  
POLÍTICAS SOCIALES**



GOBIERNO  
DE ESPAÑA

MINISTERIO  
DE TRANSPORTES  
Y MOVILIDAD SOSTENIBLE

INSTITUTO  
GEOGRÁFICO  
NACIONAL



# ESPAÑA EN MAPAS. Una síntesis geográfica

Esta publicación desarrolla el tema 15 *Sanidad, protección y políticas sociales* del índice general del Atlas Nacional de España del siglo XXI (ANEXXI) y forma parte de la obra *España en mapas. Una síntesis geográfica*.

Este tema, junto con versiones previas del mismo o contenidos relacionados, puede encontrarse también como libro digital (<https://www.ign.es/web/ign/portal/libros-digitales/libros-atlas-nacional-espana>) o en el geoportal del ANE (<https://atlasnacional.ign.es>)

## ÍNDICE GENERAL

### SECCIÓN I CONOCIMIENTO GEOGRÁFICO Y CARTOGRAFÍA

- Tema 1 Representación cartográfica del conocimiento geográfico
- Tema 2 Cartografía general de referencia y toponimia

### SECCIÓN II MEDIO NATURAL

- Tema 3 Estructura terrestre y formas de relieve
- Tema 4 Clima y agua
- Tema 5 Biogeografía y suelos

### SECCIÓN III HISTORIA

- Tema 6 Referencias históricas

### SECCIÓN IV POBLACIÓN, POBLAMIENTO Y SOCIEDAD

- Tema 7 Demografía
- Tema 8 Asentamientos humanos
- Tema 9 Sociedad

### SECCIÓN V ACTIVIDADES PRODUCTIVAS Y ECONÓMICAS

- Tema 10 Actividades agrarias y pesqueras
- Tema 11 Minería, energía, industria y construcción
- Tema 12 Turismo
- Tema 13 Comercio y servicios

### SECCIÓN VI SERVICIOS Y EQUIPAMIENTOS SOCIALES

- Tema 14 Educación, ciencia, cultura y deporte
- Tema 15 Sanidad, protección y políticas sociales
- Tema 16 Seguridad y justicia

### SECCIÓN VII SISTEMAS DE TRANSPORTES Y COMUNICACIONES

- Tema 17 Transportes
- Tema 18 Comunicaciones

### SECCIÓN VIII ESTRUCTURA TERRITORIAL

- Tema 19 Estructura económica
- Tema 20 Paisaje
- Tema 21 Medio ambiente
- Tema 22 Articulación territorial

### SECCIÓN IX ESPAÑA EN EL MUNDO

- Tema 23 España en el contexto geográfico mundial
- Tema 24 Presencia de España en el mundo

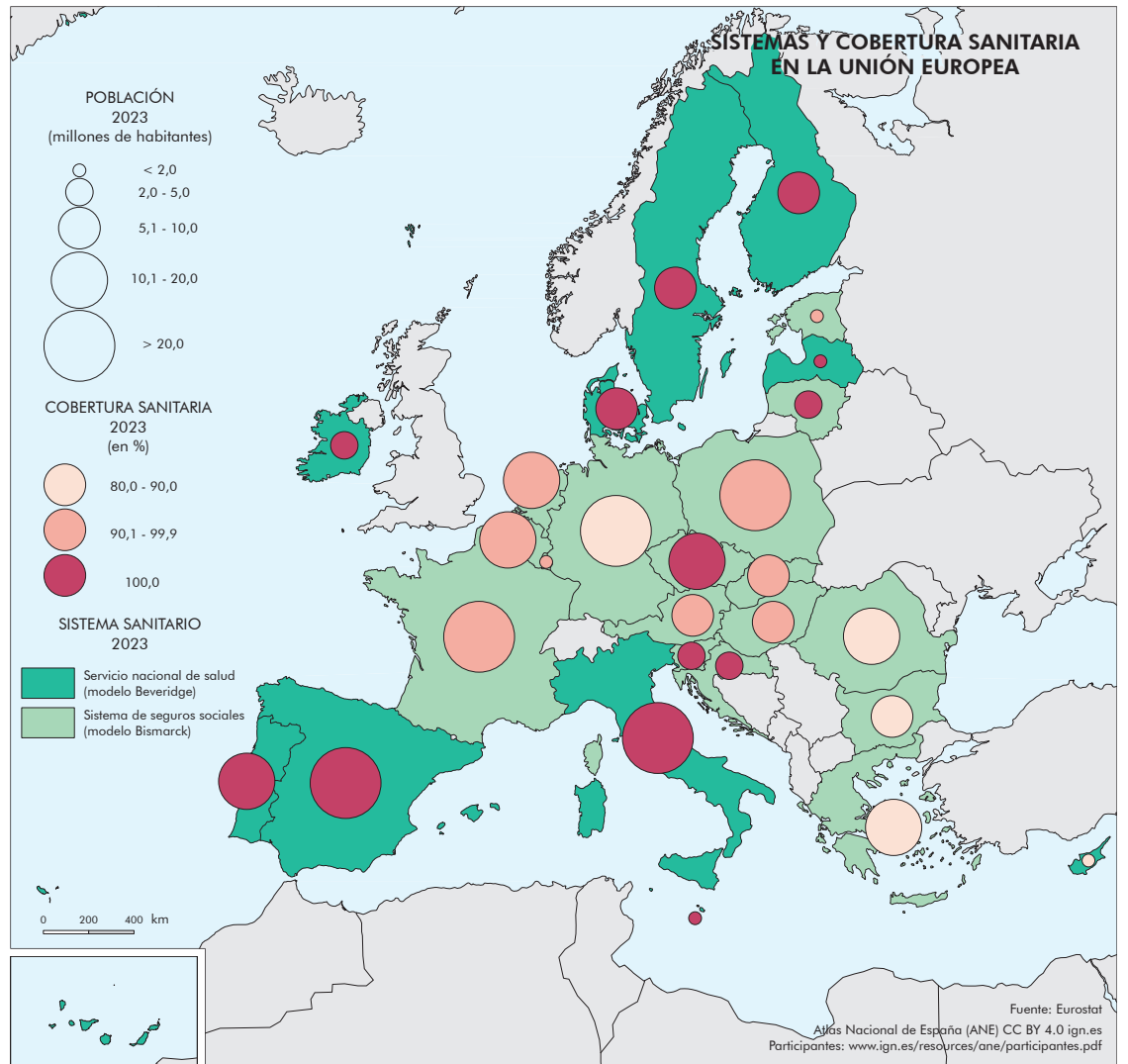
# SANIDAD, PROTECCIÓN Y POLÍTICAS SOCIALES

<b>SANIDAD, PROTECCIÓN Y POLÍTICAS SOCIALES EN EUROPA</b>	<b>6</b>
<b>SANIDAD</b>	<b>8</b>
Gasto sanitario	10
Recursos y organización del Sistema Nacional de Salud	11
Experiencia del paciente	18
Accesibilidad	19
Determinantes de la salud	20
Estado de salud	22
Salud mental	24
<b>POLÍTICAS SOCIALES</b>	<b>26</b>
Las políticas sociales y la arquitectura del bienestar	26
Protección social	28
Protección laboral	29
Vivienda	30
Mujer	32
Infancia y juventud	34
Mayores	36
Discapacidad y dependencia	37
Políticas de cooperación, asilo y derechos humanos	38
<b>BIBLIOGRAFÍA E ÍNDICES</b>	<b>41</b>
<b>PARTICIPANTES</b>	<b>45</b>

# Sanidad, protección y políticas sociales en Europa

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2007 estableció que un sistema de salud consiste en todas las organizaciones, personas y acciones cuyo interés primordial es promover, restaurar o mantener la salud de la población.

El desarrollo de los sistemas de salud y sus modelos está ligado a cómo se entiende la salud en una sociedad y puede tener diferentes enfoques. Por un lado, la salud puede ser entendida como un derecho humano y social y, por lo tanto, el Estado tiene responsabilidad en la misma. Por otro lado, puede entenderse como un servicio o bien de mercado, lo que implica una mínima intervención del Estado. A finales del siglo XIX la asistencia sanitaria estaba en manos de instituciones caritativas, lazaretos y hospitales de la iglesia. La revolución industrial marca el punto de inflexión en el inicio del establecimiento de políticas sociales impulsadas fundamentalmente por la lucha de los trabajadores por sus condiciones laborales y derechos. Se desarrollan así los primeros esquemas de servicios y aseguramiento de riesgos que van a ser el germen de los sistemas de seguridad social. La primera mitad del siglo XX se caracteriza por el desarrollo económico, tecnológico y científico que impulsa los modernos [sistemas sanitarios europeos](#) a finales de los años cuarenta. A grandes rasgos, en la Unión Europea (ver mapa *Sistemas y cobertura sanitaria en la Unión Europea*) se distingue entre sistemas de seguros sociales (modelo Bismarck, los prime-



ros en desarrollarse) y servicios nacionales de salud (modelo Beveridge), pero sea cual sea el modelo –en el momento actual en Europa– casi toda la población está cubierta por un seguro público de salud o por el propio estado.

El modelo de seguros sociales se basa en seguros obligatorios contributivos para las personas trabajadoras y sus familias. Son financia-

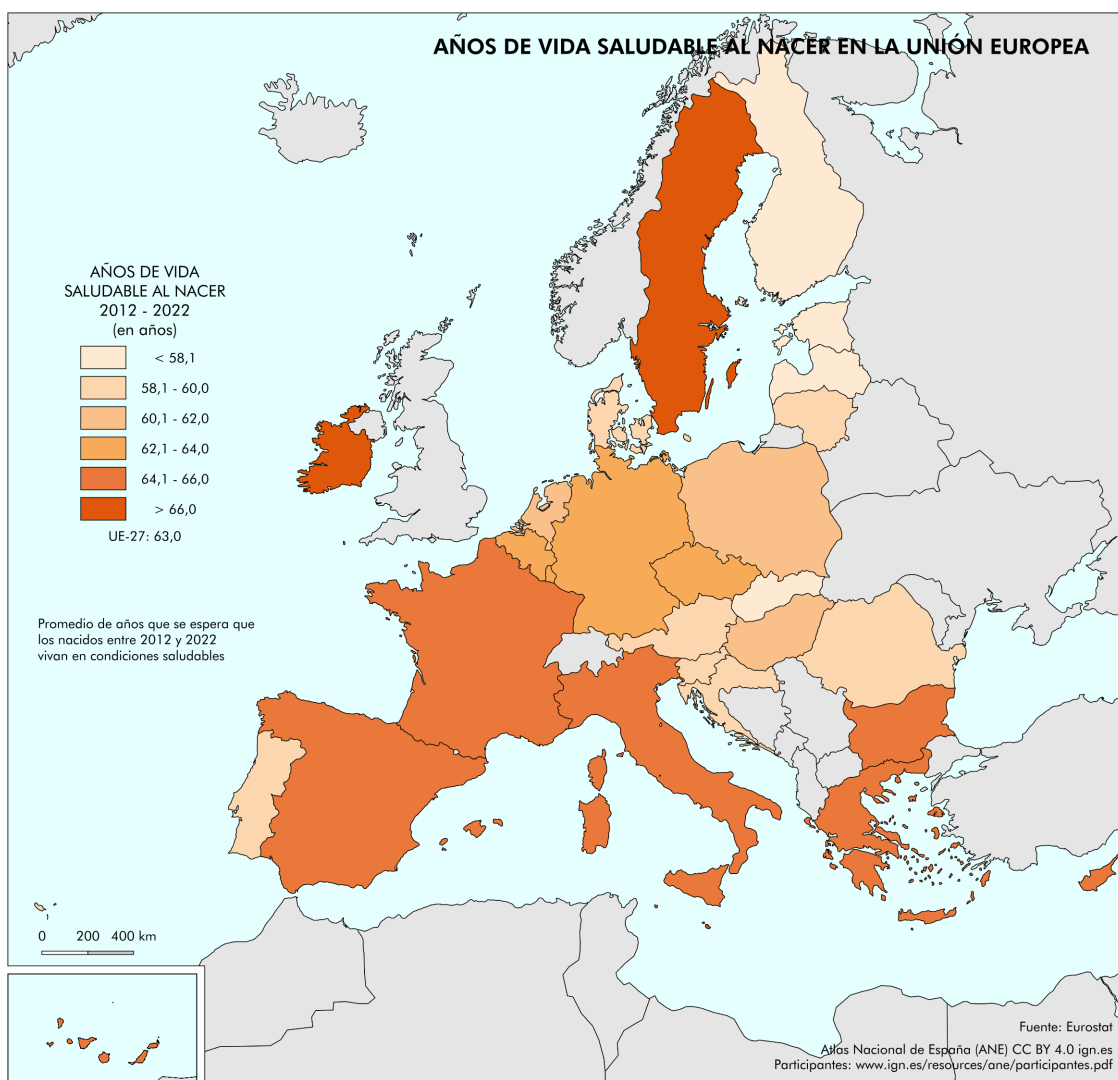
dos por cuotas pagadas por los trabajadores y los empresarios directamente a las entidades encargadas de la gestión (mutua aseguradora o caja de seguro); también hay aportación del Estado. Trabajadores autónomos y profesionales liberales se fueron integrando en sistemas de cobertura específicos autofinanciados.

El modelo de servicio nacional de salud se caracteriza por una cobertura universal y en condiciones de igualdad a toda la población, vinculada al concepto de ciudadanía; y los costos de la atención sanitaria son cubiertos básicamente por recursos fiscales del Estado.

En los países europeos la sanidad privada está presente y coexiste con la sanidad pública: la ciudadanía puede optar libremente a suscribir un seguro privado, que en muchos casos actúa como ampliación de las coberturas públicas o proporciona un acceso más rápido a determinadas prestaciones.

En el 2006, el Consejo de Europa emitió una comunicación recogiendo los valores y principios comunes de los sistemas sanitarios de la Unión Europea a los que considera una parte esencial del alto nivel de protección social y reconoce su contribución a la cohesión y justicia social, así como al desarrollo sostenible. Estos valores esenciales son: la universalidad, el acceso a una atención de buena calidad, la equidad y la solidaridad.

La esperanza de vida al nacer es un indicador sanitario y social de gran valor (en España en 2022 era de 83,2 años, más de 2 años por encima de la media de la Unión Europea). En los países que ya han alcanzado valores muy altos ofrece más información el indicador de años de vida saludable, a la hora de ver diferencias entre territorios: ahora se trata de ganar calidad de vida a los años (ver mapa *Años de vida saludable al nacer en la Unión Europea*). Los países del centro y este de la Unión Europea presentan los peores índices con diferencias sustanciales de más de 5 años con respecto a la media europea. Una vida



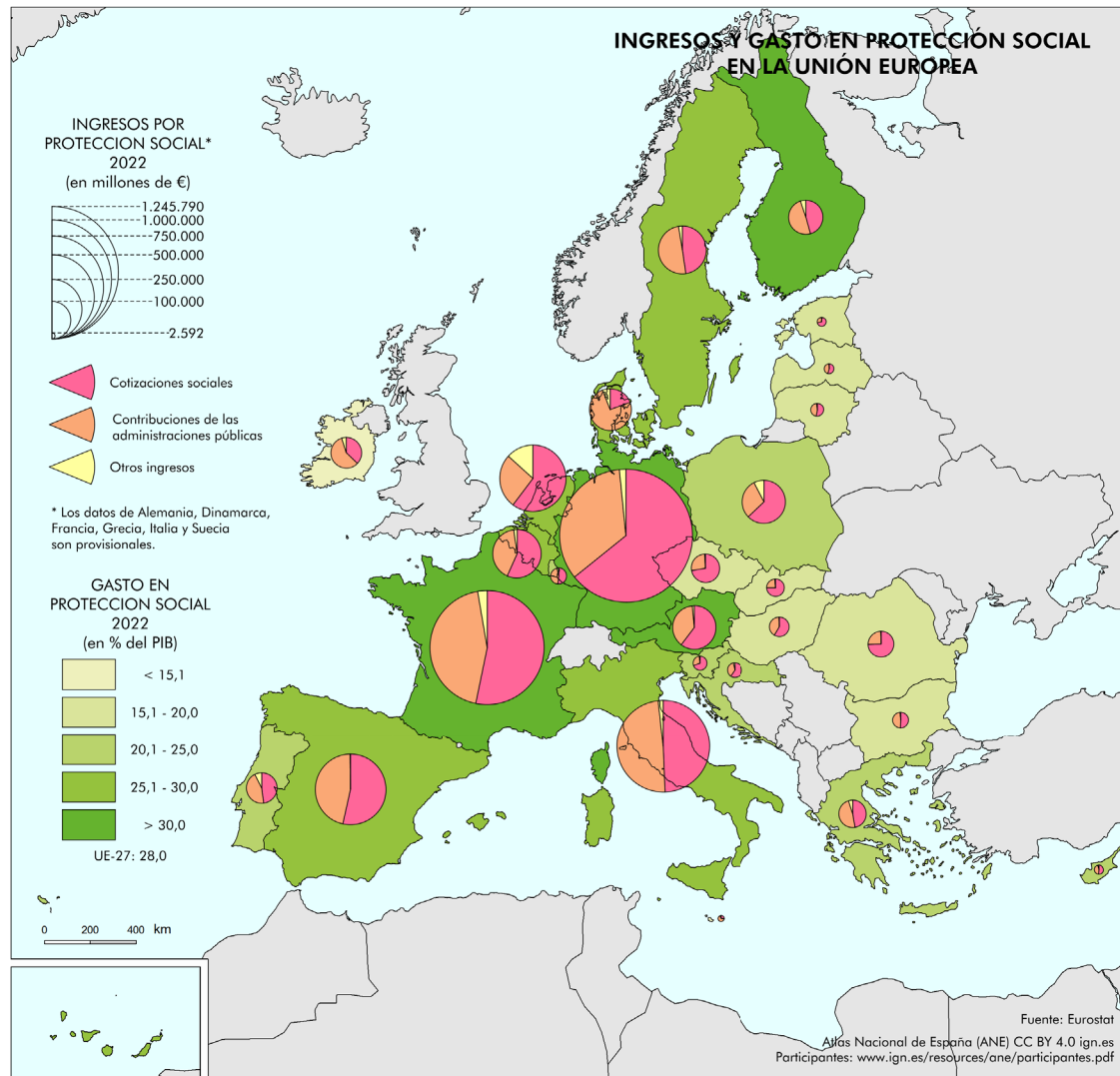
saludable se consigue desde una óptica social global: sanitaria y del resto de políticas sociales, económicas y ambientales. Para identificar qué factores impactan en una mejor salud se deben analizar los determinantes de la salud y a partir de los mismos diseñar las políticas públicas adecuadas.

**Europa es la región del mundo que más invierte en protección social.** En promedio, los países de la Unión Europea (UE) destinan cerca del 27% de su PIB pero hay algunos como Francia o Austria que superan el 30%. En contraste, Estados Unidos invierte aproximadamente el 18%, los países de América Latina se sitúan cerca del 13% y China ronda el 7%.

Esta situación no es azarosa; está fundamentada en los **valores de solidaridad y justicia social** que las sociedades europeas consolidaron tras la Segunda Guerra Mundial, así como en consensos globales como la [Declaración Universal de Derechos Humanos](#) de 1948, que en sus artículos 22 y 25 reconoce el derecho a la vivienda, a la seguridad social, a los servicios sociales y, en general, a un nivel de vida adecuado para todas las personas.

El compromiso europeo con la protección social trasciende la voluntad política para consolidarse en su marco jurídico. El Tratado de la Unión Europea (art. 3) establece como mandato fundacional la promoción del bienestar de sus pueblos, la justicia y la cohesión social. Y la Carta Social Europea, tanto en su versión de 1961 como en la de 1996, dota de contenido exigible a este mandato, garantizando derechos fundamentales como el acceso a la seguridad social, la asistencia médica universal y el derecho específico a la protección frente a la pobreza y la exclusión social.

Pero, ¿a qué se le llama exactamente protección social? En términos generales, al conjunto de intervenciones públicas, privadas y de la sociedad civil, que buscan aliviar la carga que representa para las personas los riesgos futuros (contingen-



cias tales como la invalidez, el desempleo, la vejez, la viudedad o la orfandad), así como las necesidades económicas, sociales, psicológicas y sanitarias presentes, garantizando un nivel de ingresos mínimo y el acceso a servicios específicos.

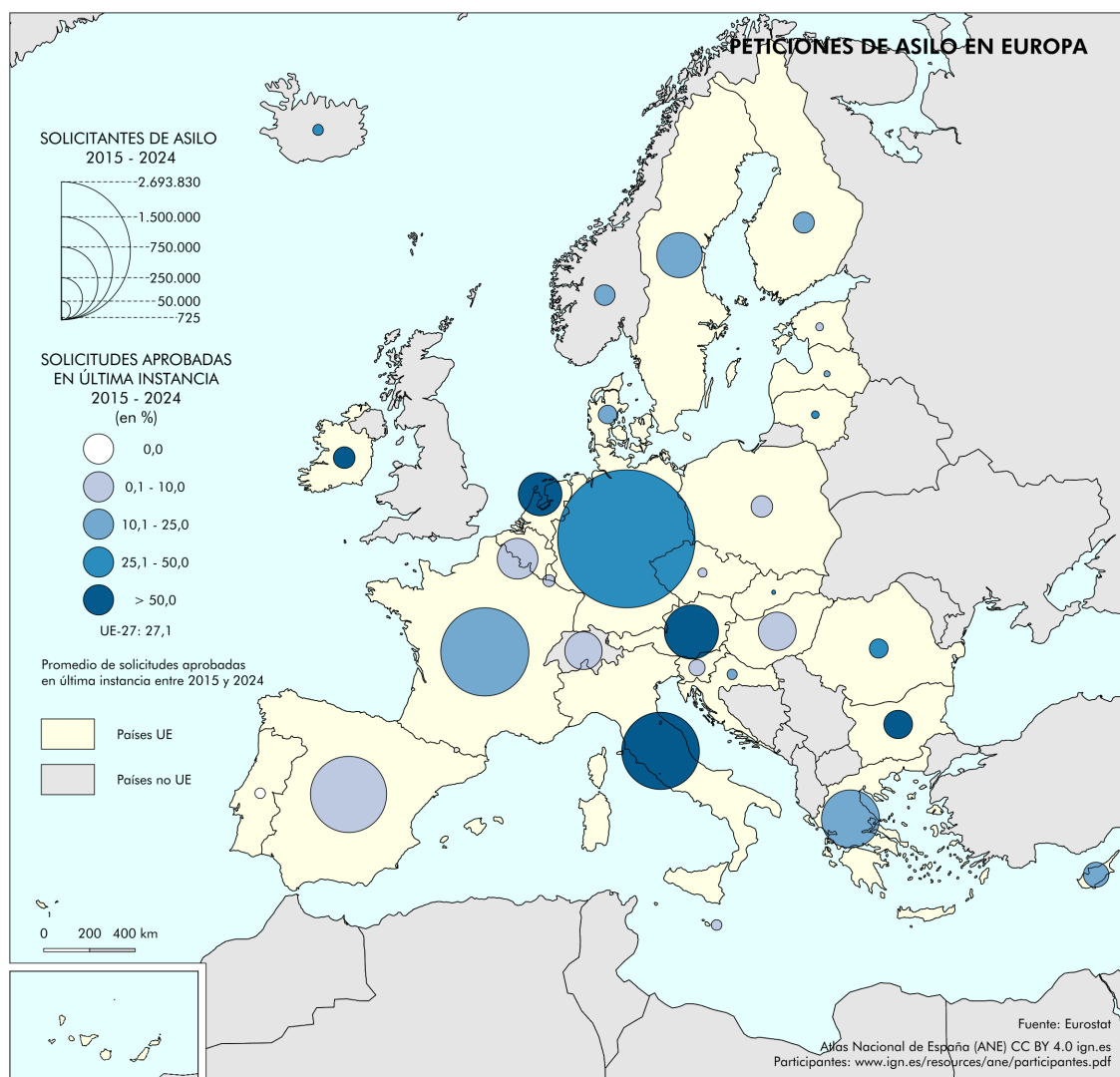
Mientras en otras regiones del mundo el bienestar se percibe como una responsabilidad individual sujeta a la capacidad de ahorro o al mercado priva-

do, en Europa se ha configurado como un asunto colectivo y un derecho de la ciudadanía. Este enfoque se basa en el principio de seguridad proactiva: el Estado no solo asiste en la pobreza, sino que previene la caída en ella mediante servicios universales.

Por ello, la protección social no debe confundirse con la asistencia social. La primera se concibe como un derecho ciudadano, de tipo preventivo, que promueve la autonomía individual, mientras que la segunda atiende una necesidad puntual, de tipo paliativo, que no siempre promueve las capacidades individuales o grupales.

Aun con todo, los sistemas de protección de la UE tienen grietas y las desigualdades entre subregiones y países son evidentes. Mientras los países nórdicos mantienen niveles de cobertura muy superiores a los del área mediterránea, hay países del Este que aún transitan hacia mejores estándares de protección.

Las ciencias sociales diferencian **cinco modelos de bienestar social** en el continente europeo que fácilmente se pueden reconocer en los mapas: el modelo conservador o corporativista, que se basa en las cotizaciones de las y los trabajadores afiliados a un sistema (Alemania, Francia, Bélgica o Austria); el modelo mediterráneo o familista, una variante del corporativista, pero con una red de seguridad estatal más débil, que se complementa con el cuidado de las familias, especialmente las mujeres (Portugal, España, Italia y Grecia); el modelo escandinavo o socialdemócrata, que se basa en las prestaciones universales con una alta carga impositiva (Suecia, Noruega y Dinamarca); el modelo anglosajón o liberal, donde el Estado tiene un papel residual que protege solo a los más necesitados y en el que participa el mercado privado (Irlanda y Reino Unido); y, por último, el del Este o postsoviético, un modelo híbrido en transformación, cuyos países han oscilado entre reformas liberales de mercado y el mantenimiento de ciertas estructuras universales heredadas de los estados socialistas (Polonia, Hungría, Rumanía y Bulgaria).



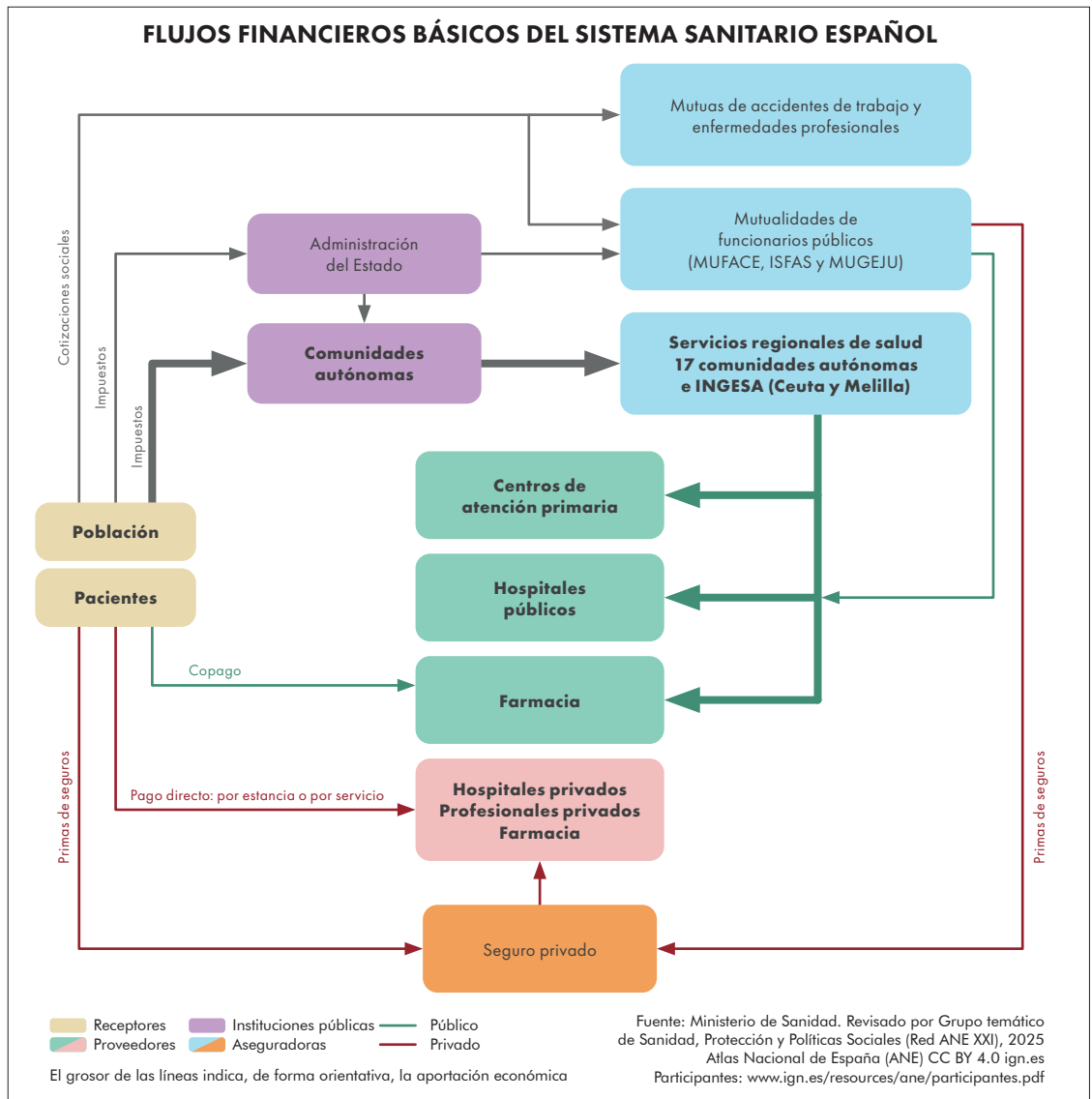
# Sanidad

La asistencia sanitaria en España constituye uno de los pilares de nuestro estado de bienestar. Al igual que en el resto de los países europeos, evoluciona de los primeros hospicios y centros de beneficencia a tener la consideración de asistencia social en el siglo XIX y, por lo tanto, a implicar responsabilidad del Estado. Los antecedentes oficiales de la política sanitaria en nuestro país se pueden datar en 1883 con la creación de la **Comisión de Reformas Sociales**, centrada fundamentalmente en el bienestar de la clase obrera. En 1903 el **Instituto de Reformas Sociales** sustituye a la citada Comisión y establece la conveniencia de crear una **Caja Nacional de Seguro Popular**, que será el germen del **Instituto Nacional de Previsión (INP)** fundado en 1908, y considerada la primera institución oficial encargada de la Seguridad Social. Entre los avances sociales vinculados a la sanidad destacan la Ley de Accidentes de Trabajo de 1900 y el Seguro Obligatorio de Maternidad de 1923. Se van desarrollando seguros obligatorios de enfermedad para cubrir este riesgo en las clases económicamente más débiles hasta que en 1942 se establece el **Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE)**. El INP asume, como entidad gestora, la asistencia sanitaria en casos de enfermedad y maternidad.

A lo largo de la década de los sesenta del siglo pasado se profesionaliza la asistencia sanitaria y se desarrollan grandes centros hospitalarios para dar cobertura a una población cada vez más numerosa. En 1963 se suprimen todos estos seguros sociales y se sustituyen por un sistema de seguridad social. El texto refundido de la Ley General de Seguridad Social que se publica en 1974 amplía y modifica las prestaciones de asistencia sanitaria a la par que se produce un sustancial incremento del gasto sanitario.

En 1978 desaparece el INP y se crea el **Instituto Nacional de la Salud (INSALUD)** para la gestión y administración de la prestación de servicios sanitarios de la seguridad social para los colectivos incluidos en dicho sistema; quedan fuera de su ámbito de atención las mutualidades de funcionarios y la gestión de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. La promulgación de la Constitución Española de 1978 reconoce, en su artículo 43, el derecho a la protección de la salud y establece que compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. El principio de descentralización que recoge la Constitución inicia el traspaso de las competencias en materia de asistencia sanitaria de la seguridad social a las comunidades autónomas, operación que concluye en 2002.

La Ley General de Sanidad de 1986 reestructura la organización de la asistencia sanitaria creando el **Sistema Nacional de Salud (SNS)**, que se define como el "conjunto de servicios de salud de la Administración del Estado y de las comunidades autónomas, que integra todas las funciones y prestaciones sanitarias que son responsabilidad de los poderes públicos". La Ley también declara que son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional, lo que supone avanzar en el reconocimiento de un derecho de ciudadanía. Por otro lado, pormenoriza las competencias de las distintas administraciones públicas y reconoce el derecho a la libertad de empresa en el sector sanitario y la posibilidad de que las Administraciones públicas sanitarias establezcan conciertos para la prestación de servicios sanitarios con medios ajenos. Durante todos estos años la financiación de la sanidad por parte del Estado es cada vez mayor, hasta que, en 1989, pasó a ser sostenida con los impuestos de los ciudadanos.



Un texto sustancial fue la Ley 24/1997 de Consolidación y Racionalización del Sistema de Seguridad Social que separa y clarifica las fuentes de financiación de la Seguridad Social, diferenciando entre prestaciones contributivas, que incluye la totalidad de las prestaciones de las contingencias de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales; y las no contributivas, el resto de la asistencia sanitaria. La Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud de 2003 representó un gran impulso en la consolidación, cohesión y coordinación del SNS, además de avanzar en el concepto de un aseguramiento universal y público.

Otra norma fundamental es la Ley General de Salud Pública de 2011, que amplía el derecho al acceso a la asistencia sanitaria pública a todos los españoles residentes en territorio nacional, extendiéndolo a las personas que hayan agotado la prestación o el subsidio de desempleo a partir del 1 de enero de 2012 y establece un plazo de seis meses para regular la extensión del derecho a los trabajadores por cuenta propia.

La **asistencia sanitaria pública** no solo implica al **Ministerio de Sanidad**, sino que ministerios como el de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones -véase el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA), el Instituto Social de la Marina, mutualismo administrativo- o del Interior (responsable de la salud física y mental de las personas que ingresan en prisión) o el de Defensa (con dos hospitales) tienen importantes responsabilidades. En resumen, el SNS no es el asegurador universal ni en cuanto a los riesgos cubiertos ni en cuanto a la población protegida.

Bajo la dirección y tutela de la **Seguridad Social** están las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesiones (ATEP), que proporcionan las prestaciones de asistencia sanitaria en los casos de accidente laboral y enfermedad profesional, y el Instituto Social de la Marina que gestiona las prestaciones sanitarias de las personas incluidas en el Régimen Especial de los Trabajadores del Mar y sus beneficiarios en el territorio nacional, a bordo del barco y en el extranjero.

La sanidad penitenciaria debería haberse transferido a las comunidades autónomas en el plazo de 18 meses desde la promulgación de la Ley de Cohesión y Calidad, pero solo País Vasco, Navarra y Cataluña la han asumido.

Las **mutualidades de funcionarios** civiles (MUFACE), judiciales (MUGEJU) y militares (ISFAS) gestionan la sanidad de estos colectivos (trabajadores y beneficiarios), que se financia por cotizaciones de los trabajadores y de la administración correspondiente (impuestos). Los mutualistas pueden optar por la provisión privada o por el SNS.

La dualidad en nuestro país en la asistencia sanitaria entre Seguridad Social y SNS no solo se mantiene en todo lo comentado anteriormente, sino que la primera aún mantiene su patrimonio de centros y hospitales y es la interlocutora en la cobertura sanitaria de los españoles en el extranjero y de los extranjeros en España.

En el momento actual, el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria pública se puede considerar un derecho específico y no un derecho de Seguridad Social con la entrada en vigor del Real Decreto Ley 7/2018, que extiende la cobertura a todas las personas con nacionalidad española y a las personas extranjeras que tengan establecida su residencia en el territorio nacional, descansando el reconocimiento de este derecho en el Ministerio de Sanidad. El R. D. 180/2026 regula el reconocimiento, y establece el modelo común para todas las CC. AA. y los requisitos a cumplir para las personas extranjeras que se encuentran en España aunque no tengan aquí su residencia legal.

El diagrama de *Flujos financieros básicos del sistema sanitario español* trata de reflejar la complejidad de la asistencia sanitaria en España. Muestra por una parte el componente público y por otra el privado; los responsables de la cobertura sanitaria tanto en la parte de enfermedades y accidentes no laborales, como en los laborales; y las mutualidades. Se identifican los tres elementos sustanciales de la prestación efectiva: la **atención primaria**, que representa

la puerta de acceso al sistema, los hospitales públicos prestadores de la **asistencia especializada** y la **prestación farmacéutica** por su impacto económico y por sus peculiaridades, en concreto el copago (pago directo) o aportación financiera del usuario. También se recogen las mutualidades que gestionan la asistencia de casi dos millones de personas.

La normativa sanitaria define **hospital** como un "centro sanitario destinado a la asistencia especializada y continuada (diagnóstica, terapéutica y rehabilitadoras) de pacientes en régimen de internamiento (mínimo una noche) y en régimen ambulatorio (consultas externas, hospitales de día, pruebas funcionales, hospitalización a domicilio, etc.)."

La **dependencia funcional** hace referencia al organismo o entidad jurídica de quien dependen. La clasificación más simple sería diferenciar entre hospitales públicos (todos los hospitales dependientes del Estado, comunidad autónoma, cabildo, diputación o municipio; los hospitales de las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social y los hospitales con concierto sustitutorio) y privados (con ánimo de lucro).

El mapa *Hospitales según dependencia funcional* muestra datos interesantes y diferencias sustanciales entre regiones. El grueso de los hospitales públicos depende de las comunidades autónomas y forma parte de la infraestructura asistencial del SNS; el resto de hospitales públicos son muy marginales en el conjunto, salvo en Cataluña que ha consolidado un sistema sanitario mixto que integra en una sola red los recursos sanitarios públicos y privados que así lo deseen, configurando la Red Hospitalaria de Utilización Pública. Es preciso señalar que los grandes hospitales son todos públicos, ningún hospital privado dispone de más de 500 camas.

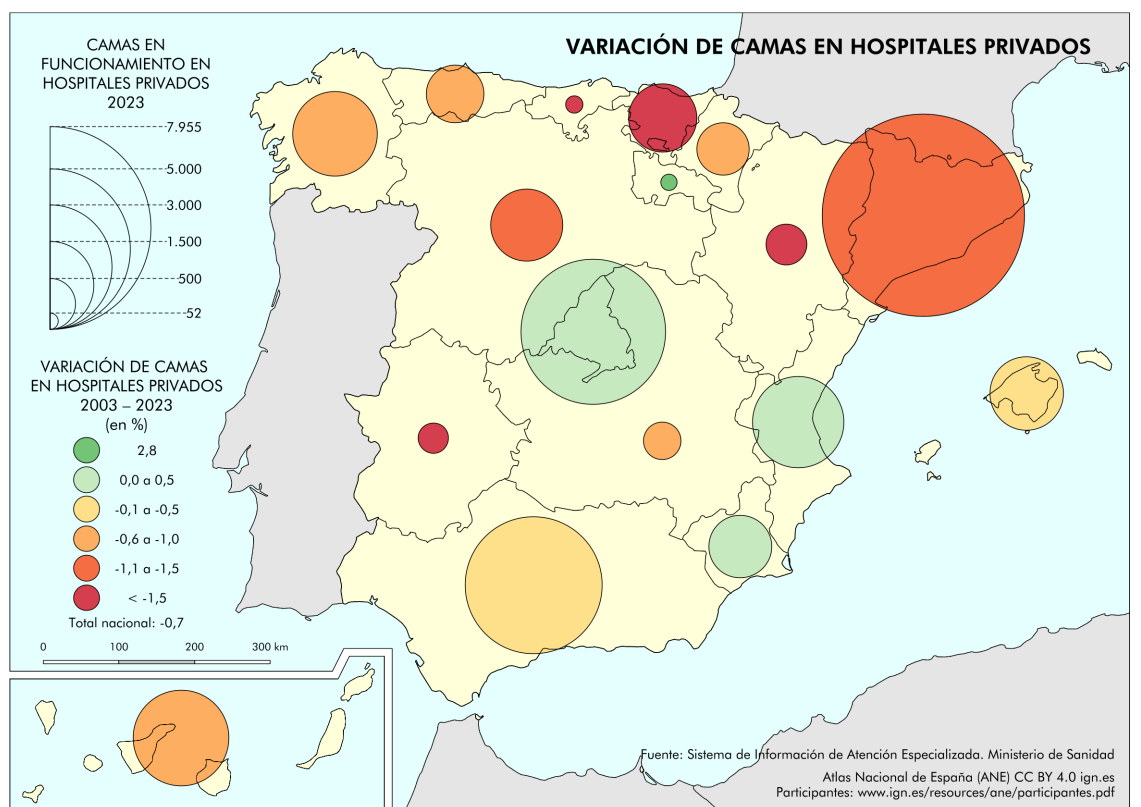
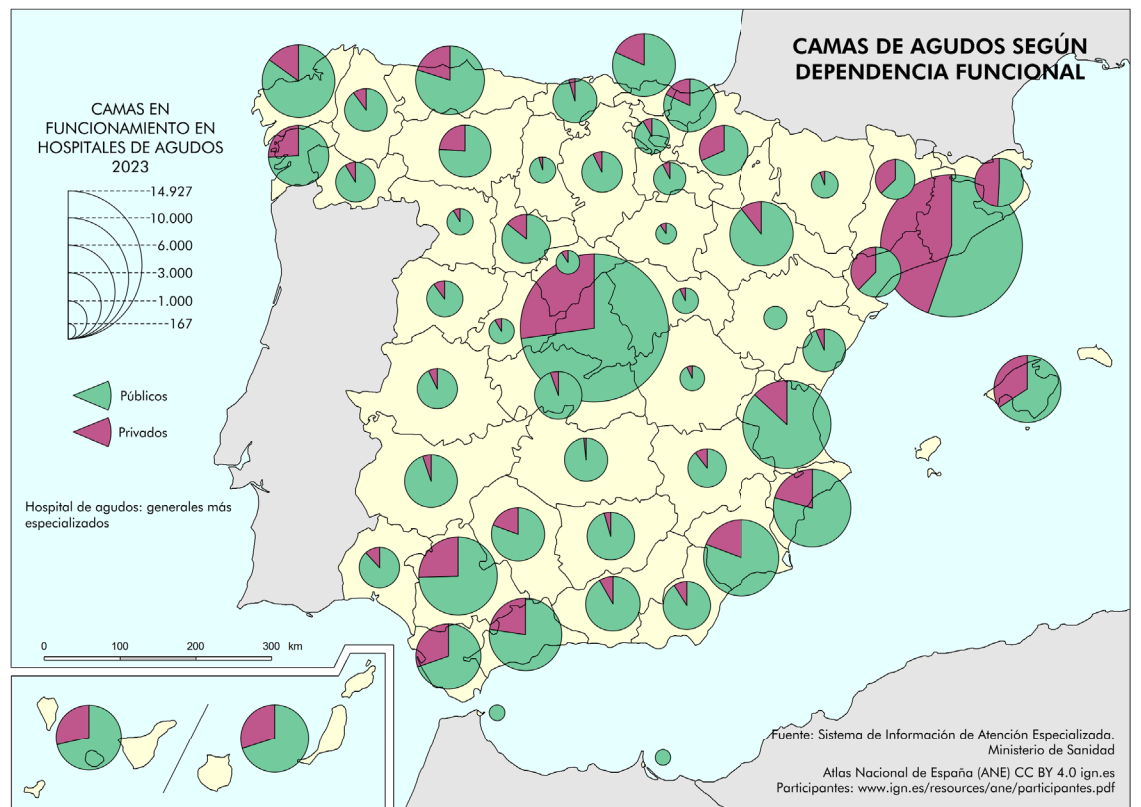
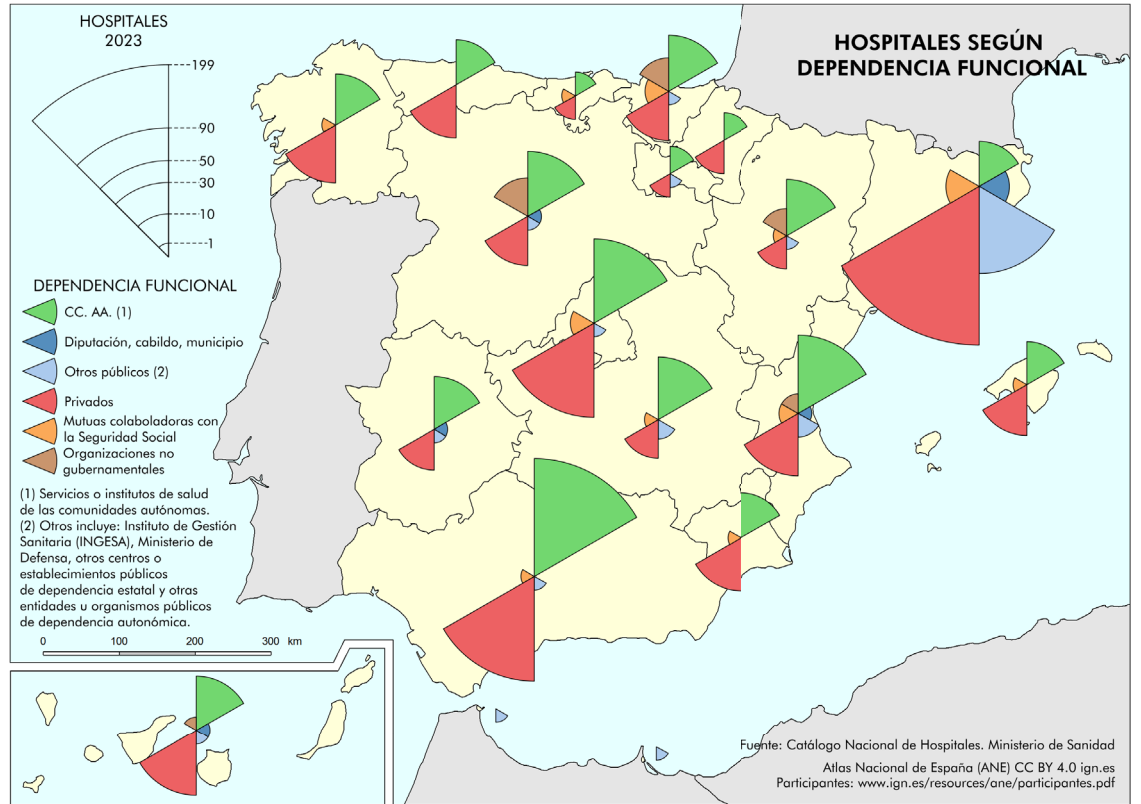
Los hospitales vinculados a las mutuas de ATEP (Seguridad Social) tienen un reparto muy desigual en el territorio con comunidades que carecen de los mismos. Cataluña y el País Vasco, con una amplia tradición industrial, son las comunidades con mayor número de hospitales con esta dependencia funcional.

La distribución de los hospitales privados está vinculada a la población, pero también a su nivel de renta y en el caso de Cataluña, con una tradición de hospital privado. En esta comunidad, el peso hospital público/privado está claramente descompensado hacia el segundo, lo que se traduce en un importante número de conciertos para la prestación de asistencia sanitaria del SNS con medios ajenos.

El mapa de *Camas de agudos según dependencia funcional* muestra la disponibilidad de camas en hospitales generales y especializados, y excluye las camas de hospitales de media y larga estancia y las de los hospitales de salud mental. Muestra claramente que en los hospitales privados la dotación de camas de agudos es menor. Cataluña es la única comunidad en la que la diferencia es reducida. Todas las provincias deben tener al menos un hospital público según marca la Ley General de Sanidad, y hay escasa presencia de privados ya que no hay rentabilidad económica en estos entornos geográficos.

La evolución de camas en los hospitales privados tiene una tendencia descendente, salvo en La Rioja, Madrid, Comunitat Valenciana y Murcia, aunque su incremento no es sustancial. No se debe interpretar como una reducción de la presencia del sector sanitario privado, ya que puede reflejar una reorientación del modelo de asistencia hacia procesos ambulatorios que no requieren ingreso.

La dotación de hospitales y del número de camas es un parámetro vivo y cada año se cierran y abren nuevos hospitales. En 2024, se abrió un hospital público de media y larga estancia frente a cuatro hospitales privados (tres de ellos de media y larga estancia).



## Gasto sanitario

La asistencia sanitaria del SNS, la sanidad penitenciaria y los hospitales de Defensa se financian a través de los impuestos de todos los ciudadanos. En el momento actual, y con la Ley 22/2009 que regula el sistema de financiación de las comunidades autónomas de régimen común, cada comunidad autónoma decide qué presupuesto asigna a sanidad. La financiación de la asistencia sanitaria prestada por las mutuas colaboradoras es a través de las cotizaciones sociales (trabajadores y empresarios), así como parte del mutualismo administrativo (cotizaciones de funcionarios).

En España hay dos estadísticas principales para el estudio del gasto sanitario: las Estadísticas de Gasto Sanitario Público (EGSP) y el Sistema de Cuentas de Salud (SCS). La primera se centra exclusivamente en el gasto público y permite comparaciones entre comunidades autónomas. La segunda se basa en clasificaciones y metodologías pactadas en organismos internacionales ([Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos \(OCDE\)](#), OMS y Eurostat), incluye el gasto privado y permite comparaciones internacionales.

El **gasto sanitario total** en nuestro país fue del 9,5% del PIB en 2023: 73,6% del mismo es gasto público (7,0% del PIB) y un 26,4 privado (2,5% del PIB). La mayor parte de este gasto global se destina a servicios de asistencia curativa y rehabilitación (55,7%), seguido del gasto en productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios (20,2%); la menor cantidad de gasto se destina a servicios de prevención y salud pública (3%). Si se analiza el gasto según proveedor, el 46,5% del mismo fue generado por los hospitales (91,3% en hospitales generales). Los gastos en compras al sector privado a través de conciertos representaron el 10% del gasto sanitario público.

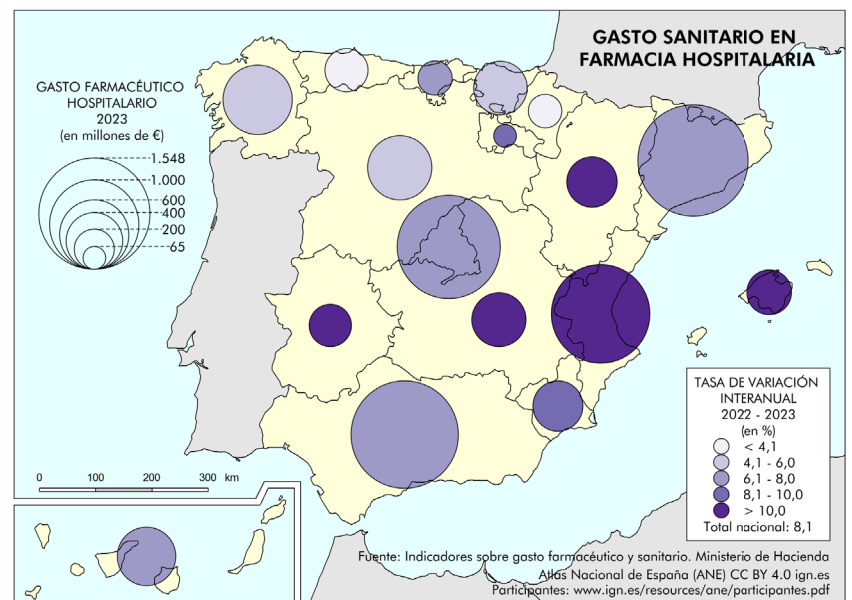
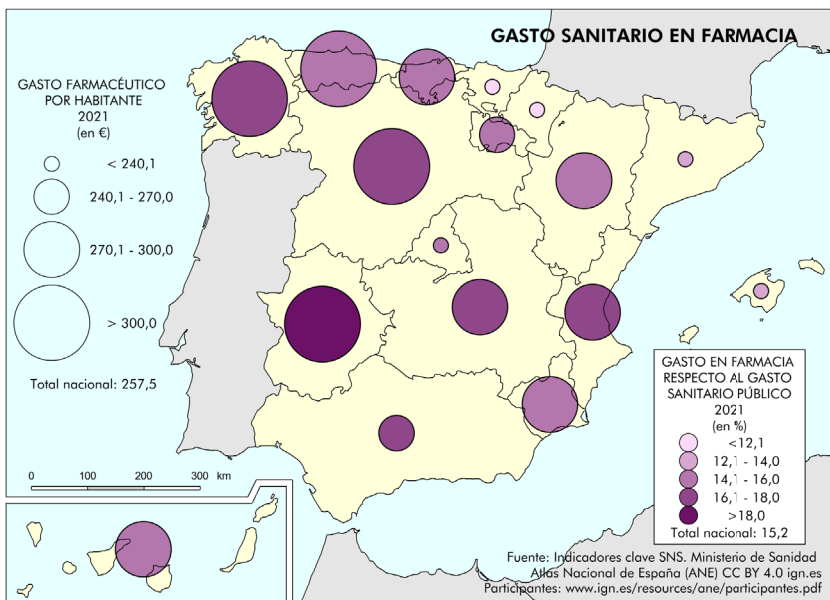
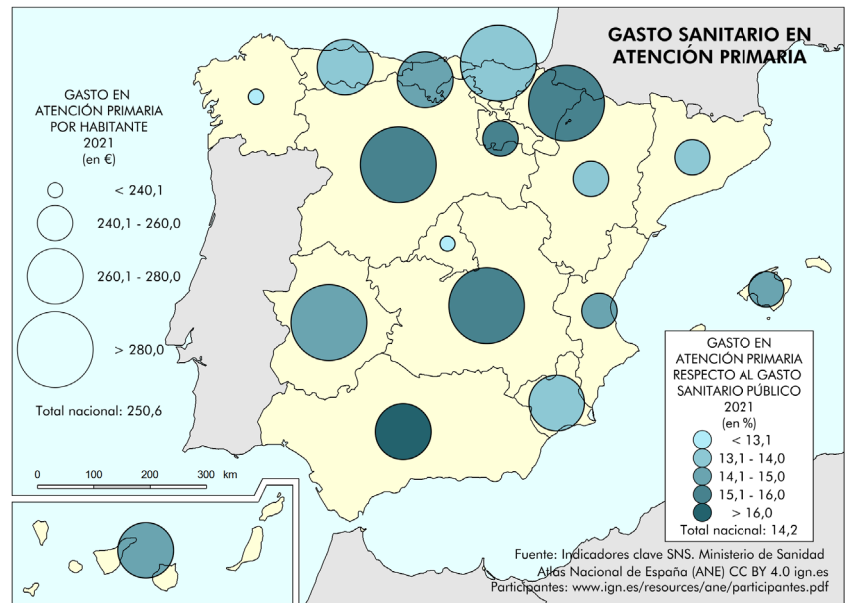
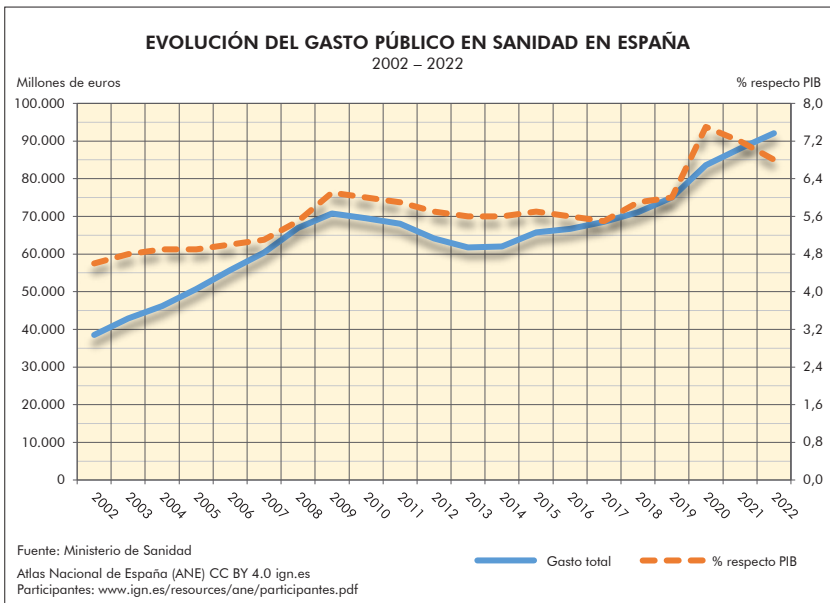
El **gasto sanitario público** (según las EGSP) hace referencia al gasto real e incluye el gasto de las instituciones sanitarias, empresas públicas del sector sanitario y de aquellas administraciones no sanitarias que desarrollan actividades sanitarias. Éste ha ido aumentando en los últimos diez años en términos absolutos. Las comunidades autónomas soportan el 92,6% del gasto público. Al referenciar el gasto sanitario público al PIB, su valor fue del 6,5% en el 2023, con una disminución respecto a años previos (dato sesgado por el impacto de la COVID-19).

El **gasto sanitario privado** en España procede en gran medida de los pagos directos en atención odontológica, atención oftalmológica y medicamentos y productos sanitarios de oficina de farmacia (copago). En los últimos años se ha producido un aumento del seguro médico voluntario suplementario. En 2023, los hogares fueron el agente que soportó el mayor peso en la financiación de la sanidad privada (76,6%).

En relación a los países de la Unión Europea, nuestro gasto sanitario global y el público per cápita es inferior a la media de los países que la componen: 11% del PIB de media en la Unión Europea y 10,7% en España según el SCS; los países con mayor gasto son Alemania, Francia y Suecia. La previsión en toda la Unión Europea es hacia un incremento del gasto sanitario debido fundamentalmente a las innovaciones tecnológicas y al envejecimiento. Es importante potenciar la resiliencia del sistema sanitario en previsión de futuras pandemias y los potenciales efectos del cambio climático al que las personas mayores son más vulnerables. Por ello, si se quiere garantizar la sostenibilidad del sistema es necesario avanzar hacia un envejecimiento saludable y un refuerzo en las medidas de prevención de la enfermedad y protección de la salud.

El copago en el SNS está limitado a la prestación de medicamentos con receta y prestación ortoprotésica, y presenta numerosas excepciones que protegen a los hogares del gasto sanitario empobrecedor. Otros países de nuestro entorno, que tienen el mismo modelo sanitario, incluyen copagos en otras prestaciones. Es el caso de Italia en la atención ambulatoria o pruebas de laboratorio; o Suecia y Finlandia en prácticamente todas sus tipologías de prestaciones, incluido el ingreso en hospital. En España, el riesgo de **gasto sanitario catastrófico** es de los más bajos de Europa.

El mapa *Gasto sanitario en atención primaria* se centra en el SNS y muestra diferencias sustanciales entre comunidades autónomas. Destacan País Vasco, Navarra, Castilla-La Mancha, Castilla y León y Extremadura con el mayor gasto; por el contrario, Galicia y Madrid con el menor. Este mapa debe leerse en paralelo a la organización territorial de la atención primaria y de personal. El mapa de *Gasto sanitario en farmacia* informa de qué porcentaje del gasto sanitario público en el SNS se dedica a financiar los medicamentos dispensados en oficina de farmacia y el gasto medio por habitante. Hay diferencias territoriales sustanciales que deberían ser objeto de análisis, ya que a priori no hay variables sanitarias que las justifiquen. El mapa de *Gasto sanitario en farmacia hospitalaria* (pacientes ingresados y pacientes ambulatorios) muestra cuán importante es este gasto en millones de euros y cómo el mismo va creciendo en especial en algunas comunidades como Comunitat Valenciana, Illes Balears, Aragón, Castilla-La Mancha y Extremadura. El desarrollo de nuevos medicamentos y terapias avanzadas hará, previsiblemente, que este gasto tienda a aumentar.



## Recursos y organización del Sistema Nacional de Salud

En este epígrafe se hace referencia exclusivamente al Sistema Nacional de Salud que, como ya se ha expuesto, representa la esencia de la asistencia sanitaria pública en nuestro país.

El mapa referido a la distribución del *Personal de atención primaria* en las diferentes comunidades autónomas permite extraer dos conclusiones principales con relación al número y distribución de profesionales: por una parte, el volumen demográfico determina el número de personas que trabajan en atención primaria en la mayor parte de autonomías. Es importante reseñar que esta relación no es tan directa en Castilla y León o en País Vasco, lo que habla de un mayor esfuerzo presupuestario en esta línea. La segunda conclusión es que la distribución entre tipo de personal es similar en todos los territorios, teniendo el peso principal el personal médico, de enfermería y el no sanitario. En cualquier caso, son varias las prioridades estratégicas a este respecto, como asegurar condiciones de trabajo adecuadas que favorezcan la estabilidad y permanencia de los profesionales, garantizar la planificación del personal sanitario a medio y largo plazo e implementar estrategias que permitan una gestión más eficiente del personal actualmente disponible.

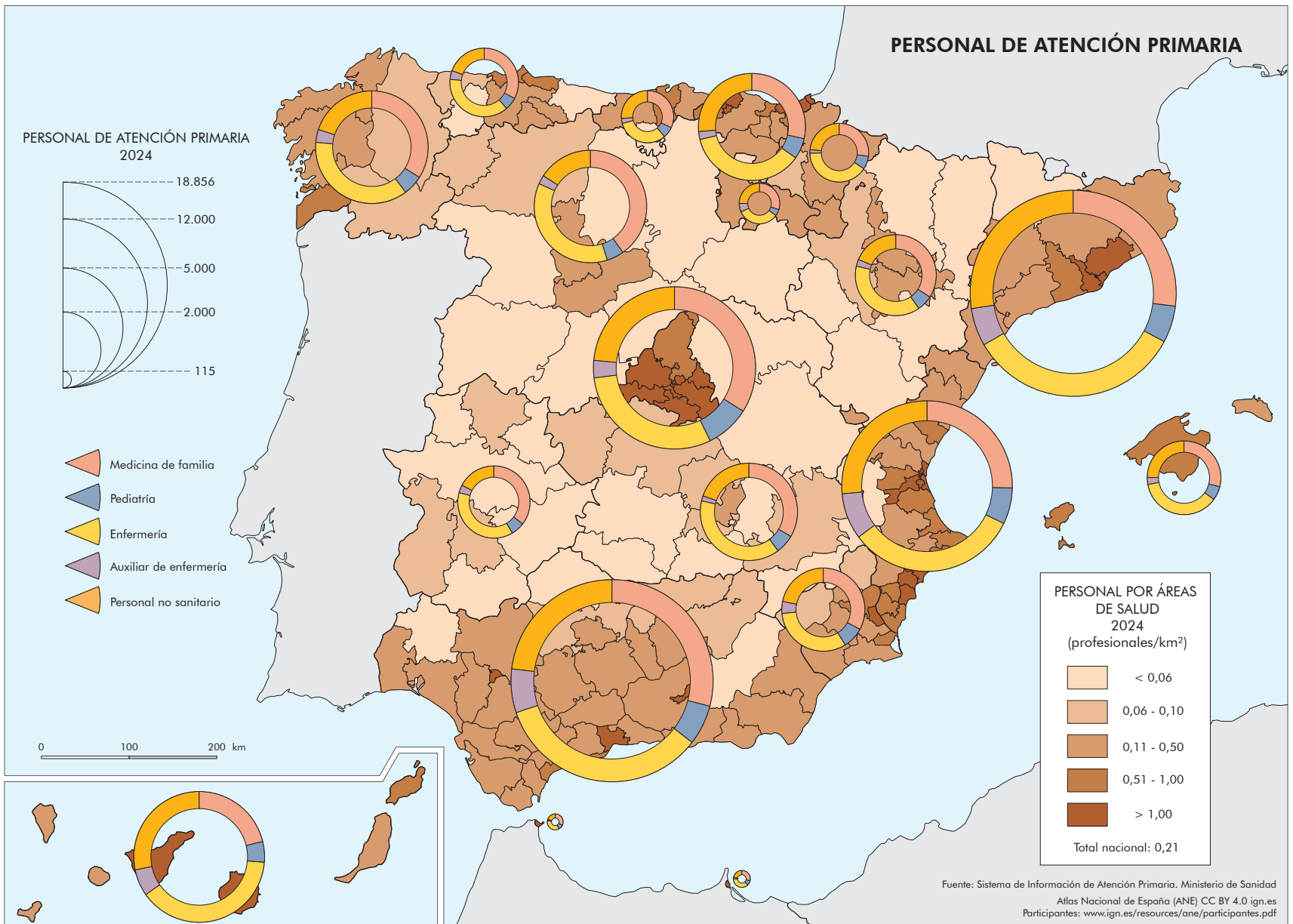
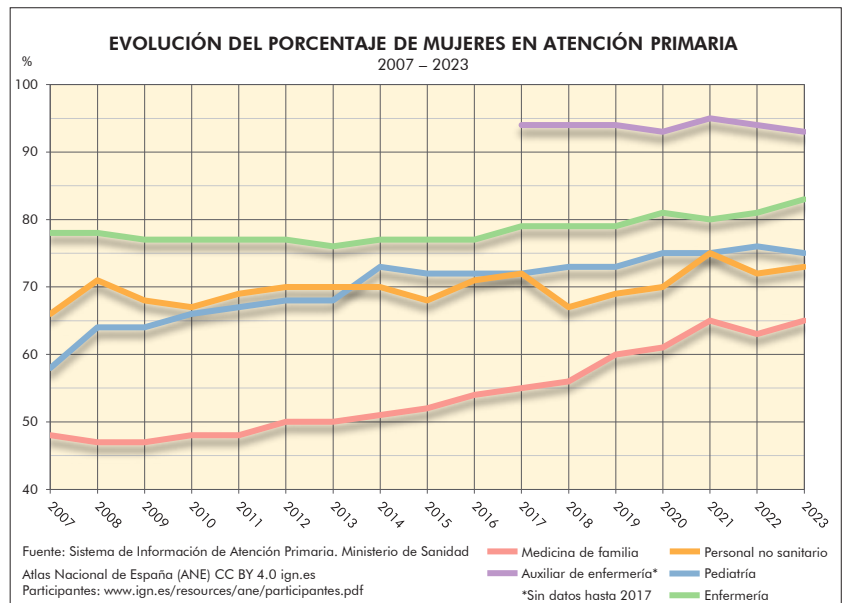
La Ley General de Sanidad y el Real Decreto 137/1984 sobre estructuras básicas de salud establecen que los Servicios de Salud de las comunidades autónomas planificarán con criterios de racionalización de los recursos, de acuerdo con las necesidades sanitarias de cada territorio. La base de la planificación será la división de todo el territorio en demarcaciones geográficas: áreas de salud y zonas de salud. La ordenación territorial de los servicios es competencia de las comunidades autónomas y se basará en la aplicación de un concepto integrado de atención a la salud.

Las **áreas de salud** son las estructuras fundamentales del sistema sanitario y las actividades sanitarias que se desarrollen en las mismas se prestarán desde el ámbito de la atención primaria y el de la atención especializada. Las áreas se delimitan teniendo en cuenta factores geográficos, socioeconómicos, demográficos, laborales, epidemiológicos, culturales, climatológicos y de dotación de vías y medios de comunicación. Extienden su acción a una población no inferior a 200.000 habitan-

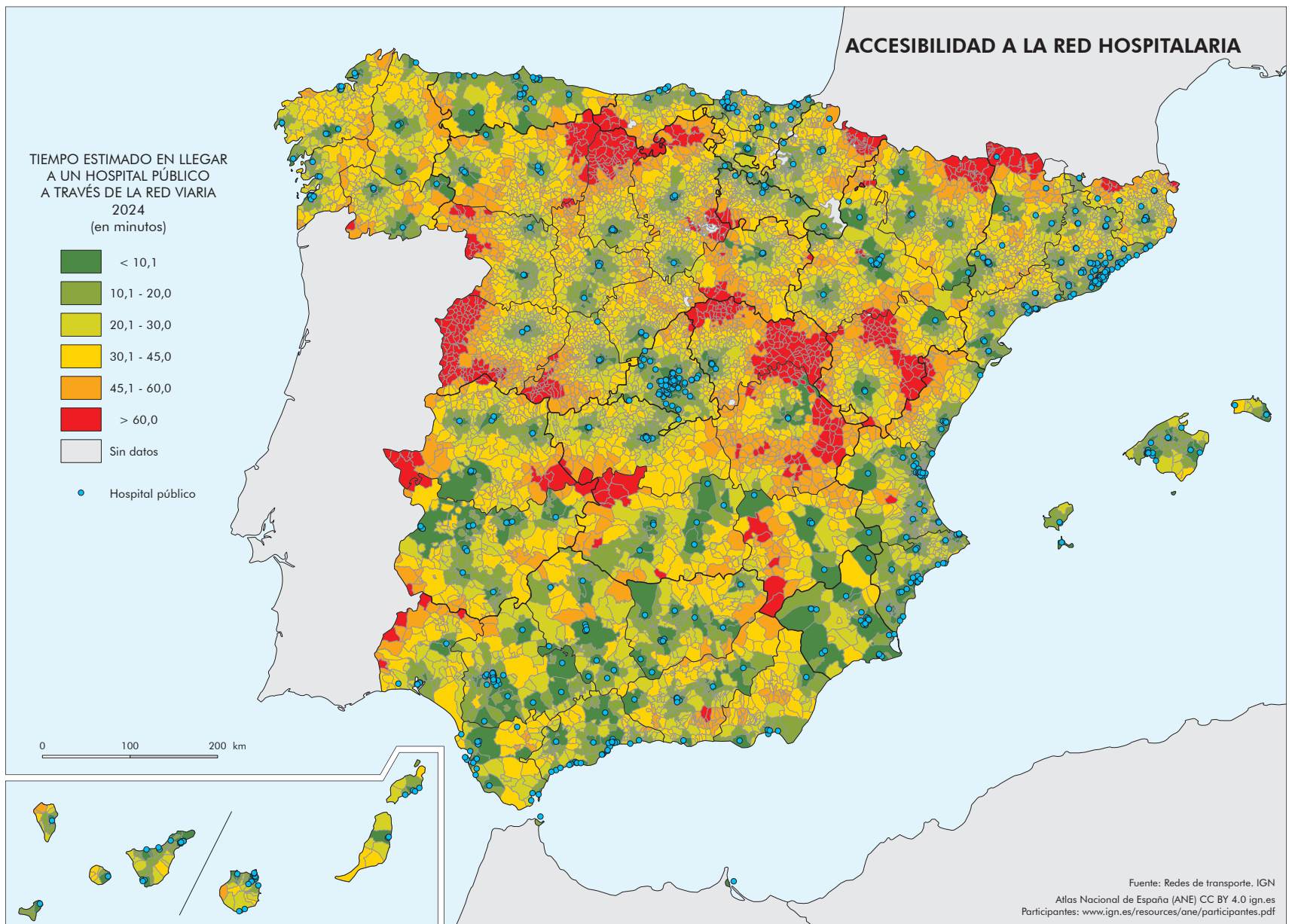
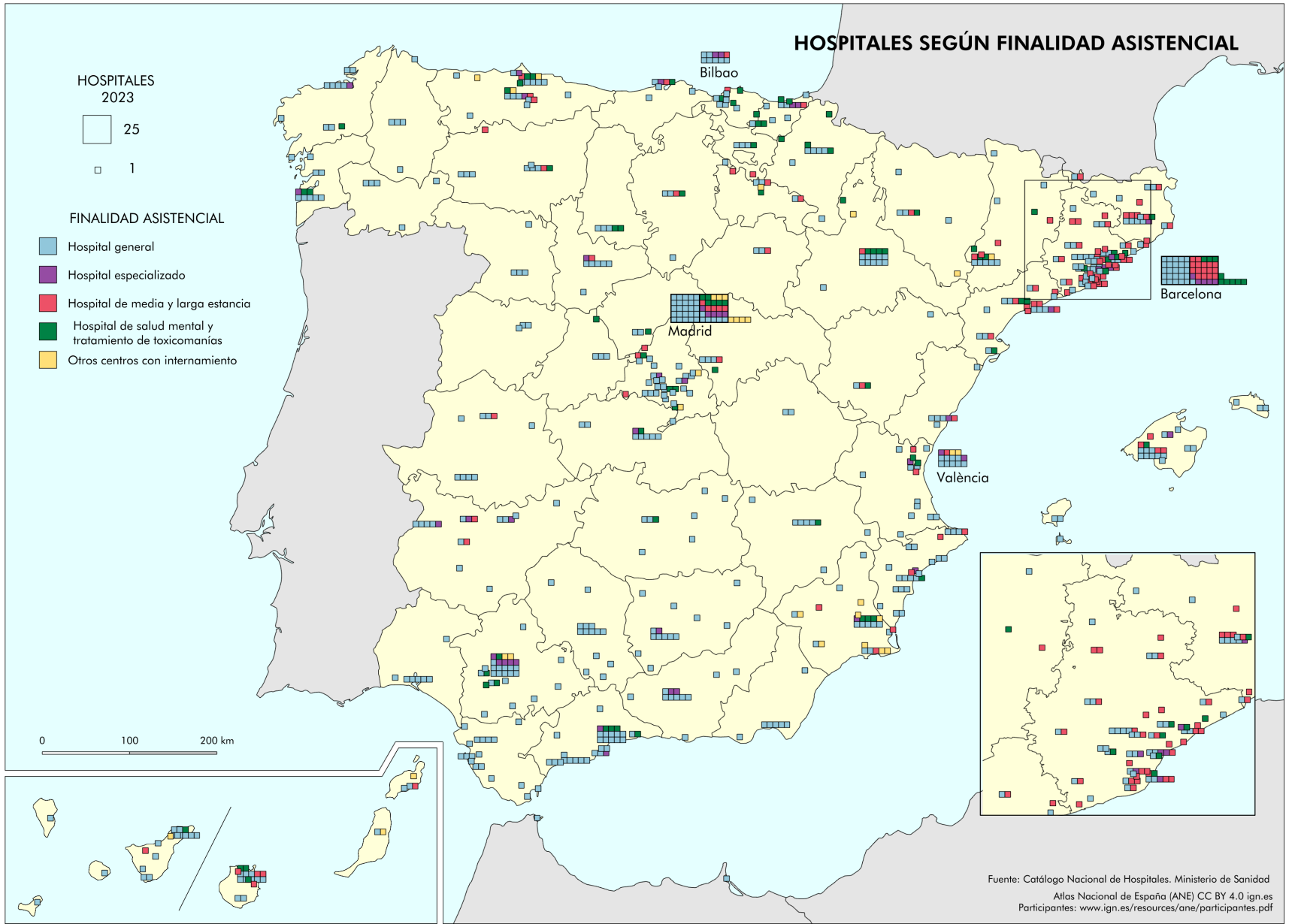
tes ni superior a 250.000. Se exceptúan de esta regla los archipiélagos de Baleares y Canarias y las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, que pueden acomodarse a sus específicas peculiaridades. En todo caso, cada provincia tiene, como mínimo, un área de salud.

Como se puede apreciar en el mapa de *Áreas de salud*, la **delimitación de las áreas de salud** no guarda relación estricta con la delimitación territorial de las provincias, aunque se aproxima bastante en algunos territorios. Tiene su razón de ser, ya que hay provincias con una gran densidad de población y un número sustancial de municipios lo que lleva a establecer varias áreas. Los casos más llamativos son la Comunitat Valenciana y Andalucía con un número alto de áreas; aunque no así Cataluña. La configuración de las áreas de salud en Asturias está condicionada por la orografía. Este mapa muestra claramente las diferencias de criterios entre comunidades autónomas. No se debe olvidar que cada área conlleva la disponibilidad de, al menos, un hospital general; aspecto que tiene implicaciones en la accesibilidad y el gasto sanitario en atención especializada y la disponibilidad de recursos humanos.

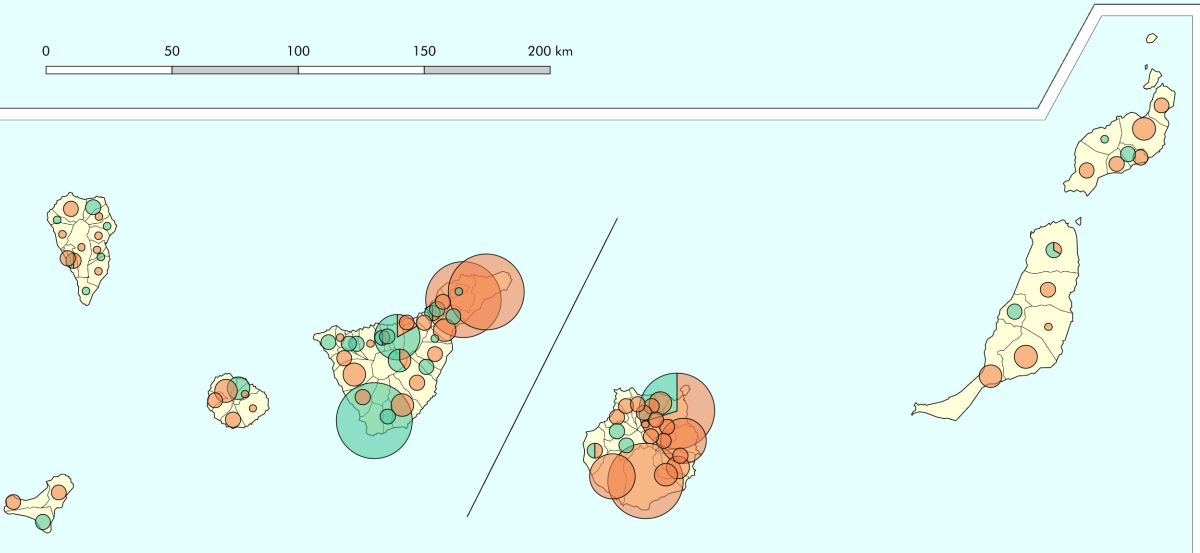
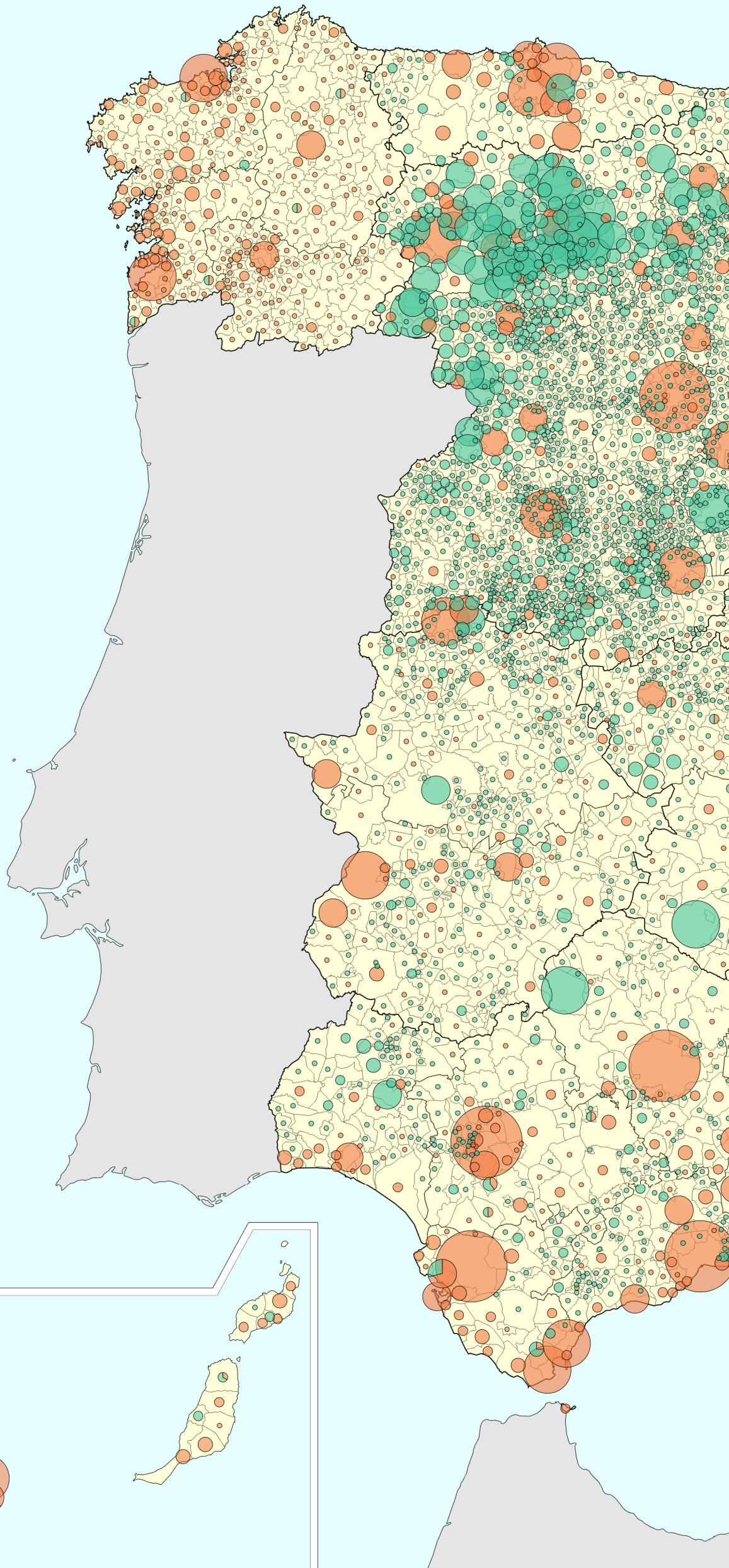
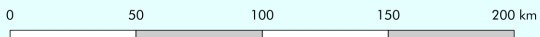
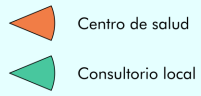
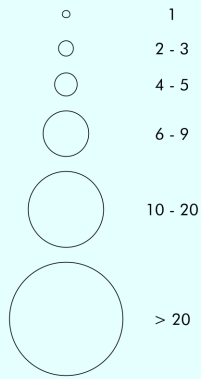
Las **zonas de salud** representan el marco territorial de la atención pri-



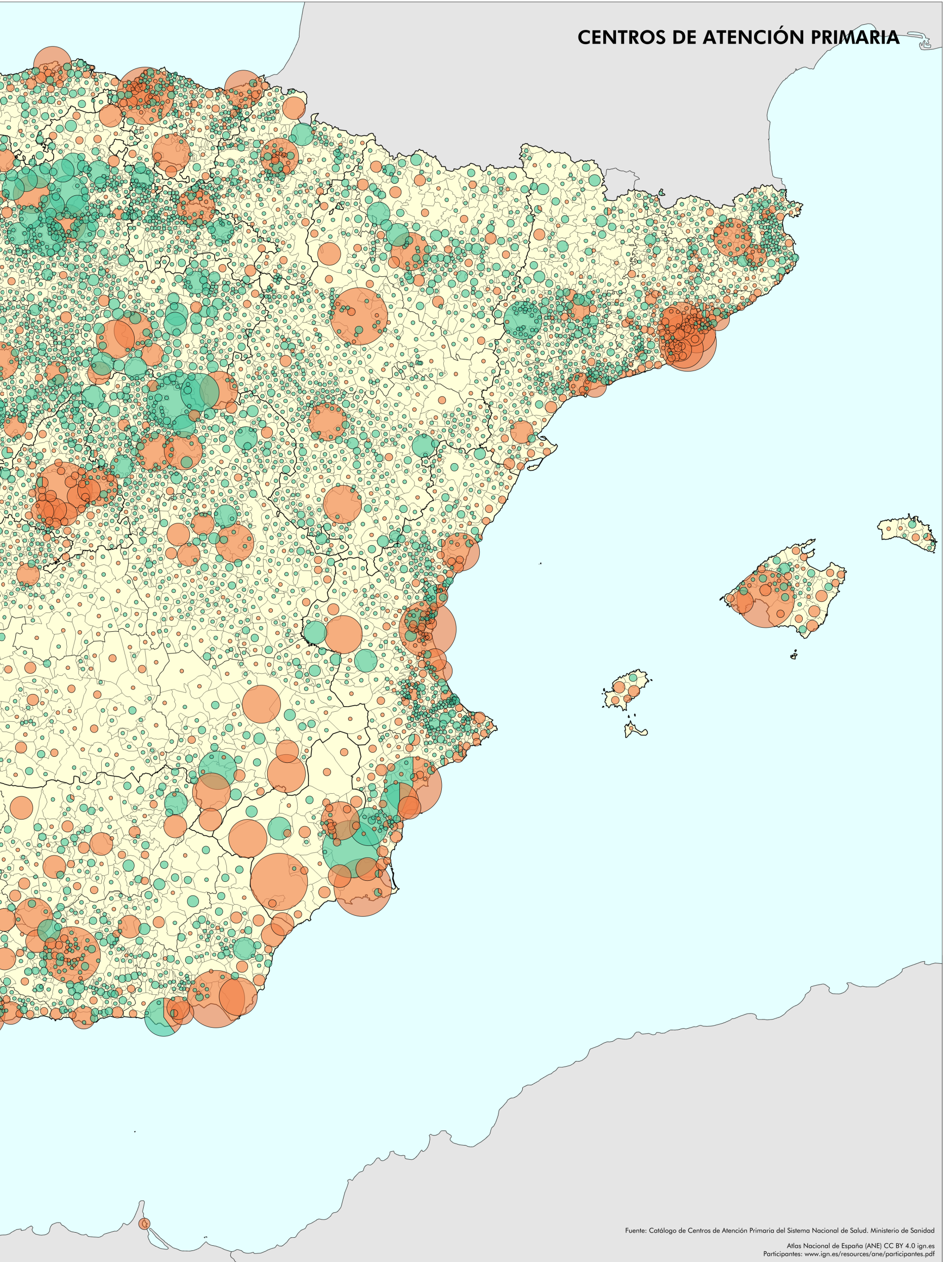




CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA  
2024



# CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA



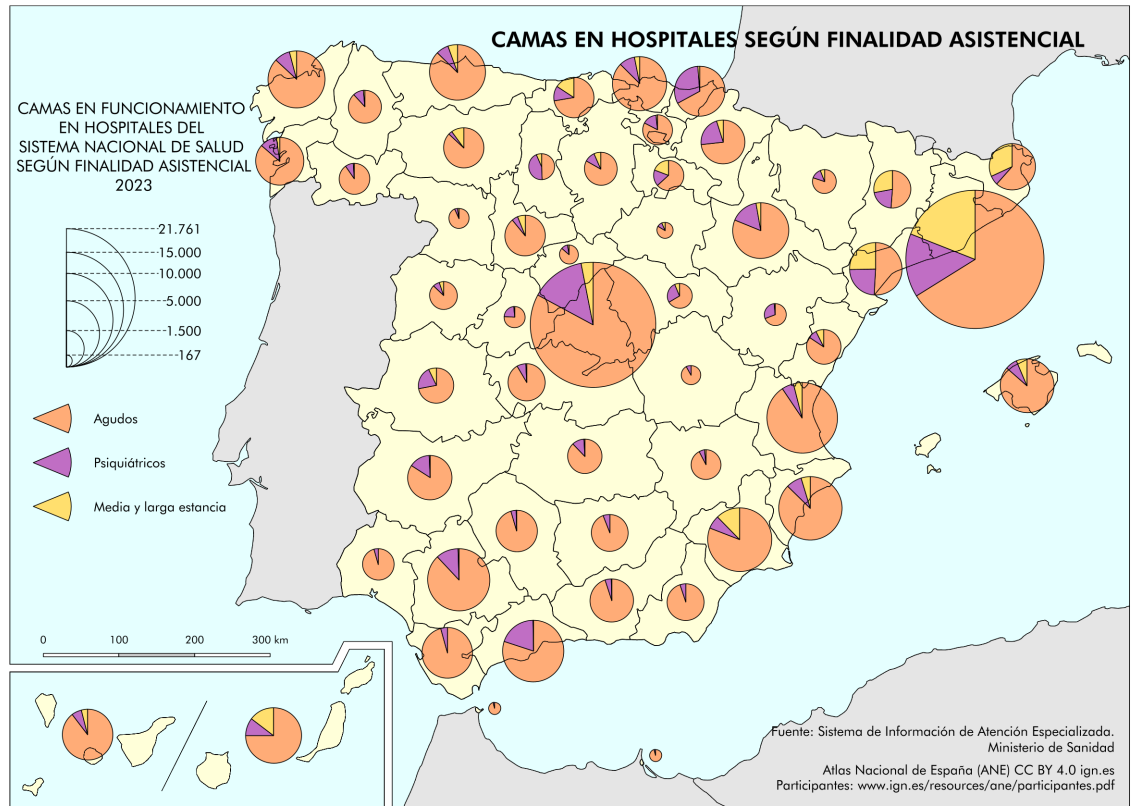
Fuente: Catálogo de Centros de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad

Atlas Nacional de España (ANE) CC BY 4.0 ign.es  
Participantes: [www.ign.es/resources/ane/participantes.pdf](http://www.ign.es/resources/ane/participantes.pdf)

La disponibilidad de camas en el SNS según su finalidad (ver mapa *Camas en hospitales según finalidad asistencial*) muestra la clara orientación del sistema hacia los procesos agudos, ya que representan el grueso de la demanda asistencial. Las comunidades de Madrid, Comunitat Valenciana, Cataluña y Andalucía concentran el mayor número de camas de agudos. Las camas para pacientes con procesos de salud mental (no pacientes agudos) y para el tratamiento de toxicomanías no tiene un patrón homogéneo en el territorio en coherencia con este tipo de hospitales. Claramente hay una desigualdad en la disponibilidad de este recurso por territorio. Más llamativo aún es la disponibilidad de camas de media y larga estancia; recurso cada vez más necesario como ya se ha mencionado. Hay una carencia global en el conjunto del sistema, pero en algunas comunidades autónomas es especialmente llamativa, como el caso de Andalucía con una generosa dotación de hospitales generales y una manifiesta carencia de hospitales de media y larga estancia. Esta carencia repercute negativamente en la efectividad, calidad y eficiencia del sistema en su conjunto, así como en la satisfacción del usuario y familiares.

Uno de los puntos débiles de nuestro SNS es la lista de espera para procedimientos quirúrgicos. La capacidad resolutoria de este grave problema está muy condicionada a la disponibilidad de **quirófanos**.

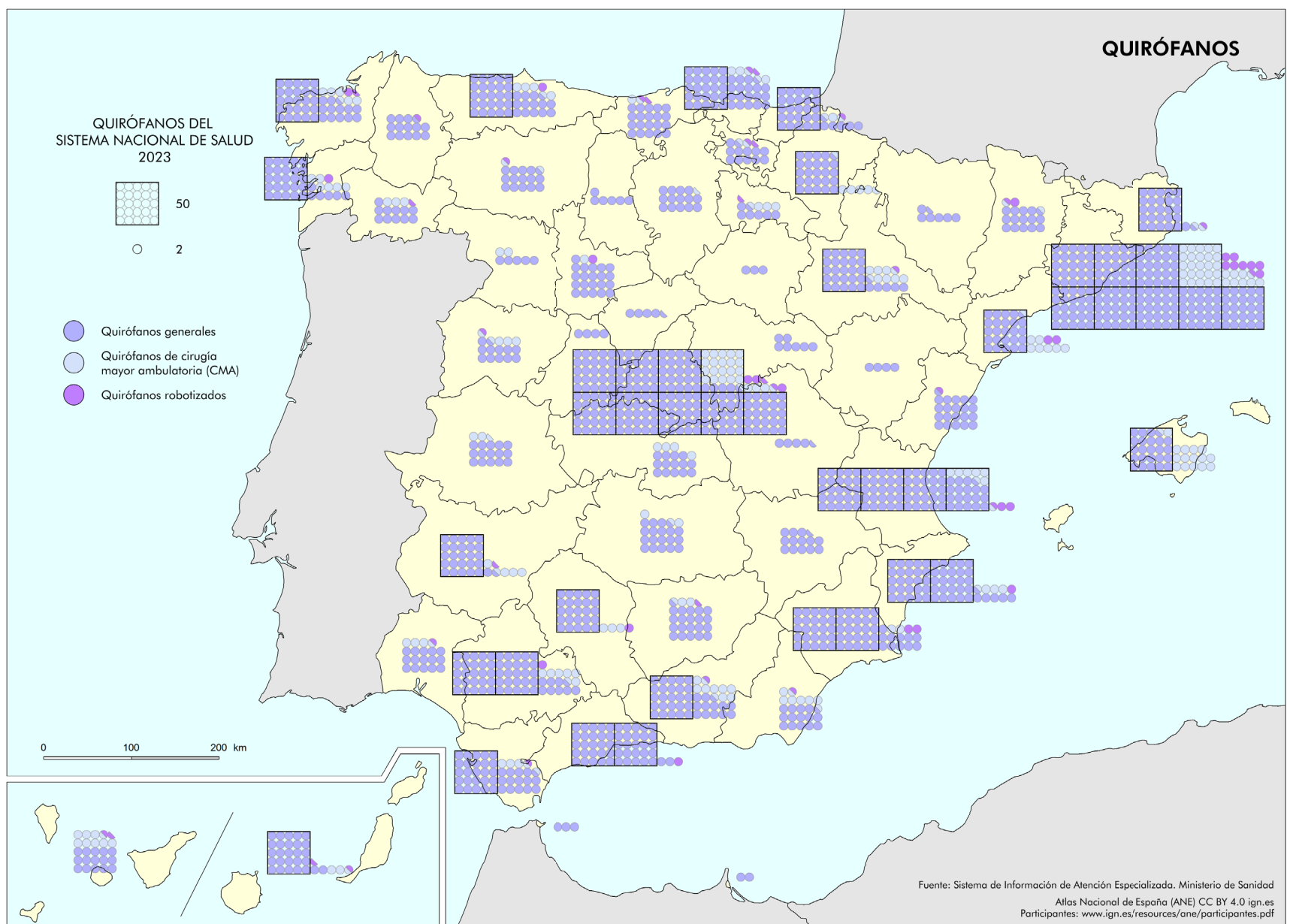
No obstante, claramente se identifican diferencias llamativas entre unas comunidades en el número global de quirófanos, destacando en particular la amplia dotación en comunidades como Cataluña, Madrid o Andalucía. Un dato



importante a tener en cuenta es el número de quirófanos robotizados, ya que supone una mejora en la calidad y seguridad en determinados procesos quirúrgicos. Las diferencias son también sustanciales. En el momento actual, donde la atención especializada se focaliza en incrementar los procesos ambulatorios, la foto de los quirófanos no estaría completa sin una visión de la presencia de la cirugía mayor ambulatoria (procesos quirúrgicos sin necesidad de ingreso del paciente), que representa una mejora en la efectividad, eficiencia y satisfacción del pacien-

te con el proceso quirúrgico. Se observa cómo Cataluña potencia esta modalidad asistencial; en el polo opuesto se encuentran los centros dependientes de INGESA (Ceuta y Melilla), que no disponen de la misma (tampoco de quirófano robotizado).

Un dato importante a tener en cuenta es el número de quirófanos robotizados, ya que supone una mejora en la calidad y seguridad en determinados procesos quirúrgicos: menos complicaciones, menos dolor y pérdida de sangre, hospitalización más breve con una recuperación

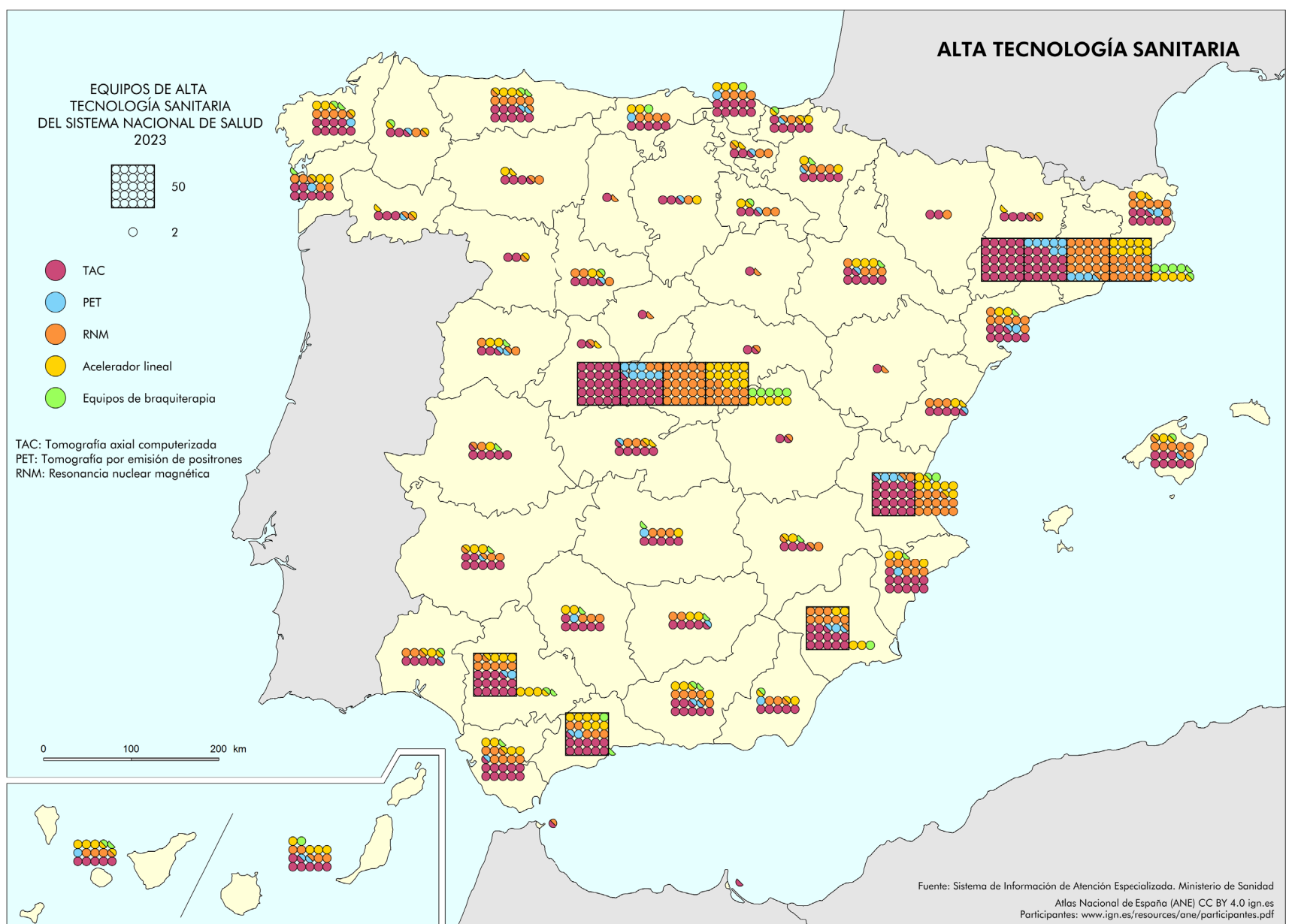


más rápida y con cicatrices de menores dimensiones y menos visibles. Además, disponer de esta tecnología abre la puerta a la implantación de la telecirugía robótica, donde el paciente es intervenido por un cirujano que puede estar localizado a miles de kilómetros en otro centro hospitalario. En España ya hay experiencias recientes, aunque son puntuales. Las oportunidades que puede dar a los hospitales alejados de los grandes centros hospitalarios van a suponer un revulsivo organizativo y asistencial.

La disponibilidad de equipos de alta tecnología sanitaria ha dado un cambio sustancial en el SNS en los últimos años gracias a la disponibilidad de fondos específicos para la renovación tecnológica. Prácticamente en todas las provincias se dispone de un acelerador lineal (especialmente utilizados en el tratamiento de procesos tumorales). La disponibilidad de equipos de tomografía por emisión de positrones (PET) –tecnología diagnóstica- no es tan amplia, pero todas las comunidades autónomas disponen al menos de un equipo. Otras pruebas de imagen como la resonancia magnética o el escáner (TC) están disponibles en todas las provincias; este tipo de pruebas representan la base de gran parte de los diagnósticos médicos. Un dato importante es que los centros hospitalarios que dependen de INGESA tienen una dotación muy reducida y limitada a equipos de radiodiagnóstico (Melilla, por ejemplo, no cuenta con equipos de resonancia magnética); es decir, que los habitantes de estas ciudades autónomas necesitan desplazarse a la Península para tratamientos de oncología radioterápica (aceleradores y braquiterapia) o para pruebas de PET, puesto que tampoco hay cobertura privada.

## Cirugía robótica avanzada

Están ya implementados en el Sistema Nacional de Salud sistemas quirúrgicos basados en tecnología robótica que permiten realizar cirugías mínimamente invasivas. El cirujano controla los brazos robóticos, insertados en el paciente a través de pequeñas incisiones, desde una consola con visión 3D de alta definición. De esta forma, se logra una precisión milimétrica y se consigue que la persona tenga menos dolor, menor riesgo de infección y una recuperación más rápida y, por lo tanto, una menor estancia hospitalaria. Áreas como la urología, ginecología, cirugía general y del aparato digestivo, así como la artroplastia de cadera o rodilla son claros candidatos a la cirugía robótica.



## Experiencia del paciente

La experiencia del paciente constituye una ventana directa al funcionamiento real del sistema sanitario: permite saber si las citas se obtienen con rapidez, si las explicaciones de los profesionales se entienden y si el trato es respetuoso. Incorporar esa voz permite identificar carencias en la atención que los indicadores convencionales no detectan y facilita comparaciones entre territorios.

En España, la **satisfacción global con el sistema sanitario público**, medida en una escala de 1 a 10, es de 6,27. Asturias, Cantabria, Navarra, Murcia e Illes Balears obtienen las mejores notas, mientras que Canarias y Andalucía registran las más bajas (por debajo de 6,11).

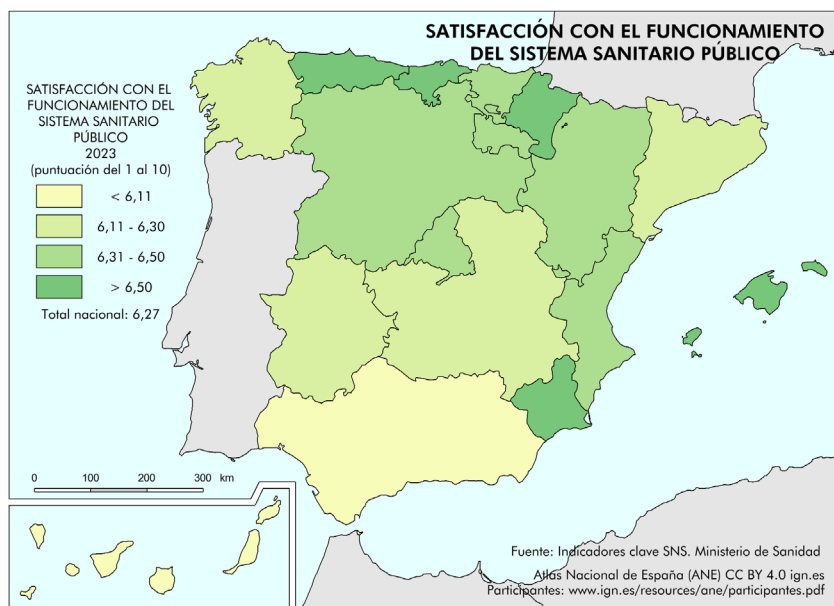
El análisis distingue entre atención primaria (AP) y atención especializada (AE). El 81,7%

de los usuarios valora positivamente la AP y el 82,8% la AE, pero los patrones territoriales varían: en AP destacan Asturias, Navarra, La Rioja, Madrid y Murcia, en tanto que Cataluña, Illes Balears, Castilla-La Mancha y Andalucía se sitúan por debajo de la media. En AE lideran Galicia, Asturias y Navarra; las valoraciones más discretas corresponden a País Vasco, La Rioja, Illes Balears, Comunitat Valenciana y Andalucía.

La participación del paciente en las decisiones sobre su salud, otro indicador crítico, presenta un mapa muy parecido a los anteriores: Asturias, Navarra y Aragón encabezan la satisfacción tanto en AP como en AE, mientras que Castilla-La Mancha, Andalucía e Illes Balears cierran la clasificación.

En conjunto, si bien la satisfacción con el sistema sanitario público español es buena,

los cuatro indicadores revelan importantes diferencias territoriales. Se observa, en términos generales, un patrón norte-sur, en el que la satisfacción con el sistema sanitario es mayor en la zona norte de España, y menor en las comunidades autónomas del sur. Sería necesario estudiar qué factores condicionan la satisfacción. Algunos de los factores más importantes que pueden condicionarla son, entre otros, los recursos existentes, la accesibilidad al sistema sanitario, por ejemplo, las listas de espera, y la continuidad y longitudinalidad asistencial, definidos como la coordinación fluida entre los distintos niveles y profesionales sanitarios para que la atención del paciente no se interrumpa (continuidad) y el seguimiento de un mismo paciente por el mismo médico o equipo a lo largo del tiempo (longitudinalidad).

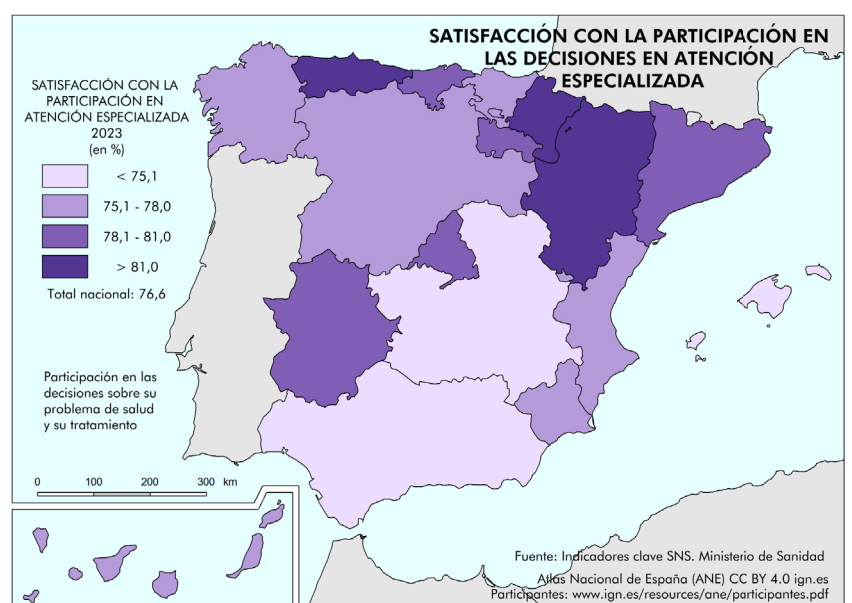
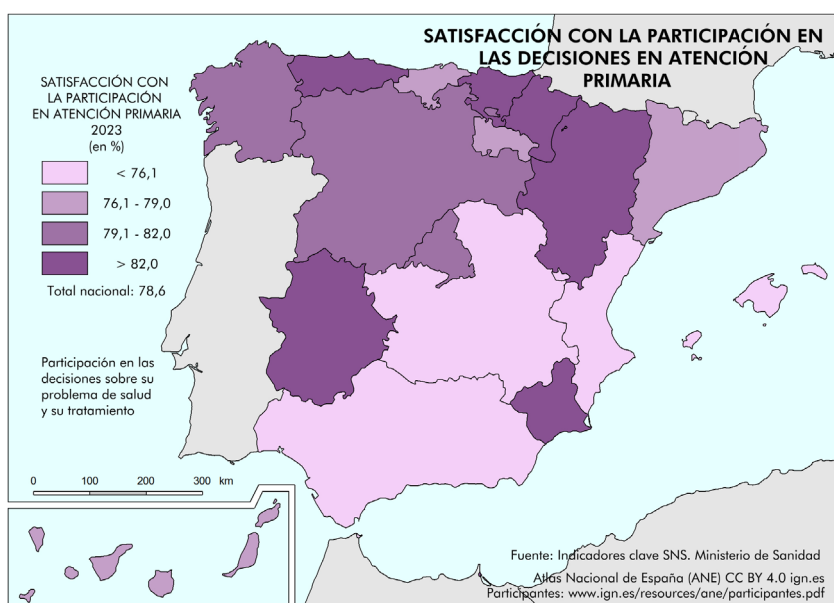
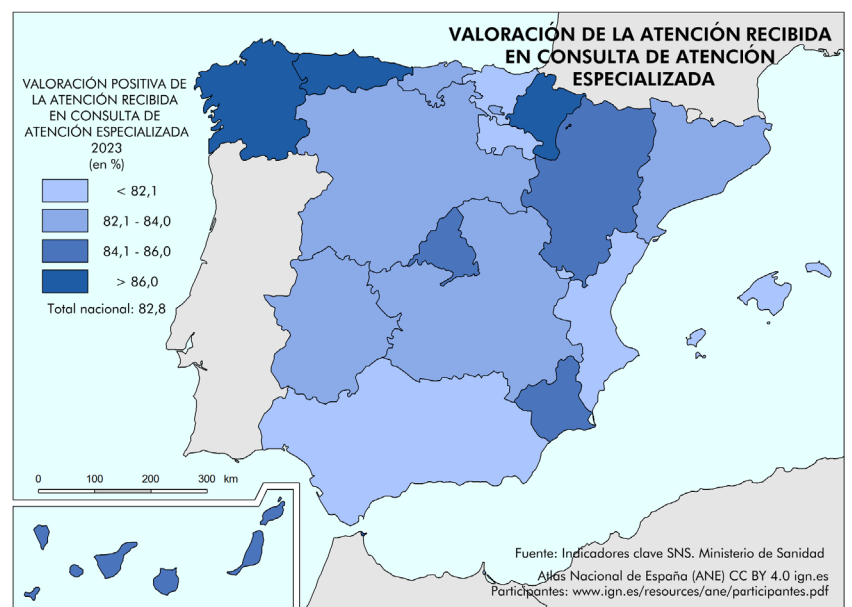
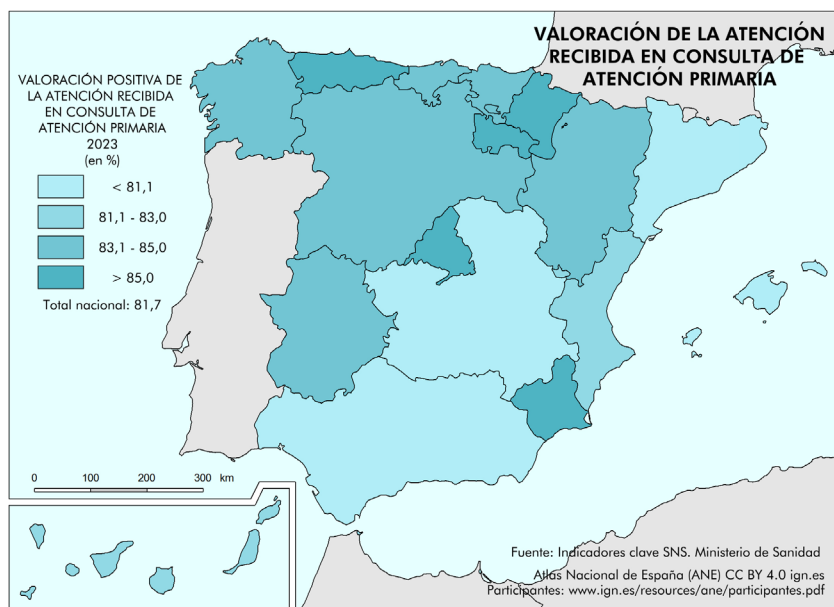


**Experiencia del paciente:** es la percepción que tienen las personas sobre cómo funciona el sistema sanitario. Incluye aspectos como la facilidad para conseguir una cita, la claridad de las explicaciones médicas o el trato recibido por parte del personal sanitario.

**Satisfacción con el sistema sanitario:** refleja el grado de conformidad de los ciudadanos con los servicios de salud que reciben. En España, se mide en una escala de 1 a 10.

**Participación del paciente:** hace referencia al grado en que las personas se sienten implicadas en la toma de decisiones sobre su propia salud.

**Accesibilidad sanitaria:** facilidad con la que las personas pueden utilizar los servicios de salud cuando los necesitan, sin barreras geográficas, económicas, administrativas o culturales.



## Accesibilidad

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), el **derecho a la salud** es "el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental". Para que este derecho a la salud sea una realidad, uno de los elementos fundamentales a garantizar es la accesibilidad de las personas al sistema sanitario.

La **accesibilidad en salud** implica que cualquier persona pueda utilizar los servicios médicos sin que existan obstáculos para ello. Así, los servicios sanitarios deben estar al alcance de toda la población, evitando cualquier discriminación, y considerando tanto el acceso físico como el económico. En la práctica esto implica que haya suficientes centros de salud cerca de la población y que el coste de la asistencia sea asequible. Cuando el sistema sanitario es accesible, todas las personas pueden recibir la atención necesaria en el momento preciso. Esto mejora la salud general de la población y evita que algunos grupos sociales queden excluidos del sistema por motivos económicos, sociales o culturales, reduciendo la aparición de desigualdades.

Sin embargo, y pese a su evidente importancia, existen algunos factores que pueden dificultar la accesibilidad al sistema sanitario. Así, **entre las barreras más comunes se encuentran las barreras geográficas** (por ejemplo, cuando los centros sanitarios están muy lejos de determinados núcleos de población o existen en pocas zonas y obligan a las personas a desplazarse), económicas (cuando el coste de la atención es elevado, lo que puede impedir que una persona vaya a la consulta médica o

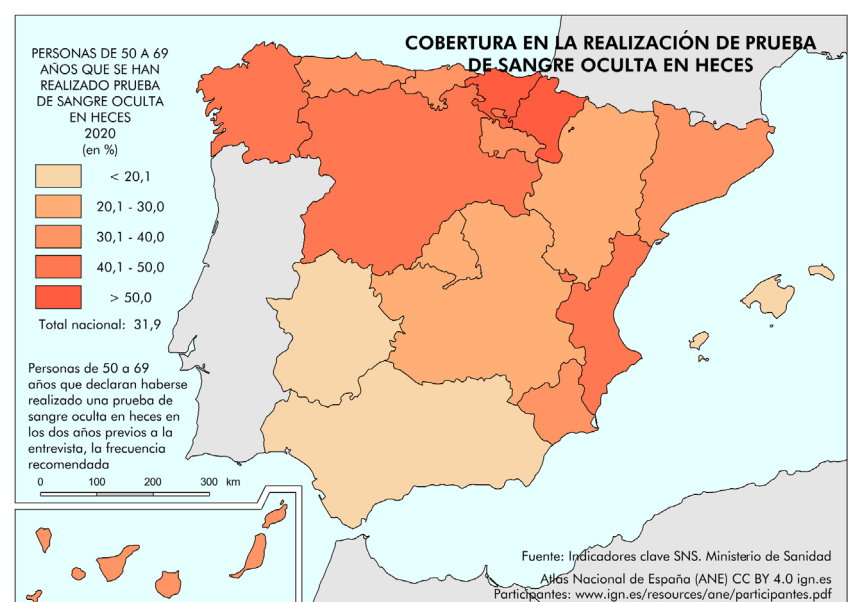
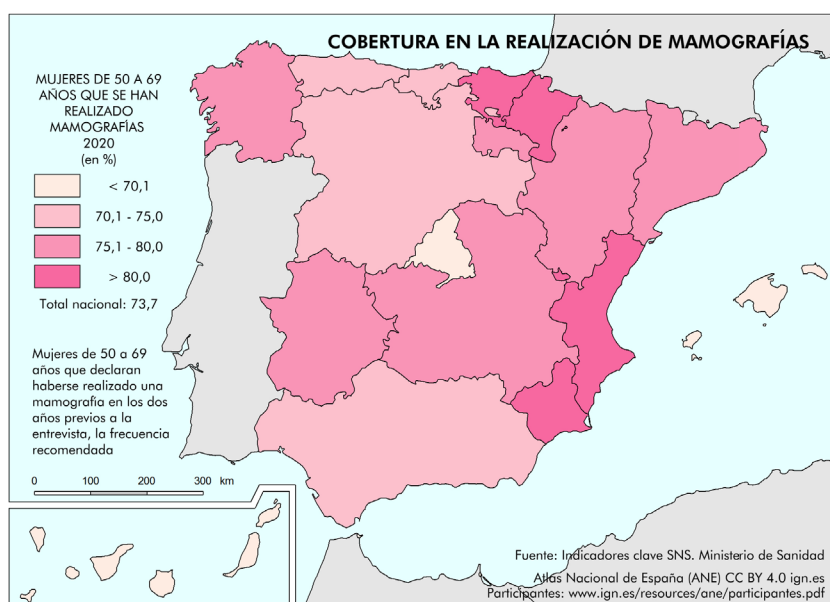
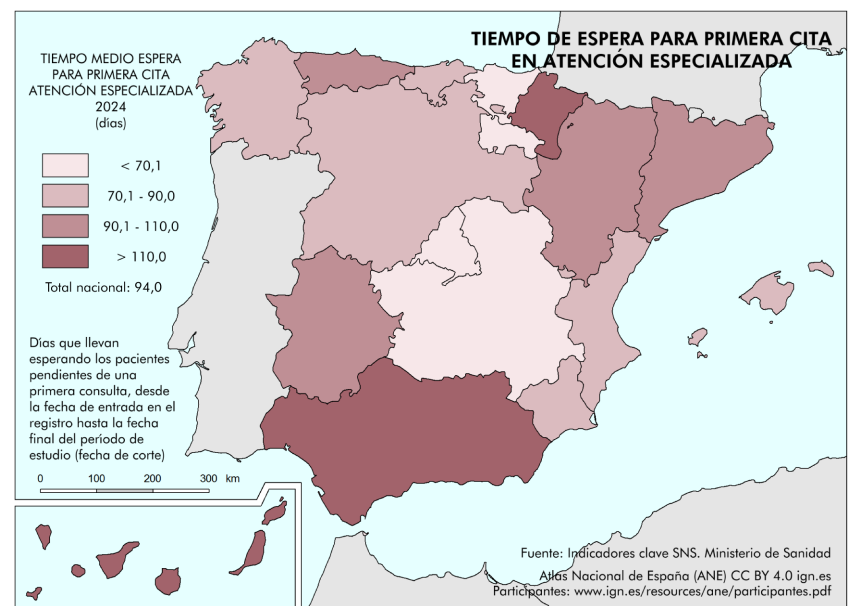
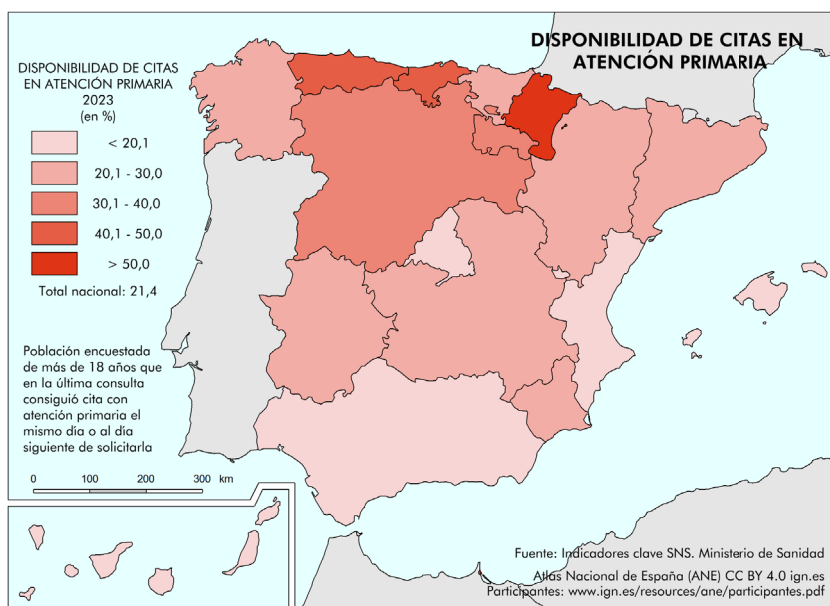
siga un tratamiento determinado), barreras organizativas o administrativas (en situaciones en las que los trámites para lograr recibir atención son complicados, existen horarios limitados o falta de suficiente personal sanitario para garantizar una atención adecuada), culturales o lingüísticas (barreras de idioma, creencias diferentes o desconfianza en el sistema de salud) o barreras digitales (cuando las personas no tienen acceso a internet o carecen de las habilidades tecnológicas necesarias para usar servicios de salud en línea, lo que puede dificultar pedir citas por internet o recibir recetas electrónicas, entre otras).

Estos obstáculos son visibles al observar dos indicadores clave: la *Disponibilidad de citas en atención primaria* y el *Tiempo de espera para la primera cita en atención especializada*. El primer mapa muestra que en Navarra más de la mitad de la población logra ser atendida por su médico de familia el mismo día o al siguiente. Asturias y Cantabria se sitúan un poco por detrás, mientras que Madrid, Comunitat Valenciana, Illes Balears, Andalucía y Canarias presentan tasas inferiores al 20%, lo que evidencia una accesibilidad notablemente menor. El segundo indicador revela que el País Vasco, La Rioja, Madrid y Castilla-La Mancha mantienen una demora media inferior a setenta días para ver al especialista, en contraste con los más de ciento diez días registrados en Navarra, Andalucía y Canarias. Conviene remarcar que estos datos corresponden a promedios que pueden enmascarar diferencias internas tanto entre territorios como entre hospitales y especialidades.

Però la accesibilidad no se limita al tratamiento de la enfermedad: también debe garantizar la

prevención mediante **programas de cribado**. Los programas de cribado son revisiones periódicas que se ofrecen a personas sanas para detectar una enfermedad antes de que aparezcan los síntomas. Algunos ejemplos de cribado son la realización de mamografías para detectar de forma precoz el cáncer de mama o los test de sangre oculta en heces para realizar un diagnóstico de cáncer de colon. Los cribados son importantes porque al realizar un diagnóstico temprano de la enfermedad ésta se puede tratar antes, aumentando así las probabilidades de curación y reduciendo la aparición de complicaciones graves.

El cribado de cáncer de mama, iniciado en los años noventa, ofrece una mamografía bienal a mujeres de entre cincuenta y sesenta y nueve años. Más del 80% de las residentes en País Vasco, Navarra, Comunitat Valenciana y Murcia han participado en los dos últimos años en este cribado, frente a las cifras inferiores al 70% de Madrid, Illes Balears y Canarias. No obstante, solo se incluyen en este mapa las mamografías realizadas en el sistema público. Si se incluyeran las realizadas en el sector privado esta brecha podría reducirse, especialmente en regiones con alta cobertura de seguros privados como Madrid y Cataluña. El cribado de cáncer colorrectal, incorporado en 2014, envía cada dos años un kit de sangre oculta en heces a la población de cincuenta a sesenta y nueve años. Navarra y el País Vasco superan el 50% de cobertura, mientras que Extremadura y Andalucía no alcanzan el 20%. Esto indica que, pese a que es un programa cada vez más generalizado y que aspira a la universalidad, todavía se está trabajando en su implementación.



## Determinantes de la salud

En 1974, el Ministerio de Sanidad canadiense, dirigido por Marc Lalonde, publicó *A New Perspective on the Health of Canadians*. Este informe identificó cuatro grandes determinantes de la salud: biología humana, medio ambiente, estilos de vida y sistema sanitario. La biología comprende herencia genética, el sexo, la edad o el envejecimiento y la susceptibilidad individual. El medio ambiente incluye calidad del aire, ruido, seguridad vial, zonas verdes, cambio climático y entorno social (redes de apoyo, cohesión, violencia), entre otros. Los estilos de vida son aquellos comportamientos que adoptan las personas, abarcando aspectos como el consumo de tabaco y alcohol, la alimentación, o la actividad física. Finalmente, el sistema sanitario, en el que influyen aspectos como su financiación, accesibilidad, calidad y estructura del sistema. El modelo Lalonde evidenció que la salud no depende solo de la genética y del sistema sanitario, y por tanto las políticas para mejorar la salud han de ser intersectoriales.

La Organización Mundial de la Salud amplió esta perspectiva con la definición de los **determinantes sociales**, que son las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. La **Comisión para Reducir las Desigualdades en Salud en España** en 2010 organizó estos determinantes sociales en dos niveles. Los determinantes estructurales engloban el contexto socioeconómico-político y los ejes de desigualdad (clase social, género, edad, etnia, territorio) que distribuyen poder y recursos en la sociedad. Los intermedios abarcan recursos materiales, sistema sanitario y factores psicosociales, que a su vez influyen sobre biología y

conductas. La interacción de estos elementos genera **desigualdades en salud**, esto es, diferencias en salud innecesarias, injustas y evitables. La medición de las desigualdades es fundamental para identificar poblaciones en situación de mayor vulnerabilidad y mejorar sus condiciones.

En España se puede observar una importante variabilidad territorial en la distribución de distintos determinantes de la salud. Unos de estos determinantes sociales son el nivel educativo y los ingresos. La población con estudios básicos e inferiores y con bajos ingresos presenta un marcado gradiente norte-sur. Las comunidades septentrionales, salvo excepciones, presentan menores porcentajes de población con estudios básicos o inferiores y con ingresos por unidad de consumo inferiores a 5.000 €. En cuanto a las islas, si bien Illes Balears y Canarias tienen porcentajes similares de población con estudios básicos o inferiores, el porcentaje de población con bajos ingresos en Canarias es muy superior al de Illes Balears. Resulta importante conocer esta distribución porque el nivel de estudios y los ingresos económicos determinan el estado de salud de la población, teniendo aquellas personas con bajo nivel de estudios y bajos ingresos un peor nivel de salud.

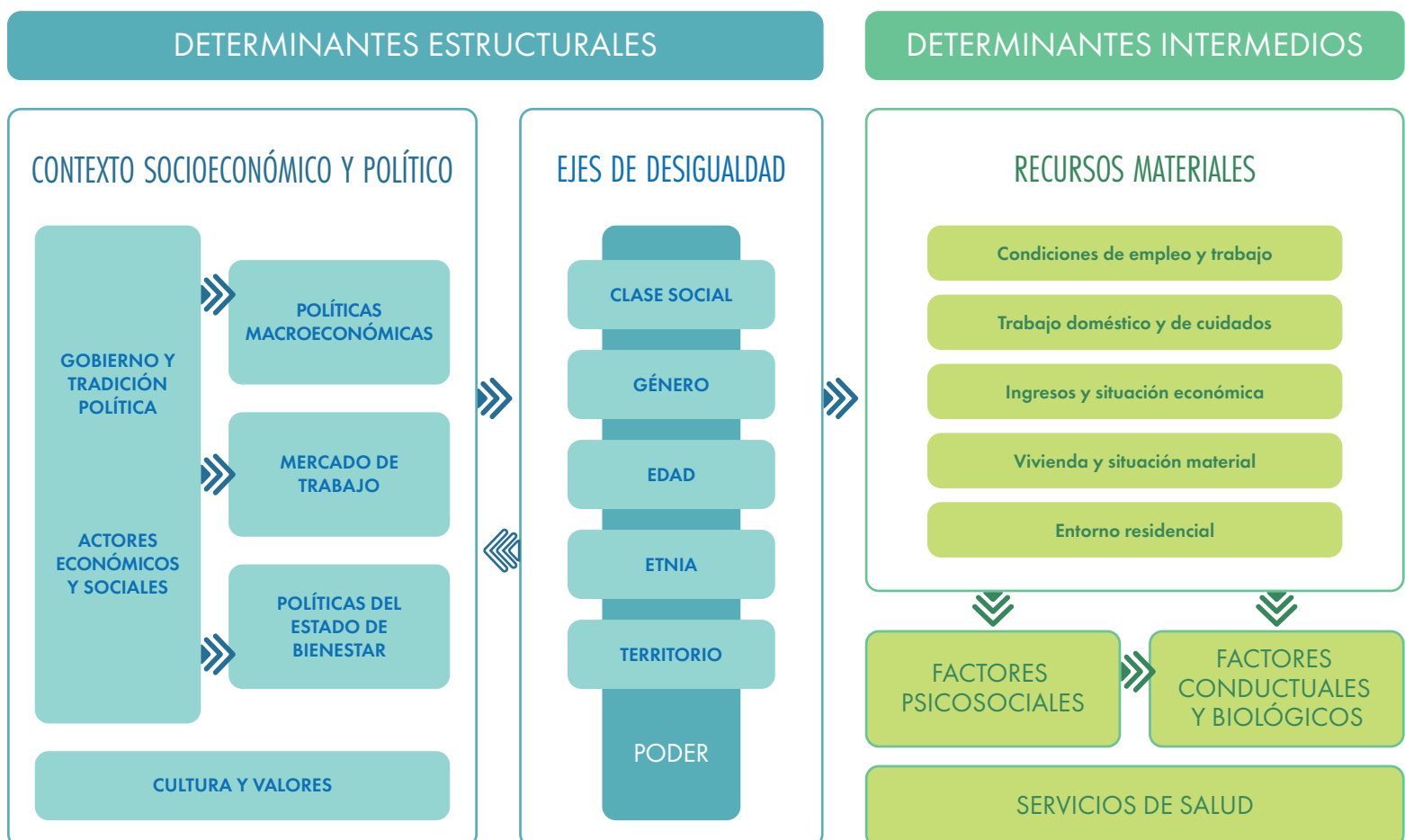
Los **factores ambientales** también varían en España. Entre el 25% y el 35% de la ciudadanía de Comunitat Valenciana, Castilla-La Mancha, Madrid y Andalucía, y más del 35% en Canarias e Illes Balears, declara no disponer de zonas verdes urbanas, mientras que la carencia afecta a menos del 15% en Galicia, Asturias, Navarra y Extremadura. Los umbrales térmicos que disparan la morbilidad tampoco son uniformes: superan los 36,1 °C en áreas

de Aragón, Extremadura, Castilla-La Mancha y Andalucía, pero bajan de 28,1 °C en zonas del norte, por lo que los planes frente al calor deben adaptarse al contexto local. Aspectos como las zonas verdes y los umbrales de temperatura máxima de impacto en salud también afectan a la salud.

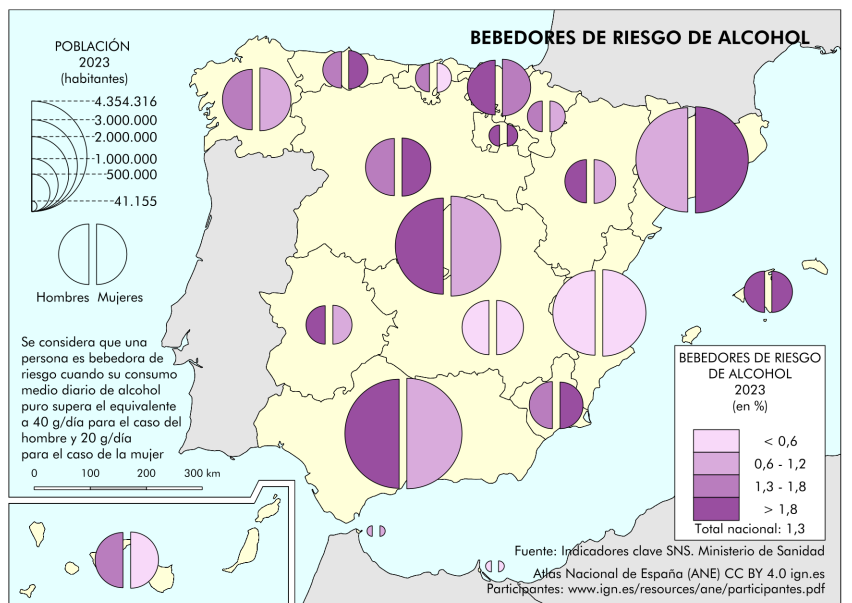
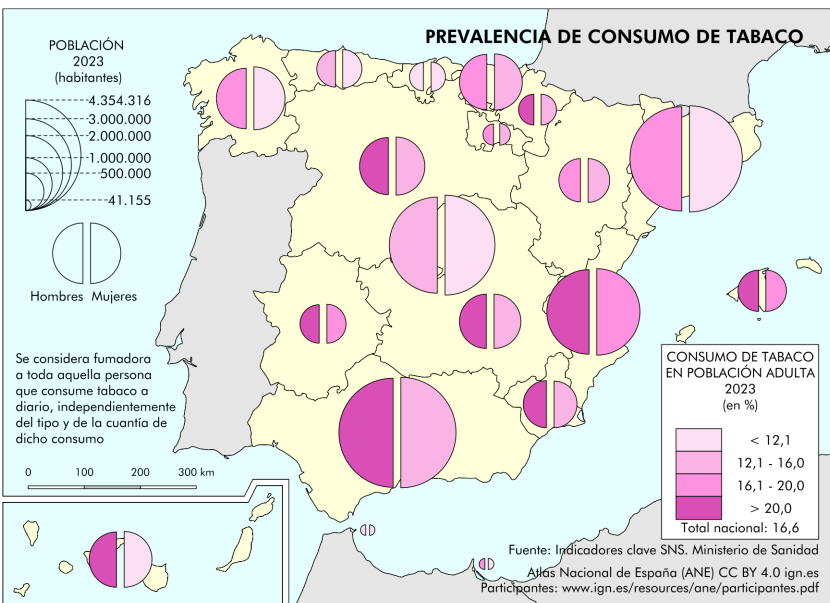
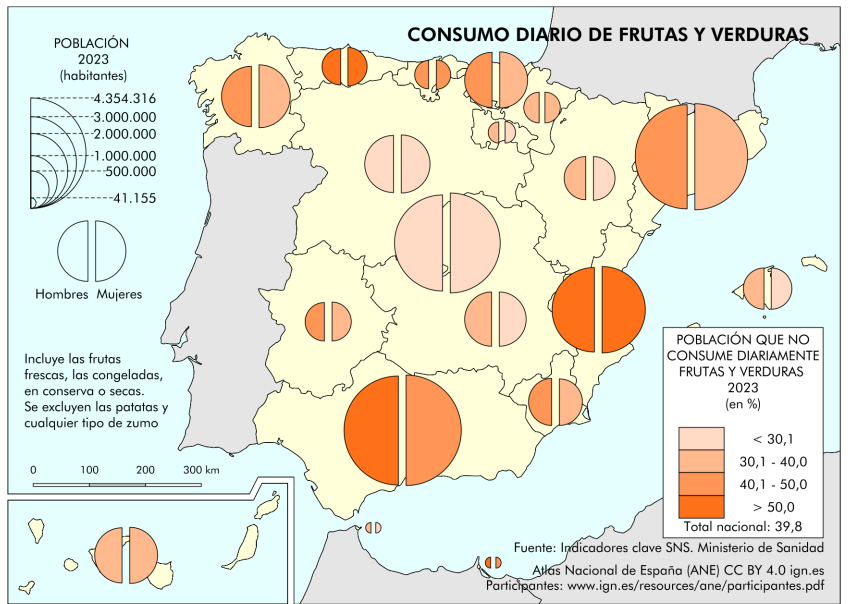
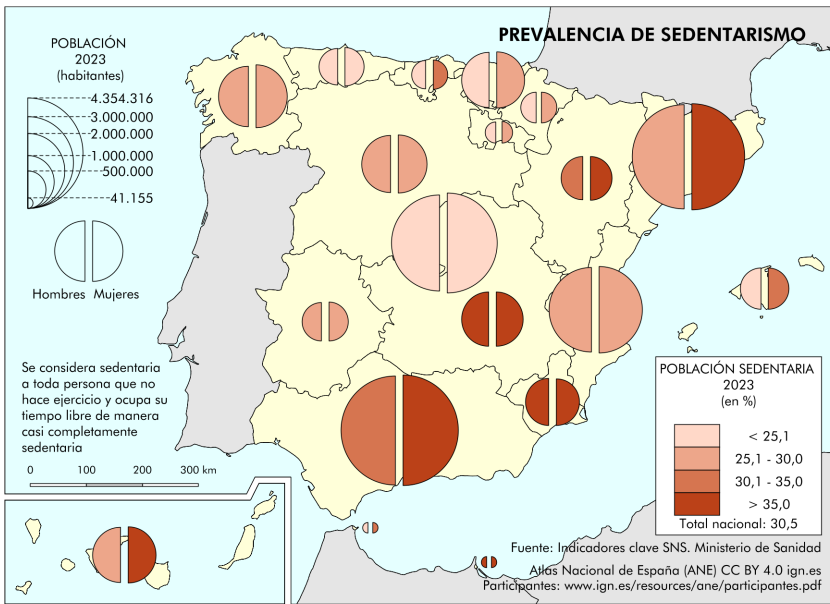
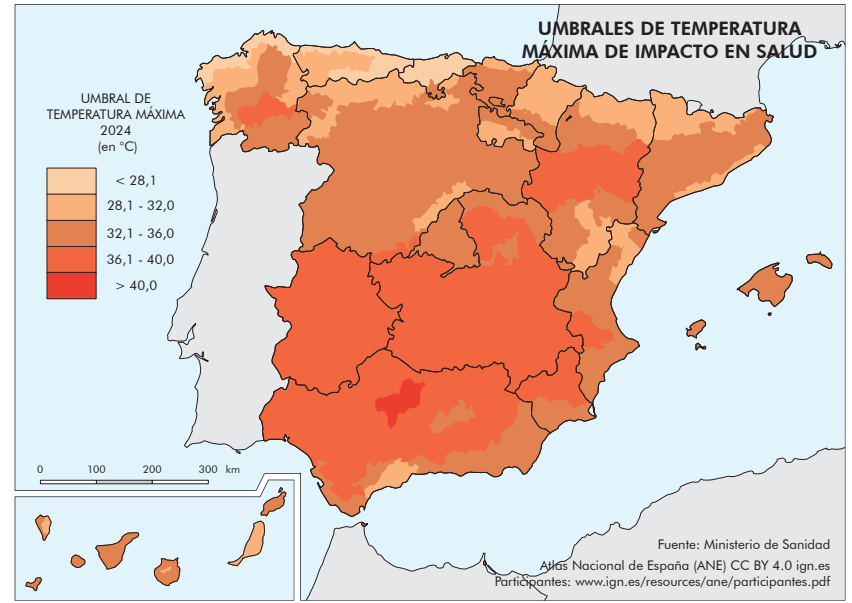
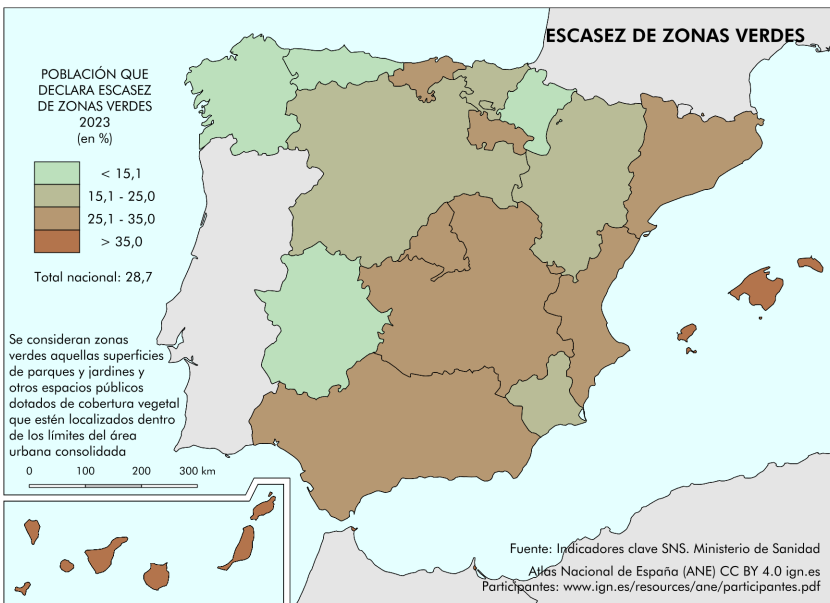
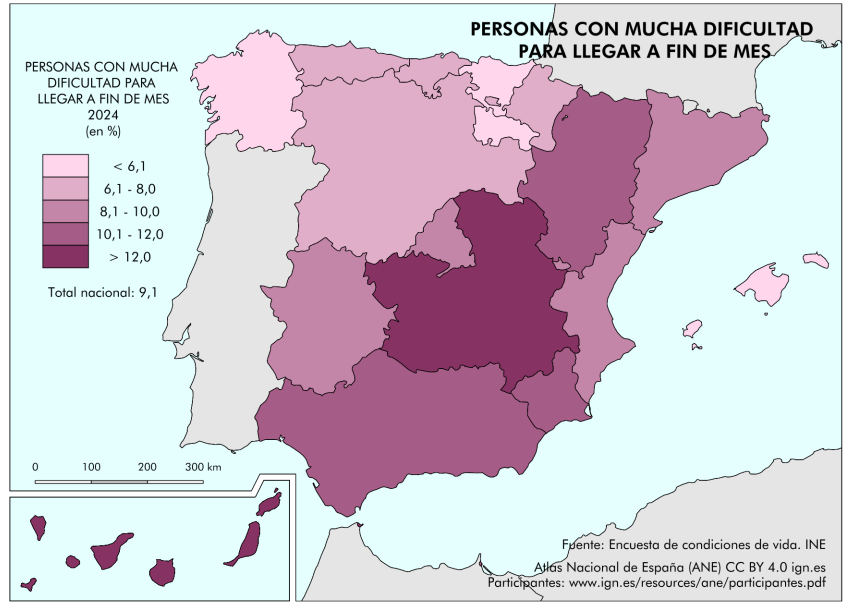
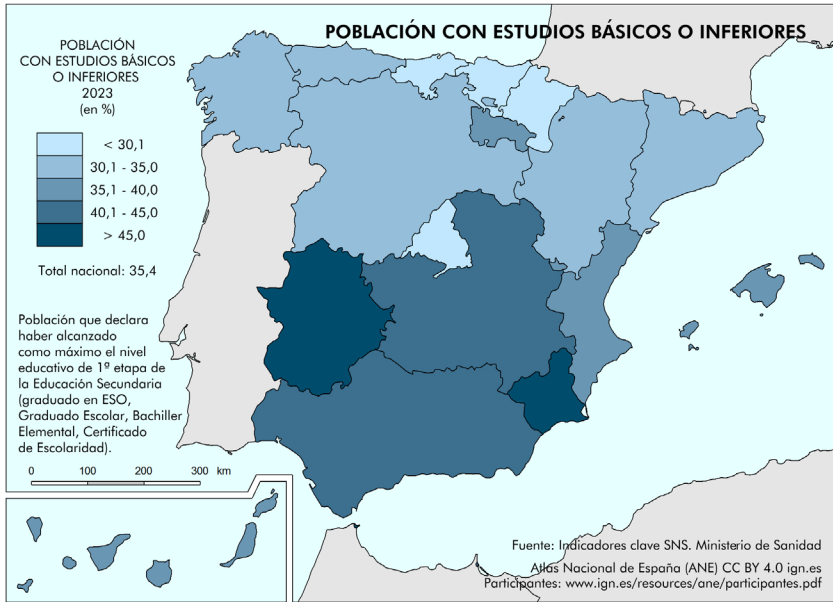
Los **estilos de vida** confirman la heterogeneidad territorial. El sedentarismo, definido como la falta de ejercicio y ocio pasivo, afecta a menos del 25% de la población de la Comunidad de Madrid, Asturias, País Vasco y Navarra, pero a más del 40% en Castilla-La Mancha, Murcia y Melilla, sin patrón claro por sexo. En cuanto a la alimentación, el 39,8% de los españoles no consume fruta ni verdura a diario. El consumo mínimo recomendado es de 400g (unas cinco raciones al día) y, en casi todas las comunidades, los hombres ingieren menos fruta y verdura que las mujeres.

Aunque ha descendido en los últimos años, el tabaquismo persiste en el 16,6% de la población española. Los hombres superan la media nacional en casi todas las comunidades salvo Asturias, Cantabria, Madrid y Ceuta. El **consumo de alcohol de riesgo**, definido como la ingesta diaria de al menos 40g de alcohol puro en hombres o 20g en mujeres, equivalentes a dos cañas y media de cerveza o 200 ml de vino, afecta al 1,3% de la población. Como se puede observar en el mapa *Bebedores de riesgo de alcohol* las prevalencias superan la media en la mayoría de las comunidades autónomas. En la comparación por género, en Cataluña, Castilla y León, Asturias y La Rioja, las mujeres tienen un mayor consumo de riesgo, pero también hay que tener en cuenta que se mide de diferente manera en función del género.

### DETERMINANTES DE LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD



Fuente: Comisión nacional para reducir las desigualdades en salud en España. 2010 (<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.07.024>)  
Atlas Nacional de España (ANE) CC BY 4.0 ign.es  
Participantes: [www.ign.es/resources/ane/participantes.pdf](http://www.ign.es/resources/ane/participantes.pdf)



## Estado de salud

El estado de salud describe las condiciones físicas, mentales y sociales de una población y abarca mucho más que la mera ausencia de enfermedades, incluyendo elementos como el bienestar, el nivel de funcionamiento y la calidad de vida.

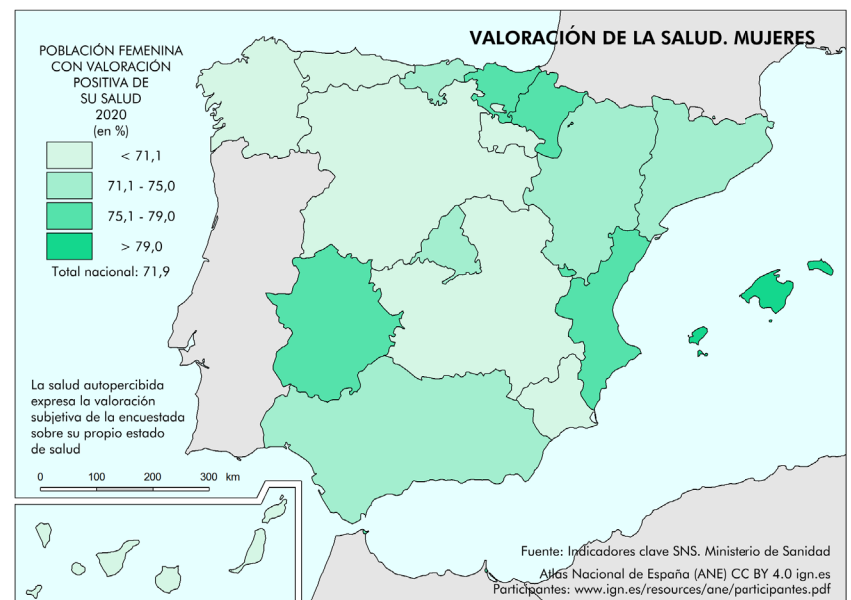
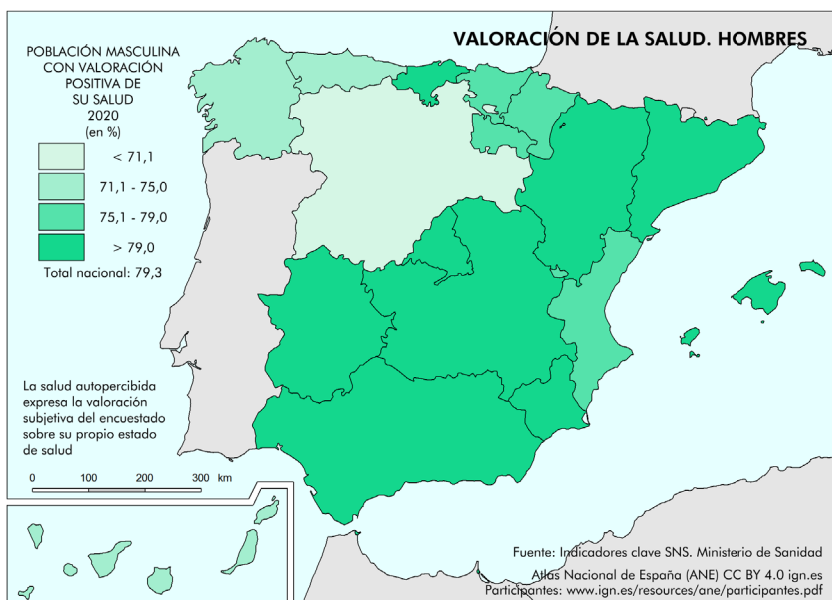
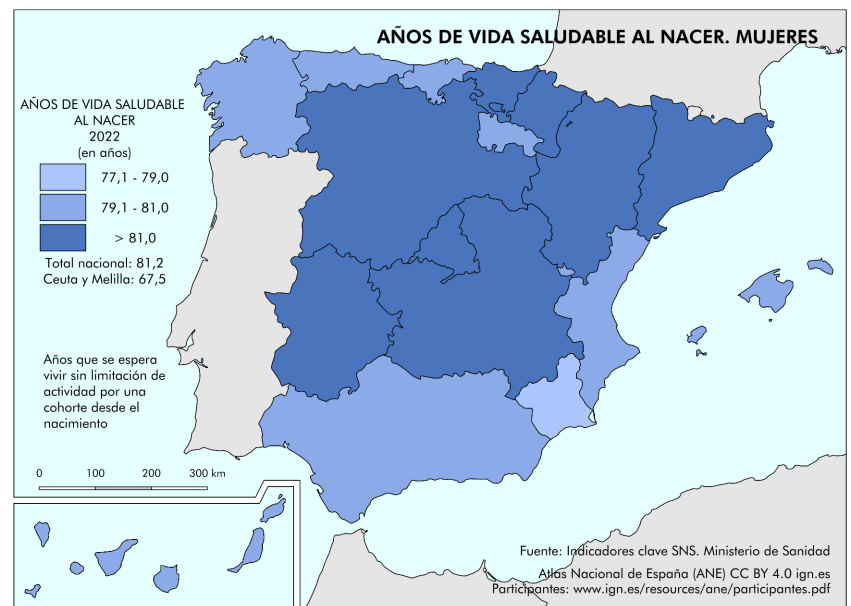
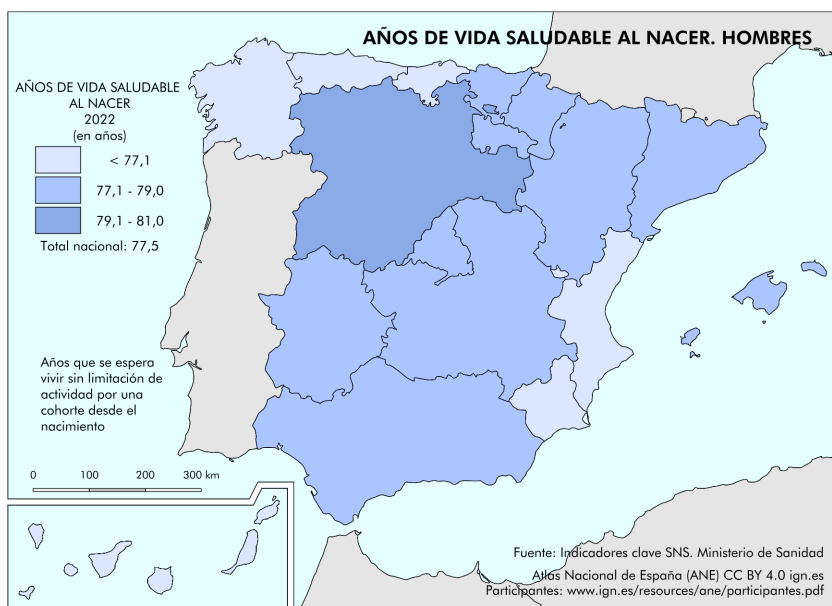
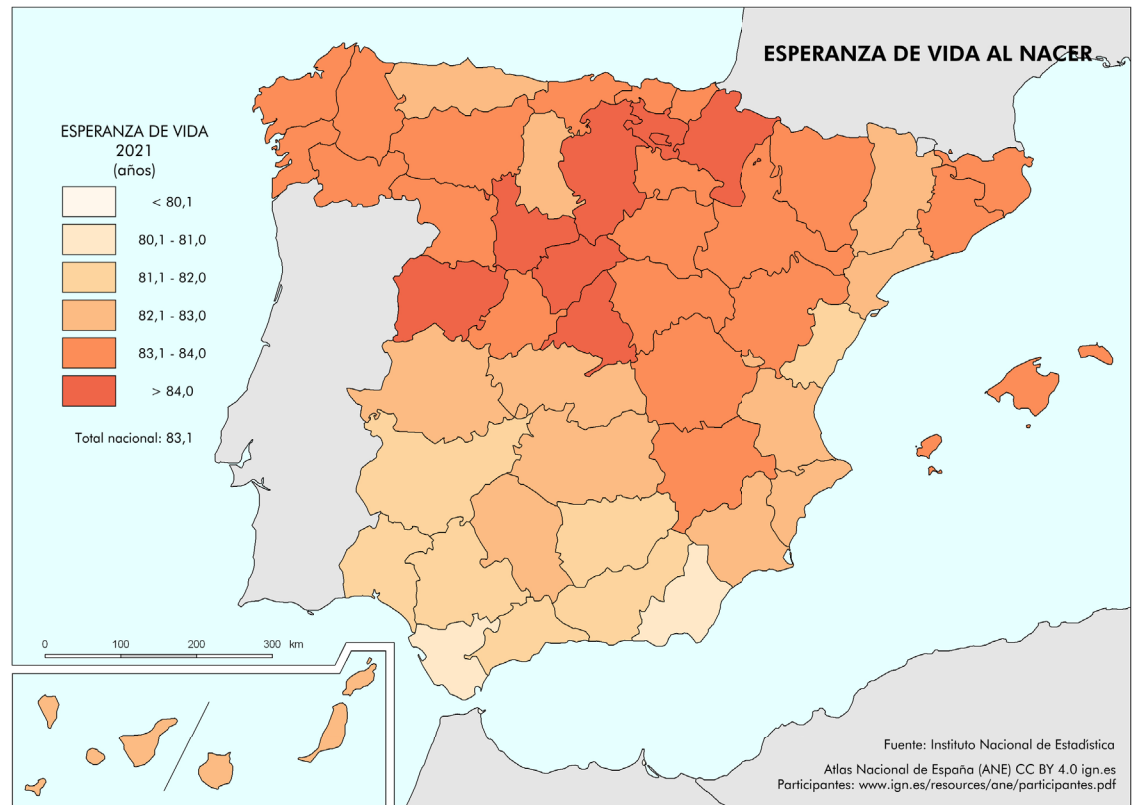
Un indicador clásico del estado de salud es la **esperanza de vida al nacer**, que resume cuántos años vive, de promedio, una generación. En España, en el año 2021 era de 83,1 años aunque existe un marcado gradiente norte-sur, con una mayor esperanza de vida en las provincias del norte del país. No obstante, cuando interesa medir no solo la cantidad sino la calidad de esos años de vida, se emplea el indicador de **años de vida saludables al nacer**, que restan los años perdidos por enfermedad o discapacidad a los años potenciales de vida. En este sentido, se observa que los años de vida saludables se reducen a 77,5 años de media en el caso de los hombres y a 81,2 años en el caso de las mujeres. También aquí se observan diferencias geográficas y por sexo. En los hombres, la comunidad autónoma con mayores años de vida saludables al nacer es Castilla y León (79,2 años). En el caso de las mujeres son las comunidades del centro y nordeste las que tienen más años de vida saludables, superando los 82 años en Cataluña, Extremadura, Castilla y León, Comunidad Foral de Navarra y Castilla-La Mancha.

Para conocer el estado de salud de una población es fundamental conocer la **salud percibida**, es decir, la valoración subjetiva que cada persona hace de su propio estado de salud. Así, la valoración de la salud en los hombres fue mejor que en las mujeres. El 79,3% de los

hombres españoles definieron su salud de forma positiva, frente a un 71,9% de las mujeres. La comunidad autónoma de Castilla y León fue, en contraste con lo observado anteriormente, la que presentó unos peores resultados de salud percibida en hombres, frente a Ceuta, Illes Balears y Cataluña que presentaron los mejores resultados. En las mujeres, fueron las residentes en Galicia, Asturias, Castilla y León, La Rioja, Castilla-La Mancha, Murcia y Canarias las que tuvieron una peor percepción de su salud, en

contraste con la mejor valoración de País Vasco, Comunidad Foral de Navarra, Comunitat Valenciana, Extremadura e Illes Balears.

De forma complementaria a la salud percibida, la **salud diagnosticada** se basa en diagnósticos y registros clínicos que permiten analizar la distribución territorial y por sexo de distintas enfermedades. En este contexto, la **prevalencia** permite aproximar la carga de enfermedad existente en la población en un momento determinado. En los mapas se observa la prevalencia de diabe-



tes mellitus, cardiopatía isquémica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y enfermedades del sistema circulatorio, que en términos generales presentan valores más elevados en el caso de los hombres, con la excepción de las enfermedades cerebrovasculares, más frecuentes en mujeres.

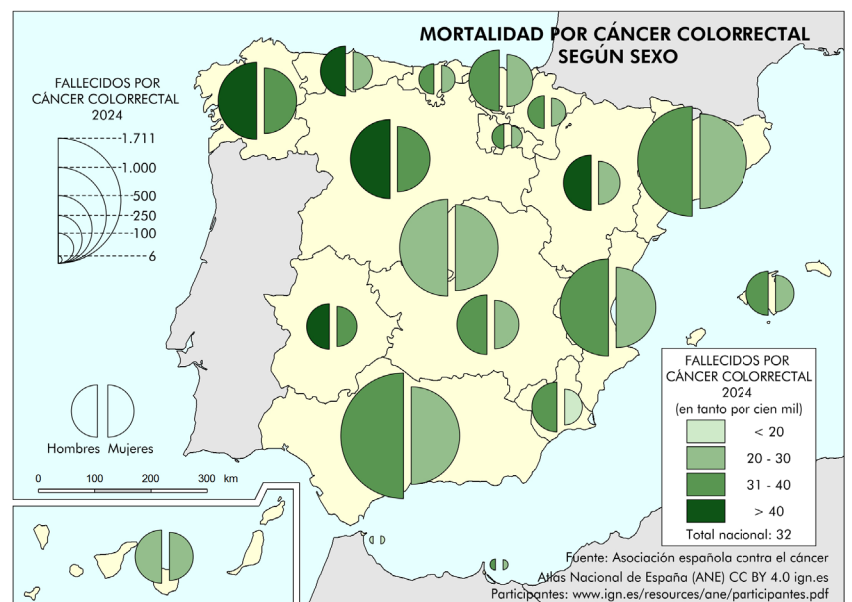
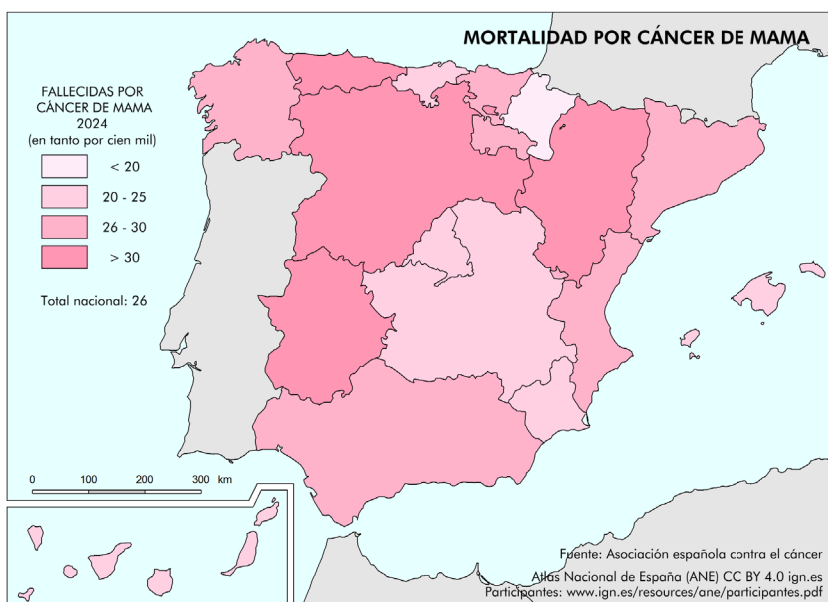
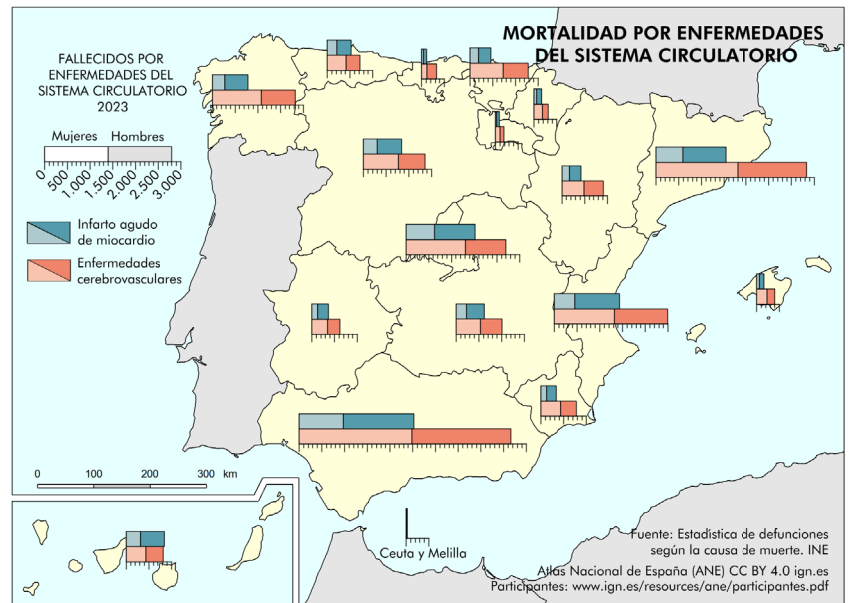
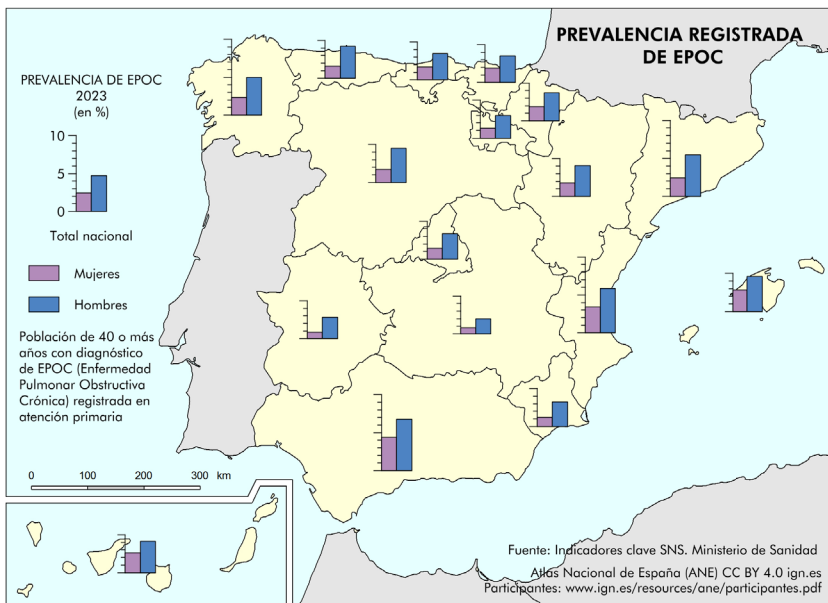
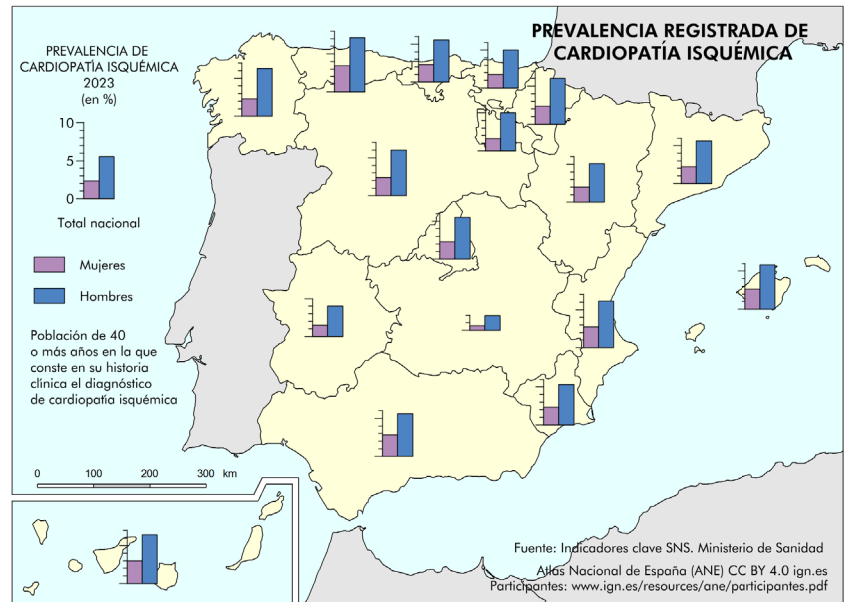
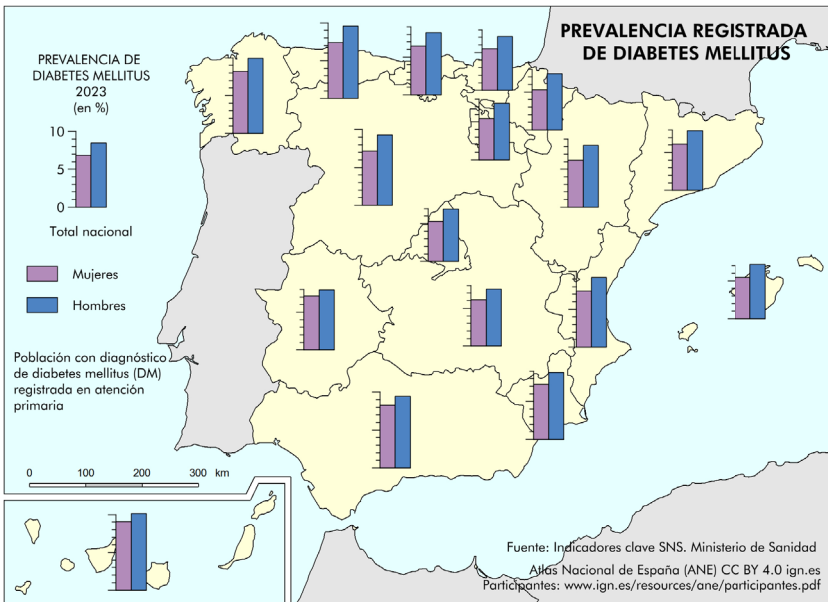
En este contexto, la *Prevalencia registrada de diabetes mellitus* es la patología crónica más frecuente en la población general. En España, en 2023 su prevalencia fue del 8,46% en hombres y del 6,85% en mujeres, con diferencias por sexo menos acusadas que en otras enfermedades crónicas. Territorialmente, las mayores prevalencias se concentran en Canarias, Galicia, Asturias, Andalucía y Castilla y León, mientras que la Comunidad de Madrid, País Vasco, Navarra e Illes Balears presentan los valores más bajos.

Por el contrario, la EPOC y la cardiopatía isquémica muestran una marcada desigualdad por sexo, con prevalencias claramente superiores en los hombres. En la población de 40 y más años, la EPOC alcanza el 4,75% en hombres frente al 2,47% en mujeres, con diferencias especialmente notables en Andalucía, Comunitat Valenciana y Cataluña. La cardiopatía isquémica presenta un patrón similar, destacando Asturias, Canarias, Galicia y Navarra.

La mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio constituye una de las principales causas de defunción, con mayor peso de las enfermedades cerebrovasculares frente al infarto agudo de miocardio. Las defunciones son más numerosas en comunidades con mayor población como Andalucía, Cataluña, Comunitat Valenciana y Madrid, así como en Galicia y Castilla y León. En

todos los casos, la mortalidad es más elevada en los hombres, aunque las enfermedades cerebrovasculares presentan un impacto relativo mayor en las mujeres.

En el caso de la *mortalidad por cáncer de mama*, la tasa media se sitúa en 26 fallecidas por 100.000 mujeres, con valores más elevados en Aragón, Asturias, Castilla y León y Extremadura, y más bajos en Navarra, Madrid, Castilla-La Mancha y Murcia. Por su parte, la *Mortalidad por cáncer colorrectal según sexo* es superior en los hombres, con una tasa media de 38 fallecidos por 100.000 habitantes frente a 25 en mujeres, y presenta las tasas más altas en el noroeste y centro peninsular, destacando Castilla y León, Asturias, Aragón, Galicia y Extremadura, reproduciendo un patrón territorial similar en mujeres, aunque con valores sistemáticamente inferiores.



## Salud mental

La **salud mental** constituye un componente fundamental del bienestar y condiciona de manera directa la calidad de vida y los modos en que las personas desarrollan su actividad cotidiana en el ámbito relacional, académico y laboral. En España, la relevancia atribuida al estado de salud mental se ha incrementado en los últimos años, debido al **aumento de la prevalencia** de trastornos mentales, a la progresiva reducción del estigma social, a una mayor conciencia sobre su impacto en la vida diaria y al incremento de la utilización de los servicios sanitarios.

El abordaje de los problemas de salud mental exige una respuesta multisectorial y multidisciplinar que garantice, desde los sistemas sanitarios, una atención adecuada y de calidad, así como estrategias de prevención, reducción de desigualdades territoriales y refuerzo de los servicios dirigidos a grupos vulnerables como la infancia, la adolescencia, las personas mayores o quienes se encuentran en situaciones de vulnerabilidad social. Asimismo, debe considerarse la estrecha relación entre la salud mental y los determinantes sociales de la salud, entre los que destacan el nivel de ingresos, el nivel educativo y las condiciones laborales, cuya influencia está ampliamente documentada en la literatura especializada.

En el mapa de *Prevalencia registrada de trastornos mentales* (que representa las personas con un diagnóstico recogido en atención primaria con enfermedades como depresión, ansiedad, esquizofrenia y psicosis), se observa cómo existen diferencias territoriales, ya

**Salud mental:** según la **OMS**, es un estado de bienestar integral en el cual la persona realiza sus capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y contribuir a su comunidad.

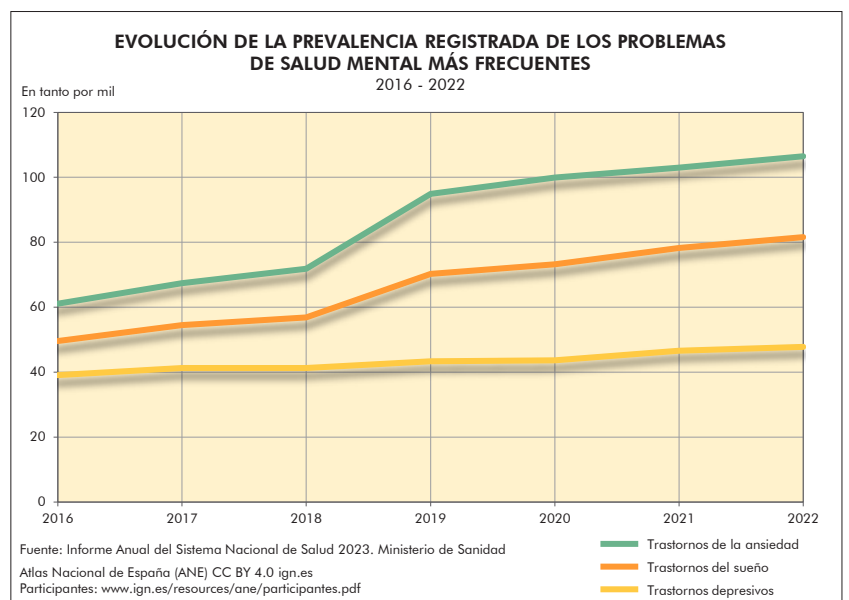
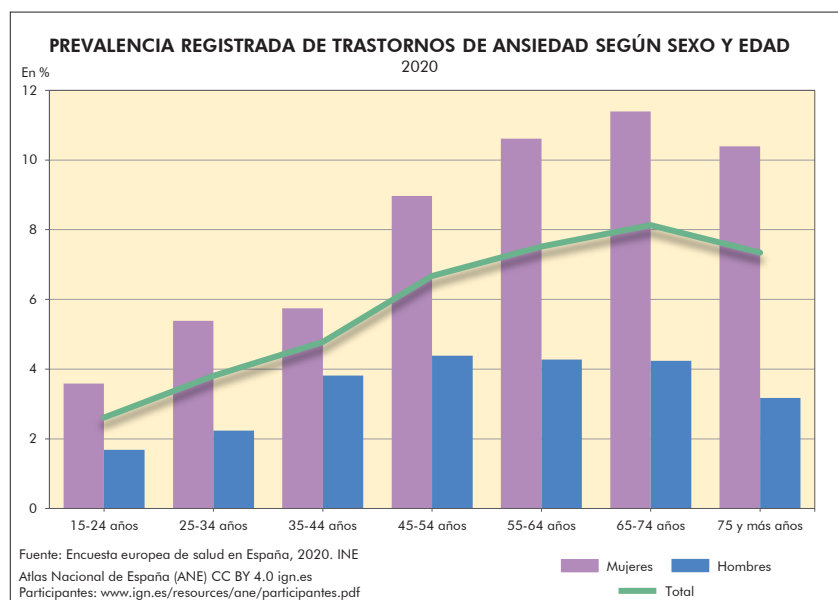
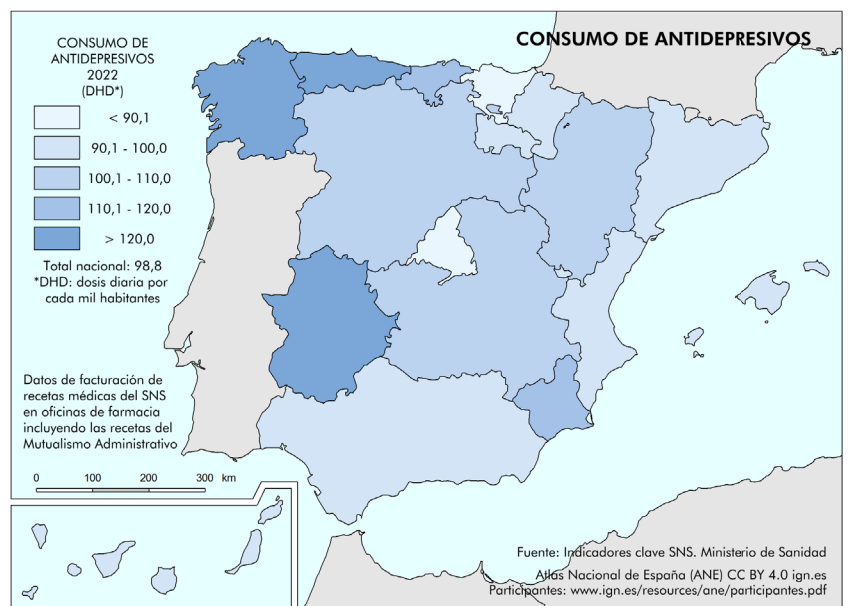
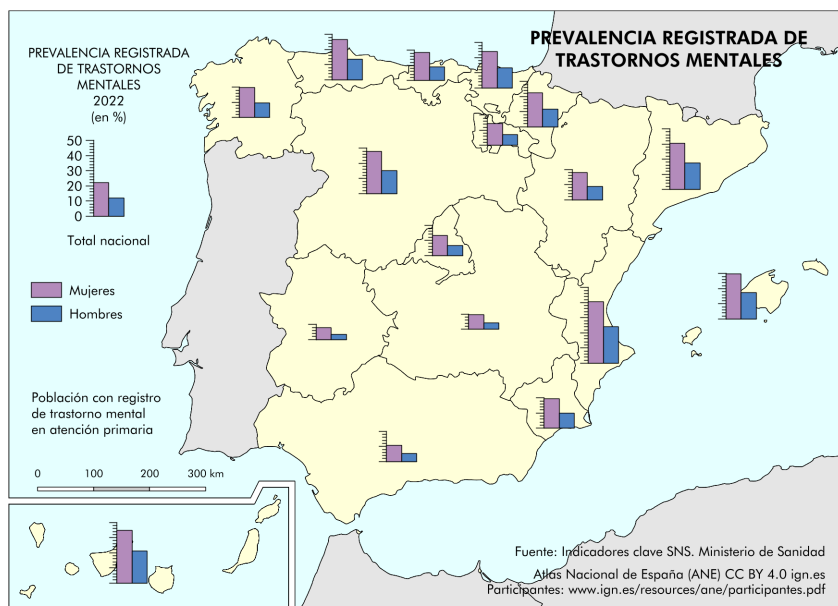
**Trastorno de depresión:** es un estado de ánimo triste o vacío, una pérdida clara de interés por actividades que antes resultaban agradables, junto con cambios en el sueño, el apetito, la energía y/o la concentración. Es un malestar significativo y persistente, con una duración de al menos 15 días, la mayor parte del día, y que afecta de forma notable a la vida diaria.

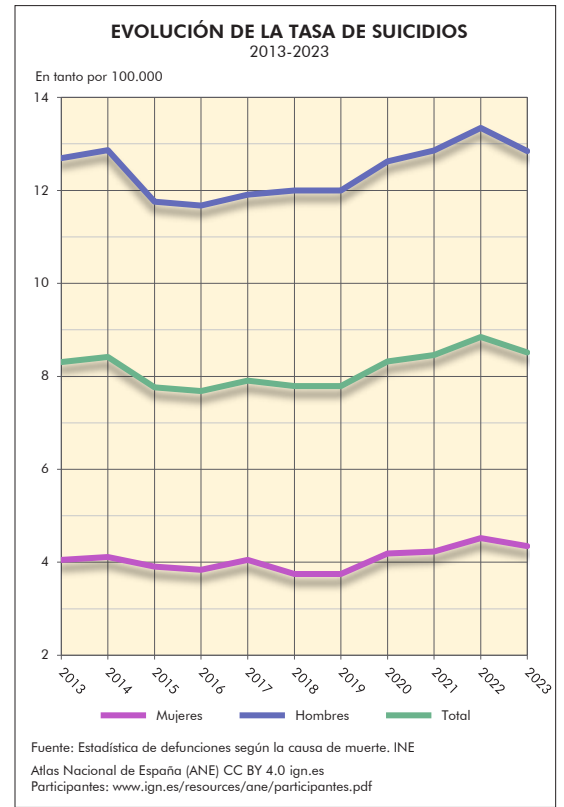
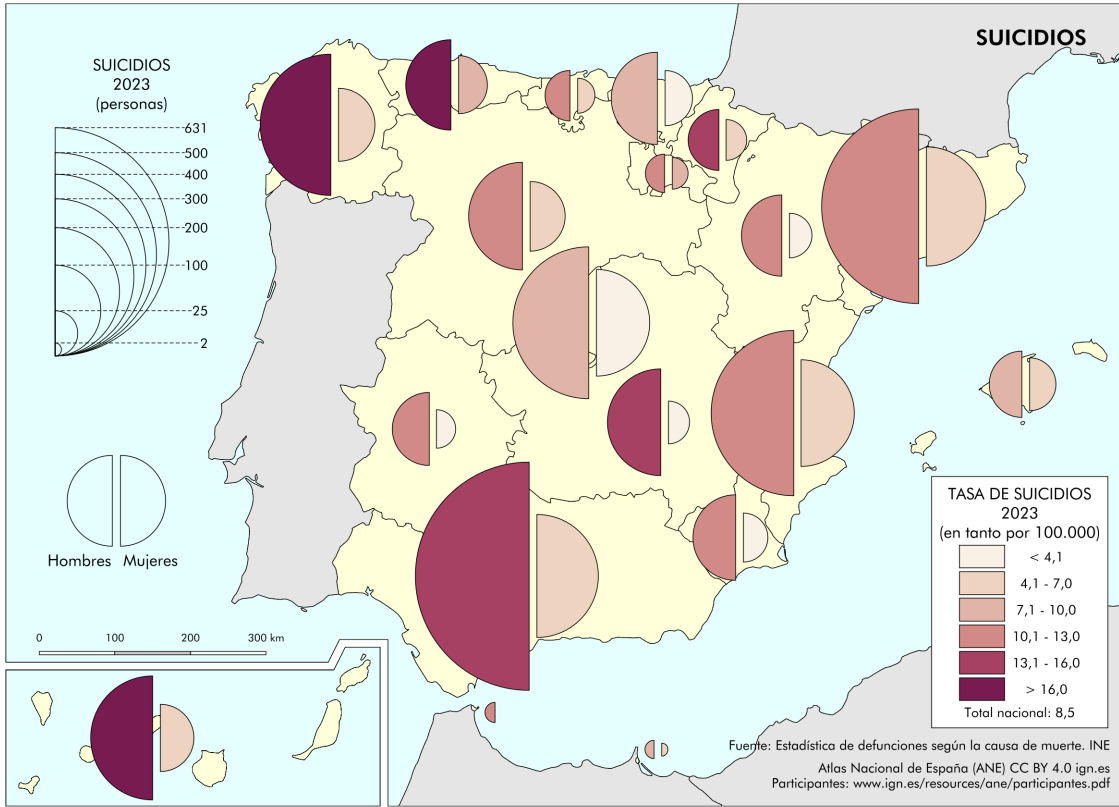
**Trastorno de ansiedad:** son estados que se caracterizan por la presencia de ansiedad generalizada, persistente o episódica, o bien miedo excesivo, acompañados de conductas de evitación o defensivas, que son desproporcionados respecto al estímulo que provoca esta situación. Se producen alteraciones significativas en el funcionamiento personal, familiar o social. Incluye ansiedad generalizada, fobias, pánico y otros subtipos.

yoritariamente presentan estos diagnósticos de salud mental. Por ejemplo, respecto a los trastornos de ansiedad, las mujeres duplican las tasas respecto a los hombres en todas las franjas de edad, excepto de 35 a 44 años que, aunque sigue siendo mayor en mujeres, no llega a duplicar la tasa (ver gráfico *Prevalencia registrada de trastornos de ansiedad según sexo y edad*).

En relación con la depresión, un indicador es la medición del consumo de fármacos anti-depresivos. Las comunidades autónomas con un consumo superior a la media son Galicia, Asturias, Cantabria, Aragón, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Extremadura y Murcia. Hay estudios que han analizado el consumo de anti-depresivos a lo largo del tiempo, encontrando un mayor consumo en momentos de crisis económicas. Este dato vuelve a recalcar la idea de la estrecha relación entre la salud mental y los determinantes sociales de la salud.

Respecto a la evolución, desde el año 2016 al 2022 se ha incrementado la prevalencia de los trastornos mentales más frecuentes como son la depresión, la ansiedad y los trastornos del sueño. En estos años, la depresión tiene un incremento de casos por cada 1.000 habitantes ligero pero constante, mientras que los trastornos del sueño y de ansiedad pasan desde los 50 a 60 casos respectivamente a los 80 y a superar los 100 en el caso de la ansiedad. En el año 2018 se produjo un incremento importante en estos dos últimos diagnósticos, pero hay que tener en cuenta la relación existente entre ambas patologías (ver gráfico *Evolución de la prevalencia registrada de los problemas de salud mental más frecuentes*).





El **suicidio** se define como el acto de lesión deliberada contra uno mismo con resultado de muerte, registrado y clasificado como tal por la autoridad nacional competente (Instituto Nacional de Estadística).

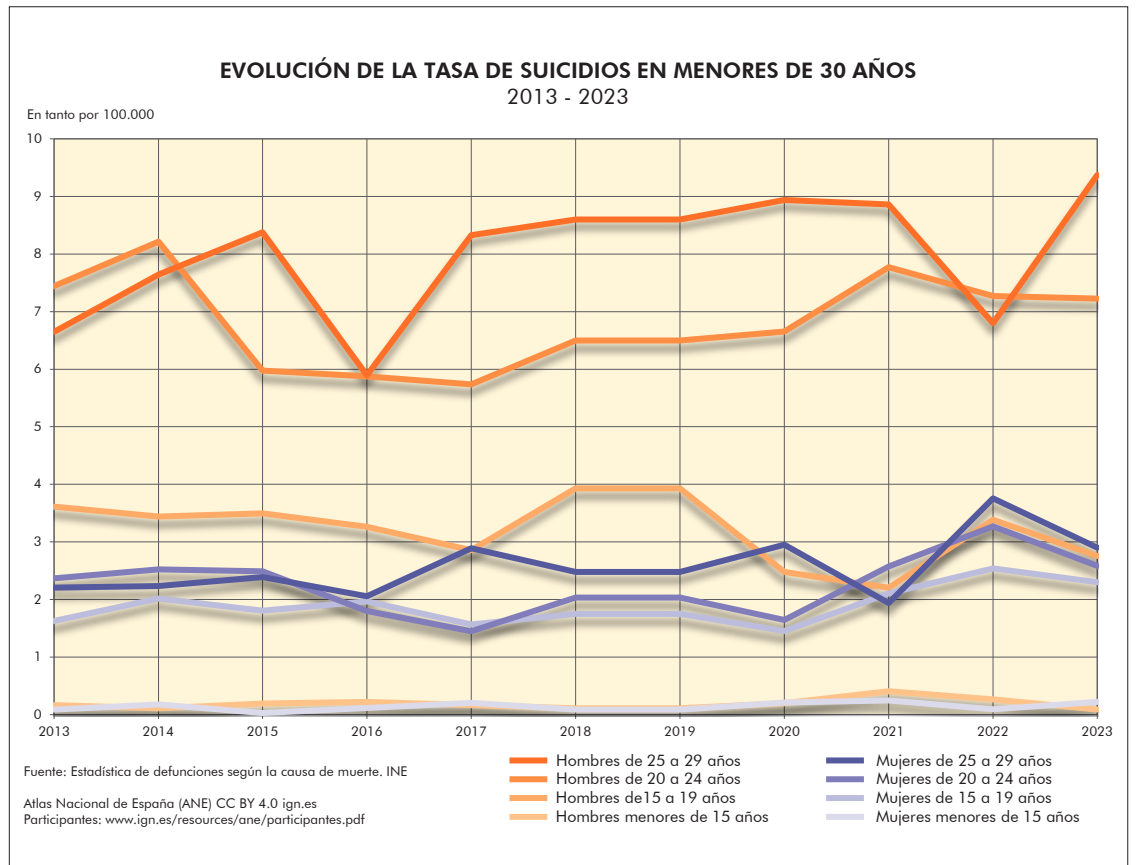
En 2023, en nuestro país fallecieron por suicidio 11 personas al día, 4.116 personas en total, lo que supone más del doble de los fallecidos por accidente de tráfico (1.785). Según la OMS, el suicidio es un problema de salud pública a nivel global, ya que cada año más de 700.000 personas acaban con su vida, con efectos dramáticos para su familia, su entorno y su comunidad.

Los datos de suicidio varían en función de diferentes factores, como el sexo, la edad, el nivel cultural y, también, el lugar de residencia. La mayor tasa de suicidio en nuestro país por comunidad autónoma se encuentra en Asturias (13,89 cada 100.000 habitantes), seguido de Galicia y Canarias; entre las comunidades con menor tasa de suicidios destacan la de Madrid, con un total de 6.023 fallecidos, y el País Vasco. Además de las comunidades con alta tasa, algunas provincias concretas tienen una alta tasa de suicidio, como Las Palmas, Soria o Granada.

Desde el 2008, el suicidio ha sido la principal causa de muerte externa en España; sin embargo, en 2023 se observa una disminución del número de casos en relación a otras causas, ya que son las caídas accidentales la principal causa de muerte externa. Este cambio de tendencia se observa tanto en hombres como en mujeres; en ambos casos desciende la tasa de mortalidad tras cinco años de ascenso consecutivo (12,85 fallecimientos de hombres y 4,31 en mujeres cada 100.000 habitantes).

A pesar de este ligero descenso (2,6% menos que en 2022), más de 52.000 personas se han quitado la vida en nuestro país desde 2010, lo que evidencia el grave problema de salud pública que conlleva y la necesidad de realizar prevención para reducir el número de fallecidos por esta causa y sus consecuencias. Diversos autores señalan la hipótesis de que podría haber casos de suicidio no detectados, es decir, no identificados como tal, en otras causas de fallecimiento.

El suicidio sucede a lo largo de toda la vida, ya que hay personas fallecidas por suicidio en todos los grupos de edad, desde los menores



de 15 años hasta la vejez. Si bien, entre los 45 y los 59 años se concentra el mayor número de fallecidos por esta causa, pues los casos en esta franja de edad suponen un tercio de todos los ocurridos en el año 2023.

La OMS reconoce el suicidio como la primera causa de muerte no accidental en jóvenes entre 15 y 29 años en nuestro país, y la tercera causa de muerte a nivel mundial en este grupo de edad. La tasa de suicidio en el año 2023 en España fue del 4,56 cada 100.000 habitantes para ambos sexos analizados de forma conjunta, tasa prácticamente similar al año anterior (4,53). Pero el análisis detallado por sexo permite observar una diferencia significativa: en hombres entre 15 y 29 años, la tasa sube de 5,80 a 6,43; mientras que la tasa de mujeres fallecidas cada 100.000 de esa edad desciende de 3,19 a 2,59. Hay un descenso del número de fallecimientos por suicidio en jóvenes adolescentes entre 15 y 19 años, sin embargo, a partir de esa edad, hay diferencia notable por sexo, descendiendo el número de mujeres fallecidas e incrementándose el número de hombres, es-

pecialmente en la franja de 25 a 29 años (ver gráfico *Evolución de la tasa de suicidios en menores de 30 años*).

Aunque se ha observado un descenso en el número de menores de 15 años que dramáticamente acabaron con su vida en 2023, también se observa esta diferencia por sexo, pero de forma inversa en esta franja de edad: el número de niñas fallecidas ha aumentado respecto al año anterior, mientras que el número de varones ha disminuido. Esto permite identificar grupos por edad de especial interés para desarrollar e implementar estrategias de prevención, como pueden ser las niñas menores de 15 años y los jóvenes varones a partir de 20 años.

Los datos en relación al suicidio y su difusión adecuada permiten visualizar este grave problema de salud pública y dirigir la atención a determinados grupos de riesgo, lo que facilitaría, con el [compromiso institucional](#), el desarrollo y la implementación de planes preventivos eficaces y necesarios para paliar este problema social.

# Políticas sociales

## Las políticas sociales y la arquitectura del bienestar

Las políticas sociales son un conjunto de directrices, orientaciones y decisiones del Estado destinadas a garantizar el bienestar de la población. En un sentido amplio, las políticas sociales incluyen educación, sanidad, vivienda, empleo y la protección social. Estas políticas también se dirigen a promover la cohesión social y la redistribución de la riqueza.

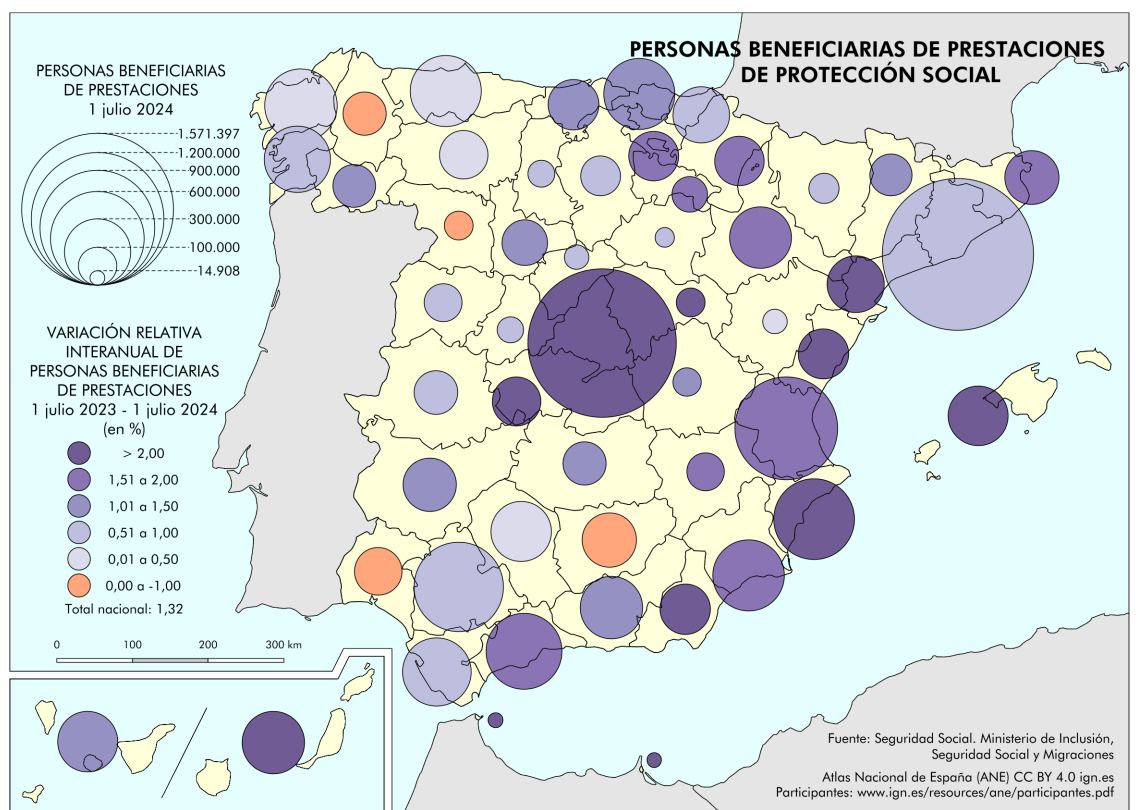
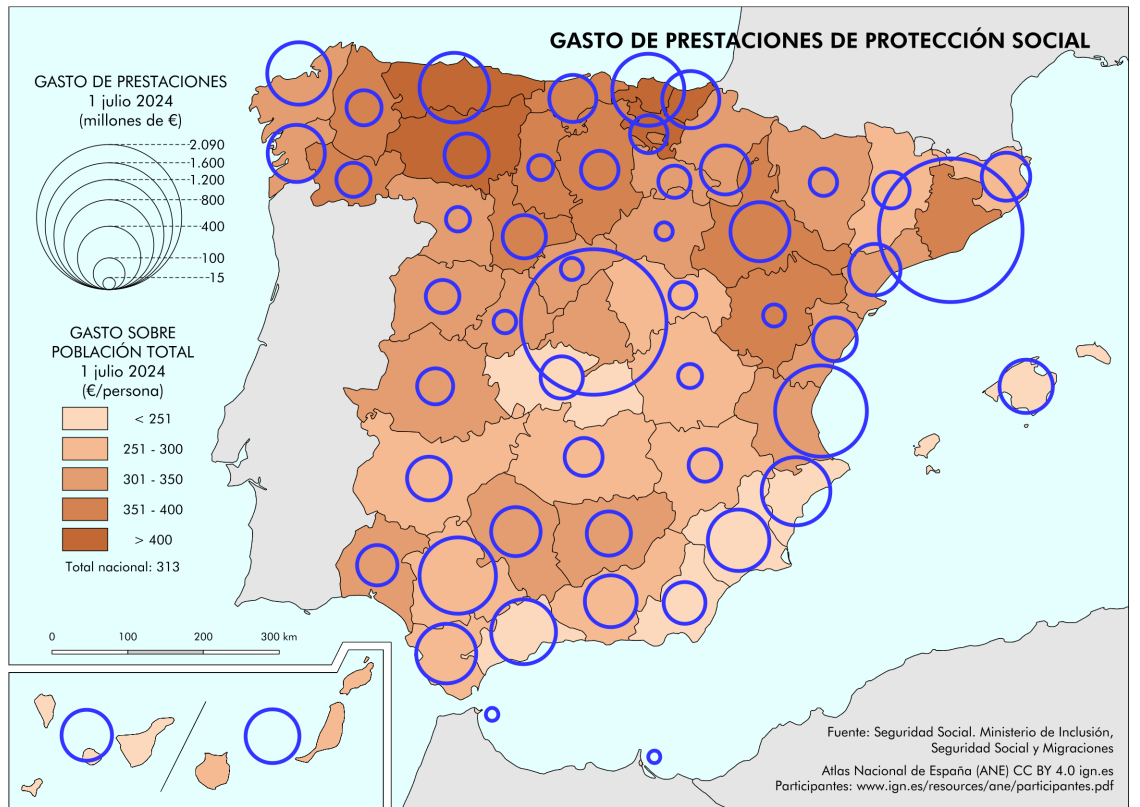
Estos propósitos no son resultado del azar; España se define constitucionalmente como un Estado social y democrático de derecho, lo que legitima la necesidad de un sistema que fomente la libertad y la igualdad efectivas. Este precepto se materializa en la Constitución, que compromete a los poderes públicos a mantener un régimen público de seguridad social y un sistema de servicios sociales que garantice la asistencia y prestaciones suficientes ante situaciones de necesidad. Se consolida así la protección social, no como una concesión voluntaria, sino como un pilar irrenunciable de la dignidad humana, la solidaridad y la justicia social.

Por tanto, la protección social está diseñada para prevenir y atender los riesgos asociados al ciclo vital, la salud o la situación económica. Es un instrumento para la cohesión social y la reducción de las desigualdades.

## Magnitudes y prioridades de la protección social

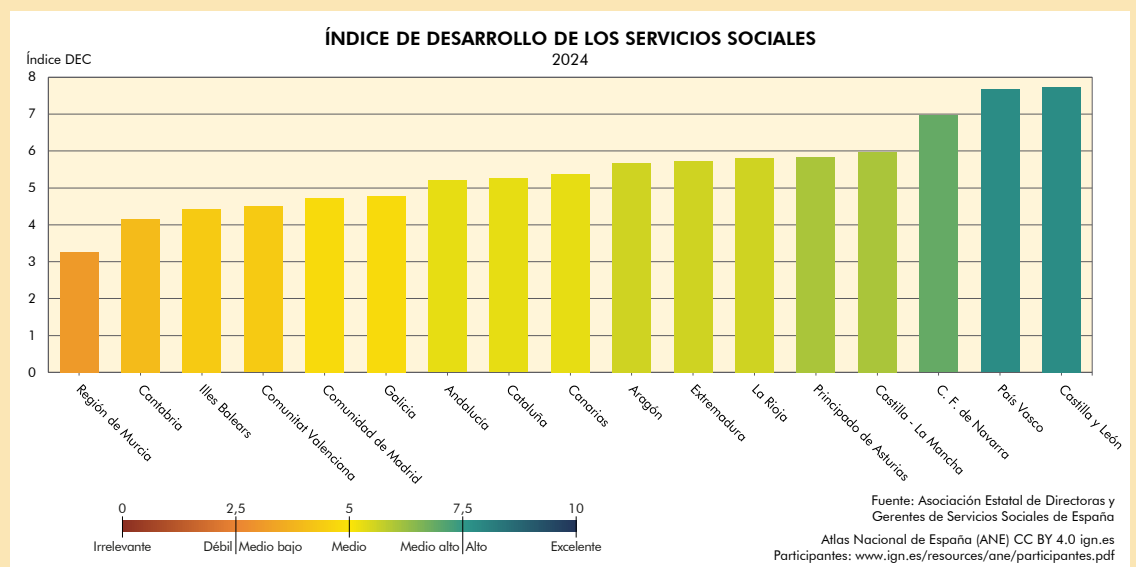
La intensidad de la acción pública se cuantifica a través del peso del gasto social en el PIB. Pese a la progresiva convergencia de España con los estándares europeos, el reparto de recursos mantiene particularidades propias. El predominio de las pensiones contributivas refleja el incremento de la esperanza de vida, aunque sitúa la sostenibilidad del sistema ante las tensiones derivadas del envejecimiento demográfico.

Sin embargo, el gasto no es uniforme entre los diferentes sectores de población ni entre los distintos territorios. Mientras que la protección a la vejez y el desempleo cuenta con una arquitectura consolidada, otras áreas como la infancia, la juventud, la



## El índice DEC: Derechos, Economía y Cobertura

La Asociación de directoras y gerentes de los servicios sociales realiza un informe anual para medir la calidad de la gestión pública local y autonómica en materia de protección social. Uno de esos análisis es el índice DEC (Derechos, Economía y Cobertura). Cada uno de estos aspectos (DEC) se desglosa en diversos indicadores, a los que se asigna una puntuación cuya suma determina el resultado que cada comunidad obtiene en el correspondiente aspecto y en el total. El estudio de este índice concluye que hay diferentes grupos de comunidades autónomas según el ranking que propone: desde las excelentes a las que suspenden por su debilidad estructural y son consideradas como irrelevantes. Unos 20 millones de personas (42% de la población española) vive en comunidades con servicios sociales débiles o irrelevantes. Castilla y León, País Vasco y Navarra continúan siendo las comunidades con mejor calificación de sus servicios sociales mientras que la Región de Murcia o Cantabria tienen la calificación de irrelevantes en servicios sociales.



familia o la exclusión social presentan históricamente niveles de inversión más modestos. Esta asimetría condiciona la eficacia del sistema para combatir la pobreza hereditaria y exige una reorientación hacia políticas preventivas que actúen antes de que la vulnerabilidad se convierta en exclusión severa. Por su parte, territorialmente se puede ver un mayor gasto por persona en provincias septentrionales como las pertenecientes al País Vasco, León o Asturias.

Más allá de las transferencias económicas, la protección social se articula a través del Sistema Público de Servicios Sociales. Considerado el **cuarto pilar del estado del bienestar** -junto a la educación, la sanidad y las pensiones-, su función es ofrecer una atención integral a la persona en su entorno.

El sistema se articula técnicamente en dos niveles de intervención. La atención primaria constituye la puerta de entrada al catálogo de prestaciones, definida por su carácter universal y su vocación de proximidad al ciudadano. Por su parte, los servicios sociales especializados se activan ante situaciones de mayor complejidad, ofreciendo respuestas técnicas intensivas y específicas para colectivos o necesidades que demandan un acompañamiento de alta especialización.

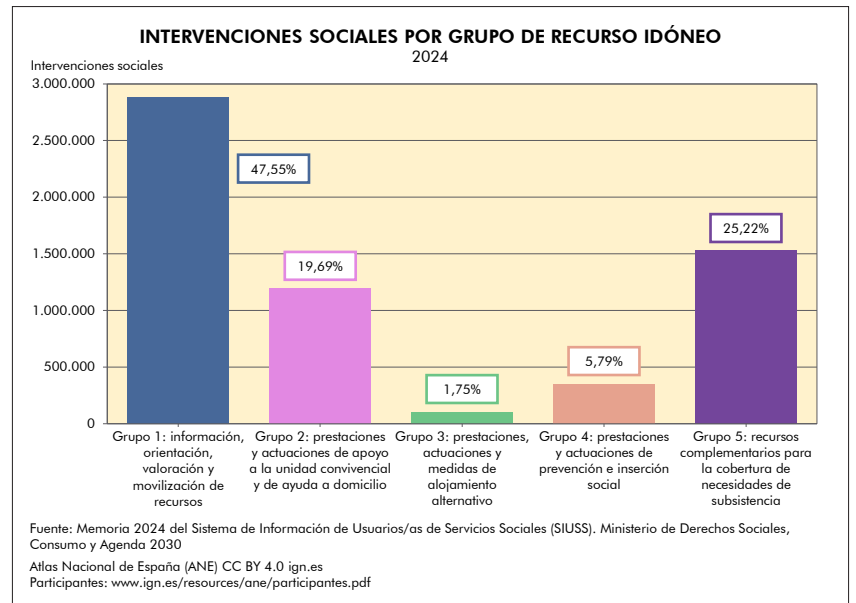
La respuesta del sistema se manifiesta a través de diversas modalidades que buscan adaptarse a la naturaleza de la necesidad: desde prestaciones económicas hasta prestaciones de servicio e intervenciones preventivas y comunitarias.

Pese a su diseño universal, el sistema enfrenta hoy una tensión crítica entre la burocratización de los procesos y la intervención social directa. La respuesta institucional suele verse desbordada por la gestión de las prestaciones, lo que resta recursos al acompañamiento profesional y a la prevención comunitaria. Esta realidad se agrava por una arquitectura descentralizada que, si bien permite la proximidad a través de las entidades locales y comunidades autónomas, genera brechas territoriales significativas en la cobertura y en los tiempos de respuesta.

### La gobernanza territorial: un sistema descentralizado y de proximidad

La eficacia de la protección social en España depende de un diseño institucional profundamente descentralizado. Esta distribución de responsabilidades busca acercar la toma de decisiones a la realidad ciudadana, permitiendo que la respuesta pública se adapte a las particularidades demográficas y socioeconómicas de cada territorio. Aquí entran en juego tres niveles.

En primer lugar, la Administración General del Estado ostenta la competencia exclusiva sobre la regulación y gestión del sistema de Seguridad

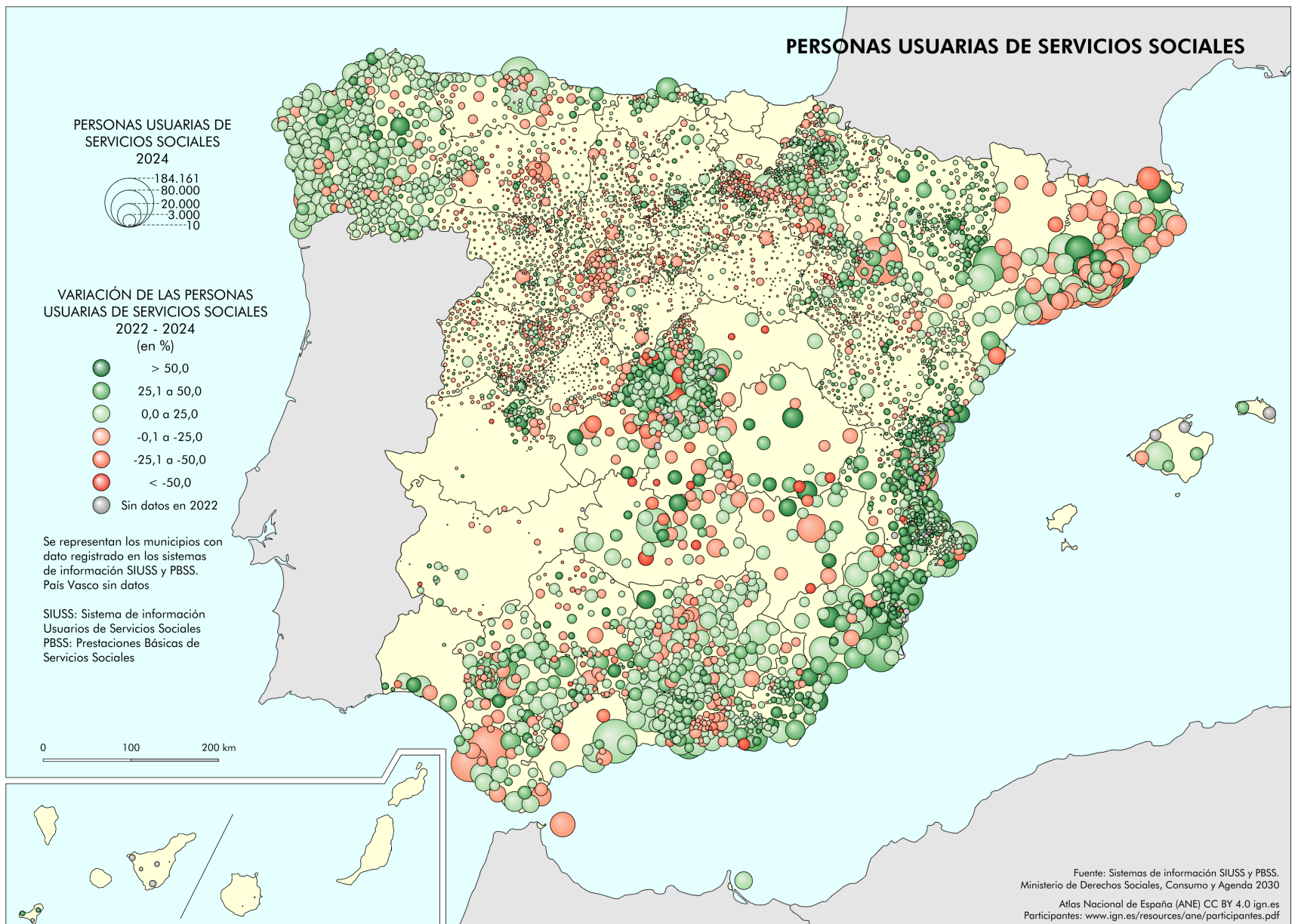


Social. Su función principal es garantizar la caja única y la equidad en las prestaciones económicas contributivas, además de establecer los marcos normativos básicos que aseguren un suelo social común para todo el país, aunque actualmente afronta el reto del déficit estructural debido al envejecimiento poblacional.

En segundo lugar, las comunidades autónomas tienen la potestad legislativa y ejecutiva para desarrollar sus propias redes de atención, gestionar los centros residenciales y titular los programas de inclusión social.

Por último, las entidades locales (ayuntamientos y diputaciones) representan el primer nivel de respuesta. Son los responsables de detectar las situaciones de vulnerabilidad en los barrios y municipios. Su papel es determinante en la gestión de la ayuda a domicilio, la teleasistencia y la intervención inmediata ante situaciones de exclusión severa o emergencia social.

No obstante, el modelo descentralizado afronta el desafío de la fragmentación administrativa. La disparidad en el desarrollo normativo y en la suficiencia financiera de cada región deriva en una inequidad prestacional, donde el acceso a los derechos y la calidad de los servicios dependen, en última instancia, del territorio de residencia. Esta falta de armonización técnica y presupuestaria compromete el principio de igualdad territorial y exige mecanismos de coordinación que eviten desigualdades sociales.



## Protección social

Las políticas de protección social son las herramientas que tienen los poderes públicos para garantizar los derechos sociales de la ciudadanía y asegurar unas condiciones dignas de vida. La protección social está reconocida en la Constitución (art. 39) y, aunque abarca a todas las personas, protege especialmente a las familias y a la infancia. Más adelante (art. 41) señala que estos poderes mantendrán un régimen público de Seguridad Social con prestaciones sociales para quienes tengan necesidades y se encuentren en situación de desempleo.

Por ello, es necesario señalar que hay tres ejes fundamentales que sostienen la protección social: la prevención (para cubrir riesgos futuros), la asistencia (destinada a las necesidades urgentes del presente) y la promoción (orientada al desarrollo de las capacidades y la autonomía de las personas).

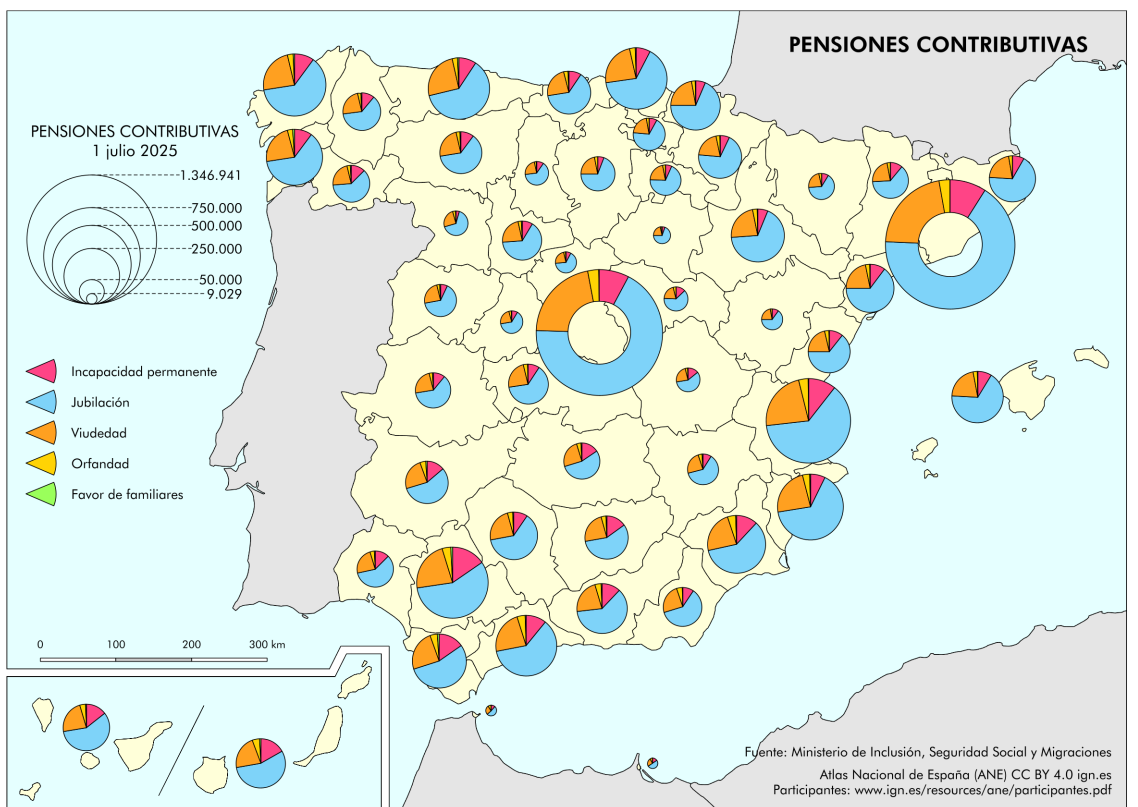
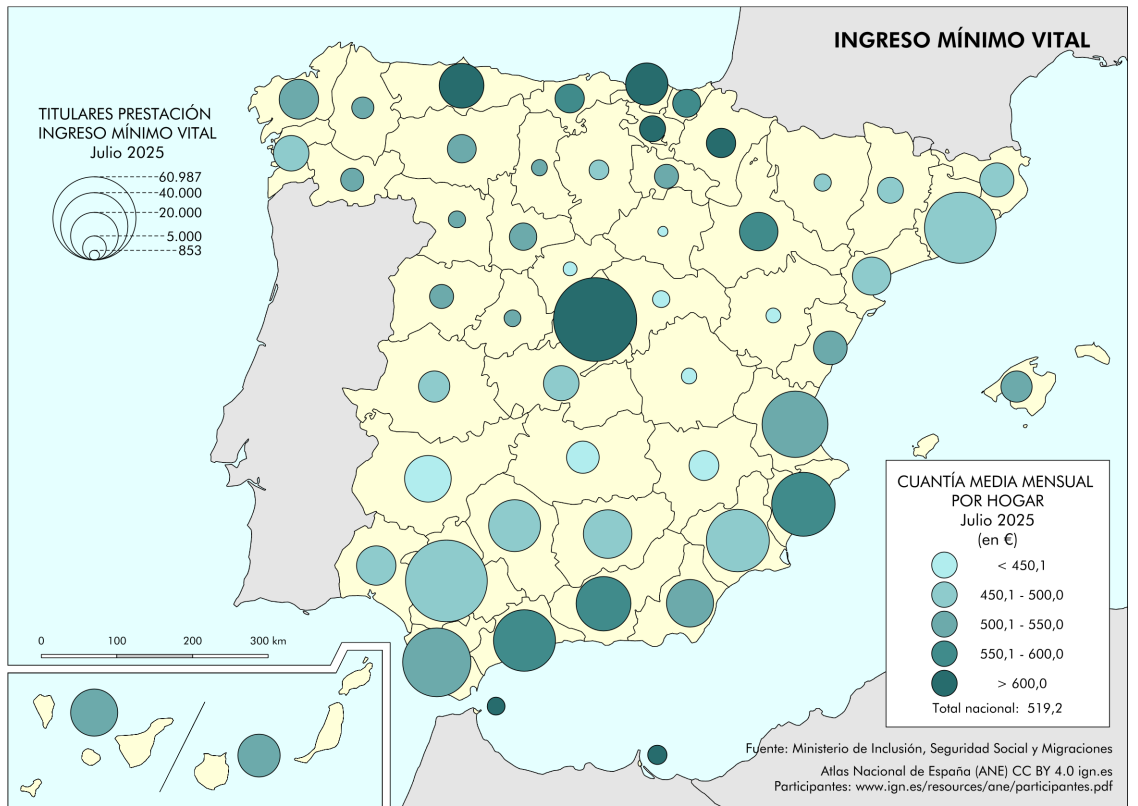
El compromiso de los poderes públicos debe traducirse en euros invertidos, porque no es suficiente con que un derecho esté recogido en la Constitución si no existe un esfuerzo económico en la inversión pública que aporte recursos y permita aplicar las políticas necesarias. Aunque a veces se le llame "gasto", realmente es una inversión, porque con ese dinero se mejora la vida de las personas y esa mejora reverte finalmente en el bienestar social, la productividad y el desarrollo de la sociedad.

Al observar los mapas y gráficos, se puede percibir que la protección social no se reparte de forma idéntica en todo el territorio nacional. Para entender estos datos, es necesario mirar la inversión social por habitante o la variación interanual de beneficiarios de la protección social. Las razones de las desigualdades territoriales son variadas puesto que algunas obedecen a estructuras demográficas y, otras, a decisiones políticas.

En el primer caso, hay provincias con una población más longeva (noroeste e interior peninsular) que presentan una mayor inversión por persona debido a altas tasas de envejecimiento y sobre-envejecimiento. Esto se debe principalmente al peso de las pensiones, que son la partida más importante del sistema de protección social, alcanzando un total de 189.598 millones de euros en 2025. Por el contrario, en las zonas con poblaciones más jóvenes o dinámicas, el gasto por habitante tiende a ser menor.

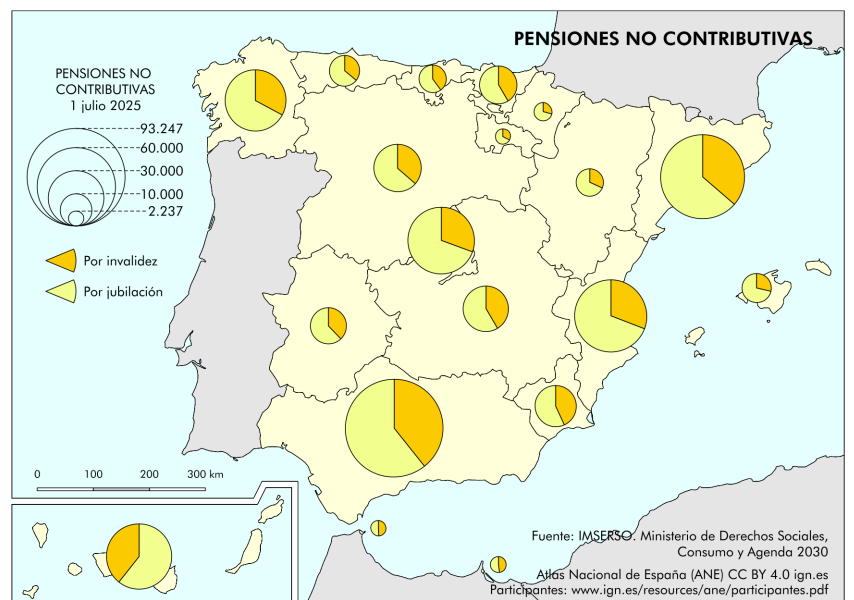
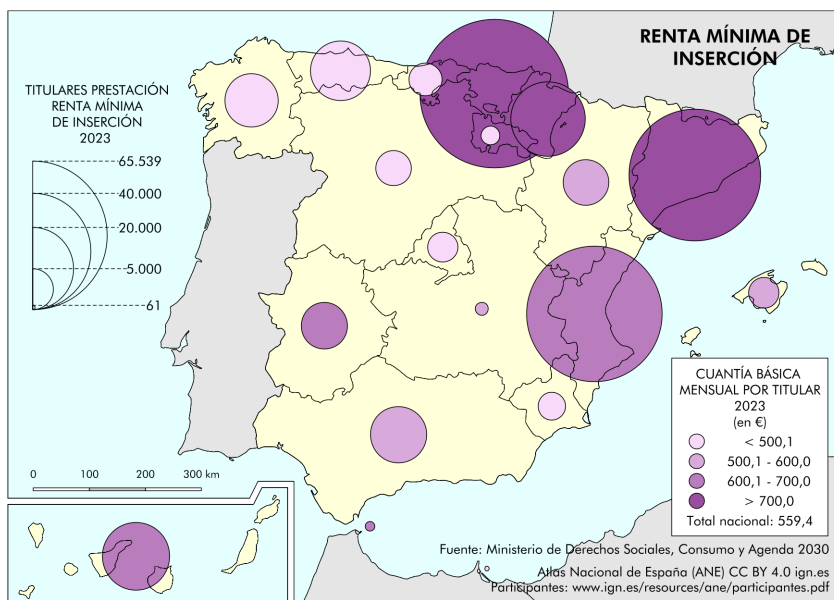
En el segundo caso, hay que señalar que, mientras que las pensiones son iguales para todos los españoles, los servicios sociales dependen de cada comunidad autónoma. Y no todos los gobiernos invierten con la misma determinación en fortalecerlos.

Una de las novedades más importantes de los últimos años fue la creación del Ingreso Mínimo Vital (IMV), que es una prestación económica diri-



gida a prevenir el riesgo de exclusión social. El IMV nació con el objetivo de establecer una red estatal de protección común para corregir la fragmentación y disparidad de cuantías de las rentas mínimas autonómicas, aunque su despliegue ha afrontado importantes retos de implantación. El IMV depende

de la Seguridad Social y, por tanto, se aplica igual en todo el territorio. Por su parte, la Renta Mínima de Inserción (RMI) es una ayuda complementaria que está gestionada por los servicios sociales de cada comunidad autónoma y, por tanto, tiene cuantías, alcance y requisitos diferentes según el territorio.



## Protección laboral

Los sistemas de garantía de rentas y la protección laboral son piezas de un mismo engranaje. Antes de que una persona necesite acudir a la red de servicios sociales, actúa un escudo social previo: el que proporcionan un salario justo, una jornada regulada, el derecho al descanso y un entorno de trabajo seguro. En definitiva, el empleo decente es parte indivisible de las políticas sociales, pues asegura la autonomía de las personas y previene la exclusión.

La protección laboral garantiza una base de bienestar mediante el pago de las cotizaciones que realizan tanto la población trabajadora como las empresas. En este sentido, la Seguridad Social constituye uno de los pilares más importantes y longevos de la protección en España.

El empleo formal es la puerta de entrada a los derechos sociales porque activa automáticamente una red de seguridad. Ante un imprevisto (enfermedad, accidente o despido), la persona trabajadora tiene derecho a prestaciones y subsidios que palían la falta de salarios. Es la base de la contributividad. Este seguro de desempleo funciona a dos niveles: el contributivo (el paro), proporcional a lo cotizado; y el asistencial (los subsidios), que protege a quienes no han cotizado lo suficiente o han agotado su prestación.

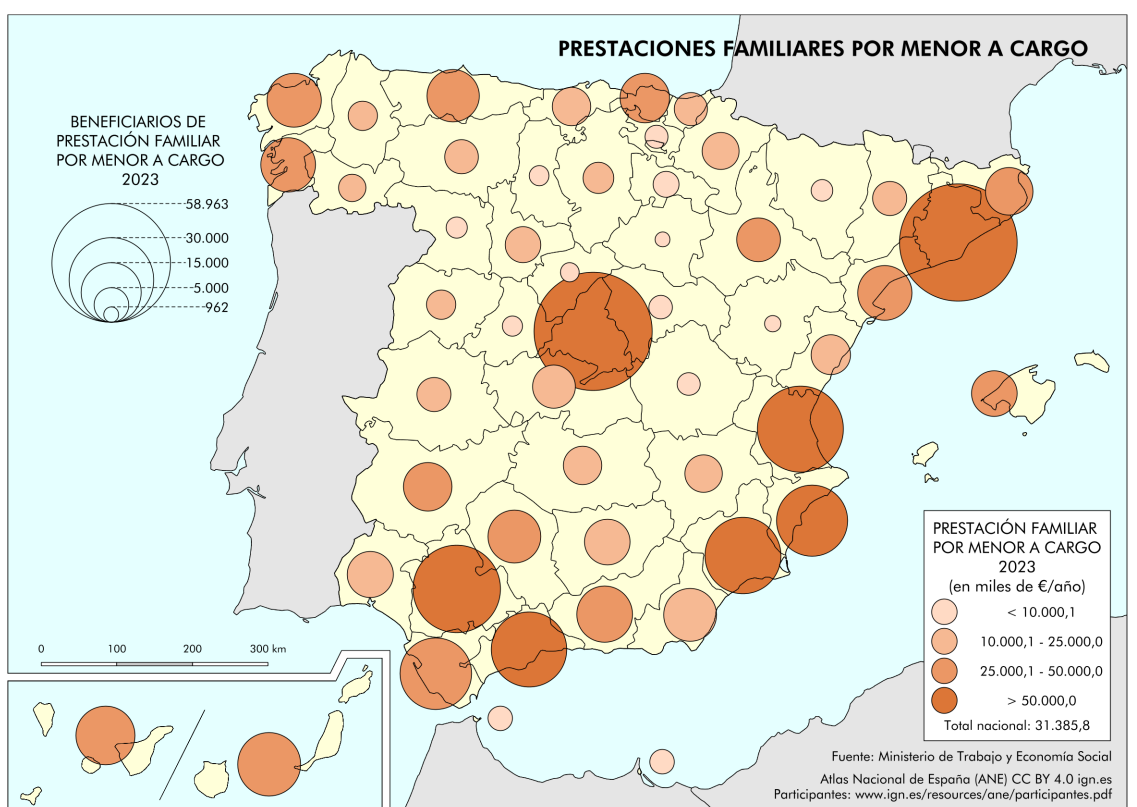
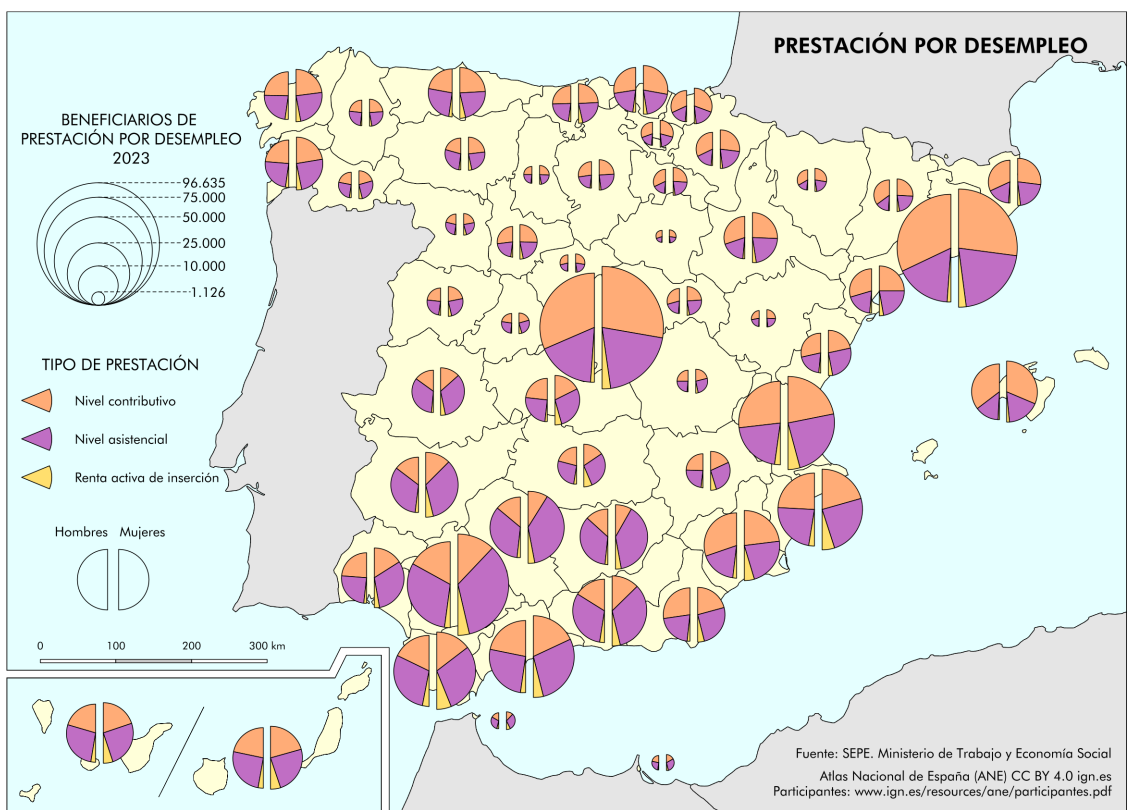
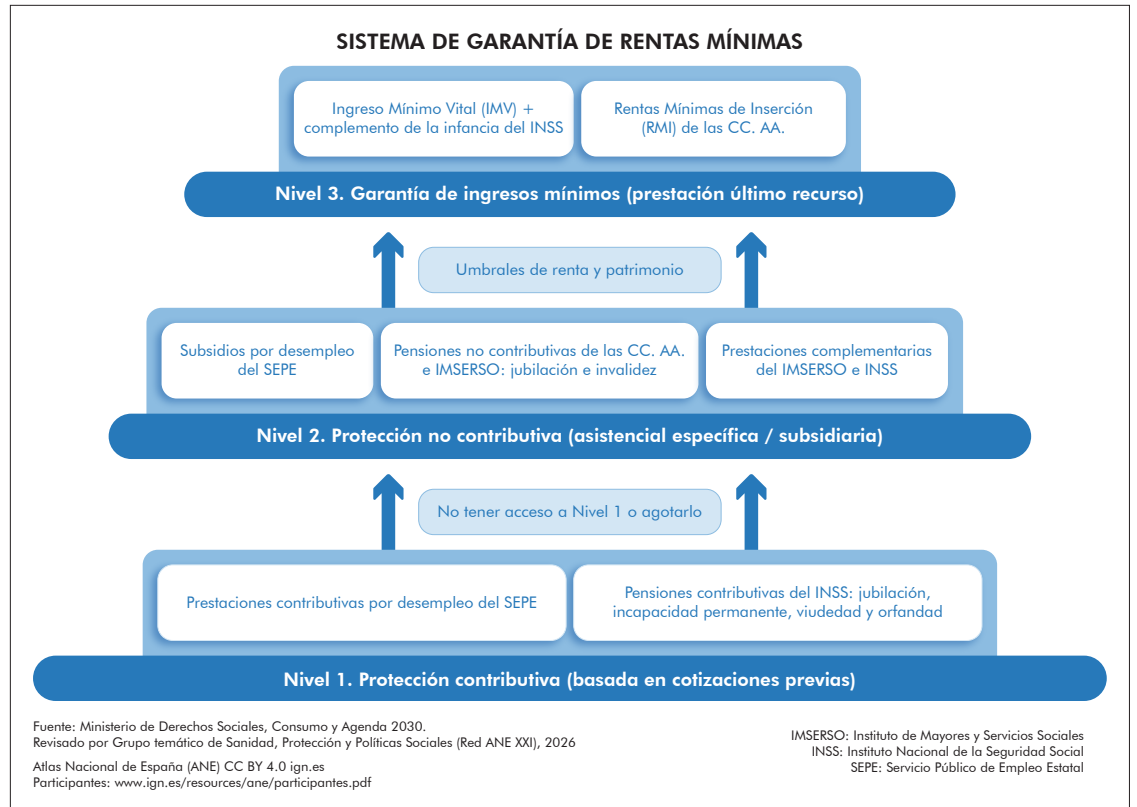
Sin embargo, España afronta retos graves como la precariedad y la informalidad. Cuando el mercado de trabajo no protege a los y las trabajadoras, esa falta de seguridad presiona directamente a los servicios sociales, al presupuesto público y a la red de relaciones familiares de los afectados.

La informalidad (el empleo sumergido) supone la ausencia total de red, lo que conlleva la pérdida de derechos fundamentales como las bajas médicas remuneradas o la futura pensión de jubilación. Existen sectores especialmente vulnerables a esta desprotección, como el trabajo doméstico no declarado, la agricultura estacional o los nuevos modelos de la "economía de plataformas" (como los *riders*), donde la falta de un contrato laboral estándar deja a la clase trabajadora a la intemperie social.

El fenómeno de los "trabajadores pobres" define a aquellas personas que, a pesar de tener un empleo formal y cumplir con sus obligaciones laborales, perciben unos ingresos tan reducidos que no logran situarse por encima del umbral de la pobreza. Esta situación suele deberse a la precariedad en la contratación que implica jornadas parciales o contratos temporales de muy corta duración que impiden una estabilidad de ingresos anual; y al desajuste entre salario y coste de la vida que se alinea con el encarecimiento de bienes básicos, especialmente la vivienda y la energía, haciendo que incluso el Salario Mínimo Interprofesional (SMI) resulte insuficiente en determinadas regiones o tipologías de hogar.

El Ingreso Mínimo Vital y las rentas mínimas autonómicas actúan como complemento salarial para compensar la precariedad laboral y evitar la exclusión social, paliando las deficiencias del mercado de trabajo para evitar que los y las trabajadoras caigan en exclusión severa. Desde 2021, las prestaciones por hijo a cargo se integran en el IMV mediante el Complemento de Ayuda a la Infancia para nuevos beneficiarios.

A pesar de todo, el esfuerzo público sigue siendo insuficiente para romper el ciclo de la vulnerabilidad: uno de cada cuatro españoles se encuentra en riesgo de pobreza o exclusión social (*Tasa AROPE*). Este dato recuerda que la protección social no es solo una cuestión de gasto, sino de la eficacia con la que se debe transformar la inversión en igualdad de oportunidades.



# Vivienda

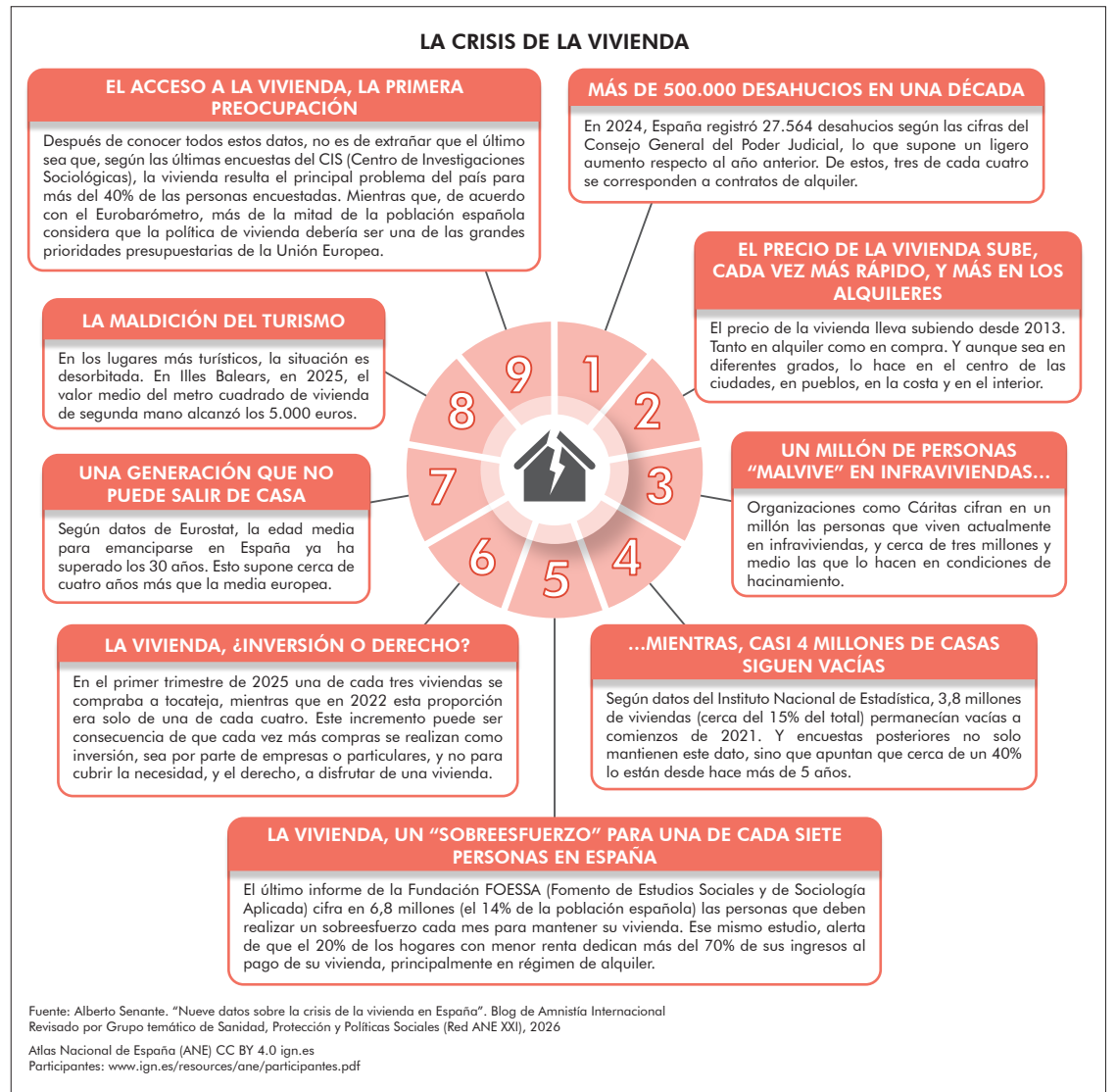
La vivienda es el epicentro de la desigualdad en España. Con esa frase, tan clara y contundente, se presentó el IX informe de la Fundación Fomento de Estudios Sociales y Sociología Aplicada (FOESSA) en 2025. Se advierte que los desahucios, la falta de alquiler social y el predominio de las lógicas del mercado impiden el acceso a un derecho básico; y reclama una política pública más ambiciosa, que amplíe el parque público de alquiler social y limite el uso especulativo de la vivienda.

Además, cuando el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) le pregunta a la población española por el principal problema del país, la vivienda ocupa, en los últimos años, las primeras posiciones. Históricamente, la vivienda ocupaba puestos bajos en las preocupaciones colectivas (muy por debajo del paro o la economía). Sin embargo, en los últimos años —y especialmente desde 2024— ha escalado hasta situarse como el problema que más afecta personalmente a los encuestados (febrero de 2026), por delante de la economía y la sanidad. Esto indica que la falta de acceso y la precariedad en los regímenes de tenencia ya no es una "crisis de los otros" (de los sectores económicos más precarios), sino un problema transversal que golpea a las clases medias y, de forma dramática, a la juventud.

Al mismo tiempo, estos datos explican que ya no es solo un problema inmobiliario, sino una emergencia social que afecta a los proyectos vitales y la estabilidad económica y anímica de individuos y familias. El sentimiento mayoritario captado por el CIS es de vulnerabilidad, lo que empuja a la sociedad a reclamar que la vivienda sea tratada, de una vez por todas, como un servicio público esencial y no solo como un bien de consumo.

Mientras que otros pilares del bienestar como la sanidad o la educación son universales, el sistema de vivienda depende exclusivamente de la capacidad económica de las familias. A diferencia de nuestros vecinos europeos, como Francia o Alemania, España ha apostado históricamente por la propiedad frente al alquiler, y por el mercado privado frente a la vivienda pública. De este modo, la vivienda ha pasado de ser un derecho constitucional a ser un factor de exclusión. Tampoco ayuda que el parque de vivienda social en España sea uno de los más bajos de la Unión Europea, con aproximadamente un 2% frente a la media europea que alcanza el 9%.

El **coste directo e indirecto de la vivienda** merma los avances en protección laboral y social. De poco ha servido subir el salario mí-



nimo o conceder un Ingreso Mínimo Vital si el aumento del precio del alquiler absorbe la mayor parte de esa renta. Según los últimos cruces de FOESSA y la Encuesta de Condiciones de Vida realizada por el Instituto Nacional de Estadística, el 37% de los hogares que viven en alquiler en España están en situación de sobreesfuerzo económico o estrés financiero, puesto que destinan más del 40% de sus ingresos netos a la vivienda. En el caso de la población bajo el umbral de la pobreza, esta cifra escala por encima del 60%.

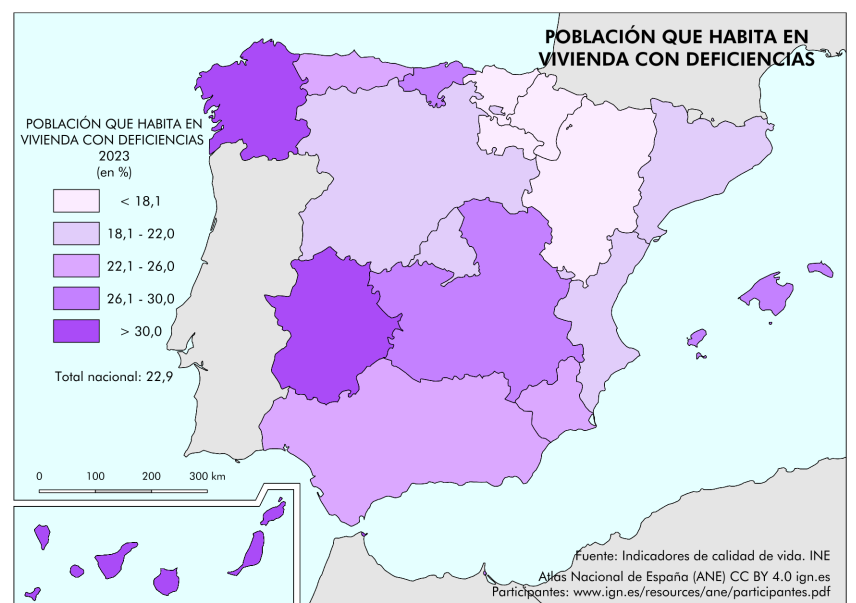
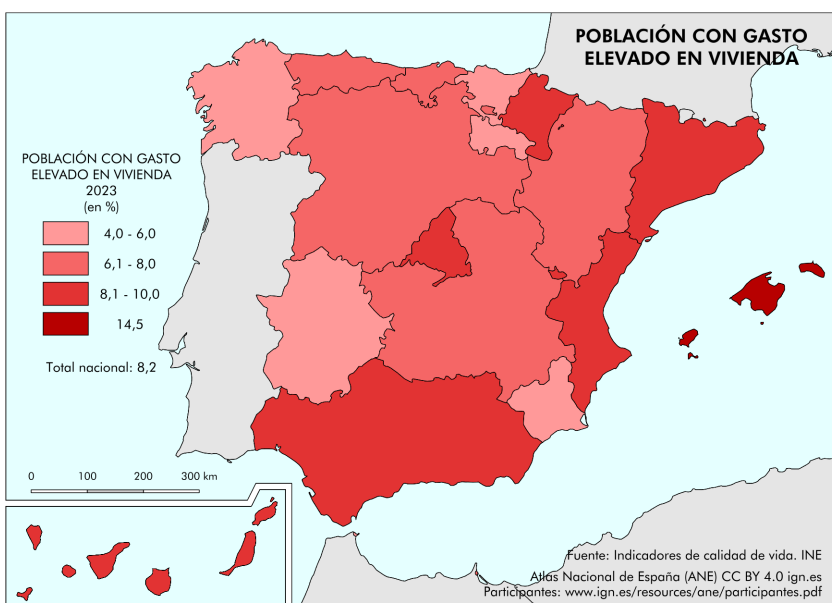
Esta asfixia económica tiene una consecuencia directa en el futuro de la ciudadanía: la anulación de la capacidad de ahorro. Según datos de Oxfam, el 61% de los inquilinos en España se encuentra en una "trampa del alquiler": el elevado coste mensual les impide ahorrar lo suficiente para dar el salto a la propiedad.

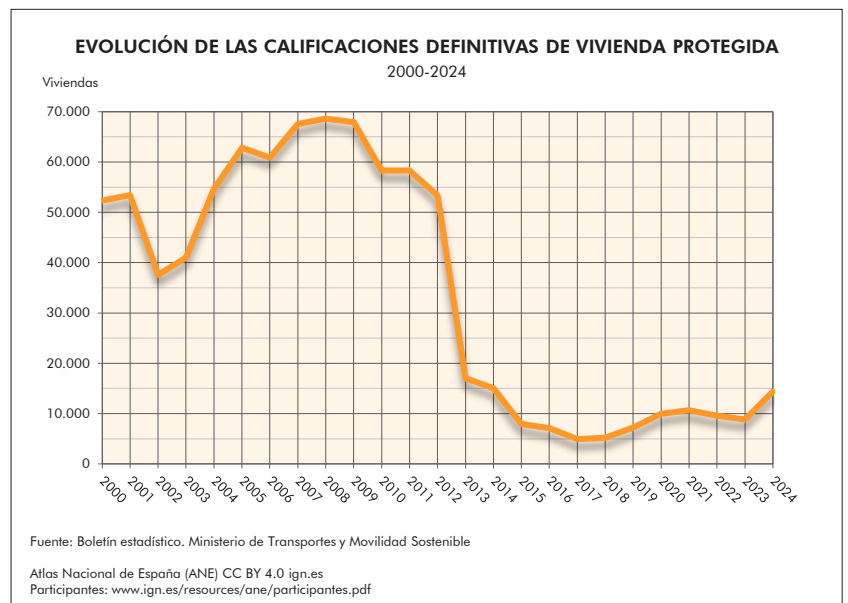
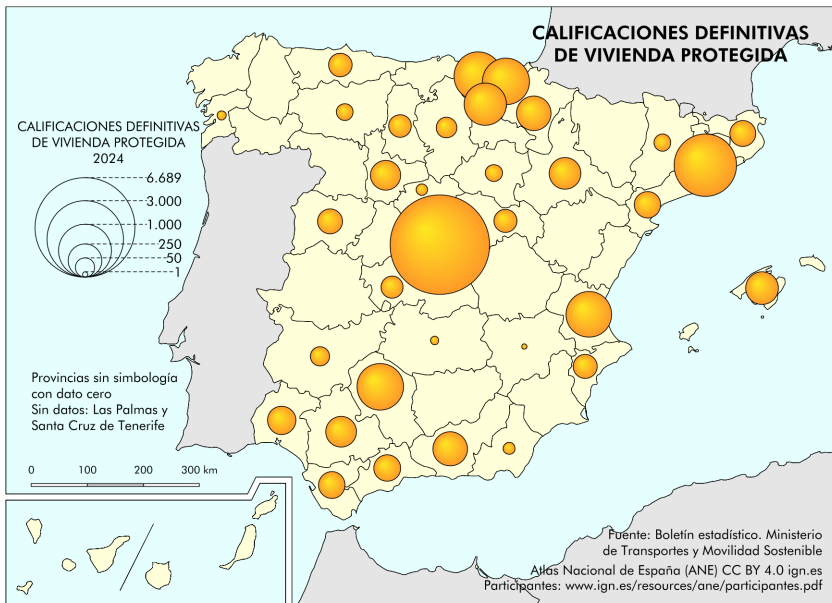
Este fenómeno no solo cronifica la permanencia en un mercado de alquiler tensionado, sino que incrementa la brecha de riqueza. Mientras una parte de la población acumula patri-

monio inmobiliario, más de la mitad de quienes alquilan ven cómo sus ingresos se consumen íntegramente en el pago del techo presente, perdiendo cualquier posibilidad de construir una red de seguridad financiera para el futuro. Es, en definitiva, una barrera a la movilidad social que condena a millones de personas a una precariedad residencial vitalicia.

## La exclusión residencial

En general, se tiende a pensar en el problema de la vivienda solo como una cuestión de precios, como el alquiler o la hipoteca, pero los organismos especializados utilizan la clasificación **ETHOS**, que define la exclusión residencial en cuatro categorías: sin techo (personas que viven en la calle); sin vivienda (personas en albergues, centros de acogida o refugios); vivienda insegura (personas con contratos precarios, bajo amenaza de desahucio o víctimas de violencia de género que no pueden dejar el hogar); y vivienda inadecuada (hacinamiento, infraviviendas o chabolas).





Lo paradójico es que España tiene una de las tasas de viviendas vacías más altas de Europa, pero están mal distribuidas. Hay miles de casas vacías en zonas donde no hay trabajo (la España despoblada) y una escasez dramática en las zonas tensionadas (Madrid, Barcelona, Málaga, Sevilla, Illes Balears y Canarias).

Otro problema añadido es el parque antiguo de las viviendas. Por eso se puede afirmar que no todas las casas "protegen" igual. Más de la mitad del parque residencial en España es anterior a 1980, fecha que marca la ausencia de criterios normativos de aislamiento térmico o eficiencia energética.

Hay familias que viven en casas tremendamente ineficientes desde el punto de vista energético puesto que consumen muchísima energía para conseguir confort climático. Esto crea un círculo vicioso: como la casa es ineficiente, la factura es alta; como la factura es alta, no hay dinero para reformar la casa, lo que lleva a una exclusión energética estructural. El IX informe FOESSA también señaló que el acceso a servicios como la energía, el agua, el transporte o la conexión a internet sigue siendo desigual, especialmente para personas en exclusión severa. Incluso se da la contradicción de que, pese al aumento de personas beneficiarias del bono social eléctrico, la pobreza energética ha crecido.

En los últimos años ha crecido un fenómeno que antes solo se veía en estudiantes universitarios de las ciudades intermedias y grandes como es el alquiler de habitaciones. La imposibilidad de costear una vivienda íntegra impulsa la proliferación del subarriendo de habitaciones. Estos contratos a menudo no se rigen por la Ley de Arrendamientos Urbanos (LAU), sino

por el Código Civil. Esta circunstancia sitúa al inquilino en una posición de indefensión jurídica residencial al reducir sus derechos generando desahucios más rápidos que no tienen prórrogas legales. En definitiva, las habitaciones alquiladas se convierten en infravivienda de 7-10 metros cuadrados.

Otros fenómenos asociados a la problemática de la vivienda son la **gentrificación y la turistificación**. Cada vez más pequeños y grandes tenedores usan la vivienda como un bien de inversión en lugar de un bien de uso, lo que provoca el desplazamiento de la población local de los centros históricos hacia las periferias. Esto obliga a la población a mudarse al extrarradio, lo que aumenta los costes de transporte y dificulta la conciliación.

Los intentos por reformar el marco jurídico de la vivienda (Ley 12/2023) para afrontar el problema han sido insuficientes y de difícil implantación en las comunidades autónomas, debido a que se trata de una competencia autonómica. En ese marco legal aparecieron conceptos clave tales como zonas tensionadas (áreas donde los precios están disparados); grandes tenedores (distinción entre pequeños propietarios y empresas que poseen muchas viviendas) y la función social de la propiedad (el principio de que el derecho a la propiedad no es absoluto y debe subordinarse al interés general, esto es, evitar desahucios de personas vulnerables sin alternativa habitacional).

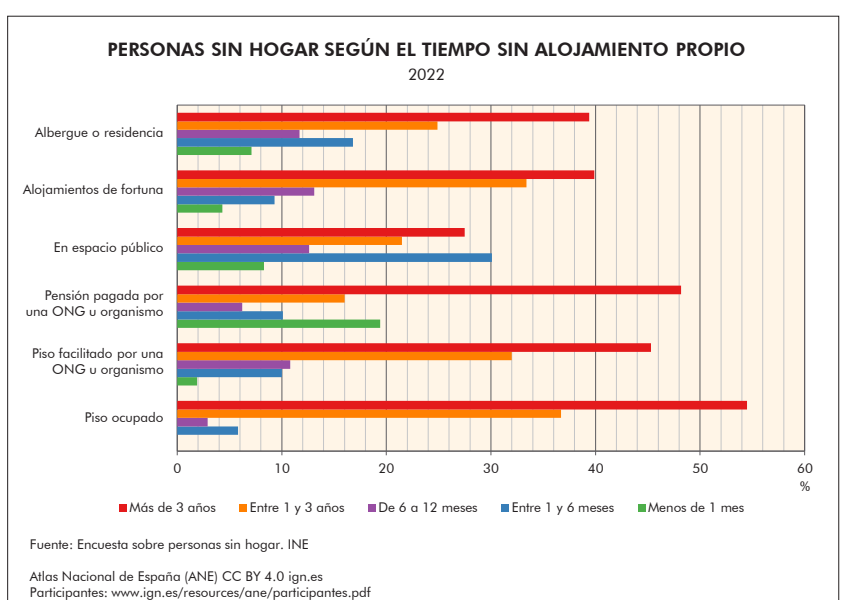
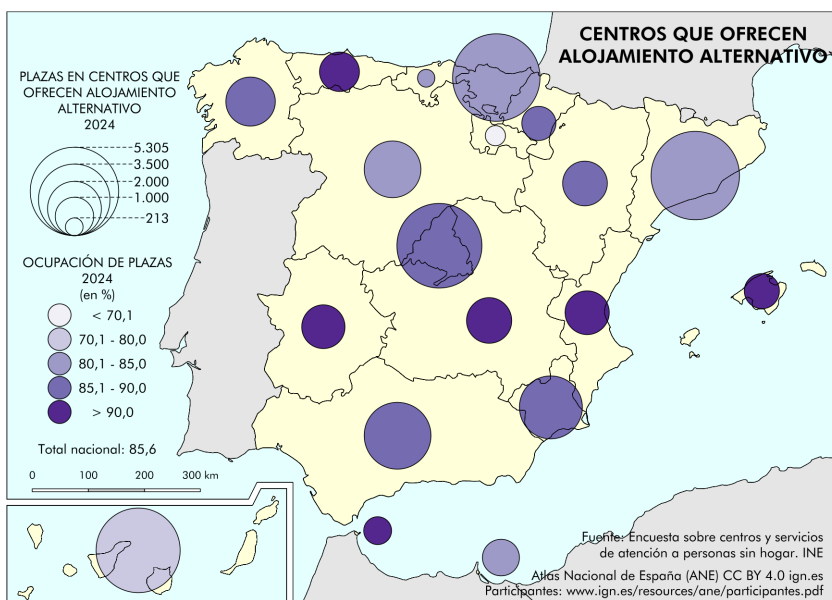
### La exclusión residencial extrema: el sinhogarismo

La aproximación a la exclusión residencial ha experimentado una necesaria transforma-

ción terminológica. En este fenómeno se ha transitado desde conceptos deshumanizadores y estigmatizantes -como vagabundo, indigente o el anglicismo *homeless*- hacia una denominación que pone el foco en la dignidad y la transitoriedad: persona en situación de calle o en situación de sin hogar. Este cambio de lenguaje reconoce que la ausencia de vivienda no es un rasgo de la personalidad, sino una circunstancia impuesta por una cadena de fallos en los sistemas de protección.

El sinhogarismo es un fenómeno predominantemente urbano, resultado de una multicausalidad compleja. No responde únicamente a la carencia de recursos económicos; es el punto final de una trayectoria marcada, muchas veces, por la ruptura de los vínculos afectivos y las redes de apoyo social. A menudo, esta vulnerabilidad se ve agravada por problemas de salud mental o adicciones, factores que, en ausencia de una vivienda estable como base de seguridad, resultan casi imposibles de abordar con éxito.

En España, los datos reflejan una realidad preocupante, pues miles de personas carecen de un alojamiento digno, especialmente en grandes áreas metropolitanas donde el mercado inmobiliario es más inaccesible. El perfil ha evolucionado, con un incremento de personas jóvenes y de origen extranjero en situación de exclusión severa. Ante esto, el modelo de atención vira hacia estrategias como el *Housing First*, que parte de la premisa de que la vivienda no debe ser la culminación de un proceso de inserción, sino el requisito previo y fundamental para que la persona pueda reconstruir su vida y recuperar su autonomía.



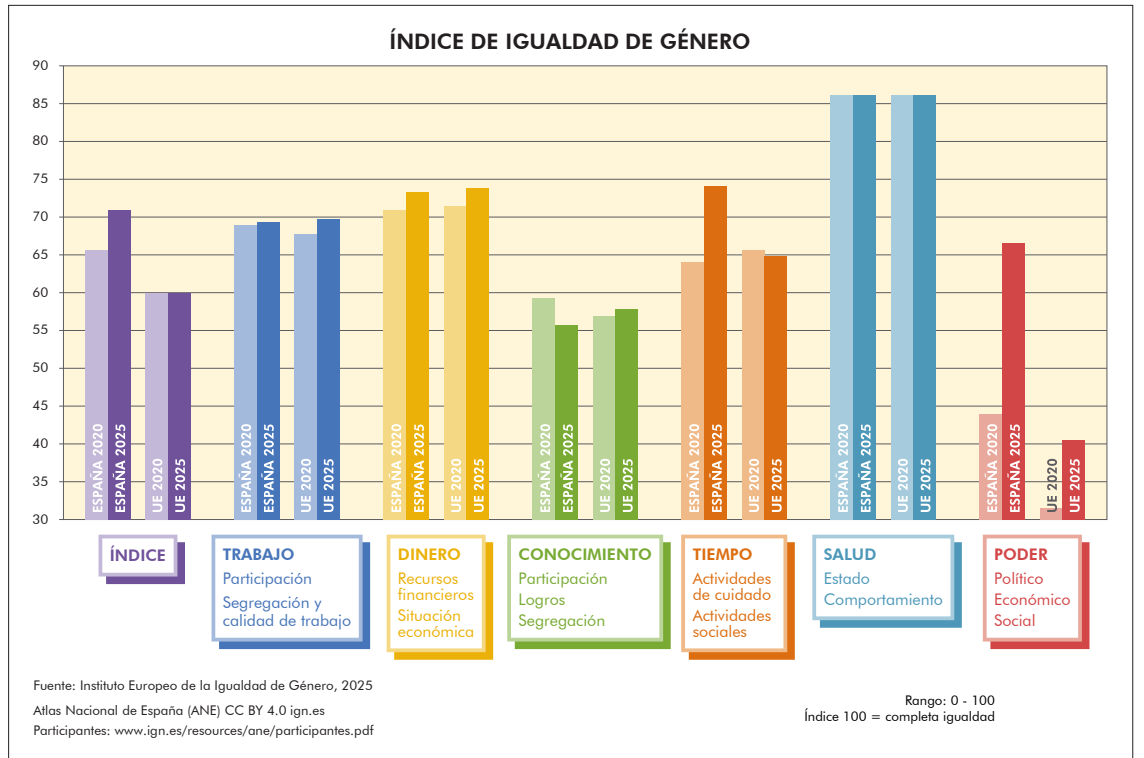
# Mujer

Los cambios que España ha experimentado en las últimas décadas en materia de igualdad de género son muy significativos, lo que consolida una posición de liderazgo en el marco de la Unión Europea. Según los datos del Instituto Europeo de la Igualdad de Género (EIGE), el Índice de Igualdad de Género en España alcanza algo más de los 70 puntos en 2025, una cifra que sitúa al país por encima de la media comunitaria y refleja las conquistas sociales de las mujeres, de los movimientos sociales feministas y de la efectividad de las políticas de igualdad.

Este avance no es uniforme en todas las dimensiones, sino que destaca especialmente en los ámbitos de la salud y, a mucha distancia, del poder. En el área de salud, el acceso universal y la atención específica a las necesidades reproductivas y de bienestar físico sitúan a la mujer española en niveles de protección altos. Por su parte, la dimensión del poder muestra el impacto directo de la legislación sobre representación equilibrada, que ha impulsado la presencia femenina en las instituciones legislativas y en la alta administración del Estado (ver gráfico *Índice de igualdad de género*). No obstante, el índice oculta brechas persistentes en la distribución social del tiempo, el reparto de la riqueza, la organización social de los cuidados y la persistencia de la violencia de género. Aquí la paridad se estanca debido a estructuras sociales, económicas y culturales de difícil transformación a corto plazo.

La convergencia hacia la igualdad plena es, por tanto, un proceso con dos velocidades: un éxito parcial en algunas dimensiones de la igualdad formal e institucional, pero desafíos estructurales en la esfera privada y en la calidad del empleo.

Otro de los avances más importantes y consolidados por las mujeres se da en el ámbito de la educación superior, así como el acceso y la producción del conocimiento (ver mapa *Mujeres con estudios superiores*). Los indicadores de educación superior reflejan una superioridad constante en las tasas de titulación universitaria femenina. Según los datos del Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades, las mujeres universitarias matriculadas en el curso 2024-25 son el 57,1%, mientras que los hombres son el 42,9%, con un rendimiento académico superior en términos de tasa de éxito y menor abandono escolar. La **segregación horizontal** define la concentración de la mano de obra femenina en sectores específicos, habitualmente vinculados a los servicios, la educación y los cuidados. Esta especialización sectorial reproduce roles tradicionales y sitúa a una gran parte de las trabajadoras en actividades con menores niveles retributivos y mayor precariedad. El impacto en la protección social es directo: menores salarios derivan en bases



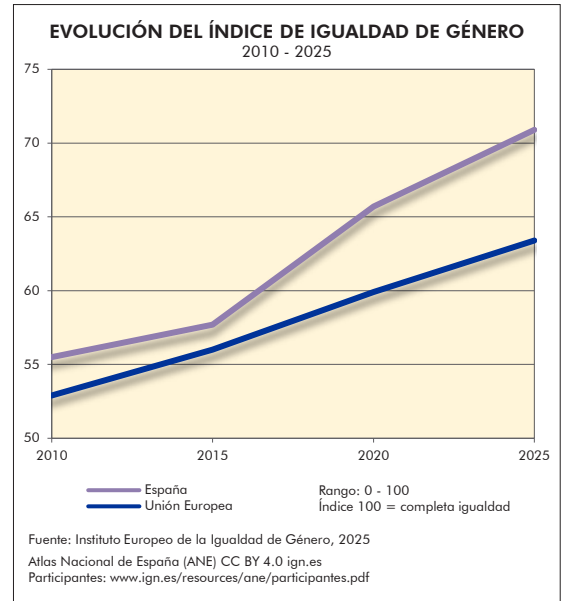
de cotización reducidas y, por tanto, en una menor cobertura ante contingencias como el desempleo o la incapacidad.

Por otro lado, la **segregación vertical** describe las barreras invisibles que impiden el ascenso de las mujeres a los puestos de máxima responsabilidad y decisión, pues la hegemonía en la titulación no se traslada de forma automática a la igualdad en el mercado laboral o en la investigación de alto nivel. Este fenómeno se analiza mediante dos conceptos clave:

- "El techo de cristal": se refiere a los obstáculos no explícitos (prejuicios, falta de corresponsabilidad, redes de influencia masculinas) que limitan el acceso a la alta dirección. A pesar de la superioridad en la formación universitaria, la representación femenina disminuye de forma drástica en los niveles directivos.

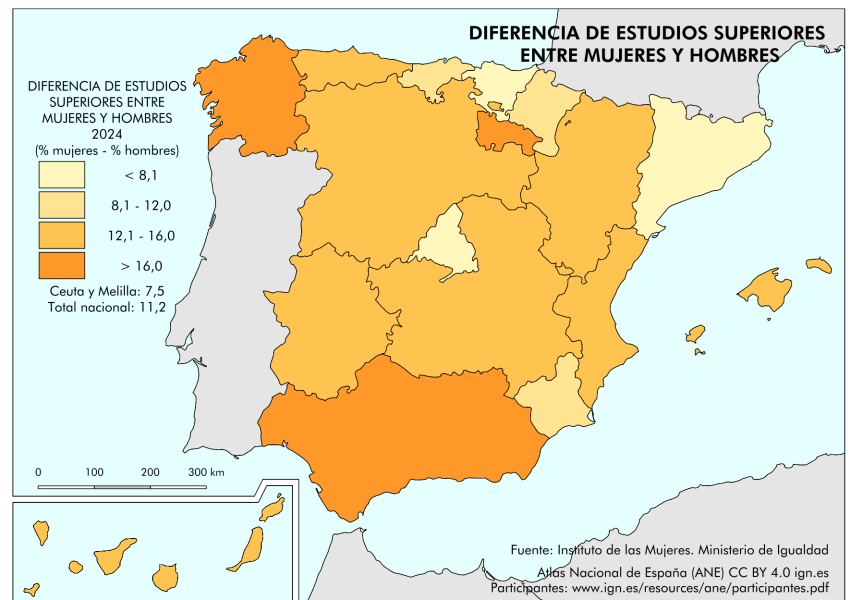
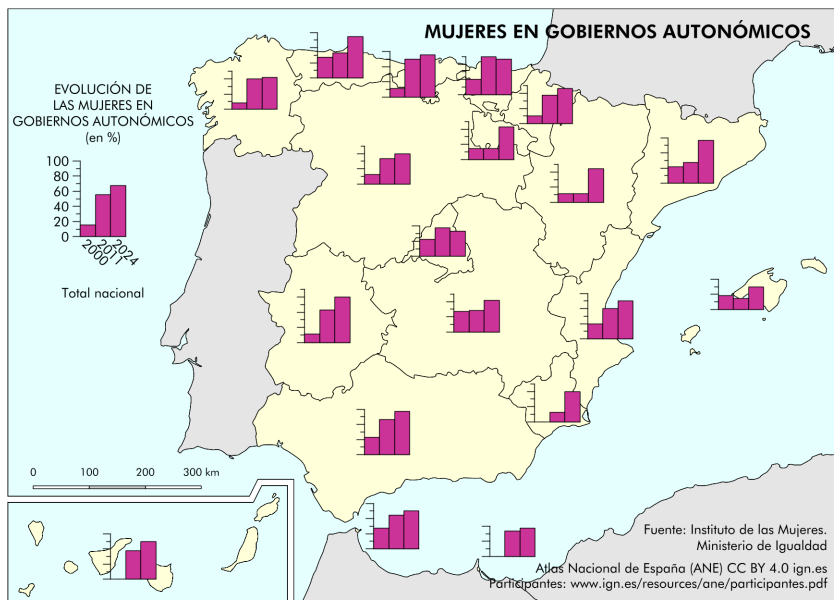
- "El suelo pegajoso": define la situación de las mujeres atrapadas en la base de la pirámide laboral, en empleos de baja cualificación y escasa movilidad. La carga de los cuidados no compartidos y la falta de servicios públicos de apoyo actúan como un lastre que impide la progresión profesional, lo que condena a un gran número de mujeres a la temporalidad y a la rotación laboral.

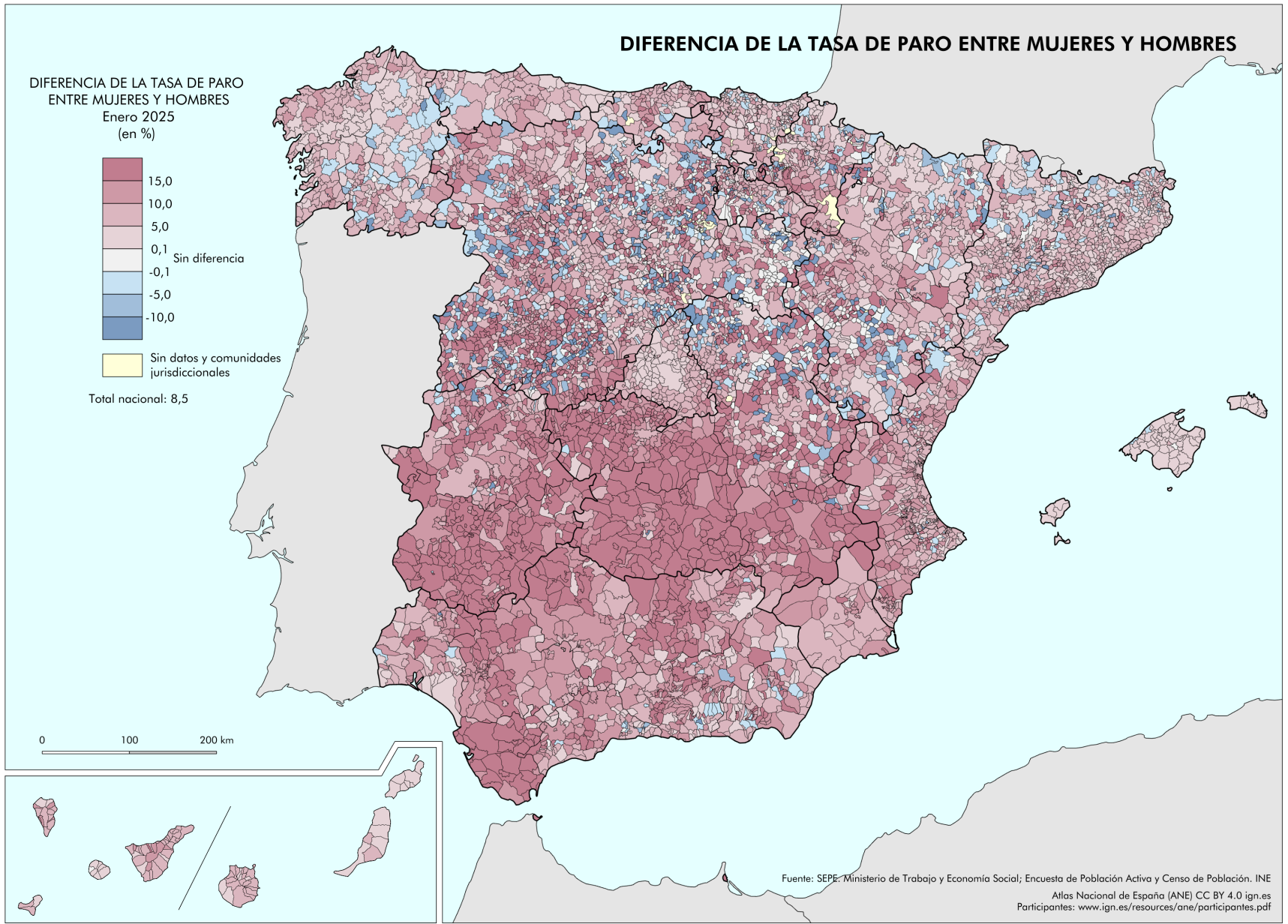
Estas dinámicas generan una brecha salarial estructural que no solo afecta a la renta disponible en el presente, sino que predetermina la vulnerabilidad futura. Sin una ruptura de estos techos y suelos, la autonomía económica de la mujer permanece subordinada a una estructura de mercado que penaliza la trayectoria femenina.



La sostenibilidad del sistema de protección social en España descansa, en gran medida, sobre el trabajo no remunerado de las mujeres. La denominada economía del cuidado engloba las actividades domésticas y de atención a personas en situación de dependencia (menores, mayores o enfermos) que se realizan fuera del mercado laboral formal.

El desigual reparto de las tareas constituye el núcleo de la brecha de género en el bienestar. El rol de la mujer como cuidadora principal actúa como un amortiguador del gasto público; el Estado y el mercado ahorran recursos masivos gracias a esta red de cuidados informales que carece de derechos laborales asociados. La asunción de estas responsabilida-





des limita la disponibilidad horaria femenina, lo que deriva habitualmente en la aceptación de empleos a tiempo parcial o en la renuncia temporal o definitiva a la carrera profesional.

La falta de una corresponsabilidad efectiva y la insuficiencia de servicios públicos de proximidad (plazas en escuelas infantiles o centros de día) obligan a muchas mujeres a realizar una doble jornada o a solicitar excedencias por cuidados. Estas decisiones, aunque voluntarias en apariencia, están condicionadas por una estructura social que penaliza las trayectorias laborales femeninas con una menor acumulación de cotizaciones y una mayor dependencia económica, que incrementa el riesgo de exclusión social y pensiones de jubilación más bajas en etapas vitales avanzadas.

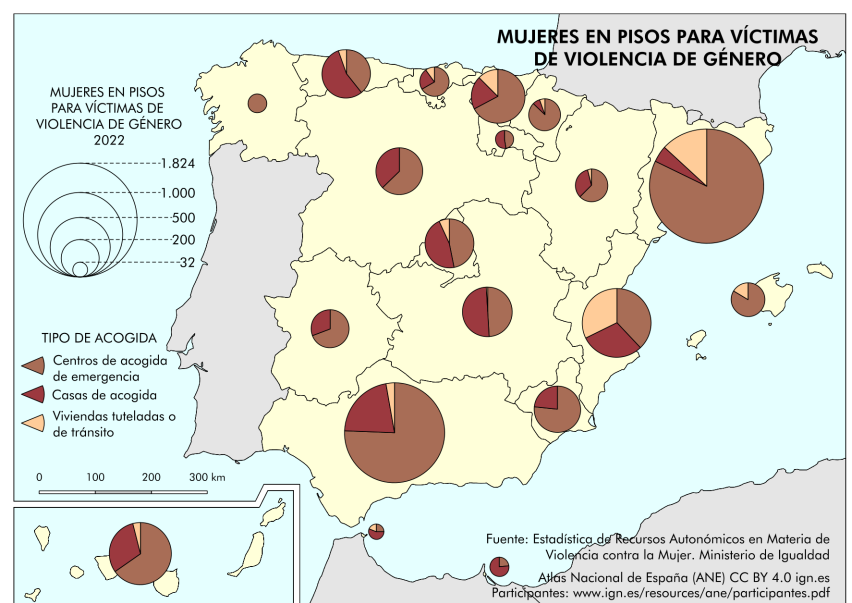
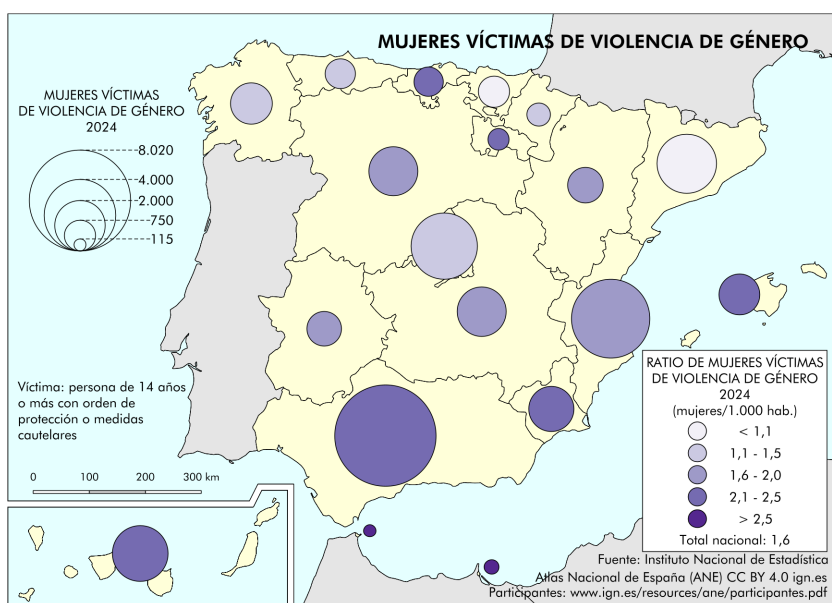
La protección social se enfrenta al desafío de transitar desde un modelo de cuidados familista hacia uno basado en la corresponsabilidad pública

y social. Sin una redistribución equitativa de las cargas domésticas, la igualdad en el mercado laboral y en la autonomía financiera permanecerá como un objetivo inalcanzable.

Los mapas ponen de manifiesto que la desigualdad es también una cuestión territorial, en concreto cuando se observa la distribución de la *Diferencia de la tasa de paro entre mujeres y hombres*. En más del 80% de los municipios españoles el paro es mayoritariamente femenino. Los resultados reflejan que las mayores diferencias, que afectan negativamente a las mujeres, se concentran en Castilla-La Mancha y Extremadura y que el grupo de edad en el que existe una mayor brecha es el de 25 a 44 años; los años que corresponden a la maternidad siguen siendo los más desfavorables en materia de empleo para las mujeres.

Por último, y a pesar de los avances normativos, judiciales y de concienciación ciudadana, la

**violencia de género** sigue siendo una vulneración extrema de los derechos fundamentales de las mujeres. Este fenómeno exige una **red de protección social específica** que garantice la seguridad y la autonomía de las víctimas. La persistencia de esta violencia hunde sus raíces en estructuras de desigualdad histórica y en roles de género tradicionales que perpetúan una relación de poder asimétrica. A pesar de los avances normativos como la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, la menor autonomía económica de muchas mujeres dificulta la ruptura con el agresor. Por tanto, la protección social en este ámbito debe ir acompañada de políticas educativas y culturales que ataquen el origen cultural de la violencia, desarticulen los estereotipos que la normalizan y aseguren una verdadera igualdad de oportunidades que elimine la dependencia material.



## Infancia y juventud

Las políticas sociales que se dirigen a la infancia y la juventud son uno de los pilares estratégicos para lograr la cohesión social y la sostenibilidad del estado de bienestar. Son muchas las direcciones en las que trabajan: la lucha frente a la pobreza infantil y la precariedad juvenil, la protección económica, el apoyo desde el sistema educativo y, por supuesto, las propias intervenciones desde Servicios Sociales en familias con un menor a cargo cuando la situación lo requiere y que, en número, destacan en Andalucía, Madrid y Galicia. En cualquier caso, todas estas situaciones implican trabajar en un sistema que tenga capacidad para compensar las desigualdades de origen, es decir, desigualdades que se dan mientras eres niño, adolescente o joven y que tienen reflejo en la vida adulta, como puede ser la formación o la situación económica precaria. Parece evidente que una intervención preventiva y multidimensional será capaz de garantizar trayectorias vitales más equitativas y que, de esta forma, se evite la reproducción intergeneracional de la vulnerabilidad.

La pobreza infantil en España constituye un desafío estructural para los sistemas de protección social. No representa un fenómeno aislado, sino el reflejo directo de la precariedad económica en las unidades familiares. Según los indicadores de la [Red Europea de Lucha contra la Pobreza](#) (EAPN) y de la Encuesta de Condiciones de Vida, uno de cada tres menores reside en hogares con ingresos insuficientes para cubrir necesidades básicas. Esta vulnerabilidad se traduce en una mayor presión sobre los ser-

vicios sociales de atención primaria, cuya intervención es crítica en familias con menores a cargo para prevenir la exclusión hereditaria.

Existe, además, una dimensión subjetiva fundamental: el sentimiento de integración. En la población de 11 a 18 años, la percepción de bienestar y pertenencia al entorno escolar y social está condicionada por el nivel de rentas del hogar. La exclusión no solo implica falta de recursos, sino también una limitación en la participación en actividades de ocio, cultura o deportes, factores que influyen en la autoestima y en las expectativas de futuro de los jóvenes. Por tanto, la protección social en la infancia debe trascender la ayuda económica para garantizar una inclusión plena en la vida comunitaria.

Y aunque el sistema educativo actúa como el principal instrumento de integración y de movilidad social, su eficacia depende del entorno socioeconómico del alumnado. A pesar de la reducción drástica del abandono escolar temprano en la última década, las cifras permanecen por encima de los objetivos europeos. El [Informe Juventud](#) en España 2026 (Injuve) señala una preocupante cronificación en los deciles de renta más bajos. Existe una correlación directa entre la precariedad económica del hogar y la salida prematura del sistema educativo, lo que perpetúa un ciclo de baja cualificación y vulnerabilidad laboral.

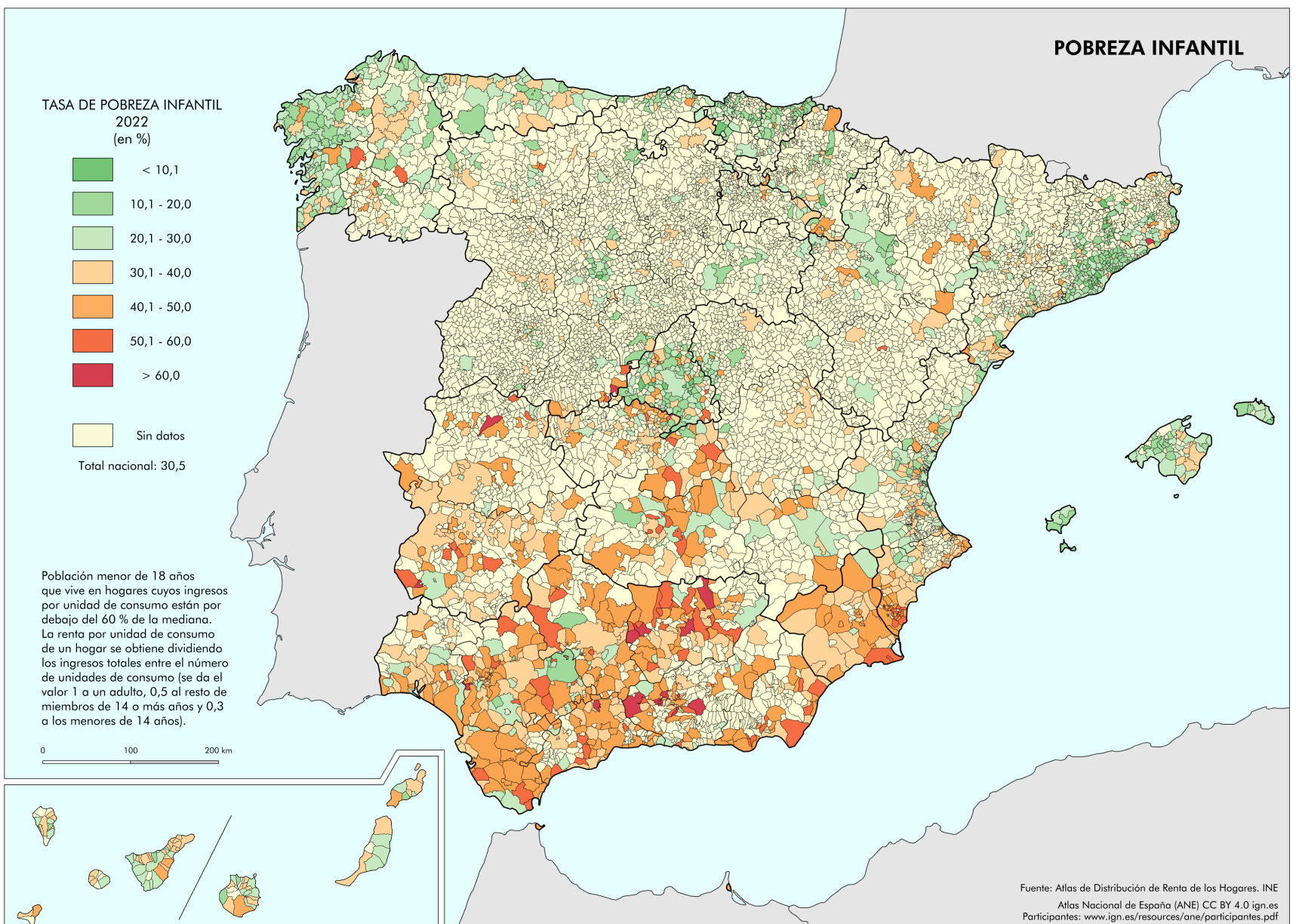
La protección social educativa, a través de programas de refuerzo y becas de comedor o transporte, intenta compensar estas desigualdades de origen. No obstante, la segregación escolar, el origen nacional y la brecha digital suponen barreras adicionales que dificultan la

igualdad de oportunidades. De hecho, el abandono educativo temprano presenta una brecha de nacionalidad crítica, situándose en el 30,7% entre la juventud de origen extranjero frente al 12,6% de la media nacional (Injuve 2026).

Por otro lado, la inserción laboral de la juventud en España constituye un reto pendiente desde hace décadas. Las tasas de desempleo juvenil suelen duplicar las tasas de desempleo de todos los grupos de edad. Las dificultades de inserción responden a barreras estructurales que exceden la formación académica. Existe un desajuste entre la oferta educativa y las demandas del tejido productivo, junto a una elevada rotación laboral que penaliza a los perfiles con menor experiencia. Esta precariedad se manifiesta en una alta tasa de temporalidad y en salarios de entrada reducidos, factores que impiden la acumulación de derechos de protección social a largo plazo para las y los jóvenes.

El [Sistema Nacional de Garantía Juvenil](#), alineado con las directrices de la Unión Europea, articula la respuesta pública para menores de 30 años que no se encuentran en situación de empleo ni de formación. Este programa ha buscado asegurar que este colectivo reciba una oferta de empleo, educación continua o prácticas tras la finalización de sus estudios o el inicio del desempleo, pero su eficacia ha sido dispar: aunque facilita el contacto inicial con el mercado, con frecuencia se deriva en contrataciones temporales sin consolidación de una trayectoria profesional estable.

La **emancipación en España** presenta un retraso estructural en comparación con la media europea, con una edad media de sali-



da del hogar familiar que supera los 30 años edad. Este fenómeno no responde a una pauta cultural, sino a la imposibilidad material de acceso a la vivienda sumada a la precariedad laboral. La "trampa del alquiler" de la vivienda absorbe una parte desproporcionada de los ingresos iniciales, lo que anula cualquier capacidad de ahorro y posterga indefinidamente la formación de nuevos hogares y los proyectos de natalidad.

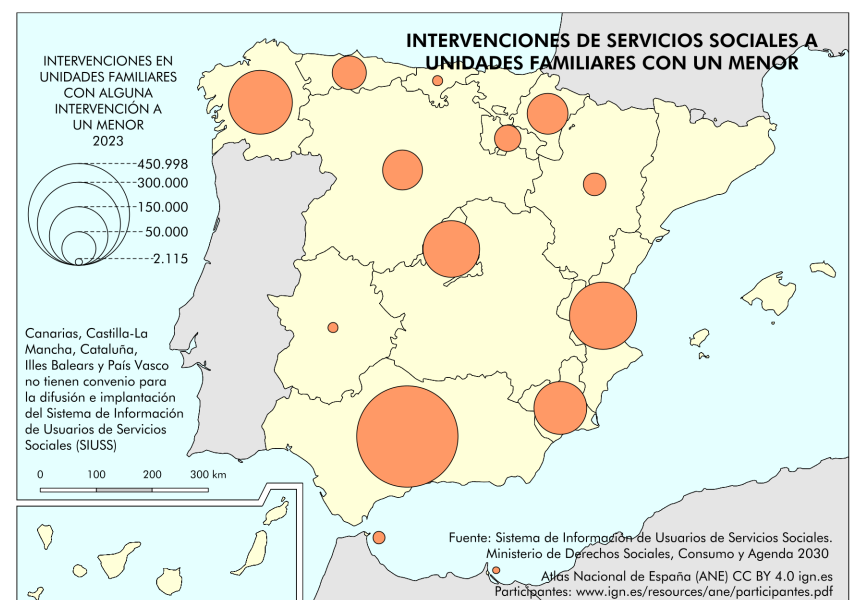
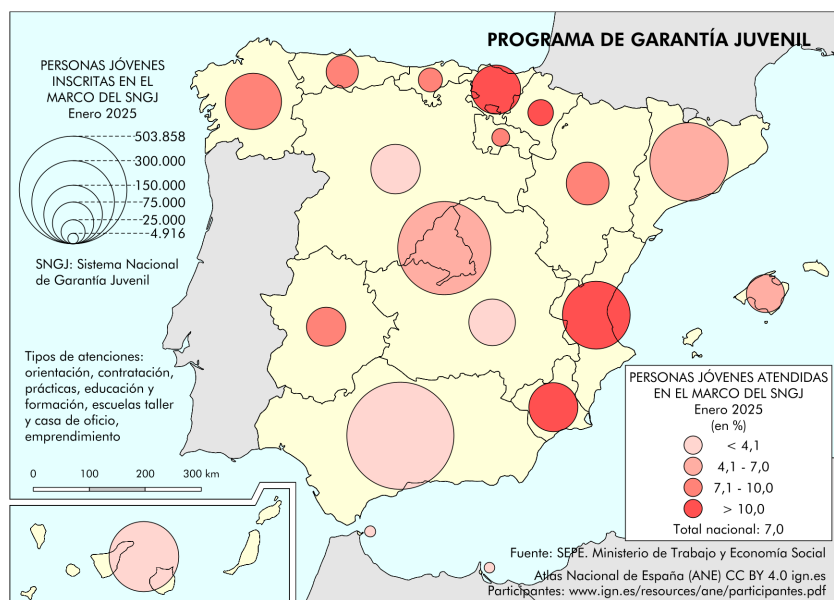
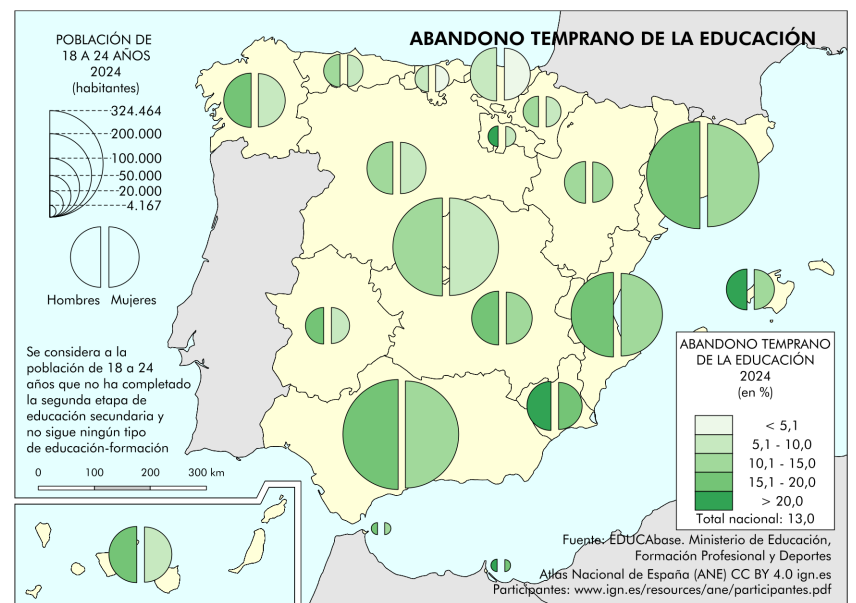
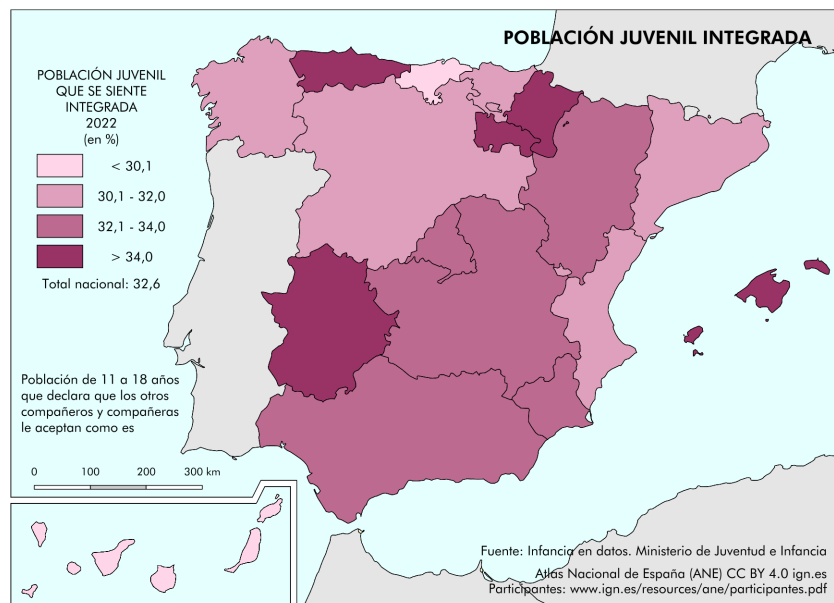
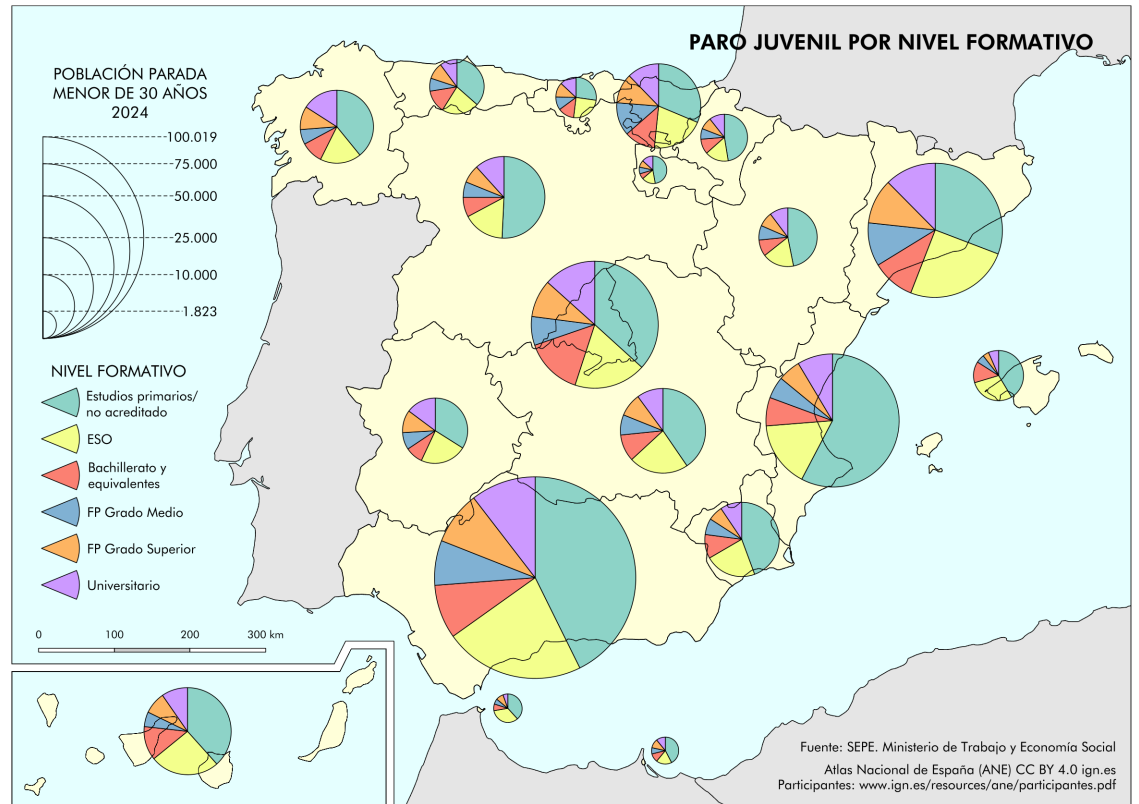
La dependencia forzada del hogar familiar retrasa la edad de maternidad del primer hijo hasta los 33 años y sitúa la tasa de fecundidad en un mínimo histórico de 1,1 hijos. Como consecuencia, el sistema de protección social no solo debe gestionar la precariedad presente de la juventud, sino prever el impacto demográfico a largo plazo. Sin una intervención que reduzca el coste del acceso a la vivienda y mejore la calidad del empleo (cuya tasa de temporalidad en el sector de 20-24 años supera el 50%), la autonomía juvenil seguirá siendo una aspiración inalcanzable para la mayoría de la población.

Este bloqueo vital, sumado a las exigencias o expectativas generacionales, produce una presión directa sobre la salud mental de la población joven. Los barómetros de opinión y los registros sanitarios muestran un incremento sostenido de los cuadros de ansiedad, depresión y estrés vinculados a la incertidumbre sobre el futuro. La falta de expectativas de estabilidad profesional y la dificultad para alcanzar una autonomía real producen un sentimiento de estancamiento generacional. Según el Injuve 2025, el 54,7% de los jóvenes reporta problemas de este tipo, con una incidencia mucho

mayor en las mujeres (63,7%). La protección social, tradicionalmente enfocada en la salud física o la prestación económica, se enfrenta ahora al reto de integrar el bienestar emocional como un derecho fundamental y reforzar la red de salud mental pública y los servicios de orientación psicológica.

La "juventud estancada" define a una generación con niveles de cualificación educativa superiores a los de sus progenitores, pero con condiciones de vida materiales más frágiles.

Esta brecha entre formación y realidad económica se traduce en una desafección que afecta a la cohesión social. Por tanto, las políticas de juventud deben trascender el ámbito laboral para abordar de forma integral el vínculo entre vivienda, estabilidad emocional y autonomía. Sin un suelo residencial seguro y una red de apoyo a la salud mental, el sistema de protección corre el riesgo de cronificar la vulnerabilidad de quienes deben sostener el modelo de bienestar en las próximas décadas.



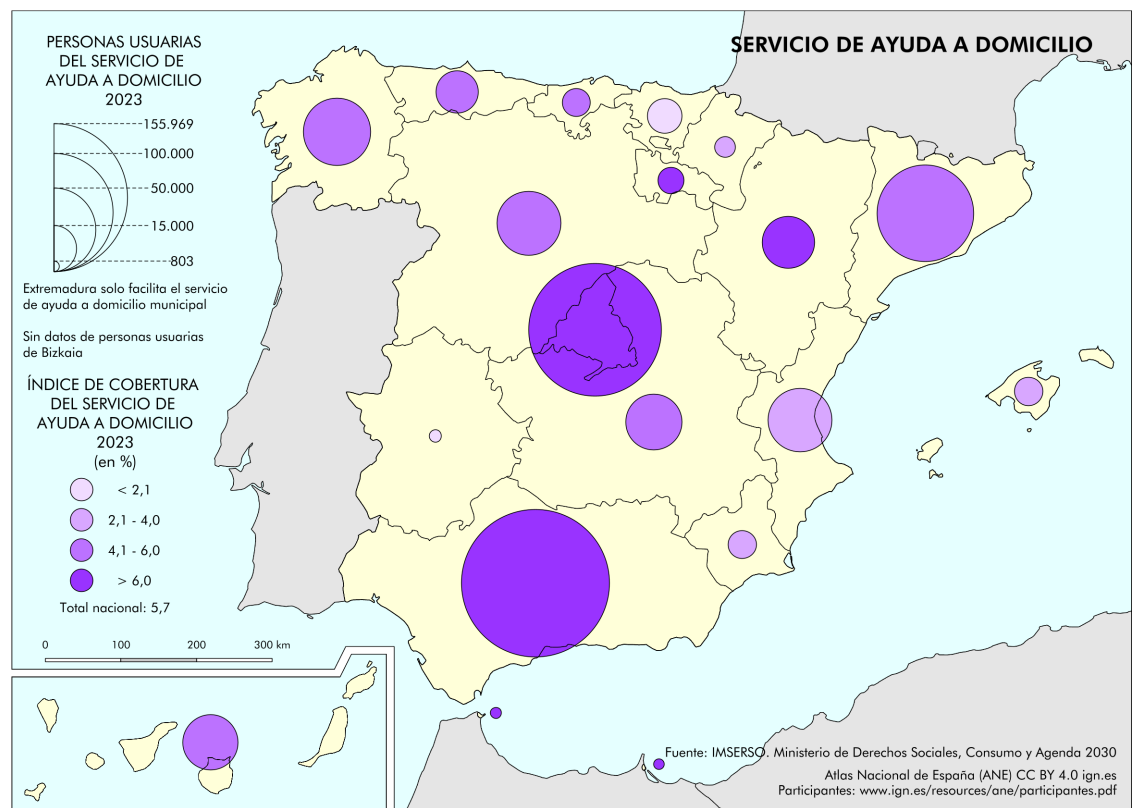
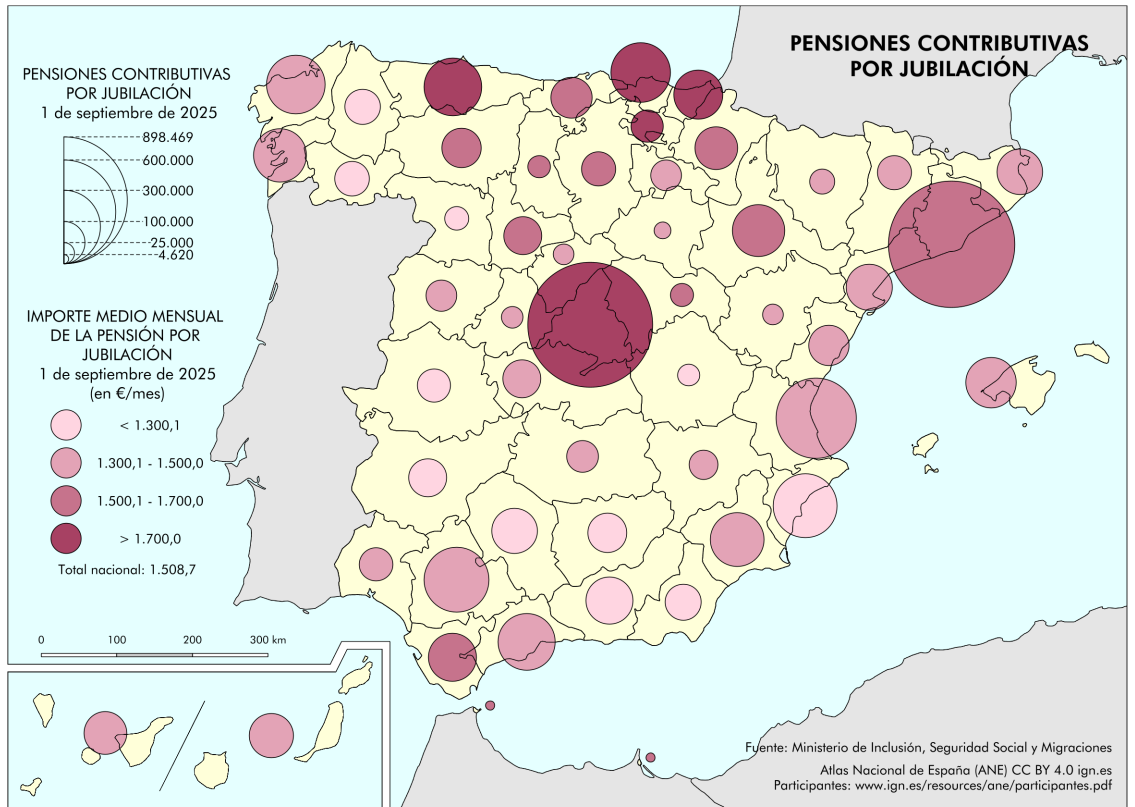
## Mayores

España es uno de los países con mayor esperanza de vida en el mundo, un indicador que refleja el éxito de las políticas de salud pública y la consolidación del sistema de protección social. Este incremento de la longevidad conlleva una transformación de la estructura poblacional, pues el grupo de mayores de 65 años gana un peso relativo creciente sobre el total de la población. En Italia, España, Portugal y Alemania, se espera que la proporción de la población mayor de 80 años se duplique entre 2015 y 2050 según la OCDE. No obstante, el reto actual no reside únicamente en la extensión de la vida, sino en la **calidad de vida** y en la garantía de un envejecimiento saludable que minimice los años de dependencia severa.

El sistema público de pensiones constituye la herramienta más eficaz de redistribución de renta y prevención de la pobreza en la vejez. Su naturaleza contributiva asegura que la trayectoria laboral se traduzca en una protección económica estable tras la jubilación. La suficiencia de estas prestaciones es clave para mantener la autonomía personal, especialmente ante el encarecimiento de bienes básicos como la vivienda o los suministros energéticos. Persiste una brecha de género significativa en la cuantía de las pensiones. Las carreras profesionales de las mujeres, marcadas históricamente por la parcialidad y las interrupciones para el cuidado de familiares, derivan en prestaciones más reducidas que las masculinas, lo que sitúa a muchas mujeres mayores en una posición de mayor vulnerabilidad, con una alta dependencia de las pensiones no contributivas y de los complementos a mínimos para alcanzar niveles dignos de subsistencia.

El éxito de la longevidad en España convive con el **fenómeno de la soledad no deseada**, un factor de riesgo que afecta a la salud física y mental de las personas de edad avanzada. La protección social debe trascender la cobertura económica para articular redes de apoyo comunitario que combatan el aislamiento, especialmente en entornos urbanos y en la España vaciada. Este escenario exige una transición desde el modelo residencial tradicional hacia una atención centrada en la persona, que priorice la permanencia en el domicilio habitual mediante servicios de teleasistencia avanzada y ayuda a domicilio.

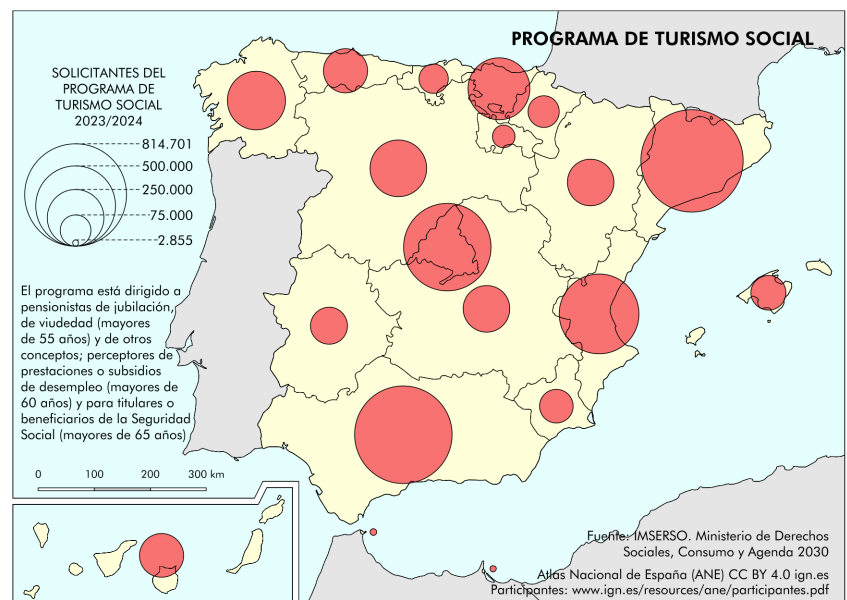
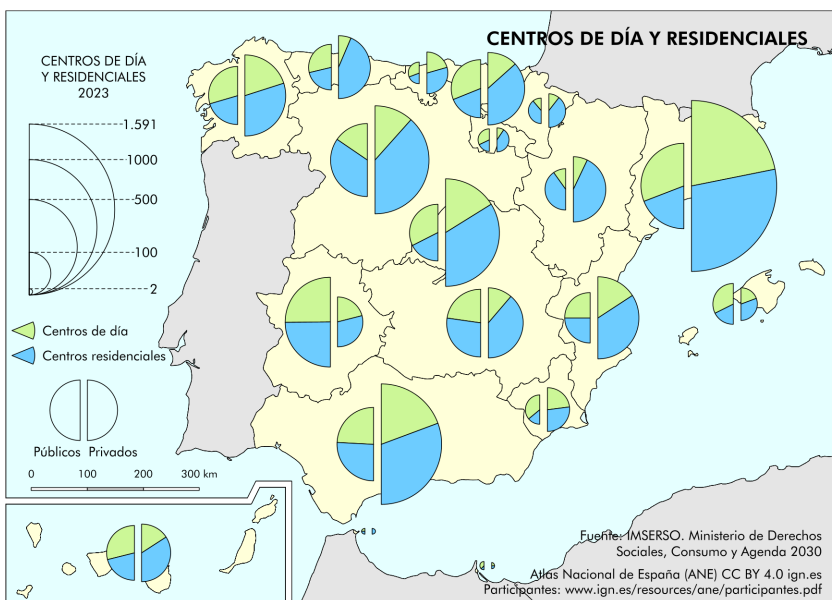
La sostenibilidad de estos cuidados requiere una corresponsabilidad pública que reduzca la carga histórica asumida por las mujeres en el ámbito familiar. El sistema de protección se enfrenta al reto de profesionalizar los cuidados y garantizar recursos de proximidad, como centros de día y viviendas colaborativas (*cohousing*), que fomenten la autonomía funcional. Solo mediante una inversión estable y



una gestión eficiente de la dependencia será posible asegurar que la última etapa de la vida se desarrolle con la dignidad y el apoyo necesarios.

El Programa de Turismo Social del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) es un servicio orientado a mejorar la calidad de vida y la

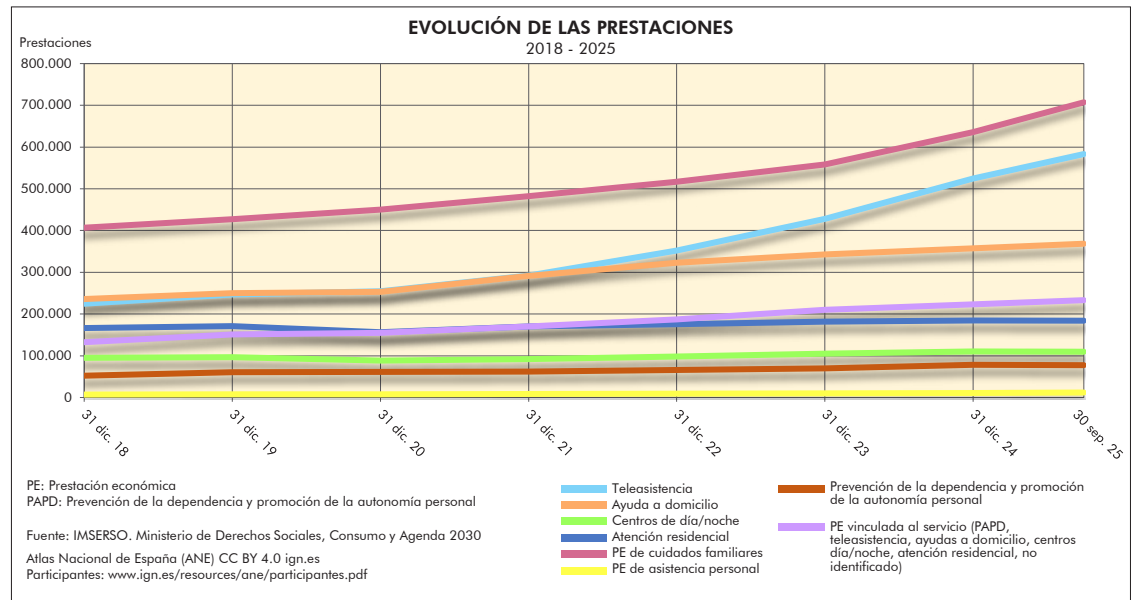
autonomía de las personas mayores de 65 años mediante estancias turísticas. Además, el programa contribuye a abordar la soledad no deseada, una problemática prioritaria en el ámbito de los servicios, y desempeña un papel relevante en la dinamización del sector turístico.



## Discapacidad y dependencia

La forma de entender la discapacidad ha evolucionado en el tiempo. Ha pasado de interpretaciones basadas en creencias religiosas o supersticiones a un modelo social que la reconoce como una condición natural de la diversidad humana. Este cambio de paradigma se consolidó tras la Segunda Guerra Mundial, ante la necesidad global de rehabilitar e integrar a miles de personas en la vida civil y productiva. En España, este avance se consolidó mediante hitos normativos fundamentales. La Ley 13/1982 de Integración social de los minusválidos (LISMI) inició el camino de la integración para la discapacidad y, casi 24 años después, la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia reconoció la atención a la dependencia como un derecho subjetivo destinado a garantizar una vida digna mediante apoyos estables. Sin embargo, son conceptos diferentes: mientras la dependencia es un estado permanente vinculado a la pérdida de la autonomía que se orienta al apoyo personal para la realización de las actividades básicas de la vida diaria, la discapacidad surge de la interacción entre una condición personal (física, mental o sensorial) y las barreras del entorno que dificultan el ejercicio de derechos en igualdad de condiciones.

El [sistema de atención a la dependencia](#) se articula a través de una valoración técnica que determina el grado de necesidad y el programa individual de atención. La prioridad de este acceso a los servicios públicos es asegurar



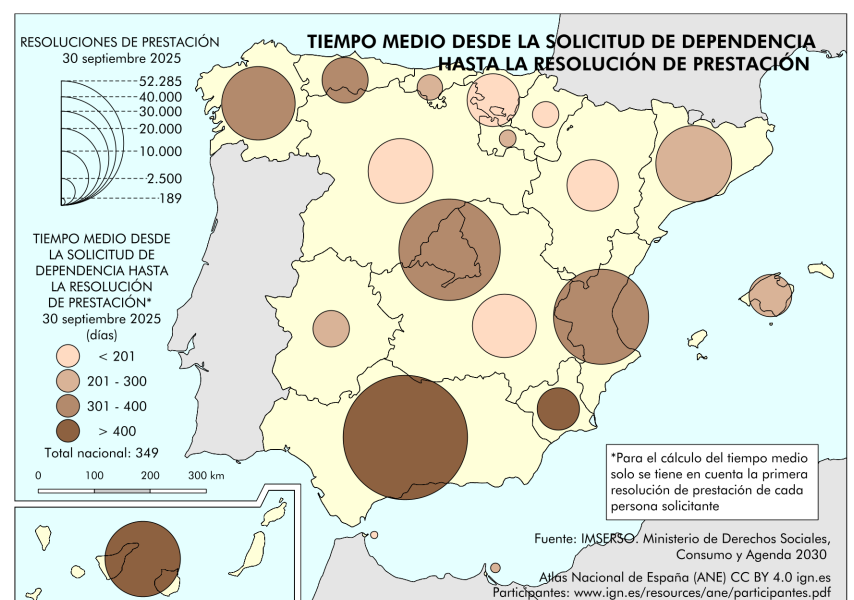
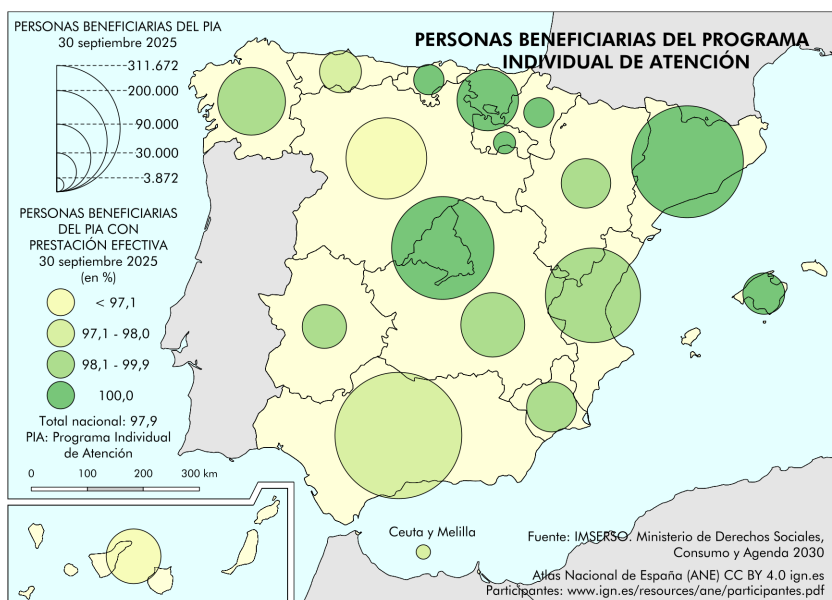
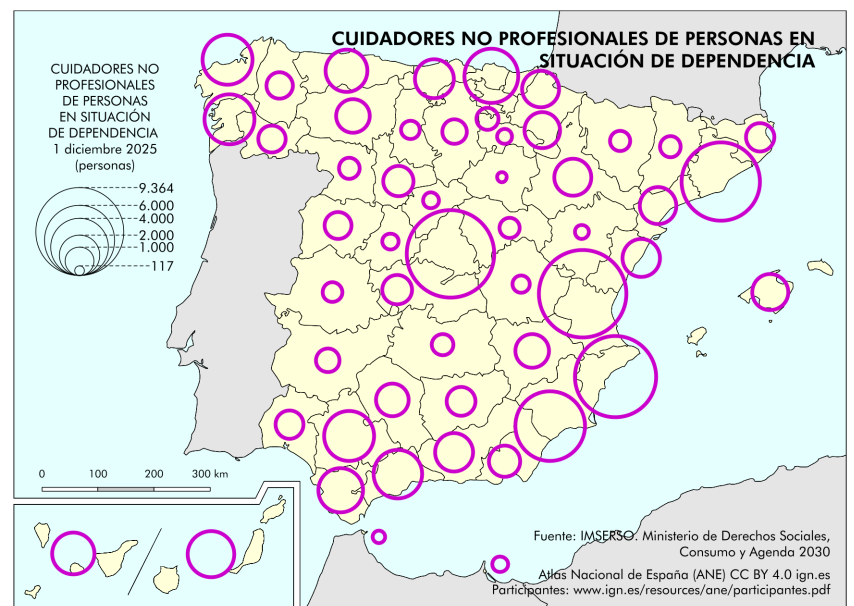
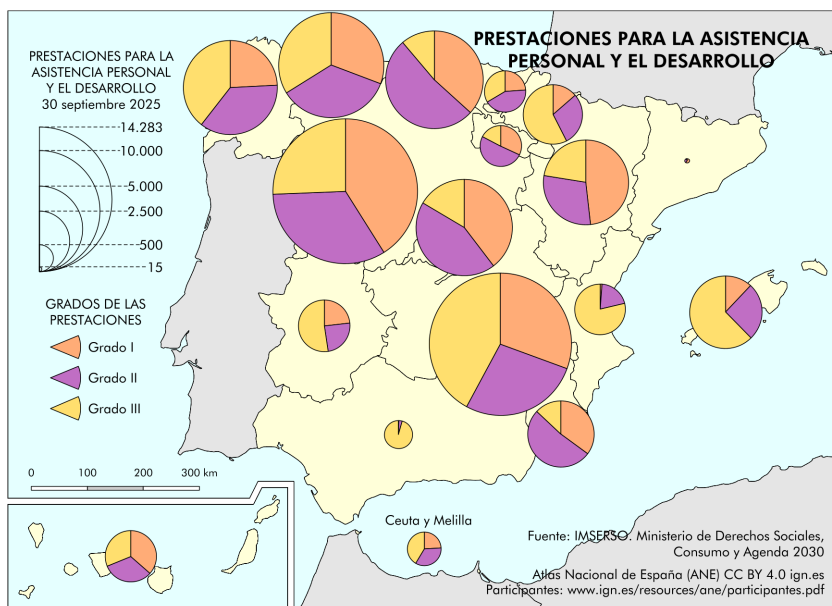
la autonomía personal en el entorno social del individuo.

La gestión de la dependencia presenta un marcado sesgo de género y notables asimetrías territoriales en cuanto a eficacia y cobertura. La atención recae históricamente en las mujeres mediante la figura de la cuidadora no profesional, circunstancia que penaliza sus trayectorias laborales y su protección social futura. Por otra parte, la disparidad en la gestión autonómica es crítica: mientras algunas regiones resuelven las solicitudes en menos de 201 días, otras superan los 400, como se puede observar en el mapa *Tiempo medio desde la solicitud de dependencia hasta resolución de prestación*, lo que supone un incumplimiento sistemático del plazo de seis meses que establece la ley.

El reto de los próximos años es, además de mejorar en la gestión de la dependencia y co-

regir las desigualdades de género, pasar de grandes residencias hacia entornos de convivencia más reducidos, junto a la potenciación de la ayuda a domicilio y la teleasistencia; para que la protección social actúe como un soporte público equitativo que garantice el bienestar y la autonomía de todas las personas en situación de vulnerabilidad.

Por otra parte, la [protección social de la discapacidad](#) trasciende la asistencia sanitaria y busca la eliminación de barreras físicas, sensoriales y cognitivas que limitan la participación ciudadana. La accesibilidad universal es la condición necesaria para el ejercicio de derechos fundamentales. Asimismo, la integración laboral mediante cuotas de reserva y centros especiales de empleo resulta determinante para asegurar la independencia económica y evitar el riesgo de exclusión social.



# Políticas de cooperación, asilo y derechos humanos

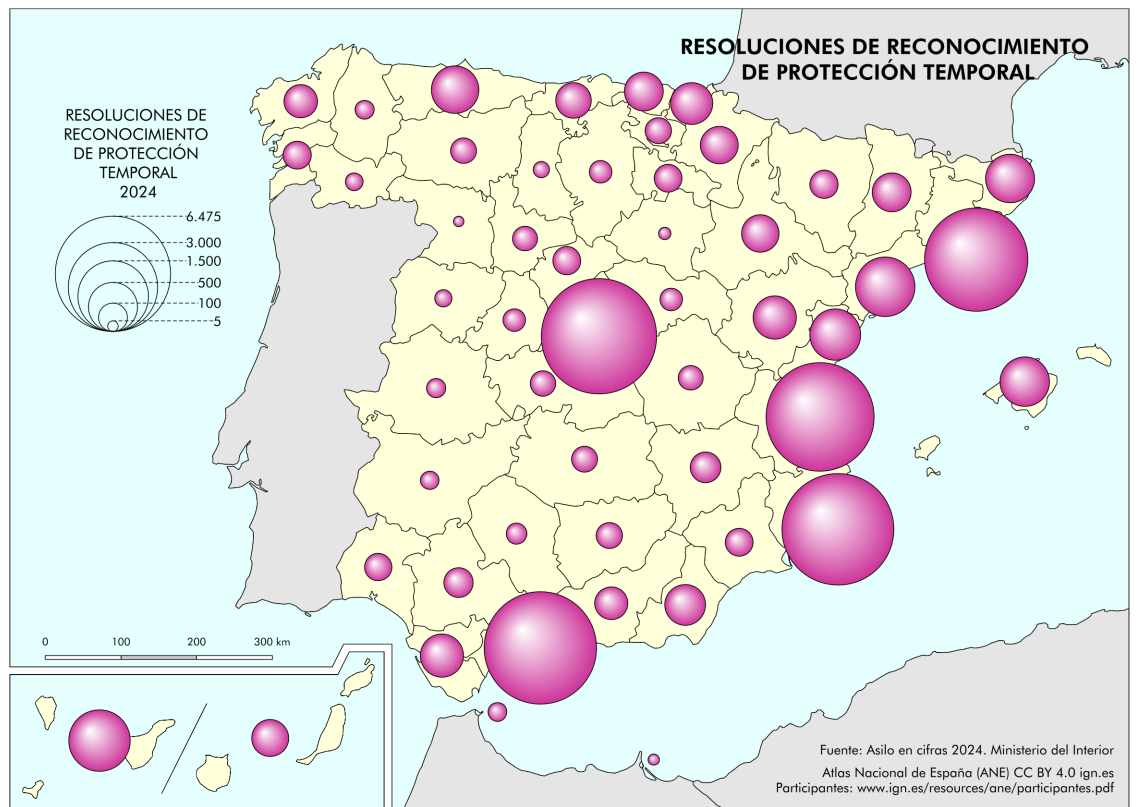
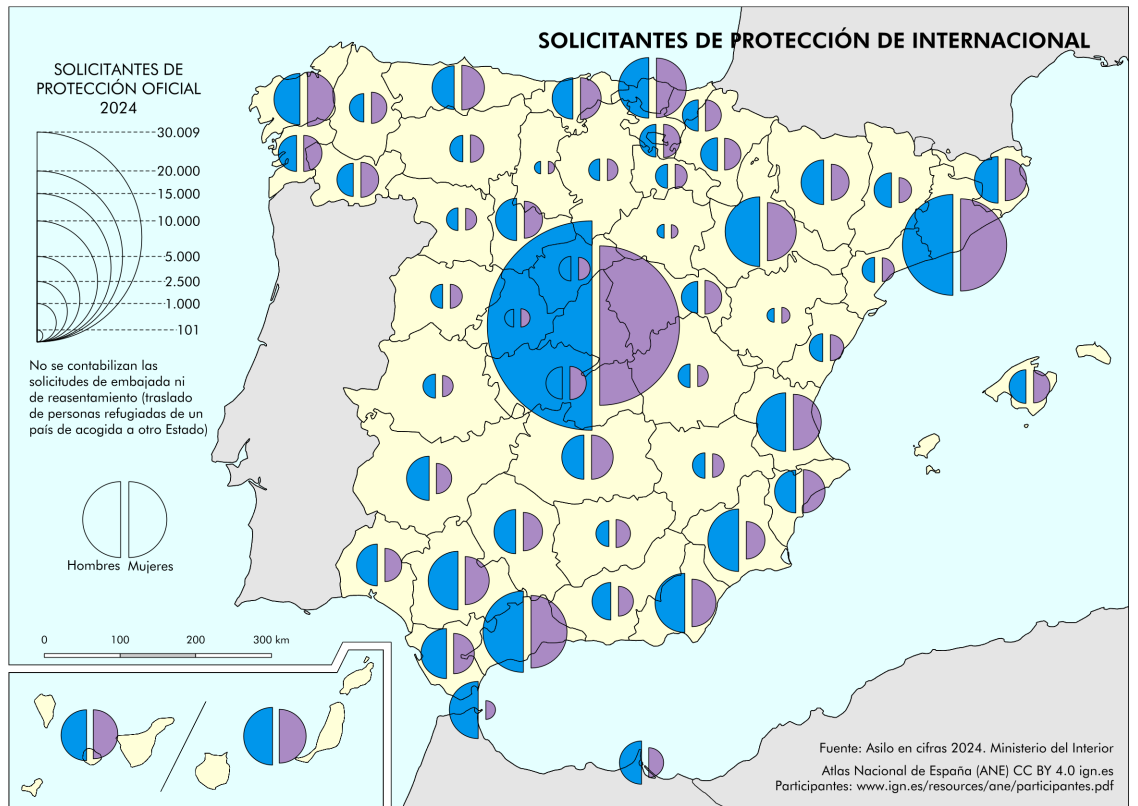
Cualquier estado es un actor dentro de un tablero mundial convulso y profundamente interconectado en el que España no puede funcionar como un sistema aislado. Los conflictos internacionales, las violaciones de los derechos humanos y las crisis climáticas en otros continentes tienen un impacto directo en la estabilidad política y la economía de cada nación.

Fenómenos como los flujos migratorios desde el Sahel o los conflictos en Oriente Medio y Ucrania no son eventos ajenos, sino dinámicas que ponen a prueba la solidez de los compromisos internacionales en materia de derechos humanos. Esta interdependencia obliga a entender la cooperación al desarrollo y el derecho de asilo no como actos de caridad, sino como políticas de seguridad y justicia global. Cuando España invierte en ayuda oficial o gestiona solicitudes de protección, se integra en un mecanismo de corresponsabilidad internacional diseñado para amortiguar las crisis en un mundo donde las desigualdades geográficas tienen efectos inmediatos en la convivencia y el bienestar local.

El **derecho de asilo** no es una concesión graciable de los Estados, sino un imperativo legal

nacido de las guerras mundiales del siglo XX. Conceptualmente, la protección internacional representa el compromiso de la comunidad global para que ninguna persona quede desamparada ante la persecución o la violencia generalizada.

España, al integrar estas figuras en su ordenamiento, asume que la soberanía nacional se detiene donde empieza el derecho a la vida de quien busca refugio. Esta protección se materializa a través de un procedimiento administrativo reglado



Cuando el Estado emite una resolución favorable de **protección internacional**, está validando una de estas tres categorías técnicas:

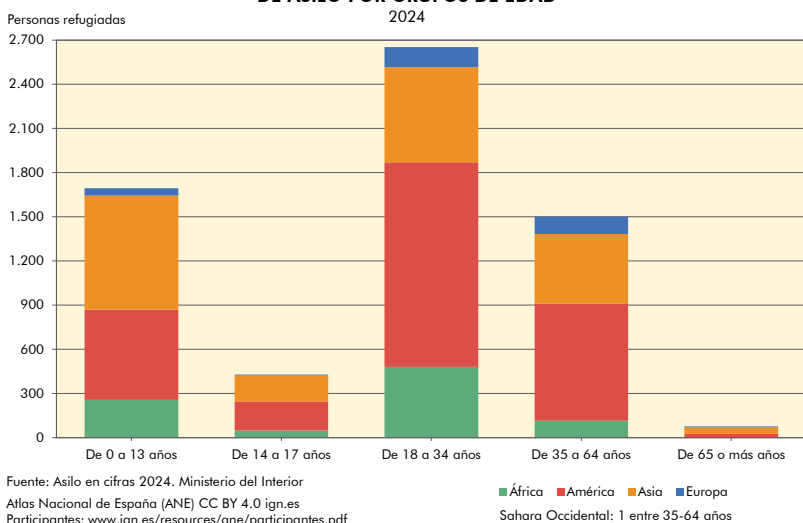
**El estatuto de refugiado:** el máximo nivel de protección ante la persecución individual (por ideología, religión, orientación sexual o pertenencia a grupo social). Es el reconocimiento de que el Estado de origen ha fallado en su deber de proteger al ciudadano.

**La protección subsidiaria:** una respuesta colectiva ante situaciones de conflicto armado o violencia indiscriminada. Aquí, la protección se activa no por quién es la persona, sino por el peligro objetivo de su entorno de procedencia.

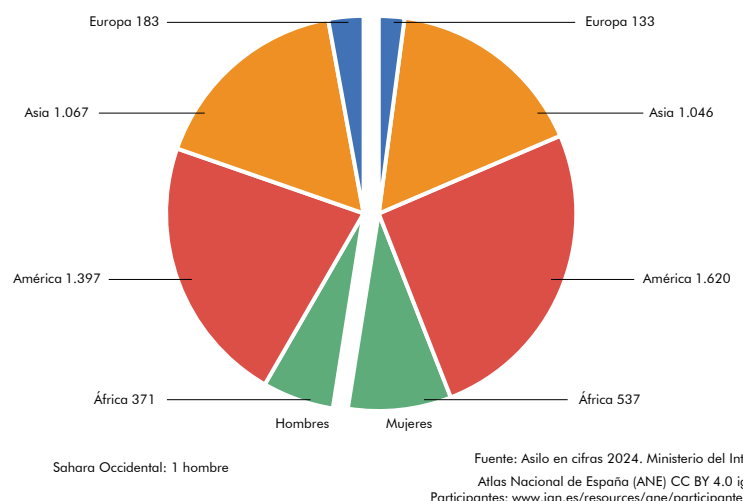
**La protección por razones humanitarias:** una red de seguridad jurídica para casos de extrema vulnerabilidad (salud o riesgos específicos) que no encajan en las definiciones clásicas de la Convención de Ginebra, pero que el sentido de humanidad impide desatender.

SANIDAD, PROTECCIÓN Y POLÍTICAS SOCIALES

**RECONOCIMIENTO DE LA CONDICIÓN DE REFUGIADO Y CONCESIÓN DEL DERECHO DE ASILO POR GRUPOS DE EDAD** 2024



**RECONOCIMIENTO DE LA CONDICIÓN DE REFUGIADO Y CONCESIÓN DEL DERECHO DE ASILO POR SEXO** 2024



que culmina en un acto de reconocimiento jurídico. No se trata de autorizar la residencia, sino de devolver derechos a quien los ha perdido en su país de origen.

Este sistema de protección internacional actúa como un termómetro de la geopolítica mundial. La diversidad en los perfiles de quienes obtienen el amparo legal en España (con personas procedentes de América, Asia y África) confirma que las crisis de derechos humanos no son regionales, sino globales. La respuesta jurídica española, por tanto, no solo protege al individuo, sino que reafirma la vigencia de los tratados internacionales en un contexto donde el aislamiento ya no es una opción ética ni política.

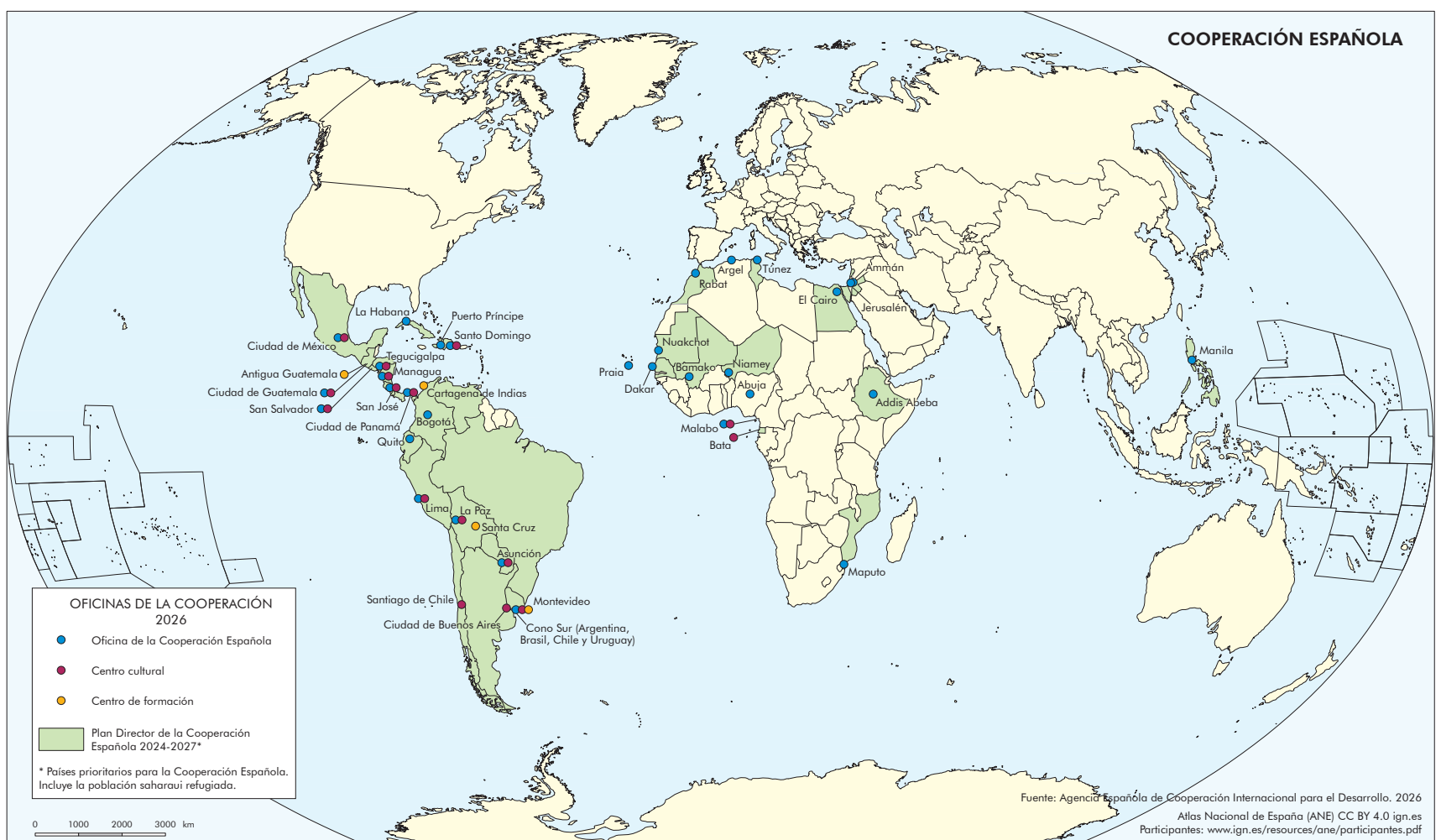
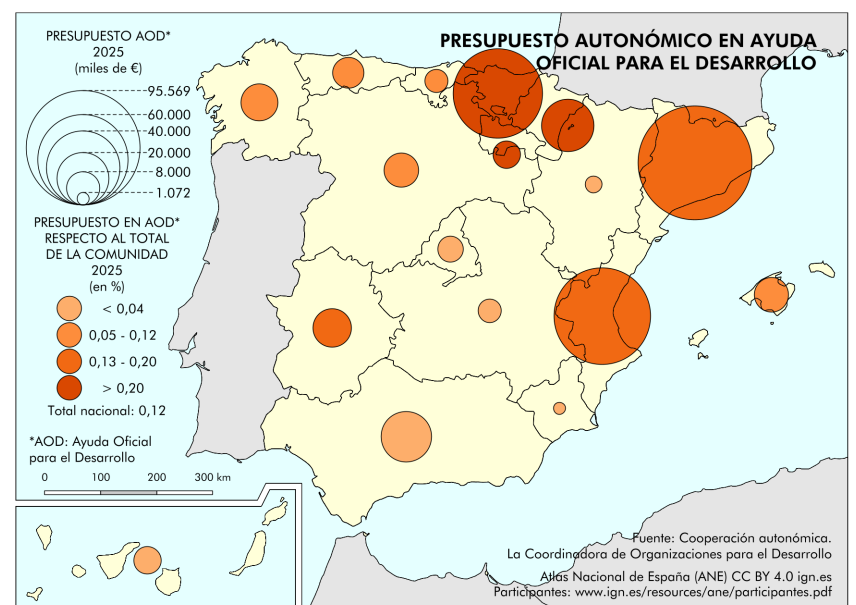
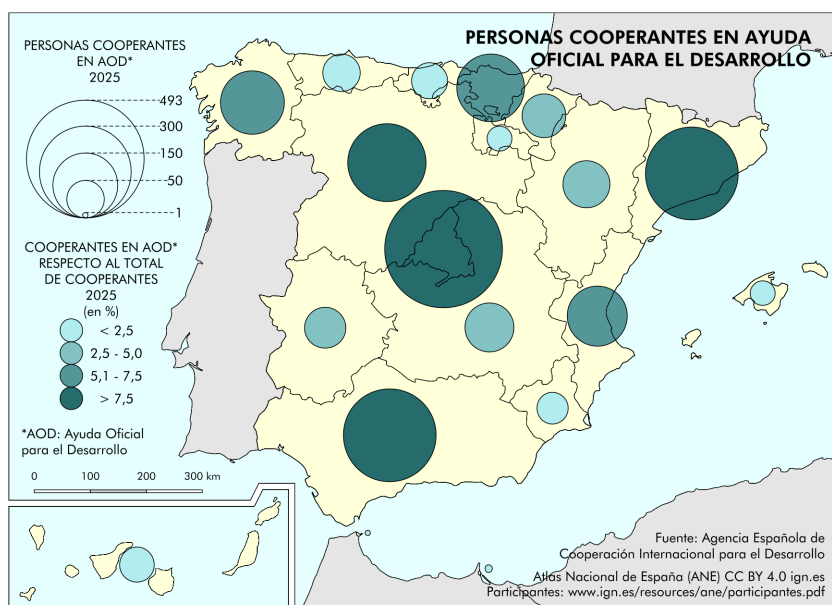
En el marco del derecho internacional, la **protección de la infancia** constituye un límite infranqueable para la soberanía de los Estados. El principio rector es el interés superior del menor, una norma de carácter universal que establece una jerarquía clara: un niño o niña en situación de desamparo es, ante todo, un sujeto de derechos y protección, con independencia de su origen o estatus administrativo. Cuando un menor extranjero llega a territorio español sin referentes

familiares, el sistema de protección social se activa de forma automática. El Estado asume la tutela legal no como un acto de control migratorio, sino como una obligación de guarda y custodia con la plena integración social, garantizando que el proyecto vital del menor no se vea truncado por la falta de una red de apoyo familiar. Esta realidad se manifiesta con especial intensidad en las rutas procedentes del África occidental y del Magreb, que sitúan a España ante el reto de gestionar la vulnerabilidad extrema de jóvenes que huyen de conflictos o de la ausencia absoluta de futuro en sus comunidades.

Las políticas sociales no pueden limitarse a la gestión de las crisis dentro de las fronteras nacionales. La Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) constituye la proyección exterior del sistema de bienestar. Representa la convicción de que la estabilidad y los derechos humanos en terceros países son la mejor garantía para la seguridad y la convivencia global. Invertir en desarrollo en los países de procedencia no es un acto de benevolencia, sino una estrategia de corresponsabilidad destinada a mitigar las causas profundas de la vulnerabilidad.

España destaca como líder mundial en cooperación descentralizada, un modelo donde comunidades autónomas, diputaciones y ayuntamientos gestionan gran parte de la ayuda, aportando una especialización técnica reconocida internacionalmente. En esta proyección exterior, el vínculo con América Latina y el Caribe es estructural; se basa en una cooperación horizontal para reducir brechas de desigualdad y fortalecer sistemas públicos de bienestar.

Sin embargo, la disparidad presupuestaria entre regiones evidencia diferentes grados de compromiso con esta visión global. Mientras algunas comunidades mantienen un esfuerzo sostenido que las sitúa como referentes internacionales, otras muestran una inversión marginal. Esta asimetría plantea un reto para la coherencia de las políticas: en un mundo interconectado, la desatención a las crisis externas termina revirtiendo, tarde o temprano, en presiones sobre los sistemas de acogida y protección internos. La AOD, por tanto, debe entenderse como la primera línea de defensa de los derechos humanos y como una herramienta indispensable para que la isla de bienestar que aspira a ser Europa no ignore el mar de desigualdades que la rodea.





# **Bibliografía e índices**

**Bibliografía**

**Índice de mapas, gráficos, tablas,  
ilustraciones e imágenes**

## SANIDAD, PROTECCIÓN Y POLÍTICAS SOCIALES

- ASOCIACIÓN DE DIRECTORAS Y GERENTES DE SERVICIOS SOCIALES DE ESPAÑA (2024): *Índice DEC 2024: El desarrollo de los Servicios Sociales en España*. Disponible en: <https://directoressociales.com/indice-dec/>
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2022): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Fifth edition, text revision (DSM-5-TR).
- CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL (2024): *Informe sobre el sistema sanitario: Situación actual y perspectivas para el futuro*. Disponible en: [https://www.ces.es/documents/10180/5299170/INF\\_012024.pdf](https://www.ces.es/documents/10180/5299170/INF_012024.pdf)
- DAHLGREN, G., WHITEHEAD, M. (1991): *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm, Institute for Futures Studies.
- EUROHEALTHNET & CENTRE FOR HEALTH EQUITY ANALYTICS (2025): *Social inequalities in health in the EU: Are countries closing the health gap?* Brussels. Disponible en: [https://eurohealthnet.eu/wp-content/uploads/publications/2025/2509\\_social-inequalities-in-the-eu\\_technical-report.pdf](https://eurohealthnet.eu/wp-content/uploads/publications/2025/2509_social-inequalities-in-the-eu_technical-report.pdf)
- FUNDACIÓN FOESSA (2025): *IX Informe sobre exclusión y desarrollo social en España*. Madrid, Cáritas Española Editores. Disponible en: <https://www.foessa.es/ix-informe/>
- GOBIERNO DE ESPAÑA (2003): *Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-10715>
- GOBIERNO DE ESPAÑA (2026): *Real Decreto 180/2026, por el que se regula el reconocimiento del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos de las personas extranjeras que encontrándose en España no tengan su residencia legal en el territorio español*. Disponible en: [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2026-5714](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2026-5714)
- LALONDE, M. (1974): *A new perspective on the health of Canadians: a working document*. Ottawa, Government of Canada. Disponible en: <https://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>
- MARMOT, M. (2017): "The health gap: The challenge of an unequal world: The argument". En: *International Journal of Epidemiology*, Volume 46, Issue 4, pp.1312–1318. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/ije/dyx163>
- MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD (2014): *Los sistemas sanitarios en los países de la Unión Europea. Características e indicadores de salud en el siglo XXI: Presentación*. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Sist\\_san.UE.XXI.pdf](https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Sist_san.UE.XXI.pdf)
- MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD (2019): *Los sistemas sanitarios en los países de la Unión Europea. Características e indicadores de salud 2019: Presentación*. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/presentacion\\_es.pdf](https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/presentacion_es.pdf)
- OECD / EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES (2025): *Country Health Profile 2025: Spain. State of Health in the EU*. Paris, OECD Publishing / Brussels, European Observatory on Health Systems and Policies. Disponible en: [https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2025/12/country-health-profile-2025-country-notes\\_7e72146d/spain\\_4e0e2356/4ff6d4e0-en.pdf](https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2025/12/country-health-profile-2025-country-notes_7e72146d/spain_4e0e2356/4ff6d4e0-en.pdf)
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2023): *Informe mundial sobre la salud mental: Transformar la salud mental para todos*. Washington D. C. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275327715>
- PATEL, V., et al. (2018): "The Lancet Commission on global mental health and sustainable development". En: *The Lancet*, Volume 392, Issue 10157, pp. 1553–1598. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31612-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31612-X)
- RED EUROPEA DE LUCHA CONTRA LA POBREZA Y LA EXCLUSIÓN SOCIAL EN EL ESTADO ESPAÑOL (2025): *El estado de la pobreza: Seguimiento de los indicadores de la agenda UE 2030*. Disponible en: <https://www.eapn.es/estadopobreza/capitulos-2025.php>

# Índice de mapas, gráficos, tablas, ilustraciones e imágenes

## Sanidad, protección y políticas sociales en Europa

• MAPA DE SISTEMAS Y COBERTURA SANITARIA EN LA UNIÓN EUROPEA	6
• MAPA DE AÑOS DE VIDA SALUDABLE AL NACER EN LA UNIÓN EUROPEA	6
• MAPA DE INGRESOS Y GASTOS EN PROTECCIÓN SOCIAL EN LA UNIÓN EUROPEA	7
• MAPA DE PETICIONES DE ASILO EN EUROPA	7

## Sanidad

• ILUSTRACIÓN DE FLUJOS FINANCIEROS BÁSICOS DEL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL	8
• MAPA DE HOSPITALES SEGÚN DEPENDENCIA FUNCIONAL	9
• MAPA DE CAMAS DE AGUDOS SEGÚN DEPENDENCIA FUNCIONAL	9
• MAPA DE VARIACIÓN DE CAMAS EN HOSPITALES PRIVADOS	9
• GRÁFICO DE EVOLUCIÓN DEL GASTO PÚBLICO EN SANIDAD EN ESPAÑA	10
• MAPA DE GASTO SANITARIO EN FARMACIA	10
• MAPA DE GASTO SANITARIO EN ATENCIÓN PRIMARIA	10
• MAPA DE GASTO SANITARIO EN FARMACIA HOSPITALARIA	10
• GRÁFICO DE EVOLUCIÓN DEL PORCENTAJE DE MUJERES EN ATENCIÓN PRIMARIA	11
• MAPA DE PERSONAL DE ATENCIÓN PRIMARIA	11
• MAPA DE ÁREAS DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA	12
• MAPA DE HOSPITALES SEGÚN FINALIDAD ASISTENCIAL	13
• MAPA DE ACCESIBILIDAD A LA RED HOSPITALARIA	13
• MAPA DE CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA	14-15
• MAPA DE CAMAS EN HOSPITALES SEGÚN FINALIDAD ASISTENCIAL	16
• MAPA DE QUIRÓFANOS	16
• MAPA DE ALTA TECNOLOGÍA SANITARIA	17
• MAPA DE SATISFACCIÓN CON EL FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO	18
• MAPA DE VALORACIÓN DE LA ATENCIÓN RECIBIDA EN CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA	18
• MAPA DE SATISFACCIÓN CON LA PARTICIPACIÓN EN LAS DECISIONES EN ATENCIÓN PRIMARIA	18
• MAPA DE VALORACIÓN DE LA ATENCIÓN RECIBIDA EN CONSULTA DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA	18
• MAPA DE SATISFACCIÓN CON LA PARTICIPACIÓN EN LAS DECISIONES EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA	18
• MAPA DE DISPONIBILIDAD DE CITAS EN ATENCIÓN PRIMARIA	19
• MAPA DE COBERTURA EN LA REALIZACIÓN DE MAMOGRAFÍAS	19
• MAPA DE TIEMPO ESPERA PARA PRIMERA CITA ATENCIÓN ESPECIALIZADA	19
• MAPA DE COBERTURA EN LA REALIZACIÓN DE PRUEBA DE SANGRE OCULTA EN HECES	19
• ILUSTRACIÓN DE DETERMINANTES DE LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD	20
• MAPA DE POBLACIÓN CON ESTUDIOS BÁSICOS O INFERIORES	21
• MAPA DE ESCASEZ DE ZONAS VERDES	21
• MAPA DE PREVALENCIA DE SEDENTARISMO	21
• MAPA DE PREVALENCIA DE CONSUMO DE TABACO	21
• MAPA DE PERSONAS CON MUCHA DIFICULTAD PARA LLEGAR A FIN DE MES	21
• MAPA DE UMBRALES DE TEMPERATURA MÁXIMA DE IMPACTO EN SALUD	21
• MAPA DE CONSUMO DIARIO DE FRUTAS Y VERDURAS	21
• MAPA DE BEBEDORES DE RIESGO DE ALCOHOL	21
• MAPA DE ESPERANZA DE VIDA AL NACER	22
• MAPA DE AÑOS DE VIDA SALUDABLE AL NACER. HOMBRES	22
• MAPA DE VALORACIÓN DE LA SALUD. HOMBRES	22
• MAPA DE AÑOS DE VIDA SALUDABLE AL NACER. MUJERES	22
• MAPA DE VALORACIÓN DE LA SALUD. MUJERES	22
• MAPA DE PREVALENCIA REGISTRADA DE DIABETES MELLITUS	23
• MAPA DE PREVALENCIA REGISTRADA DE EPOC	23
• MAPA DE MORTALIDAD POR CÁNCER DE MAMA	23
• MAPA DE PREVALENCIA REGISTRADA DE CARDIOPATÍA ISQUÉMICA	23
• MAPA DE MORTALIDAD POR ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	23
• MAPA DE MORTALIDAD POR CÁNCER COLORRECTAL SEGÚN SEXO	23
• MAPA DE PREVALENCIA REGISTRADA DE TRASTORNOS MENTALES	24
• GRÁFICO DE PREVALENCIA REGISTRADA DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD SEGÚN SEXO Y EDAD	24

• MAPA DE CONSUMO DE ANTIDEPRESIVOS	24
• GRÁFICO DE EVOLUCIÓN DE PREVALENCIA REGISTRADA DE LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL MÁS FRECUENTES	24
• MAPA DE SUICIDIOS	25
• GRÁFICO DE EVOLUCIÓN DE LA TASA DE SUICIDIOS	25
• GRÁFICO DE EVOLUCIÓN DE LA TASA DE SUICIDIOS EN MENORES DE 30 AÑOS	25

## Políticas sociales

• MAPA DE GASTO DE PRESTACIONES DE PROTECCIÓN SOCIAL	26
• MAPA DE PERSONAS BENEFICIARIAS DE PRESTACIONES DE PROTECCIÓN SOCIAL	26
• GRÁFICO DE ÍNDICE DE DESARROLLO DE SERVICIOS SOCIALES	26
• GRÁFICO DE INTERVENCIONES SOCIALES POR GRUPO DE RECURSO IDÓNEO	27
• MAPA DE PERSONAS USUARIAS DE SERVICIOS SOCIALES	27
• MAPA DE INGRESO MÍNIMO VITAL	28
• MAPA DE PENSIONES CONTRIBUTIVAS	28
• MAPA DE RENTA MÍNIMA DE INSERCIÓN	28
• MAPA DE PENSIONES NO CONTRIBUTIVAS	28
• ILUSTRACIÓN DE SISTEMA DE GARANTÍA DE RENTA MÍNIMA	29
• MAPA DE PRESTACIÓN POR DESEMPLEO	29
• MAPA DE PRESTACIONES FAMILIARES POR MENOR A CARGO	29
• ILUSTRACIÓN DE LA CRISIS DE LA VIVIENDA	30
• MAPA DE POBLACIÓN CON GASTO ELEVADO EN VIVIENDA	30
• MAPA DE POBLACIÓN QUE HABITA EN VIVIENDA CON DEFICIENCIAS	30
• MAPA DE CALIFICACIONES DEFINITIVAS DE VIVIENDA PROTEGIDA	31
• GRÁFICO DE EVOLUCIÓN DE LAS CALIFICACIONES DEFINITIVAS DE VIVIENDA PROTEGIDA	31
• MAPA DE CENTROS QUE OFRECEN ALOJAMIENTO ALTERNATIVO	31
• GRÁFICO DE PERSONAS SIN HOGAR SEGÚN EL TIEMPO SIN ALOJAMIENTO PROPIO	31
• GRÁFICO DE ÍNDICE DE IGUALDAD DE GÉNERO	32
• GRÁFICO DE EVOLUCIÓN DEL ÍNDICE IGUALDAD DE GÉNERO	32
• MAPA DE MUJERES EN GOBIERNOS AUTONÓMICOS	32
• MAPA DE DIFERENCIA DE ESTUDIOS SUPERIORES ENTRE MUJERES Y HOMBRES	32
• MAPA DE DIFERENCIA DE LA TASA DE PARO ENTRE MUJERES Y HOMBRES	33
• MAPA DE MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO	33
• MAPA DE MUJERES EN PISOS PARA VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO	33
• MAPA DE POBREZA INFANTIL	34
• MAPA DE PARO JUVENIL POR NIVEL FORMATIVO	35
• MAPA DE POBLACIÓN JUVENIL INTEGRADA	35
• MAPA DE PROGRAMA DE GARANTÍA JUVENIL	35
• MAPA DE ABANDONO TEMPRANO DE LA EDUCACIÓN	35
• MAPA DE INTERVENCIONES DE SERVICIOS SOCIALES A UNIDADES FAMILIARES CON UN MENOR	35
• MAPA DE PENSIONES CONTRIBUTIVAS POR JUBILACIÓN	36
• MAPA DE SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO	36
• MAPA DE CENTROS DE DÍA Y RESIDENCIALES	36
• MAPA DE PROGRAMA DE TURISMO SOCIAL	36
• GRÁFICO DE EVOLUCIÓN DE LAS PRESTACIONES	37
• MAPA DE PRESTACIONES PARA LA ASISTENCIA PERSONAL Y EL DESARROLLO	37
• MAPA DE PERSONAS BENEFICIARIAS DEL PROGRAMA INDIVIDUAL DE ATENCIÓN	37
• MAPA DE CUIDADORES NO PROFESIONALES DE PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA	37
• MAPA DE TIEMPO MEDIO DESDE LA SOLICITUD DE DEPENDENCIA HASTA LA RESOLUCIÓN DE PRESTACIÓN	37
• MAPA DE SOLICITANTES DE PROTECCIÓN INTERNACIONAL	38
• MAPA DE RESOLUCIONES DE RECONOCIMIENTO DE PROTECCIÓN TEMPORAL	38
• GRÁFICO DE RECONOCIMIENTO DE LA CONDICIÓN DE REFUGIADO Y CONCESIÓN DEL DERECHO DE ASILO POR GRUPOS DE EDAD	38
• GRÁFICO DE RECONOCIMIENTO DE LA CONDICIÓN DE REFUGIADO Y CONCESIÓN DEL DERECHO DE ASILO POR SEXO	38
• MAPA DE PERSONAS COOPERANTES EN AYUDA OFICIAL PARA EL DESARROLLO	39
• MAPA DE PRESUPUESTO AUTONÓMICO EN AYUDA OFICIAL PARA EL DESARROLLO	39
• MAPA DE COOPERACIÓN ESPAÑOLA	39

# Participantes

**Dirección general**

**Dirección y colaboración científicas**

**Dirección y elaboración técnicas**



## Dirección general



**Directora General del Instituto Geográfico Nacional (IGN)  
y Presidenta del Centro Nacional de Información Geográfica (CNIG)**

LAURA BARBAS CALVO  
DESDE EL 8 DE ENERO DE 2026

**Director General del Instituto Geográfico Nacional (IGN)  
y Presidente del Centro Nacional de Información Geográfica (CNIG)**

LORENZO GARCÍA ASENSIO  
HASTA EL 7 DE ENERO DE 2026

### IGN

**Subdirector General de Cartografía y Observación  
del Territorio**

FRANCISCO JAVIER GONZÁLEZ MATESANZ

**Subdirectora General Adjunta de Cartografía  
y Observación del Territorio**

ALICIA GONZÁLEZ JIMÉNEZ

**Jefe de Área de Cartografía Temática y Atlas Nacional**

ALFREDO DEL CAMPO GARCÍA

**Jefa de Servicio de Atlas Nacional**

MARÍA PILAR SÁNCHEZ-ORTIZ RODRÍGUEZ

### CNIG

**Director**

EMILIO LÓPEZ ROMERO

**Jefa de Área de Productos Geográficos**

LAURA ALEMANY GOMEZ

## Dirección y colaboración científicas



### Presidencia Red ANExxi

ASUNCIÓN BLANCO ROMERO

Presidenta de la Asociación Española de Geografía. Profesora titular de universidad. Departamento de Geografía. Universitat Autònoma de Barcelona.

DESDE EL 16 DE OCTUBRE DE 2025

JESÚS M. GONZÁLEZ PÉREZ

Presidente de la Asociación Española de Geografía. Catedrático de universidad. Departamento de Geografía. Universitat de les Illes Balears.

HASTA EL 15 DE OCTUBRE DE 2025

### Dirección Científica Red ANExxi

MARÍA HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ

Catedrática de universidad. Departamento de Análisis Geográfico Regional y Geografía Física. Universidad de Alicante.

## Grupo de trabajo temático "Sanidad y políticas sociales"

### Coordinación científica

MARÍA ZÚÑIGA ANTÓN

Profesora Titular de Universidad. Departamento de Geografía y Ordenación del Territorio. Universidad de Zaragoza

### Colaboración científica

ISABEL AGUILAR PALACIO. Profesora Titular de Universidad. Departamento de Microbiología, Pediatría, Radiología y Salud Pública. Universidad de Zaragoza

CARMEN BENTUÉ MARTÍNEZ. Investigadora Prodoctoral. Departamento de Geografía y Ordenación del Territorio. Universidad de Zaragoza

VALENTÍN CASTILLO SALCINES. Técnico en Cartografía Digital y SIG (PTGAS). Departamento de Geografía, Urbanismo y Ordenación del Territorio. Universidad de Cantabria

OLGA DE COS GUERRA. Profesora Contratada Doctora. Departamento de Geografía, Urbanismo y Ordenación del Territorio. Universidad de Cantabria

JUAN DAVID GÓMEZ QUINTERO. Profesor Titular de Universidad. Departamento de Psicología y Sociología. Universidad de Zaragoza

YOLANDA LÓPEZ DEL HOYO. Catedrática de Universidad. Departamento de Psicología y Sociología. Universidad de Zaragoza

BÁRBARA OLIVÁN BLÁZQUEZ. Profesora Titular de Universidad. Departamento de Psicología y Sociología. Universidad de Zaragoza

### **Asesores científicos externos**

MAR ALONSO MENCHÉN. Subdirección General de Estadística e Información. Servicio Público de Empleo Estatal (SEPE). Ministerio de Trabajo y Economía Social

ANA ÁLVAREZ BLANCO. Subdirección General de Información Sanitaria. Secretaría General de Salud Digital, Información e Innovación del SNS. Ministerio de Sanidad

MARÍA JOSÉ AMORÍN CALZADA. Médica Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Unidad de Admisión y Documentación Clínica del hospital Universitario Miguel Servet (Zaragoza)

MARÍA CRISTINA CALVO GUINEA. Subdirección General de Cartografía y Observación del Territorio. Instituto Geográfico Nacional. Ministerio de Transportes y Movilidad Sostenible (MITMS)

# Dirección y elaboración técnicas

## DIRECCIÓN TÉCNICA

María Pilar SÁNCHEZ-ORTIZ RODRÍGUEZ

## COORDINACIÓN GENERAL

Irene SAHAGÚN LUIS

## REDACCIÓN CARTOGRÁFICA

Marta GARCÍA LÓPEZ

## SERVICIO DE ATLAS NACIONAL

Juan José ALONSO GAMO

Bárbara ALONSO TAGLE

Irene CALVO ALONSO

Carmen CARMONA GARCÍA

Laura CARRASCO PÉREZ

Artur CHAROYAN MATOUSIAN

Elena CROS ALFONSO

Sergio GARCÍA CHINARRO

Diego GÓMEZ SÁNCHEZ

Noemí HERRANZ REDONDO

Águeda JARAMILLO FERNÁNDEZ

Marta LÓPEZ SÁNCHEZ

Verónica PASCUAL ROSA

Jorge SACRISTÁN ARROYO

David TAPIADOR ESCOBAR

Sergio VERA TRUJILLO

# ESPAÑA EN MAPAS. Una síntesis geográfica

SECCIÓN	I	CONOCIMIENTO GEOGRÁFICO Y CARTOGRAFÍA
SECCIÓN	II	MEDIO NATURAL
SECCIÓN	III	HISTORIA
SECCIÓN	IV	POBLACIÓN, POBLAMIENTO Y SOCIEDAD
SECCIÓN	V	ACTIVIDADES PRODUCTIVAS Y ECONÓMICAS
SECCIÓN	VI	SERVICIOS Y EQUIPAMIENTOS SOCIALES
SECCIÓN	VII	SISTEMAS DE TRANSPORTES Y COMUNICACIONES
SECCIÓN	VIII	ESTRUCTURA TERRITORIAL
SECCIÓN	IX	ESPAÑA EN EL MUNDO

## Organizaciones científicas y académicas que constituyen la red ANExxi



**AEMET:** Agencia Estatal de Meteorología

**AGE:** Asociación Española de Geografía

**BNE:** Biblioteca Nacional de España

**CNIG:** Centro Nacional de Información Geográfica

**Colegio de Geógrafos**

**CSIC:** Consejo Superior de Investigaciones Científicas

**RAH:** Real Academia de la Historia

**UA:** Universidad de Alicante

**UAB:** Universitat Autònoma de Barcelona

**UAH:** Universidad de Alcalá

**UAM:** Universidad Autónoma de Madrid

**UB:** Universitat de Barcelona

**UBU:** Universidad de Burgos

**UCM:** Universidad Complutense de Madrid

**UCLM:** Universidad de Castilla-La Mancha

**UC3M:** Universidad Carlos III de Madrid

**UCO:** Universidad de Córdoba

**UDC:** Universidade da Coruña

**UdG:** Universitat de Girona

**UdL:** Universitat de Lleida

**UEX:** Universidad de Extremadura

**UGR:** Universidad de Granada

**UHU:** Universidad de Huelva

**UIB:** Universitat de les Illes Balears

**UII:** Universidad Internacional Isabel I de Castilla

**UJI:** Universitat Jaume I

**ULE:** Universidad de León

**ULL:** Universidad de La Laguna

**ULPGC:** Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

**UMA:** Universidad de Málaga

**UMU:** Universidad de Murcia

**UNAV:** Universidad de Navarra

**UNED:** Universidad Nacional de Educación a Distancia

**UNICAN:** Universidad de Cantabria

**UNIOVI:** Universidad de Oviedo

**UNIRIOJA:** Universidad de La Rioja

**UNIZAR:** Universidad de Zaragoza

**UPM:** Universidad Politécnica de Madrid

**UPO:** Universidad Pablo de Olavide

**UPV/EHU:** Universidad del País Vasco/  
Euskal Herriko Unibertsitatea

**US:** Universidad de Sevilla

**USAL:** Universidad de Salamanca

**USC:** Universidade de Santiago de Compostela

**UV:** Universitat de València

**UVA:** Universidad de Valladolid

**UVIGO:** Universidade de Vigo



Calle General Ibáñez de Ibero, 3 - 28003 MADRID (España)  
Tel. +34 91 597 95 14  
www.ign.es - www.cnig.es - consulta@cnig.es