

Juan del Llano Señarís
Álvaro Hidalgo Vega
Santiago Pérez Camarero

Sistema de Información Sanitaria en España (SISAN)



FUNDACIÓN
SANITAS 

FUNDACION
GASPARCALS
PARA LA INVESTIGACIÓN Y EL
DESARROLLO DE LA SALUD

fundación *Lilly*

Sistema de Información Sanitaria en España (SISAN)

Sistema de Información Sanitaria en España (SISAN)

Dirección del proyecto

Álvaro Hidalgo Vega
Juan del Llano Señarís

Equipo investigador

Santiago Pérez Camarero
Enrique Antón de las Heras
Flor Raigada González
Antonio Fernández-Bolaños Valentín
Miguel Ángel Tarancón Morán
Pascual Iniesta Martínez
Ignacio José García Aranda
Roberto Hurtado Vega

Diseño, programación y supervisión de los CDs

Javier del Llano Señarís (*Responsable*)
Carmen Villarroel García (*Diseño*)
Jesús Muela Izquierdo
Alejandra Ivanova Markova

Promotores: Fundación Lilly y Fundación Sanitas

Primera edición: 2004

Quedan rigurosamente prohibidas, sin la autorización escrita de los titulares del Copyright, bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático, y la distribución de ejemplares de ella, mediante alquiler o préstamo públicos.

© Juan del Llano Señarís / Álvaro Hidalgo Vega / Santiago Pérez Camarero

Desarrollo y ejecución: Fundación Gaspar Casal y Seminario de Investigación en Economía y Salud (UCLM)

Edita: Edittec

Entença, 178-182

08029 Barcelona

ISBN: 84-95796-07-4

Depósito Legal: B-11.516-04

Imprime: Press-Line

Av. Bon Pastor, 163-165

08930 Sant Adrià de Besòs (Barcelona)

Índice

Prólogo , a cargo de la Excm. Sra. Dña. Ana Pastor, <i>ministra de Sanidad y Consumo</i>	9
Nota de los editores	11
Introducción	13
1. El Sistema de Información Sanitaria en España (SISAN)	13
2. Determinantes de la salud	15
3. Información y conocimientos en materia de salud: la nueva estrategia de la Unión Europea	19
4. Situación actual de las estadísticas sanitarias en España	21
5. Conclusiones	28
Referencias bibliográficas	30
 CAPÍTULO 1. Demografía y población	 33
1. Población	33
2. Movimiento natural de población	41
3. Migraciones	45
4. Indicadores demográficos básicos	52
 CAPÍTULO 2. Aspectos socio-económicos	 63
1. Educación	63
2. Mercado de trabajo	70
3. Población y renta nacional	79
4. Precios, tipos de interés y tipos de cambio	84
5. Hogares y familia	91
6. Protección social	98
 CAPÍTULO 3. Estado de salud	 103
1. Mortalidad	103
2. Morbilidad	112
3. Estado de salud	118
4. Indicadores compuestos: esperanza de vida en salud	123
 CAPÍTULO 4. Determinantes de la salud	 131
1. Biología humana y entorno	131
2. Estilos de vida	138
3. Condiciones de trabajo y entorno social	145
4. Medio ambiente	152

CAPÍTULO 5. Recursos y actividades del sistema sanitario	161
1. Recursos humanos	161
2. Recursos materiales	167
3. Utilización de servicios sanitarios y actividades preventivas	173
4. Satisfacción	185
 CAPÍTULO 6. Financiación y actividad económica del sistema sanitario	 189
1. Gasto en Sanidad	189
2. Financiación de la atención sanitaria	201
3. La actividad productiva y económica del sector sanitario	205
4. Investigación y gastos en I+D+I	211
 Anexo	 217
1. Fichas de las encuestas utilizadas	217
2. Instalación de los CDs	272
3. Índice de tablas de los CDs	273
4. Notas sobre los autores	296

Prólogo

El sistema de información, elemento vital para un buen sistema sanitario, es el que permite a los políticos, gestores y otros decisores tener conocimiento de lo que ocurre en el ámbito sanitario y decidir sobre las acciones a tomar.

Los profesionales y los centros sanitarios producen mucha información sobre su estructura, sus procesos y sus resultados, pero se requiere un sistema para que esta información pueda ser agregada, comparada y analizada. Mucha información sin análisis no sirve para tomar decisiones. El sistema de información aporta homogeneización de datos y comparabilidad, que son elementos fundamentales para que estos datos sean útiles a la hora de la toma de decisiones.

En el sector sanitario español existe tradicionalmente una limitación en los datos disponibles, no porque no existan, sino porque no están disponibles en un formato que permita su análisis. La descentralización del sistema sanitario público ha mejorado mucho la información que existe en el sistema sanitario, pero ha producido dificultades en su integración. La Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, aprobada por consenso de todos los grupos parlamentarios el pasado 28 de mayo de 2003, ha reconocido la importancia del sistema de información y ha querido establecer las bases, tanto para fomentar su desarrollo, como para facilitar la integración de la información producida por las diferentes OCM. La Ley ha creado un instrumento muy importante para resolver los problemas de nuestra información sanitaria, es el Instituto de Información Sanitaria, que se ha estructurado por Real Decreto de 29 de agosto de 2003.

La iniciativa SISAN que prologo hoy está en la línea de las necesidades de información del SNS, porque agrupa una serie de fuentes de información dispersas. Es muy loable la iniciativa que desde hace unos años viene desarrollando bajo diferentes nombres la Fundación Gaspar Casal, y que en esta ocasión está patrocinada por la Fundación Lilly y la Fundación Sanitas. Este instrumento será muy útil tanto para las Autoridades sanitarias, como para los centros y los profesionales de la salud y para los investigadores de nuestro SNS. Les felicito por la iniciativa y les animo a continuar con la misma.

Ana Pastor

Ministra de Sanidad y Consumo

Nota de los editores

El presente libro, junto a los dos CDs que le acompañan, son el resultado de un laborioso proceso de recopilación, selección, homogeneización y explotación de las estadísticas sanitarias en España. Esta obra pretende continuar el camino iniciado con las dos ediciones (1993 y 1996) del *Sistema Gráfico de Información Sanitaria en España (SIGISE)* dirigidas por Juan del Llano, ampliando su cobertura y mejorando el acceso a los datos por parte de los usuarios.

En esta ocasión el proyecto ha sido realizado por la Fundación Gaspar Casal (FGC) y ha contado con el patrocinio de la Fundación Lilly y Fundación Sanitas, a las que queremos agradecer su apoyo y el entusiasmo mostrado en el presente proyecto, especialmente a los doctores José Antonio Gutiérrez y Julián Ruiz Ferrán por sus aportaciones y sugerencias al mismo. El desarrollo de la base de datos y la elaboración de los CDs han sido llevados a cabo por el *Seminario de Investigación en Economía y Salud* de la Universidad de Castilla-La Mancha (UCLM), merced al acuerdo institucional entre la FGC y la UCLM.

El SISAN nace con la vocación de servicio público, como no podía ser de otra forma al estar auspiciado por tres fundaciones, motivo por el que su objetivo es constituirse en una herramienta de consulta útil y accesible a todos los profesionales interesados por la mejora de los sistemas de información sanitaria en España. Con este fin, se ha creado una página web, www.sisan.info, para que todas las personas interesadas en el proyecto puedan acceder a la publicación electrónica y a la información estadística que contienen los CDs. De esta forma, cada usuario puede utilizar las estadísticas recopiladas en el SISAN según sus necesidades y preferencias.

El SISAN es un proyecto ambicioso que ha sido necesario poner en práctica en diversas etapas. En esta primera se han seleccionado únicamente fuentes estadísticas nacionales y con un nivel de desagregación de Comunidad Autónoma. Solamente se ha recurrido a fuentes estadísticas internacionales cuando la información no está recopilada en fuentes nacionales, utilizando para ello la base de datos *New Cronos* de Eurostat, *Eco-Salud* 2003 de la OCDE y la aplicación *Health For All* de la OMS-Europa. Por ello, hemos dejado fuera de esta primera obra las comparaciones internacionales, así como la utilización de fuentes autonómicas y la desagregación a nivel provincial o municipal.

Este trabajo, cuenta, pues, con tres partes bien diferenciadas: El libro, los CDs y la página web. En el libro hemos querido seguir la estructura del SIGISE, en la que, mediante un recorrido gráfico, el lector puede tener una visión sinóptica de la situación y evolución de los principales indicadores sanitarios en España. Por este motivo, los textos que se presentan en cada epígrafe

tienen un carácter introductorio y pretenden servir para destacar los aspectos más sobresalientes de cada uno de los capítulos. Con ello, se ha buscado dotar al libro de agilidad a fin de que sirva como presentación y muestra de la información contenida en los CDs. Se ha huido de introducir citas y referencias bibliográficas, ya que se ha pretendido realizar un texto de fácil lectura que posibilite el acceso y la comprensión rápida a las diferentes materias que integran las estadísticas sanitarias. En esta misma línea y dado que las fuentes de los gráficos están profusamente reseñadas en los propios CDs, se ha evitado su repetición en muchos de los gráficos. Sólo en el caso de la Introducción, realizada con materiales no contenidos en los CDs, se han introducido citas y referencias bibliográficas, ya que la información utilizada es externa al propio SISAN.

En cuanto a la estructura de los CDs, se ha realizado en un formato de fácil acceso y que permita al usuario trabajar directamente con los datos. De esta forma, los CDs están realizados en html, para que se pueda acceder a ellos con cualquier navegador de internet. Debido al gran volumen de datos que se ha manejado, ha sido necesario dividir en dos CDs el SISAN, aunque su estructura y filosofía son idénticas. La información se presenta en dos formatos complementarios: tablas y gráficos. Aunque originalmente se ha utilizado el programa estadístico SPSS, versión 11.5, las tablas se han exportado a dos formatos alternativos, html y excel, mientras que los gráficos se han exportado a jpg. De esta forma, el usuario puede elegir que tipo de presentación se ajusta a sus necesidades.

Las tablas, en cualquiera de sus dos opciones, permiten al usuario la manipulación de los datos, ya que uno de los objetivos del SISAN es presentar la información tal como la suministran los organismos responsables, sin realizar ninguna modificación. La única excepción son las series que originalmente expresan los resultados en pesetas, ya que éstas se han transformado a euros utilizando el tipo de cambio oficial de 166,386 pesetas por euro. Por el contrario en el formato gráfico no se pueden realizar cambios, ya que el usuario que lo desee puede graficar a su gusto los datos a partir de las tablas presentadas.

Por último, la página web tiene inicialmente la misma estructura que los CDs, aunque su fin primordial es el de poder presentar las futuras versiones con las actualizaciones de los datos. Del mismo modo, se prevé para la página un acceso a la información diferente al que actualmente presentan los CDs, con un formato más interactivo.

No nos gustaría terminar esta presentación sin agradecer a todas las personas e instituciones que nos han facilitado el acceso a la información, titulares de la mayoría de las fuentes estadísticas originales que se recogen en el SISAN. De manera especial a Lluís Bohigas, del Ministerio de Sanidad y Consumo, a Ludgerio Espinosa del Centro de Investigaciones Sociológicas y a Benita Aybar del Instituto Nacional de Estadística.

Los editores

Madrid, 10 de diciembre de 2003

Introducción

1. El Sistema de Información Sanitaria en España (SISAN)

El presente trabajo tiene como objetivo la creación de un instrumento que ponga a disposición de distintos usuarios la información sanitaria que actualmente se encuentra dispersa en diversas fuentes y publicaciones de las instituciones que las generan. Se sustenta en iniciativas anteriores tanto nacionales como de ámbito internacional. Entre las primeras, cabe destacar las dos ediciones (1993 y 1996) del “Sistema Gráfico de Información Sanitaria en España (SIGISE)” dirigidas por Juan del Llano [1-2] y editadas por MSD, y las publicaciones que realiza el Ministerio de Sanidad y Consumo para evaluar la estrategia “Salud Para Todos” bajo la denominación “Indicadores de Salud”. Por lo que se refiere a las que han tenido lugar en el seno de organismos internacionales deben ser mencionadas dos que, abordando la cuestión desde ópticas distintas, pueden considerarse complementarias. En primer lugar, la iniciativa de Jean Pierre Poulhier desarrollada en la OCDE, la base de datos “ECO-Santé” y, en segundo lugar, la evaluación de la estrategia “Salud Para Todos” en la Región Europea que ha dado origen a la aplicación “Health For All” auspiciada por OMS-Europa.

El punto de partida es la recopilación de las fuentes estadísticas de información sanitaria disponibles en España, así como en distintas organizaciones supranacionales: OCDE, OMS, Eurostat y ONU. Las fuentes originales han sido tratadas electrónicamente para su presentación en un formato homogéneo. Los resultados finales se presentan en la publicación electrónica adjunta en formato HTLM, Excel y gráfico, en la que se ha reunido gran parte de la información sanitaria disponible en España. En este sentido, la publicación electrónica que se adjunta al libro es una herramienta de trabajo y de consulta para los diferentes agentes del sistema sanitario, permitiendo que cada usuario utilice y modifique las tablas en función de sus necesidades.

El presente libro tiene como finalidad, por tanto, el presentar un trabajo de síntesis de los indicadores sanitarios recogidos en la publicación electrónica. En cada capítulo del libro se han seleccionado aquellos gráficos que aportan una mayor información, comentándose al principio de los mismos las tendencias observadas. De esta forma, el lector puede, de un vistazo, conocer la evolución y situación de los principales indicadores sanitarios y formarse una idea sobre la situación del Sistema de Información Sanitaria en España. A fin de evitar duplicidades, en la publicación escrita hemos omitido las tablas, ya que todas ellas se recogen

en la publicación electrónica para que los usuarios del SISAN puedan modificarlas y trabajar con las mismas.

En esta nueva edición del SISAN el objetivo ha sido recopilar las fuentes de organismos nacionales, dejando para posteriores ediciones la recopilación de fuentes propias de las diferentes comunidades autónomas y de organismos internacionales. Las fuentes estadísticas recopiladas están recogidas en la metodología de cada capítulo, así como en la tabla 3. Como se aprecia en dicha tabla, se ha recopilado información de fuentes tanto de base poblacional, es decir aquellos representativos de la población total, ya sean registros o encuestas, como fuentes de datos específicas distintas a las poblacionales. Además también se recoge, cuando es preciso, información sobre España publicada por organismos internacionales tales como la OCDE, Eurostat y la OMS. Para la elaboración de los indicadores se utilizarán tanto los microdatos como los datos agregados por los organismos responsables de cada uno de los registros o encuestas, en función de la necesidad o disponibilidad de los mismos.

El Sistema dispone de las siguientes funcionalidades:

- Presentación estructurada de los indicadores elaborados.
- Herramienta que permite obtener tablas y gráficos según diversos criterios.
- Acceso a las definiciones de los indicadores y fuentes de los datos referenciados en el Sistema.
- Exportación de resultados en el ámbito de usuario.

Para el establecimiento de los indicadores se ha seguido la distribución en áreas propuesta por el informe Kramers y recogida en la tabla 2 de esta presentación, aunque se ha modificado un poco la estructura para que los capítulos no sean excesivamente amplios. Así el SISAN se articula en torno a 6 grandes áreas, en lugar de las 4 propuestas por el informe Kramers:

▸ **Área 1. Demografía y población**

Contiene indicadores que informan sobre la estructura demográfica de España y sus regiones. Se resumen datos de las cifras de población, el movimiento natural de población y las migraciones.

▸ **Área 2. Aspectos socio-económicos**

Contiene indicadores que informan sobre la situación económica, social, educativa y de calidad de vida en España. Se utilizan los datos procedentes de la Contabilidad Nacional de España, la Encuesta de Población Activa, la Encuesta Continua de Presupuestos Familiares, el Panel de Hogares de la Unión Europea, y los Indicadores Sociales de España, entre otros.

▸ **Área 3. Estado de Salud**

▸ Incluye indicadores referidos a las causas de enfermedad y muerte de la población. Sus epígrafes son mortalidad, morbilidad, estado de salud e indicadores compuestos de salud. Las

estadísticas utilizadas son la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria, los datos de mortalidad, la Encuesta de Discapacidades, etc.

► **Área 4. Determinantes de la salud**

Este epígrafe contiene todos los determinantes de la salud que no tienen que ver con la asistencia sanitaria. Por tanto incluye los aspectos biológicos y personales, los hábitos saludables y las condiciones de vida y trabajo. Se emplean básicamente datos de las Encuestas Nacionales de Salud, el Panel de Hogares de la Unión Europea y la Encuesta de Discapacidades.

► **Área 5. Recursos y actividades del sistema sanitario**

Los indicadores de este área informan sobre el sistema sanitario así como sobre las actividades del mismo y el grado de satisfacción de los usuarios. Sus apartados están referidos a los recursos humanos, los recursos materiales, la utilización y la satisfacción. Se emplean datos provenientes de la Encuesta de Establecimientos Sanitarios en Régimen de Internado, de la Encuesta de Indicadores Hospitalarios, de las Encuestas Nacionales de Salud, de los Barómetros Sanitarios y de las Encuestas de Satisfacción en Atención Primaria.

► **Área 6. Financiación y actividad económica del sistema sanitario**

Los indicadores de este área informan sobre los aspectos financieros y económicos del sistema sanitario. Sus apartados son el gasto sanitario y los gastos en I + D + I del sistema sanitario. Se utilizan las Cuentas Satélites del Gasto Sanitario Público, de la Contabilidad Nacional de España, del Instituto Nacional de Estadística en relación a I + D + I.

Como se aprecia en las áreas, la información recogida en el SISAN transcende a la mera información sanitaria y abarca otras áreas, como las económicas y sociales, que creemos influyen de manera determinante en la salud. Por este motivo, en el apartado segundo nos centramos en describir el planteamiento metodológico de partida respecto a los determinantes de la salud. Posteriormente, comentaremos la estrategia de la Unión Europea en lo relacionado a los Indicadores de Salud, mientras que en el epígrafe cuarto analizaremos la situación actual en España.

Por último, señalar que el SISAN se podrá consultar a través de la web en la dirección www.sisan.info, haciendo que el acceso a los datos y al libro sea más fácil y cómodo.

2. Determinantes de la salud

A pesar de la creencia generalizada que la salud está influida fundamentalmente por la asistencia sanitaria, existen abundantes referencias históricas que demuestran que dicha afirmación no es del todo exacta [3,4], ya que factores sociales o económicos, la biología humana (carga genética), el medio ambiente, o la conducta, parecen jugar un papel tanto o más importante que los propios servicios sanitarios [5-7]. Estos determinantes de la salud deben ser tenidos en cuenta como

marco conceptual para la elaboración de una política sanitaria fundamentada en la salud pública y, por tanto, en las necesidades de salud de la población.

Las políticas de salud, bajo este marco, deberán dar respuesta a los determinantes de salud extra-sanitarios, lo que implica la participación de otros sectores como economía, educación, obras públicas, medio ambiente... que, junto a las políticas sanitarias, hagan frente a los problemas de salud que requieren servicios de asistencia sanitaria en su vertiente preventiva, curativa o rehabilitadora, procurando un adecuado balance entre prevención de la enfermedad y promoción de la salud, así como su mantenimiento y recuperación.

Sin embargo, la sociedad y los políticos parecen no tener en cuenta estos aspectos, ya que dedican la mayor parte de los recursos a la asistencia sanitaria y no a la salud. De hecho, la mayor parte de las enfermedades responsables de la incapacidad y la muerte prematura son poco sensibles a incrementos adicionales de recursos sanitarios. Tal como señala Geoffrey Rose “los principales determinantes de la enfermedad son, sobre todo, económicos y sociales”[7]. De hecho, esta disparidad entre aportación a la salud de los distintos determinantes y la asignación de recursos entre cada uno de ellos, ya ha sido descrita hace varias décadas por el modelo epidemiológico de Dever [8] donde se aprecia cómo la asistencia sanitaria contribuye en un 11% a la reducción de la mortalidad y, en cambio, acapara el 90 % del gasto sanitario en Estados Unidos. En un artículo más reciente [9] Lamata critica la ambigüedad conceptual del modelo y atribuye un porcentaje de mejora de la salud atribuible a los servicios sanitarios del 30%.

Parece complicado reorientar las prioridades de los políticos y de la sociedad, centradas más en la atención sanitaria que en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. (Gráfico 1)

Este modelo epidemiológico ha sido superado por nuevas teorías que han ahondado en el papel de los determinantes de la salud. Tal como señala Regidor [10], cabe mencionar el trabajo de Evans y Stoddart [11] que introdujeron la diferencia entre la enfermedad reconocida por el sistema sanitario y la salud y capacidad funcional que experimentan los individuos. Por tanto, se distingue entre la enfermedad desde un punto de vista clínico, definición que orienta sobre la aplicación apropiada y disponible del conocimiento médico y la tecnología, y la percepción de los pacientes más interesados en cómo la enfermedad influye en sus vidas. Sin embargo, ninguno de estos conceptos es suficiente por separado, de ahí que el modelo haga converger ambos hacia el bienestar del paciente o de la población.

Simultáneamente, el modelo introduce los distintos determinantes de la salud, lo que hace necesario avanzar en la cuantificación de la influencia de cada uno de ellos sobre la salud. Sin embargo, esta tarea no es sencilla, ya que el impacto preciso de los múltiples determinantes de la salud sobre la misma es difícil de cuantificar con precisión, como también lo es el efecto de las intervenciones sanitarias. La actuación social para promover la salud y prevenir la enfermedad incluye la atenuación de los estilos de vida no saludables y de las influencias nocivas de los factores sociales y medioambientales, así como la prestación de servicios sanitarios eficientes.

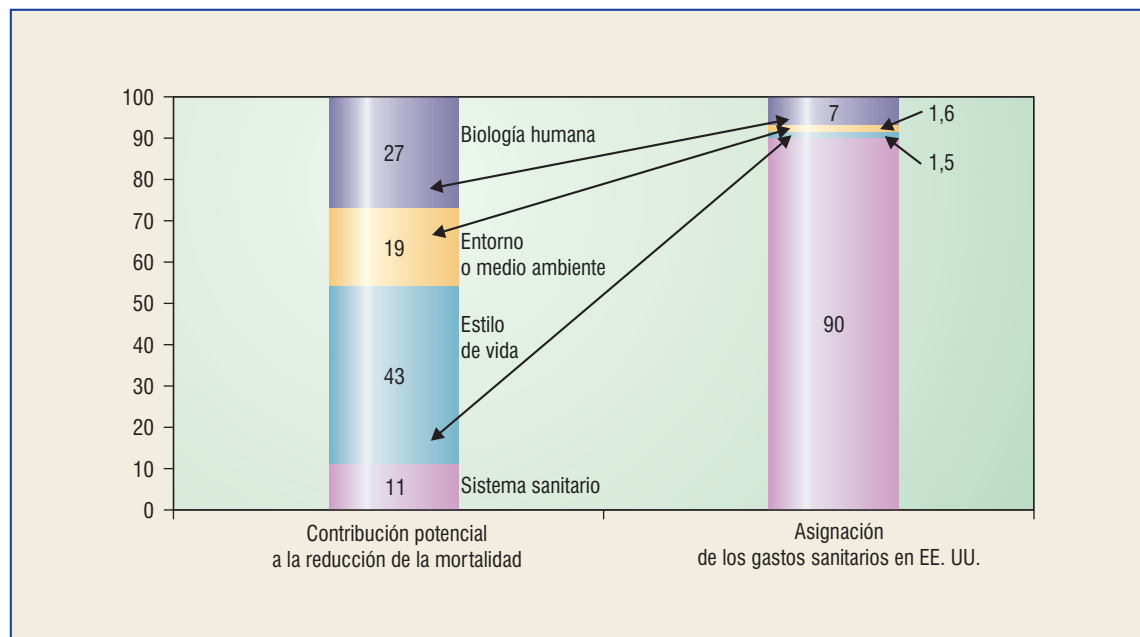
Hay que avanzar en el conocimiento de la proporción de riesgo atribuible a cada determinante, pues si seguimos con conceptos tan etéreos como “estilos de vida” o “entorno o medio ambiente” no avanzaremos. Sólo explicitando objetivos concretos en los Planes de Salud, traducidos en Planes de servicios, cuantificables e incentivables, por parte de los prestadores de dichos servicios, junto a otras acciones de sectores diferentes al sanitario, se conseguirá ajustar adecuadamente salud y asistencia sanitaria [12].

Para ello, el primer paso es dotarnos de unos sistemas de información sanitaria capaces de aportar datos fiables y contrastables que permitan articular la política sanitaria. De nuevo, si los determinantes de la salud son más sociales y económicos, es necesario que las estadísticas sanitarias muestren información sobre la influencia de estos aspectos sobre la salud. Es decir, si queremos ampliar nuestro campo de visión, debemos de dotarnos de estadísticas y sistemas de información sanitaria centrados más en la salud que en los servicios sanitarios.

Este enfoque es, precisamente, el que está guiando las medidas de la Comisión Europea, aspectos que discutiremos en el siguiente epígrafe.

GRÁFICO 1

Determinación de la salud y asignación de recursos sanitarios



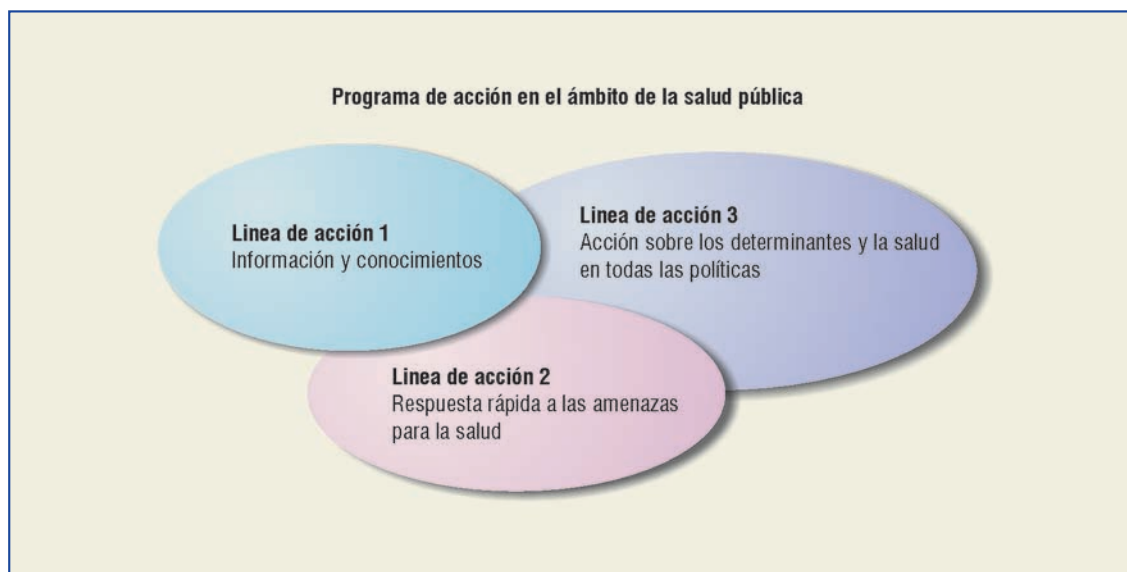
Fuente: Extraído de Dever. G.A.E. “An epidemical model for health policy analysis”, Soc. Ind. Res. 1976, 2:4654.

TABLA 1
Acciones incluidas en la línea de información y conocimientos

1. Desarrollar y explotar un sistema de observación sanitaria sostenible a fin de recoger, analizar y divulgar información sobre la salud humana a escala comunitaria en lo referente a la situación sanitaria, las políticas sanitarias y los factores determinantes de la salud.
2. Desarrollar un sistema de información para la detección anticipada de riesgos sanitarios, incluidas tanto las enfermedades transmisibles como las no transmisibles.
3. Mejorar el sistema de transmisión e intercambio de información y datos sanitarios, incluido el acceso por parte del público.
4. Mecanismos de análisis, asesoramiento, notificación, información y consulta con los Estados miembros y otros interesados en materia de sanidad a escala comunitaria.
5. El análisis y el conocimiento del efecto de la evolución de la política sanitaria y de otras políticas, incluido el desarrollo de criterios y metodologías para evaluar políticas sobre la base de sus repercusiones sobre la salud y el desarrollo de vínculos entre el marco de salud pública y otras políticas.
6. Revisar, analizar y apoyar el intercambio de experiencias sobre las tecnologías de la salud, incluido el uso de las nuevas tecnologías de la información.
7. Apoyar el intercambio de información y experiencias sobre buenas prácticas.

Fuente: Comisión Europea [13].

GRÁFICO 2
Programa de acción de la UE en salud pública: 2003-2008



Fuente: Comisión Europea [13].

3. Información y conocimientos en materia de salud: la nueva estrategia de la Unión Europea

Tal como señala la Comisión Europea [13,14] el programa de acción comunitario en el ámbito de la salud pública tiene como finalidad complementar las políticas nacionales. Su finalidad es la de proteger la salud humana y mejorar la salud pública. Para el logro de dicha meta última, el plan establece tres objetivos generales: mejorar la información y el conocimiento para el desarrollo de la salud pública; reforzar la capacidad de responder rápida y coordinadamente a las amenazas para la salud; y promover la salud y prevenir las enfermedades mediante la actuación en el ámbito de los determinantes de la salud y en todas las políticas y actividades.

Estos objetivos generales definen las tres líneas de acción del mismo. La primera pretende proporcionar una base de conocimiento general para articular el resto de medidas del programa. En la *tabla 1* se muestran las acciones incluidas en esta primera línea de actuación.

La finalidad general del Sistema Comunitario de Información y Conocimientos en Materia de Salud (SCICS) es recoger, procesar, intercambiar y analizar datos sobre la salud humana a nivel comunitario a fin de obtener información objetiva, fiable, compatible y comparable. Esta información permitirá a la Comisión y a los Estados miembros mejorar la calidad de la información proporcionada a la población y formular las estrategias, políticas y acciones apropiadas. Para ello, producirá toda una serie de productos de información (bases de datos y análisis) a fin de satisfacer las necesidades de información a nivel comunitario y, en particular, las necesidades de análisis y planificación de las políticas en materia de salud pública. (*Gráfico 2*)

El SCICS utilizará plenamente los recursos de información sanitaria existentes, como por ejemplo las fuentes de datos de los Estados miembros, los datos disponibles en Eurostat, las actividades de información sanitaria de la OMS, incluida la base de datos HFA, y las actividades de la OCDE, incluida la base Eco-salud.

En cuanto a los aspectos o temas que abordará el SCICS están todavía por concretarse, sin embargo, las principales líneas están recogidas en el informe Kremers [12]. Hay que destacar que los datos, la información y los conocimientos recogidos no se basarán únicamente en datos estadísticos, sino también en información “ad hoc”, datos procedentes de la investigación científica y otras formas de datos cualitativos y cuantitativos. Éstos entrarán dentro de las siguientes categorías: factores demográficos y socioeconómicos; medidas sobre la situación sanitaria por lo que respecta a la salud y las enfermedades; factores determinantes de la salud; y sistemas sanitarios, es decir, recursos, resultados, gastos, costes y financiación. (*Tabla 2*)

TABLA 2

Principales categorías de los Indicadores Comunitarios de Salud

1. Factores demográficos y socioeconómicos

- 1.1. Población
- 1.2. Factores socio-económicos

2. Estado de salud

- 2.1. Mortalidad
- 2.2. Morbilidad y enfermedades específicas.
- 2.3. Estado de salud genérico. Índices sintéticos.
- 2.4. Medidas compuestas de estado de salud

3. Determinantes de la salud

- 3.1. Factores personales y biológicos
- 3.2. Hábitos saludables
- 3.3. Condiciones de vida y trabajo

4. Sistemas de salud

- 4.1. Prevención, protección y promoción de la salud
- 4.2. Recursos del sistema sanitario
- 4.3. Utilización del sistema sanitario
- 4.4. Gasto sanitario y financiación
- 4.5. Calidad de la asistencia sanitaria

Fuente: Informe Kramers [15].

Los resultados del SCICS se apoyarán en Euphin, la Red europea de información en materia de salud pública, dicha red se basa en varios subsistemas que formarán un conjunto integrado:

- el sistema de control e intercambio de indicadores de salud (HIEMS);
- el sistema de vigilancia sanitaria de las enfermedades transmisibles (HSSCD);
- el sistema de información sobre las lesiones (ISS).

El sistema comunitario de información y conocimientos en materia de salud tendrá diferentes audiencias o usuarios. Si bien las diferentes audiencias se beneficiarán de una información similar, también necesitarán un sistema con diferentes características. El sistema general podrá adaptarse para que sirva a diferentes audiencias. Estas diferentes audiencias incluyen:

- **Ciudadanos y pacientes.** La población necesita un acceso fácil y multilingüe a las estadísticas generales así como información y datos descriptivos.
- **Profesionales de la salud, la enseñanza y otros, así como estudiantes.** En muchos casos sus necesidades se parecen a las del público en general, y pueden utilizarse sistemas similares para ambas audiencias. No obstante, sus necesidades suelen ser más amplias que las del público, desde la información general a la supervisión de la salud, la evaluación y el análisis de políticas, así como cuestiones temáticas más detalladas.

- **Responsables políticos y funcionarios en administraciones públicas.** Información relevante para la definición de las políticas de salud pública.
- **Las autoridades competentes y los expertos altamente especializados** necesitan en muchos casos un acceso seguro y aplicaciones muy específicas. A menudo el principal problema es la protección de los datos.

En función de estos grupos de usuarios los objetivos del SCICS deben modificarse. La información destinada a ciudadanos y pacientes tiene como objetivo apoyar los esfuerzos nacionales a fin de informar a la población sobre cuestiones sanitarias y dar a conocer información sobre la salud con una relevancia directa para la dimensión comunitaria. En cambio, cuando la audiencia es un colectivo de profesionales, el objetivo es aportar una descripción en el momento oportuno, precisa y comparable, sobre la situación de la salud, sus determinantes, y las políticas existentes en esta materia en la UE y los países candidatos. Del mismo modo, es necesario implementar los SCICS requeridos por la legislación comunitaria y que apoyan su aplicación.

En resumen, el sistema recogerá parte de las exigencias demandadas por los diferentes informes y expertos en materia de información sanitaria. Prestará una especial atención a los determinantes socio-económicos de la salud, pretendiendo dar una información homogénea y comparable entre los distintos países miembros de la UE y con una elevada disponibilidad al presentar la base de datos en internet con acceso público. Para ello, la Comisión deberá realizar un importante esfuerzo, al que primero tendrán que responder las autoridades de cada uno de los Estados miembros. En el siguiente apartado comentaremos la situación de las estadísticas sanitarias en España.

4. Situación actual de las estadísticas sanitarias en España

En primer lugar, hay que señalar en términos generales que el plan de actuación de la UE se debe a que la calidad de las estadísticas de ámbito nacional es superior a las de la UE. Posiblemente, los celos soberanistas de los Estados miembros no había permitido que la UE contase con un buen sistema de información sanitaria a nivel europeo.

En el caso español, la organización del Sistema Estadístico en España fue establecida por la Ley de la Función Estadística Pública de 1989. El núcleo de la misma es el Instituto Nacional de Estadística (INE) que, asistido por tres Órganos Colegiados, coordina los Servicios Estadísticos de los Ministerios así como los Institutos u Oficinas de Estadística de las Comunidades Autónomas. Es, además, el responsable de las relaciones con la Oficina Estadística de la Unión Europea (EUROSTAT).

La estructuración del sistema se realiza a través del Plan Estadístico Nacional, con carácter cuatrienal, y con planes de actuación anuales. En dicho plan se incluyen las Operaciones Estadísti-

TABLA 3
Relación de Operaciones Estadísticas del Sector Salud

Infraestructura, entes y equipamiento sanitario [1]

54002 MSC Catálogo Nacional de Centros de Extracción y Trasplante de Órganos, Tejidos y Médula Ósea

Personal, recursos económicos y actividades del sistema sanitario [9]

30123 MSC Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado

30414 INE Encuesta de Morbilidad Hospitalaria

30416 INE Profesionales Sanitarios Colegiados

54006 MSC Estadística de Centros de Extracción y Trasplante de Órganos, Tejidos y Médula Ósea

54008 MSC Estadística Estatal de Centros de Transfusión Sanguínea

54011 MSC Explotación Estadística del Conjunto Mínimo Básico de Datos Hospitalarios

54090 MSC Estadística de Entidades Privadas de Aseguramiento Sanitario

76012 MD Establecimientos Sanitarios Militares con Régimen de Internado

76013 MD Morbilidad Hospitalaria en Establecimientos Sanitarios Militares

Vigilancia epidemiológica [4]

54063 MSC Enfermedades de Declaración Obligatoria

54064 MSC Estadística Estatal de SIDA

54065 MSC Sistema de Información Microbiológica

54066 MSC Estadística Estatal de Encefalopatías Espongiformes Transmisibles Humanas

Estado de salud y factores condicionantes [8]

30417 INE Defunciones según la Causa de Muerte

30418 INE Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud

54009 MSC Encuesta Nacional de Salud

54021 MSC Interrupciones Voluntarias del Embarazo

54022 MSC Vacunaciones Sistemáticas

54025 MSC Calidad de las Aguas Potables de Consumo Público

54085 MSC Programa de Lesiones: Red de Accidentes Domésticos y de Ocio

72001 MI Observatorio Español sobre Drogas

Medicamentos y otros productos sanitarios [7]

54028 MSC Registro de Plaguicidas de Salud Pública (Biocidas)

54042 MSC Consumo Farmacéutico en el Sistema Nacional de Salud

54043 MSC Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (Tráfico Lícito)

54044 MSC Especialidades Farmacéuticas Autorizadas

54045 MSC Principios Activos en España

54047 MSC Plantas Medicinales

54049 MSC Productos Cosméticos

Análisis, síntesis y recopilaciones de salud [4]

30415 INE Indicadores Hospitalarios

54012 MSC Cuentas Satélites del Gasto Sanitario Público

54013 MSC Servicios de Salud: Datos y Cifras

54023 MSC Indicadores de Salud

Fuente: Instituto Nacional de Estadística.

cas para fines estatales que se seleccionan dentro del Inventario de Operaciones Estadísticas de la Administración del Estado. Desde la promulgación de la Ley de la Función Estadística Pública, se han realizado tres Planes Nacionales de Estadística. El Plan vigente se refiere al periodo 2001-2004. También está prevista la elaboración de un Inventario de Operaciones Estadísticas de las Comunidades Autónomas, aún no disponible.

Por otra parte, los distintos planes tienen que incorporar los requerimientos del Programa Estadístico de la Unión Europea, coordinado por el Comité del Programa Estadístico (CPE) a través de EUROSTAT. Por ello, en el siguiente Plan se introducirán las operaciones estadísticas propuestas por la Comisión Europea a partir de la reforma comentada en el anterior epígrafe.

En la *tabla 3*, se recogen la relación de operaciones estadísticas del sector salud en el marco del Inventario de Operaciones Estadísticas de la Administración General del Estado. Como se puede apreciar, dichas operaciones se agrupan en 6 grandes áreas siendo el total de operaciones estadísticas del sector salud, 33.

Ahora bien, tal como hemos comentado en el punto primero, hay una información que, aunque su origen y elaboración sean ajenos al sistema sanitario, es de gran interés para el sector por cuanto acerca al conocimiento de los determinantes de la salud (factores biológicos, medioambientales y socioeconómicos). En este grupo están, entre otros, los censos de población y viviendas, las encuestas de población activa, las estadísticas laborales, de educación, de producto interior bruto o renta, las encuestas de presupuestos familiares o el panel de hogares de la UE.

Por otra parte, el Ministerio de Sanidad y Consumo ha finalizado recientemente el Inventario de Operaciones Estadísticas en el Sector Salud de las Comunidades Autónomas. Con el fin de elaborar un Sistema de Información Sanitaria armonizado y coordinado en el Sistema Nacional de Salud, mediante las siguientes líneas de actuación:

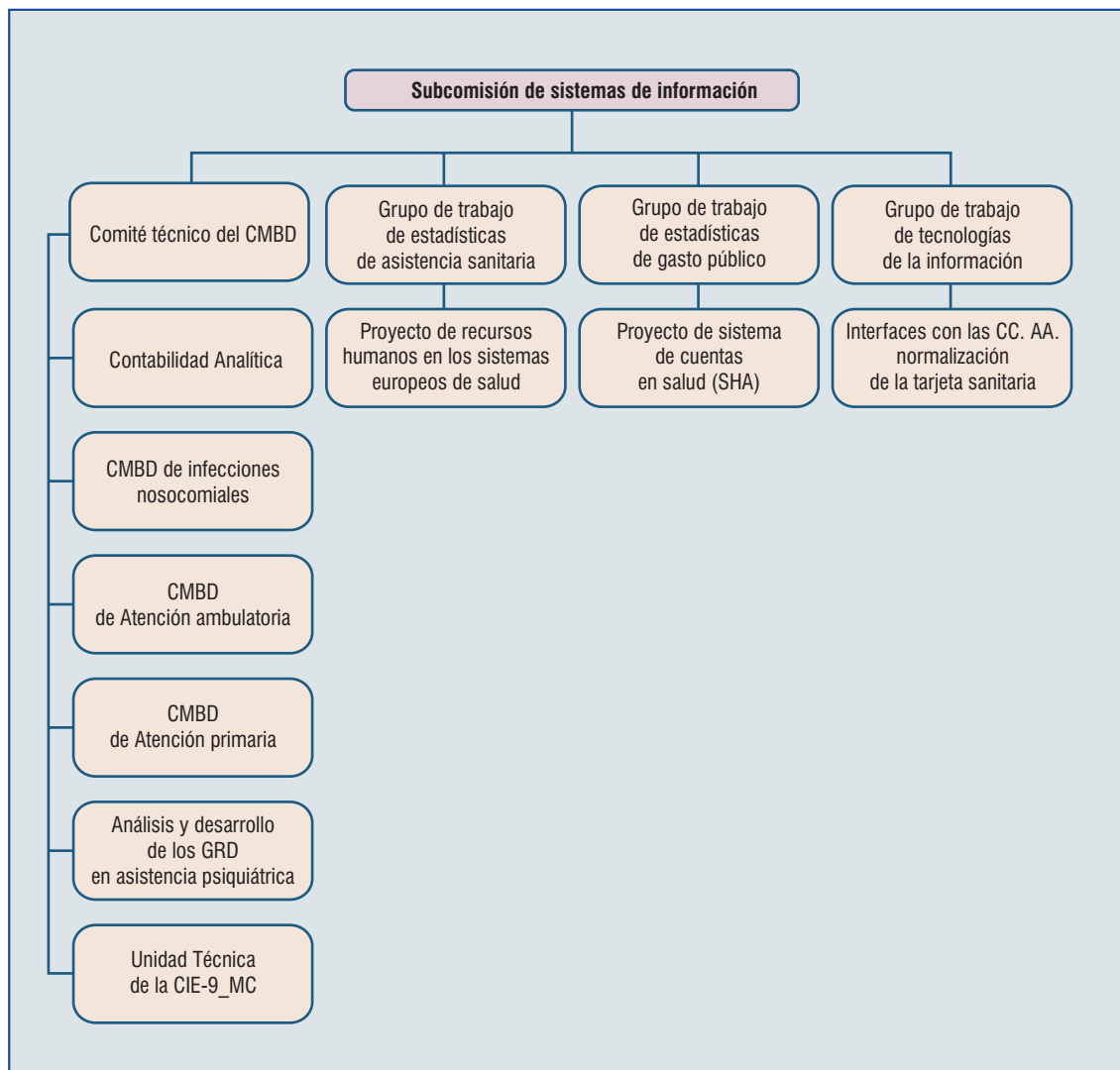
1. Realización del Inventario de Operaciones Estadísticas y de variables.
2. Realización de un Plan de Indicadores Sanitarios del Sistema Nacional de Salud.
3. Establecimiento de unos criterios mínimos y unas definiciones comunes para las variables contempladas en las operaciones del Plan de Indicadores del Sistema Nacional de Salud, con objeto de garantizar su comparabilidad.
4. Difusión de las recomendaciones que permitan adaptar las Operaciones Estadísticas a lo que marquen las instituciones europeas.

Este inventario y el establecimiento de un plan de indicadores es el primer paso para tener un Sistema de Información Sanitaria vertebrado y homogéneo en el nuevo marco de diecisiete Servicios Regionales de Salud. Para coordinar este futuro sistema de información se han diseñado los siguientes instrumentos:

1. Comisión Ministerial de Estadística.
2. Subcomisión de Sistemas de Información del Consejo Interterritorial de Salud.
3. Consejo Superior de Estadística (INE).
4. Comisión Interministerial de Estadística (INE).
5. Comité Interterritorial de Estadística (INE).

GRÁFICO 3

Composición de la subcomisión de sistemas de información



Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo.

La **Comisión Ministerial de Estadística** es el órgano a través del cual se coordinarán las estadísticas del Departamento, sus Organismos Autónomos y el Instituto Nacional de la Salud.

A través de la **Subcomisión de Sistemas de Información** del Consejo Interterritorial de Salud se debe canalizar la coordinación, cooperación y colaboración con las Comunidades Autónomas en materia de Sistemas de Información Sanitaria. Además, será un puente de comunicación entre las Consejerías de Sanidad y el INE y los Organismos Internacionales, con los que el Ministerio colabora, en proyectos de información sanitaria. (Gráfico 3)

Otro aspecto esencial es la armonización de los Sistemas de Información Sanitaria. Que la información sea homogénea y comparable es una necesidad no solo a nivel nacional sino también a nivel internacional. En esta línea trabajan tres organismos:

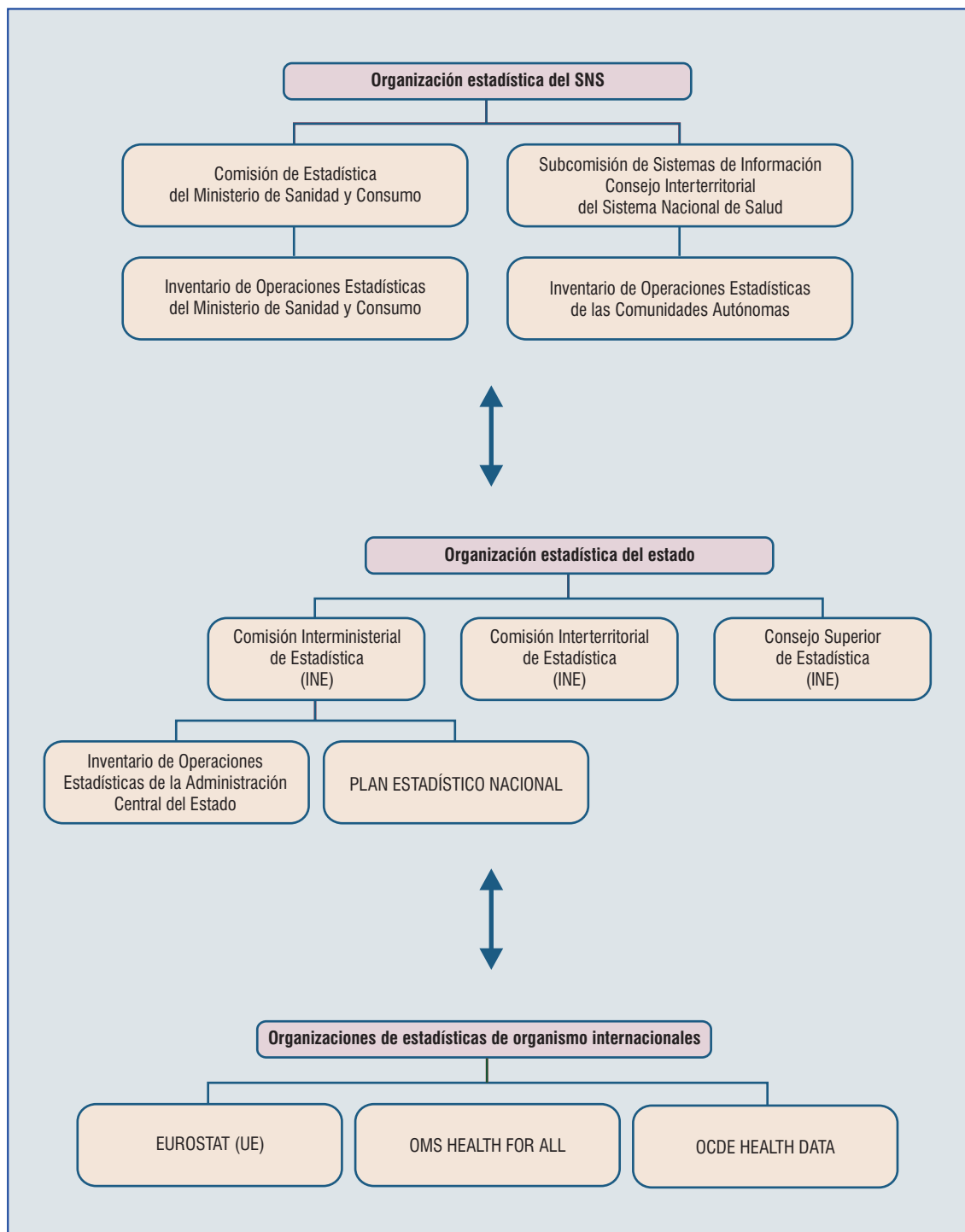
1. La Unión Europea a través de su Oficina de Estadística **EUROSTAT** y de la Dirección General de Salud y Consumo (D.G. SANCO), que lidera el Programa de **Monitorización de la Salud**.
2. La Organización Mundial de la Salud (**OMS**).
3. La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (**OCDE**).

Por último, terminaremos indicando el programa de Sistemas de Información Sanitaria elaborado por el Ministerio de Sanidad y Consumo a partir de la entrada en vigor del REAL DECRETO 840/2002, de 2 de agosto, por el que se modifica y desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad y Consumo [14]. A partir de dicha norma jurídica, y teniendo en cuenta la nueva realidad descentralizada del Sistema Nacional de Salud y las exigencias de los organismos internacionales como la UE o la OCDE, se establece el Programa de Sistemas de Información Sanitaria que recoge gran parte de las operaciones estadísticas citadas en la tabla 3 e incluye otras nuevas como son el **Sistema de Información sobre Usuarios del Sistema Nacional de Salud**, que tiene como objetivo poner a disposición de las Comunidades Autónomas un instrumento para compartir información relativa a los usuarios del Sistema Nacional de Salud y que se basará en las Bases de Datos de Tarjeta Sanitaria Individual de las diferentes Comunidades Autónomas, o el **Sistema de Información sobre Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud**, que se diseñará de acuerdo con los criterios que establezcan la Unión Europea y la OCDE quienes, en estos momentos, están llevando a cabo estudios de situación sobre esta materia [15]. (Gráfico 4)

En la *tabla 4* se presentan las operaciones estadísticas contempladas en dicho plan. En definitiva, la posición española ante la estrategia de Salud Pública de la Unión Europea es adecuada y está adaptando su sistema de información sanitaria a las nuevas exigencias de la Unión, mejorando algunas lagunas existentes en la información sanitaria en nuestro país. La coordinación y homogeneidad de la información presentada por las distintas administraciones es un aspecto esencial para que el Sistema de Información Sanitario Español permita planificar la política sanitaria.

Sin embargo, como comentaremos en las conclusiones existen todavía deficiencias en materia de confidencialidad de los datos y acceso a los mismos que no han sido resueltos y que colocan a nuestro país en una posición de desventaja en lo relativo a la explotación por los usuarios de la información disponible sobre el sistema sanitario. Una de las grandes lagunas es la falta de una base de datos única que recoja la información estadística relativa a la salud, actualmente dispersa en numerosas fuentes. Es precisamente con el intento de vencer dicha barrera con el que se desarrolla el Sistema de Información Sanitaria (SISAN).

GRÁFICO 4
Organización estadística del SNS



Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo.

TABLA 4
Programa de sistemas de información sanitaria

Cobertura Sanitaria

- Sistema de Información sobre Usuarios del Sistema Nacional de Salud (sobre la base de las tarjetas sanitarias individuales)

Estado de Salud

- Encuesta Nacional de Salud

Recursos Sanitarios

- Sistema de Información sobre Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud
- Registro General de Centros y Servicios Sanitarios
- Catálogo Nacional de Hospitales
- Catálogo Nacional de Centros de Transfusión y Bancos de Sangre Hospitalarios
- Catálogo Nacional de Centros de Extracción y Trasplante de Órganos, Tejidos y Médula Ósea
- Catálogo de Centros de Reproducción Humana Asistida
- Catálogo de Centros Acreditados para la Formación Sanitaria Especializada
- Catálogo de Centros de Vacunación Internacional

Utilización de Servicios de Atención Primaria

- Estadística de Vacunaciones Sistemáticas
- Sistema de información sobre Atención Primaria de Salud

Utilización de Servicios Hospitalarios

- Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado
- Explotación Estadística del Conjunto Mínimo Básico de Datos Hospitalarios (CMBD) y Grupos de Diagnósticos Relacionados (GDR)
- Estadística de imputación de costes por proceso en hospitales
- Estadística Estatal de Centros de Transfusión Sanguínea
- Estadística de Centros de Extracción y Trasplante de Órganos, Tejidos y Médula Ósea
- Estadística de Garantía de Calidad en el Proceso de Donación
- Estadística de Interrupciones Voluntarias del Embarazo

Financiación y Gasto Sanitario

- Estadística de Gasto Sanitario Público
- Estadística de Entidades Privadas de Aseguramiento Sanitario (proyecto)

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo.

5. Conclusiones

No nos cabe duda de que la mejora de las fuentes de información es una demanda recurrente de los investigadores de servicios sanitarios. A menudo se piensa que el problema reside en las dificultades de “crear” información relevante, si bien, en muchas ocasiones el origen del problema no reside en la inexistencia de la información, sino en su dispersión, falta de homogeneidad, falta de sistematización, tardía publicación, escasa difusión y análisis incompletos. Estos aspectos vienen arrastrándose de lejos, ya que algunas de las demandas realizadas hace varios años siguen sin atenderse [16,17].

Así por ejemplo, ya en 1995, Bengoechea y del Llano [18] señalaban el retraso de hasta 5 años en la publicación de series oficiales de algunos indicadores. En la actualidad, estadísticas como la de Establecimientos en Régimen de Internado siguen teniendo una demora similar. La difícil accesibilidad a la información de las Comunidades Autónomas o la ausencia de una única base de datos sobre el sistema sanitario, dotada de un soporte organizativo y técnico dedicado a la elaboración y difusión de los principales indicadores sanitarios, son algunos aspectos que todavía no se han solventado 8 años después.

En el mismo sentido, Regidor [19] en 1998 realizaba una propuesta de medidas enfocadas a mejorar las estadísticas sanitarias de base poblacional en un sentido amplio. Dichas propuestas, junto a otras carencias detectadas por los autores a la hora de realizar el SISAN, se vuelven a poner de manifiesto en la *tabla 5*. Es cierto que algunas han sido ya recogidas por el programa de sistemas de información sanitaria elaborado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, como por ejemplo la elaboración de la Encuesta Nacional de Salud por el INE para mejorar la representatividad o el mayor tamaño muestral de las encuestas de salud. Otras siguen sin llevarse a la práctica.

Respecto a las nuevas carencias detectadas, la más grave es el acceso a la información de series históricas en formato electrónico. Así, por ejemplo, los CMBD disponibles desde 1992 no están disponibles en soporte electrónico hasta el año 1998; las Estadísticas de Indicadores Hospitalarios anuales iniciadas en 1984 sólo están disponibles en formato electrónico desde 1995, y la Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado publicada anualmente desde 1972 sólo accesible en formato electrónico desde 1994.

Otro aspecto ya señalado es la gran dispersión de las fuentes de datos sanitarios en España, lo que hace que su acceso sea dificultoso y de coste elevado, tanto en términos de oportunidad como en términos económicos, ya que los microdatos de las encuestas sanitarias pueden superar en algunos casos los 6.000, independientemente de la utilización (científica o comercial) de los mismos. Por último, cabe señalar la discrecionalidad en algunas series de datos, interrumpidas en algunas ocasiones por motivos no justificados, que provocan lagunas de información temporales importantes.

En resumen, en el contexto de desconcentración administrativa quasi-federal (Comunidades Autónomas) y autogobierno, es razonable pensar que aumente la dispersión en los modos de generar y utilizar la información. La Ley de Cohesión y Calidad propugna en el artículo 53 la puesta

TABLA 5
Propuestas generales de mejora del sistema de información sanitaria

- *Falta de bases de datos históricas en formato electrónico*
- *Falta de una única base de datos de síntesis que recoja la información del sistema sanitario español.*
- *Mala difusión de los datos*
- *Retraso en la aparición de las estadísticas, llegando incluso a ser de 5 años.*
- *Coste elevado de los microdatos con fines de investigación*
- *Inclusión de las características socioeconómicas de los individuos.*
- *Inclusión de un código identificativo universal (DNI).*
- *Inclusión de códigos de áreas geográficas inferiores al municipio.*

PROPUESTAS PARTICULARES

Registro de mortalidad

- *Adecuada cumplimentación del boletín MNP-52 después de que se haya realizado el estudio médico-legal en las muertes violentas.*
- *Inclusión de una pregunta en el Boletín Estadístico de Defunción acerca de si la defunción tuvo lugar en el trabajo en el caso de que la causa de fallecimiento sea un accidente.*

Encuestas de salud por entrevista

- *Modificar el diseño muestral que se viene realizando en la actualidad.*
- *Aumentar el tamaño muestral con el objeto de obtener estimaciones fiables a nivel provincial de los fenómenos menos frecuentes.*
- *Financiación conjunta de una sola encuesta de salud por parte de los Departamentos que actualmente realizan encuestas sobre distintos temas de salud.*
- *Realización del diseño muestral y del trabajo de campo por parte del Instituto Nacional de Estadística.*
- *Incluir módulos sobre temas de salud con carácter rotatorio de un año a otro o incorporar estos módulos a la encuesta de población activa.*
- *Incorporar medidas de capacidad funcional y calidad de vida relacionada con la salud ya validadas.*

Encuesta de salud por examen:

- *Realización de una encuesta de salud por examen de ámbito estatal con amplio tamaño muestral.*

Sistemas de información sobre accidentes de trabajo:

- *La inclusión de la ocupación y la actividad económica en otros SIS de base poblacional permitirá mejorar la caracterización epidemiológica de este problema de salud y cuantificar con más precisión su magnitud.*

Sistemas de información sobre accidentes de tráfico:

- *Incluir de manera rutinaria información sobre el consumo de alcohol y sobre el consumo de otras drogas que limitan la capacidad del conductor.*

PROPUESTA LIMITANTE DE LAS ANTERIORES

- *Creación de una unidad puente entre los productores de los datos y los usuarios de los mismos.*

Fuente: Modificada de Regidor [19]. Las nuevas inclusiones están en *cursiva*.

en marcha de un Sistema de Información Sanitaria del SNS que garantice la disponibilidad de la información y la comunicación recíproca entre las Administraciones Sanitarias, y con este objetivo recientemente se ha creado en la actual estructura del Ministerio de Sanidad y Consumo, la Dirección General de la Agencia de la Calidad del Sistema Nacional de Salud con una Subdirección General Instituto de Información Sanitaria.

El SISAN pretende ayudar a mejorar el actual estado de las cosas al tener reunida en una sola publicación la mayoría de la información sanitaria relevante en España. En este sentido, la cobertura del mismo, así como los indicadores relacionados, abarcan prácticamente el 95 % de los propuestos en el informe Kramers, lo que supone un esfuerzo importante.

Referencias bibliográficas

- [1] Aracil E, Banegas JR, del Llano M^aM, del Llano J, de la Mata I, Gol J, González J, Villar F. Sistema Gráfico de Información Sanitaria de España. Jarpyo, Madrid 1993
- [2] Aracil E, Banegas JR, Bengoechea E, del Llano J, de la Mata I, Gol J, González J, Villar F. Sistema Gráfico de Información Sanitaria de España. Artursa, Madrid 1996
- [3] Maxwell R. Health care the growing dilemma. New York, McKinsey 1974.
- [4] Cochrane AL, S t Leger AS, Moore F. Health service “input” and mortality “output” in developed countries. J Epidemiol Community Health 1978; 32: 200-205.
- [5] Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. Ottawa: Department of National health and Welfare, 1974.
- [6] Laframboise HL. Health policy: breaking the problem down into more manageable segments. J Can Med Assoc 1973; 108: 388-93.
- [7] Dever GEA. An epidemiological model for health policy analysis. Social Indicators Research 1976, 2: 453-66.
- [8] Rose, G. La estrategia de la medicina preventiva. Barcelona. Ediciones Científicas y Técnicas S.A. 1994.
- [9] Lamata F. Una perspectiva de la política sanitaria 20 años después del Informe Lalonde. Gac San 1994; 8:188-194.
- [10] Regidor E. Sistemas de información para la política sanitaria. En del Llano et al. Eds. Gestión Sanitaria. Innovaciones y desafíos. Masson. Barcelona.1998.
- [11] Evans RG, Stoddart GL. Producing Health, consuming Health Care. Soc Sci Med 1990; 31: 1347-1363.
- [12] del Llano J. La sanidad en España: la dificultad de todo para todos y gratis. Med Clin (Barc) 1999; 112: 496-8.
- [13] COMISIÓN EUROPEA. Documento orientativo sobre la aplicación del capítulo primero relativo a información y conocimientos en materia de salud del futuro programa comunitario en el ámbito de la salud pública. Luxemburgo 2002.

- [14] COMISIÓN EUROPEA. Plan de trabajo integrado para los programas de salud pública en 2002. Luxemburgo 2001.
- [15] Kramers PG, Achterberg PW. Design for a set of European Community Health Indicators: final report by the ECHI Project. Bilthoven: National Institute of Public Health and the Environment (RIVM, the Netherlands);2001.
- [16] REAL DECRETO 0840/2002 de 02-08-2002. BOE 185/2002. Publicado 03-08-2002 . Ref. 2002/15767. Páginas. 28856 a 28864.
- [17] Blanco, A. Sistemas de Información Sanitaria. Master en Administración y Dirección de Servicios Sanitarios (MADS), Fundación Gaspar Casal y Universidad Pompeu Fabra. 2002 (Mimeo).
- [18] Bengoechea E, del Llano J. Las cifras del sistema sanitario: 1984-1995. En: Informe SESPAS 1995. SG Editores. Barcelona, 1995.
- [19] Regidor E. Sistemas de información sanitaria de base poblacional en España: situación actual y propuestas (de futuro). En: Peiró S, Domingo Uriarte LI, (Coords). Información sanitaria y nuevas tecnologías. XVIII Jornadas de Economía de la Salud, Vitoria-Gasteiz: Asociación de Economía de la Salud, 1998.

CAPÍTULO 1

Demografía y población

1. Población

La demografía no persigue sólo un mejor conocimiento de la realidad. Su objetivo es también servir de instrumento analítico para la acción social y política. Disponer de una información fiable y rigurosa sobre la realidad social y las variaciones registradas en la población humana, resulta imprescindible para prever políticas que hagan frente a las diferentes transformaciones sociales y económicas derivados de los cambios demográficos.

Las estadísticas demográficas son, pues, un instrumento de vital importancia para el análisis de las condiciones de vida de los diferentes poblaciones, así como para el adecuado diseño de políticas y programas que afronten las transformaciones sociales y económicas derivadas de los cambios demográficos. El análisis y la previsión en materia demográfica son un presupuesto inexcusable de cualquier política a medio o largo plazo, de carácter económico, social, educativo o sanitario.

La tradición de la ciencia demográfica nos ha habituado a ver ésta como “el problema demográfico” o, al menos, como un compendio de contrariedades sobrevenidas: la superpoblación, la explosión demográfica, la revolución demográfica, la caída de la natalidad, el envejecimiento poblacional, etc. Sin embargo, pocas variables en la historia de la vida social humana son tan previsibles y duraderas y tienen ritmos y tempos tan lentos y largos como los cambios demográficos.

La natalidad y la mortalidad, la duración media de la vida, el ritmo de crecimiento de la población, la educación, la vivienda o la nutrición son características que afectan directamente al desarrollo de la salud y tienen un profundo arraigo en variables de carácter demográfico. Asimismo, prever las necesidades en materia de salud y de enfermedad para ajustar los sistemas de salud con el debido tiempo y calidad, hace preciso el conocimiento de las perspectivas demográficas a medio y largo plazo.

La información y el conocimiento de los efectivos poblacionales de un país en una fecha determinada puede conseguirse de dos formas: censando a todos los habitantes en esa fecha o manteniendo un registro permanente y actualizado de la población en el que se van dando de alta las entradas por nacimiento o inmigración y las bajas por fallecimiento o emigración.

Las operaciones censales requieren un enorme despliegue de recursos en momentos puntuales, dejando huérfanos de información a instituciones, investigadores y usuarios de dicha información durante los largos periodos intercensales, en los que hay que recurrir a estimaciones e

interpolaciones. Por el contrario, las estadísticas procedentes de fuentes de registros utilizan flujos permanentes de información que se actualizan y mejoran a medida que se perfeccionan los sistemas administrativos y las tecnologías de la información. Casi toda la información presentada en este libro proviene de estadísticas originadas en registros de datos periódicamente variables. Es por ello que su actualización constituye un requisito inexcusable que convierte estos datos en información relevante.

Desde sus orígenes la población humana no ha hecho más que crecer, primero a un ritmo lento y progresivamente a un ritmo más acelerado. Pero el crecimiento de la cantidad humana no será ilimitado; todas las poblaciones de seres vivos alcanzan un nivel de saturación, a partir del cual su tamaño se estabiliza. Tampoco es impensable que se produzca una contracción de muchas de estas poblaciones. En el mundo desarrollado esos límites parecen estar ya cerca y en algunos casos superado. Algunos países europeos están ya con crecimientos negativos, esto es, perdiendo población, mientras otros del mismo entorno continúan creciendo aunque a ritmos decrecientes.

España acaba de superar los 40 millones de habitantes. Sin embargo, el crecimiento de nuestra población, como el de toda Europa, se está ralentizando y corre el peligro de no alcanzar el nivel de reemplazo. Es decir, nuestra población tiende a medio plazo a dejar de crecer y después a disminuir. Hace menos de un lustro, las previsiones de la ONU auguraban que, sin una incorporación de inmigrantes, en 50 años nuestro país habría perdido más del 20 % de su población actual por efecto de nuestra baja tasa de reproducción.

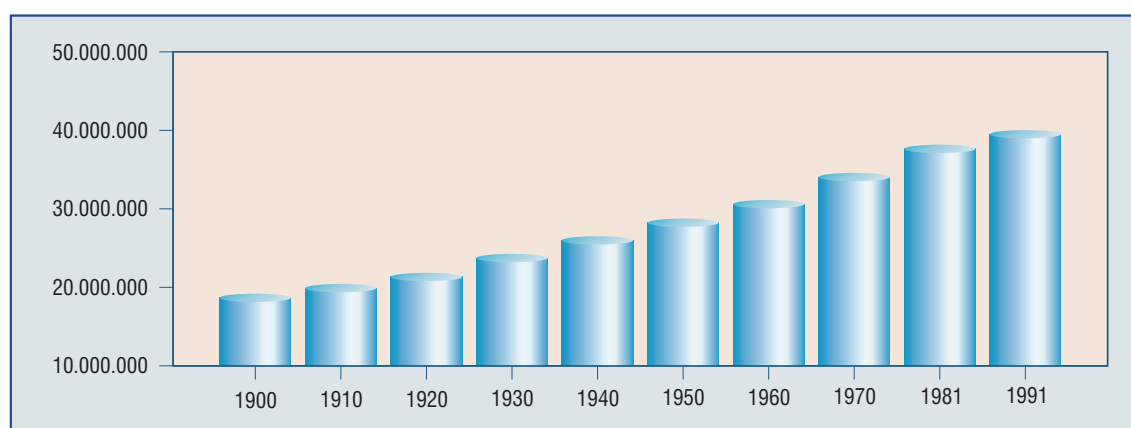
Sin embargo, según las recientes proyecciones del INE, en las que se han revisado las hipótesis sobre entradas de inmigrantes, la población todavía va a crecer hasta el año 2025, en parte debido a la entrada de inmigrantes, pero también por la recuperación de las tasas de natalidad. Hay que tener en cuenta que la población inmigrante, hoy en constante crecimiento, no sólo incorpora activos netos al total de la población, sino que contribuye a elevar la tasa de natalidad del conjunto, ya que su fecundidad suele ser bastante más alta que la de la población autóctona de los países de acogida. Pese a ello, las previsiones de aquí a mediados de siglo son de contracción demográfica.

Las desigualdades demográficas no son sólo de carácter temporal. Las asimetrías en el desarrollo de las poblaciones son una constante en la historia de la humanidad; también lo son en la realidad europea actual y en la española. El noroeste de España, Asturias, Galicia, Castilla-León, Aragón y Cantabria, alberga una población en claro retroceso demográfico; el País Vasco, la Rioja, Castilla-La Mancha, Extremadura y la Comunidad Valenciana rozan el estancamiento; mientras tanto, las comunidades meridionales, Andalucía y la región de Murcia y las comunidades no peninsulares mantienen aceptables tasas de crecimiento natural en sus poblaciones. También se mantienen en positivo las comunidades de Madrid y Cataluña.

En la mayoría de los países, el crecimiento demográfico y los cambios en la propia estructura y composición de la población se distribuyen de forma desigual. Un mismo país, o incluso una misma región, puede presentar diversas situaciones en términos de dinamismo o de estancamiento demográfico. Esta polarización influye también sobre el desarrollo económico y social de unas u otras zonas.

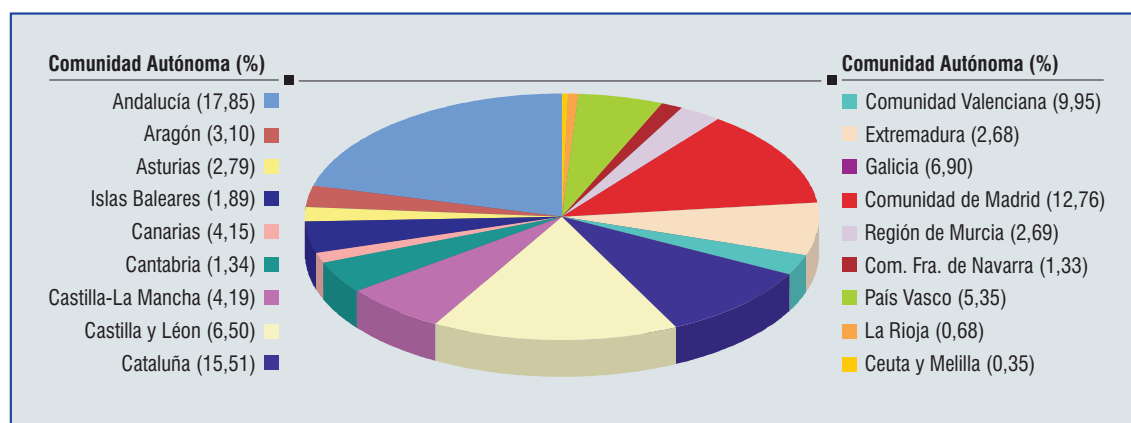
Si el movimiento natural de las poblaciones tiene unos ritmos lentos y bastante predecibles, no lo son tanto los crecimientos poblacionales absolutos, ya que estos dependen también de los flujos migratorios exteriores e interiores, los cuales pueden, a su vez, alterar o corregir el signo marcado por el crecimiento meramente vegetativo. En España, sin embargo, la entrada de efectivos de inmigrantes parece estar reforzando las diferencias demográficas interterritoriales en la medida en que son las regiones meridionales y mediterráneas junto con Madrid las que están absorbiendo mayores contingentes de inmigrantes.

Población de hecho. Evolución temporal



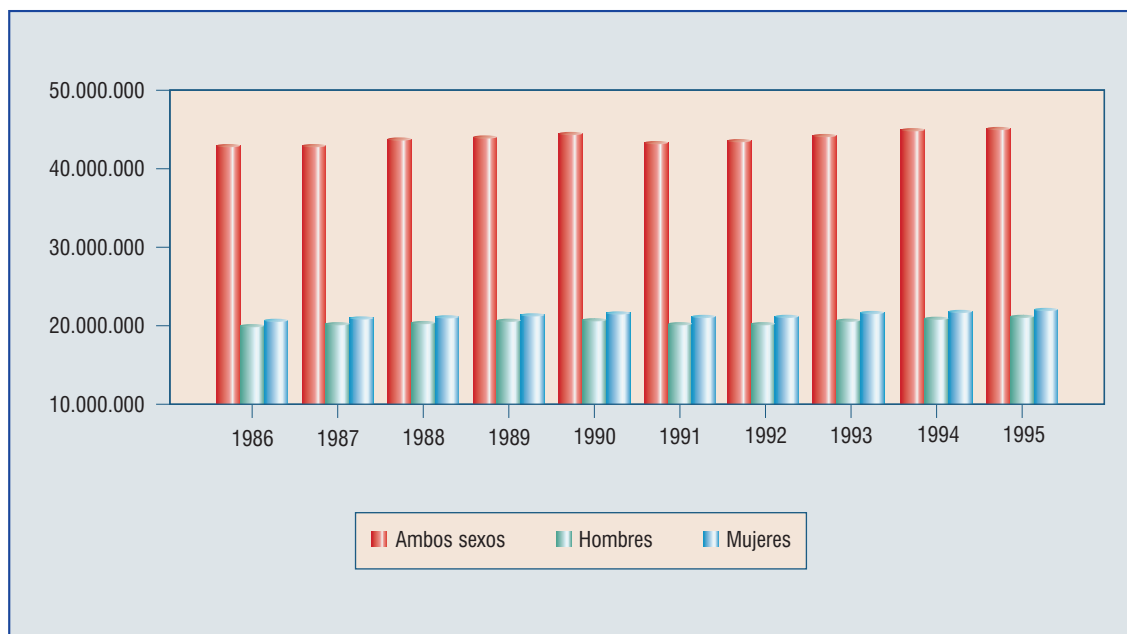
Fuente: Cifras de población. INE. Unidad: personas.

Estructura porcentual de la población de hecho por CC.AA. 1991



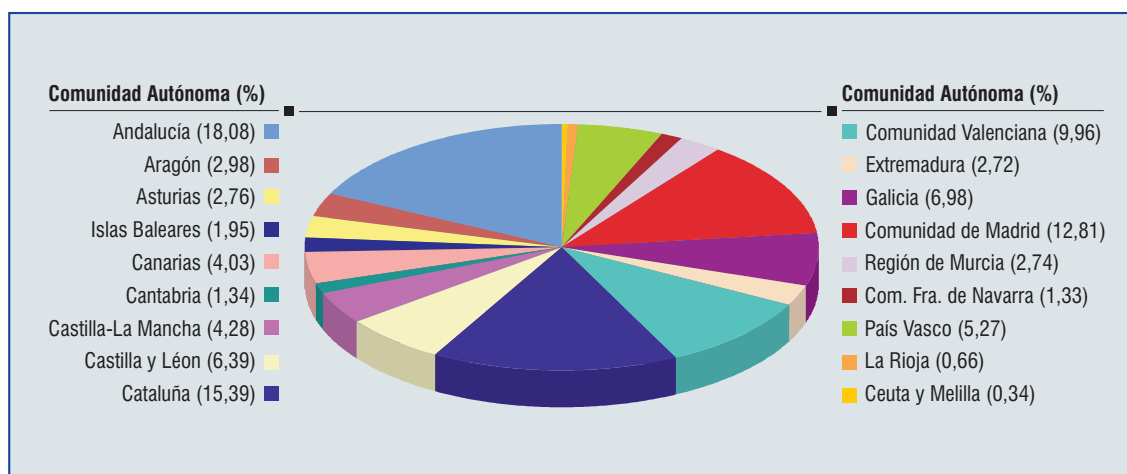
Fuente: Cifras de Población. INE.

Población de derecho. Evolución temporal



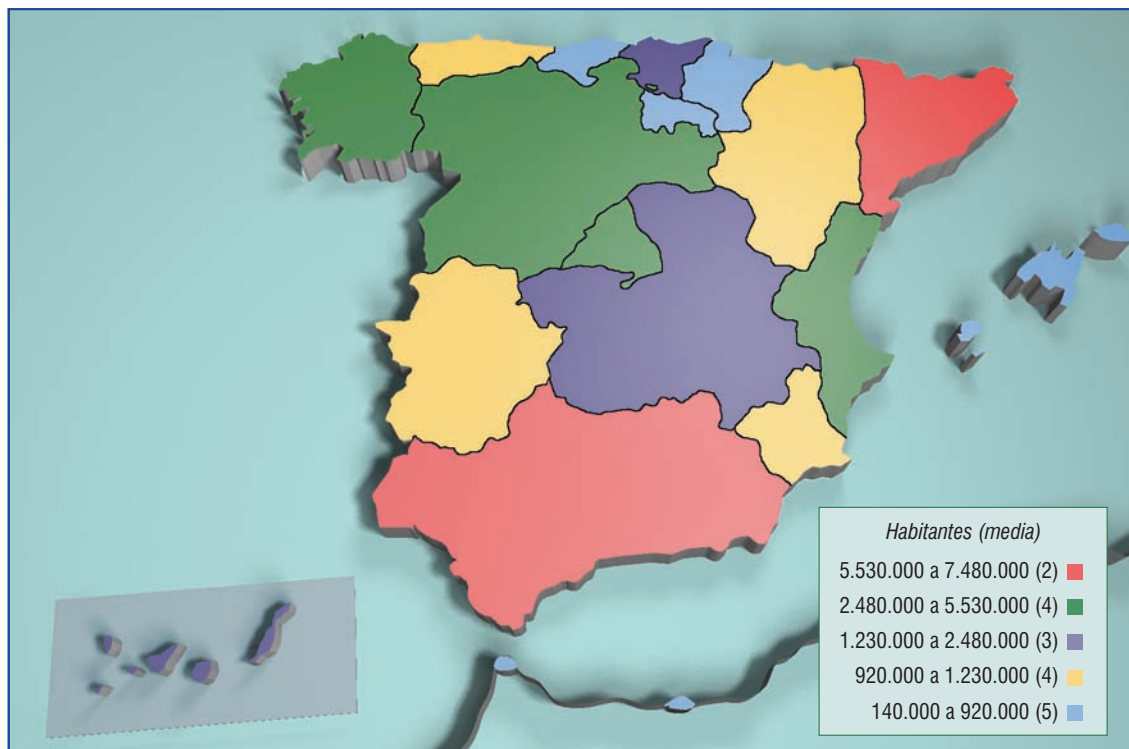
Fuente: Cifras de población. INE. Unidad: personas.

Estructura porcentual de la población de derecho por CC.AA. 1995



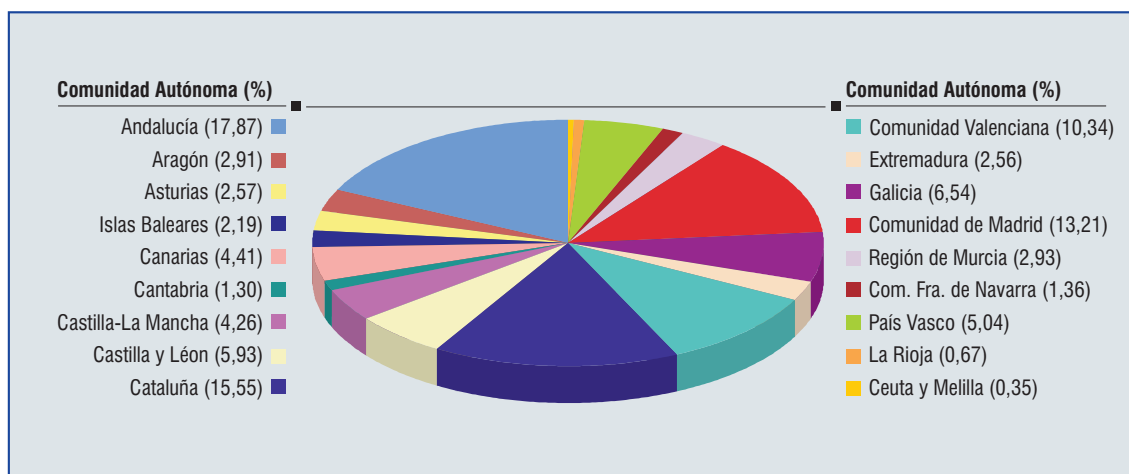
Fuente: Cifras de población. INE.

Población 2002



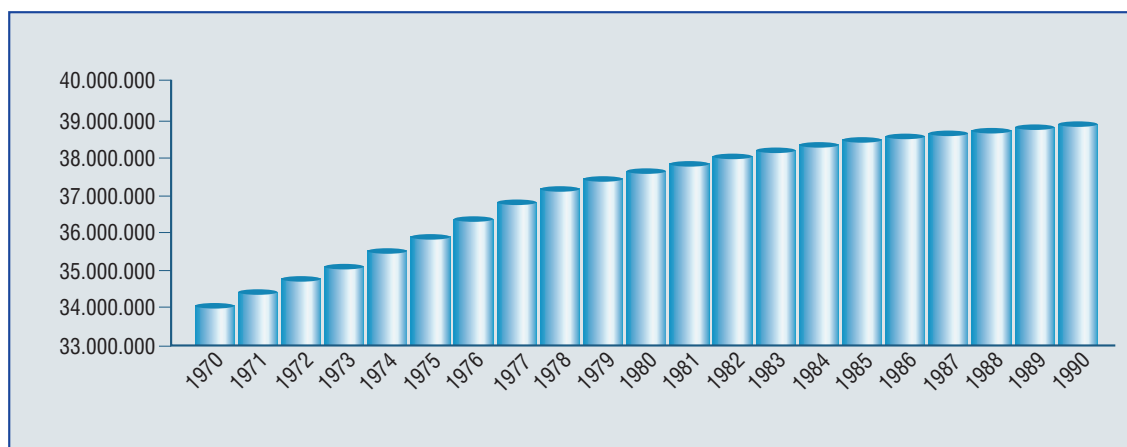
Fuente: Elaboración propia a partir del INE.

Estructura porcentual de la población CC.AA. 2002



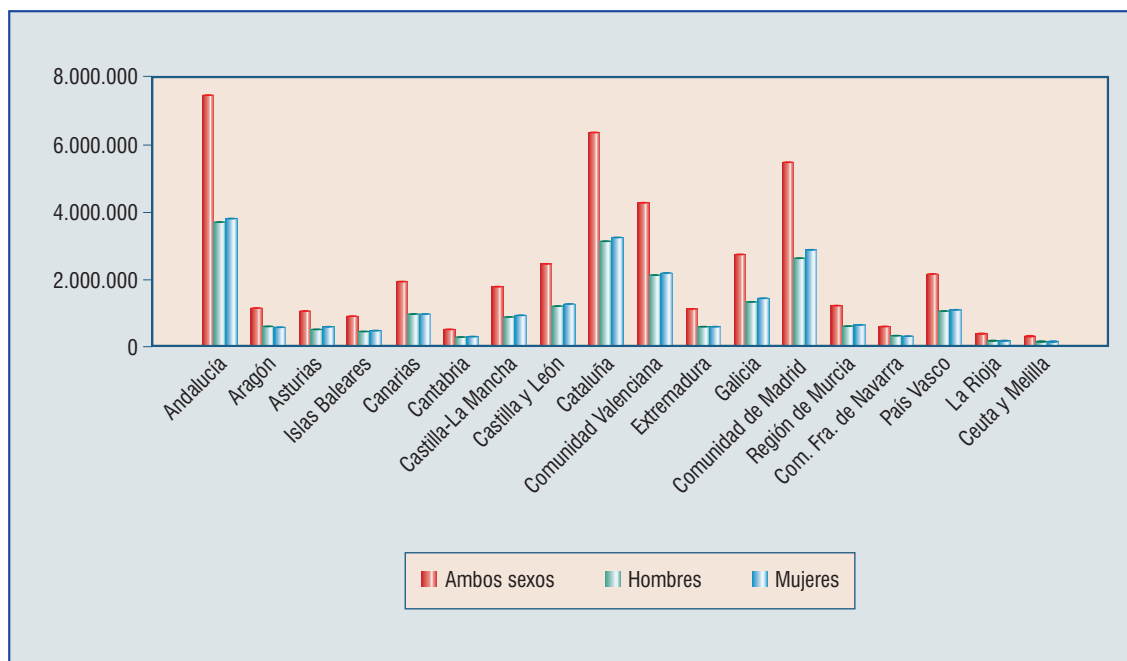
Fuente: Cifras de población. INE.

Estimaciones intercensales de población. Evolución temporal



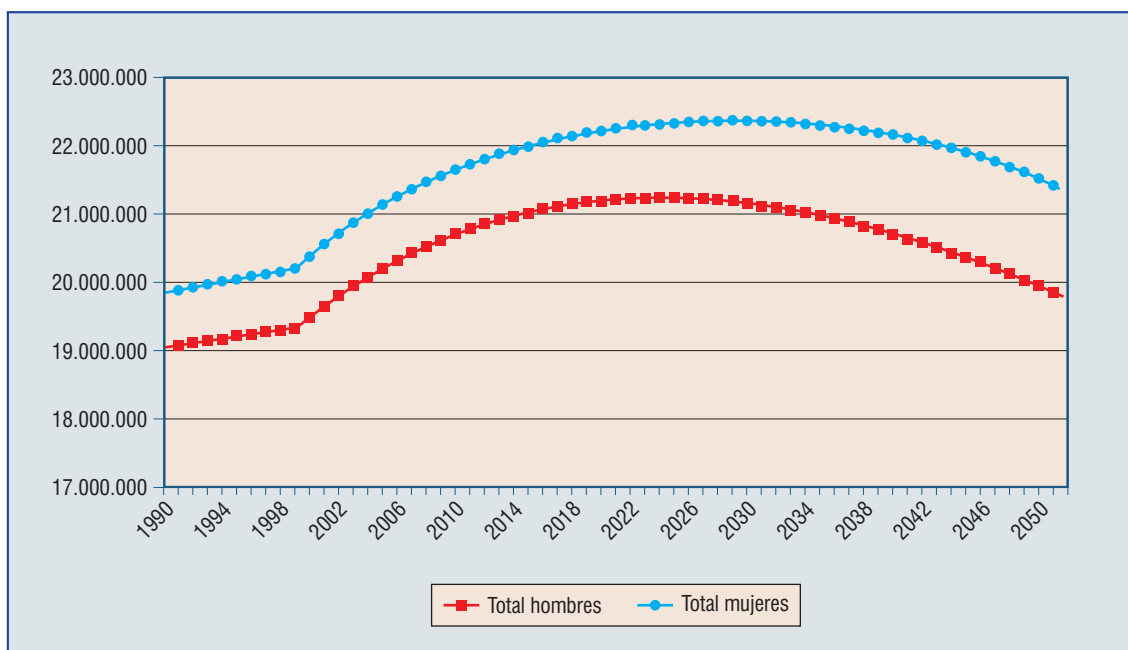
Fuente: Cifras de población. INE. Unidad: personas.

Proyecciones de población hasta 2005



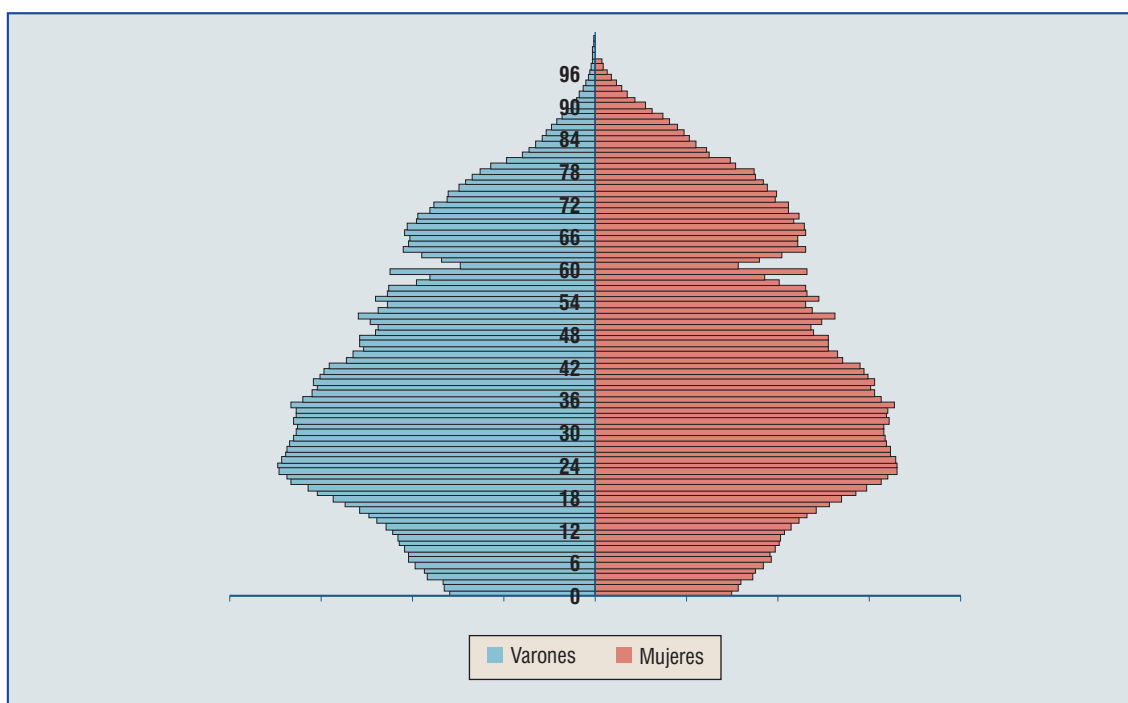
Fuente: Cifras de población. INE. Unidad: personas.

Proyección de la población española por sexo hasta 2050



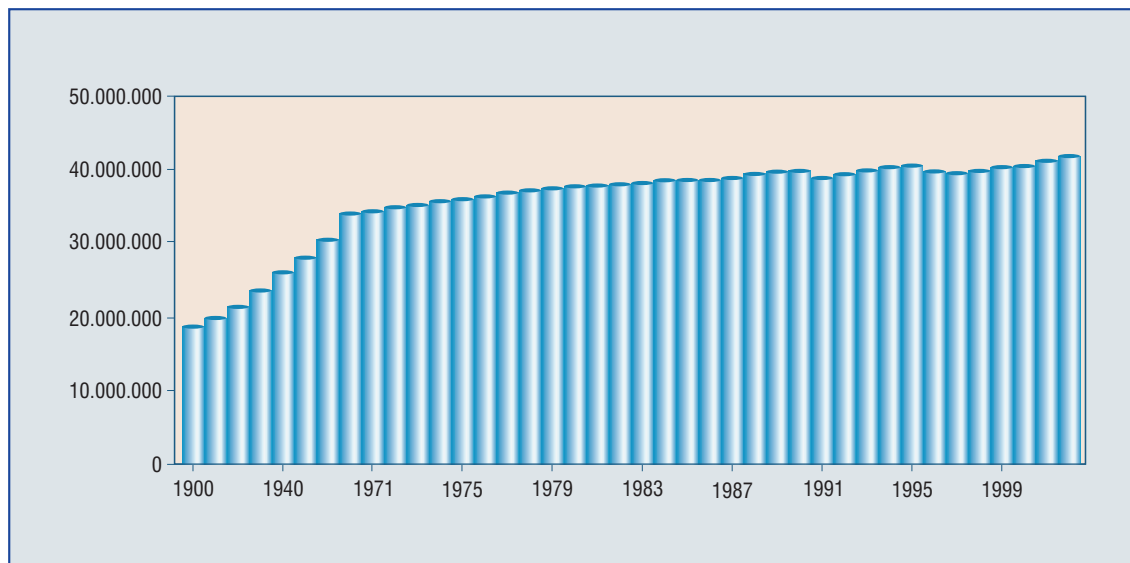
Fuente: INE.

Pirámide de población año 2001 según edad y sexo



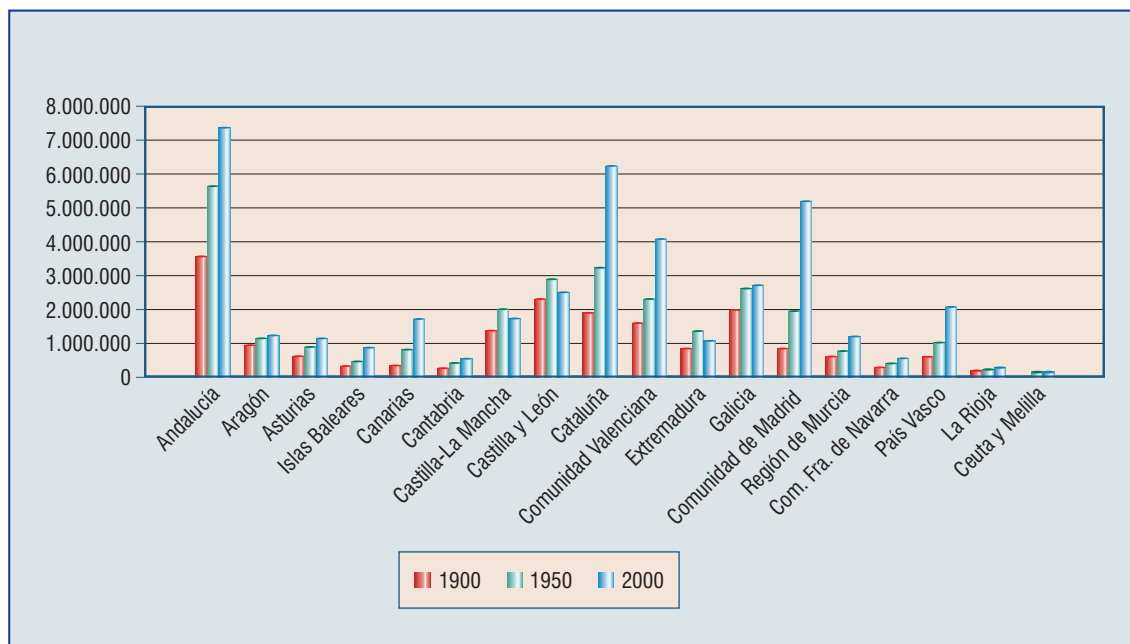
Fuente: INE.

Serie histórica de población



Fuente: Elaboración propia a partir de cifras de población del INE.

Población por CC.AA. en 1900, 1950 y 2000



Fuente: INE.

2. Movimiento natural de población

La población no es una variable independiente. Las previsiones siempre se realizan con diversos escenarios posibles, en los que la continuidad es siempre más predecible que el cambio de tendencia. Lo cierto es que dentro de un previsto escenario de contracción demográfica, nuestra población parece haber iniciado uno de estos cambios en el último lustro, habiéndose conjurado en el límite el estancamiento poblacional. Habrán de pasar algunos años para confirmar el cambio de tendencia.

Durante las décadas de los 50 y 60, España experimenta un notable incremento la natalidad. El efecto recuperador de las posguerras, el desarrollismo económico y los sistemas de protección social contribuyen a este crecimiento de los nacimientos que está también acompañado de elevadas tasas de nupcialidad. El descenso progresivo de la mortalidad completa un cuadro demográfico de crecimiento intenso que se quiebra a mediados de los setenta.

A lo largo del último cuarto del siglo xx, diversos factores como la elevación del nivel cultural, la apertura moral e ideológica, la incorporación de la mujer al mundo laboral, el paro estructural y la progresiva carestía de la vivienda contribuyen a que las tasas de natalidad caigan vertiginosamente, alcanzándose en el cambio de siglo la tasa de fecundidad más baja de la Unión Europea y una de la más reducidas del mundo, cuando tan sólo veinticinco años antes España estaba a la cabeza de la natalidad europea.

Este descenso de la natalidad y de la fecundidad, unido a un leve ascenso de la mortalidad, propiciado por el mismo ensanchamiento de la población de más edad, desemboca en un envejecimiento de la población. Un proceso que se realimenta a sí mismo, ya que la escasez de jóvenes reduce la natalidad y el exceso de viejos incrementa la mortalidad. El fenómeno del envejecimiento es general en Europa y en todos los países desarrollados, pero en España se ha producido con algo de retraso y con mayor intensidad y rapidez.

La entrada de población inmigrante ha repercutido positivamente en la incipiente recuperación demográfica que, según las últimas proyecciones, permitirá a la población española aminorar el proceso de envejecimiento demográfico y seguir creciendo durante otras dos décadas más. La tasa de fecundidad en el año 2002 se situó en el 1,26, la más alta desde 1993. Una décima parte de los nacidos en dicho año ha sido hijos de madre extranjera. Sin embargo, diversos estudios señalan que el descenso en el crecimiento poblacional, causado por la reducción de la fertilidad, no puede compensarse completamente con la inmigración.

Pero aunque los saldos anuales vegetativos se recuperen, como parece que lo están haciendo, la estructura de nuestra población quedará afectada durante casi un siglo. Al igual que hoy vivimos efectos de comportamientos demográficos de anteriores décadas. La pirámide de población de España ha dejado de ser una pirámide para parecerse más a un jarrón, lo que supondrá tener que modificar en el futuro algunos de los parámetros básicos de la estructura productiva y laboral y del sistema de protección social, ya que la base de la pirámide, las generaciones de los

ochenta y noventa, será muy pequeña para soportar el enorme peso por encima de la misma, derivado de las generaciones de los cincuenta y sesenta.

La evolución demográfica modifica la estructura y el volumen de la población y tiene consecuencias importantes sobre la demanda de productos y servicios y sobre la oferta de mano de obra disponible. España tiene menos de un 15 % de su población por debajo de los 15 años, la población infantil más reducida de Europa, después de Italia. La reducción de la población infantil y el aumento de la población dependiente producen un incremento en los gastos sociales en sanidad y pensiones y un sobredimensionamiento de las infraestructuras y dotaciones en servicios destinados a menores y jóvenes, que deberán dotarse de la flexibilidad suficiente para afrontar futuros descensos de la población demandante de servicios educativos y de otra índole.

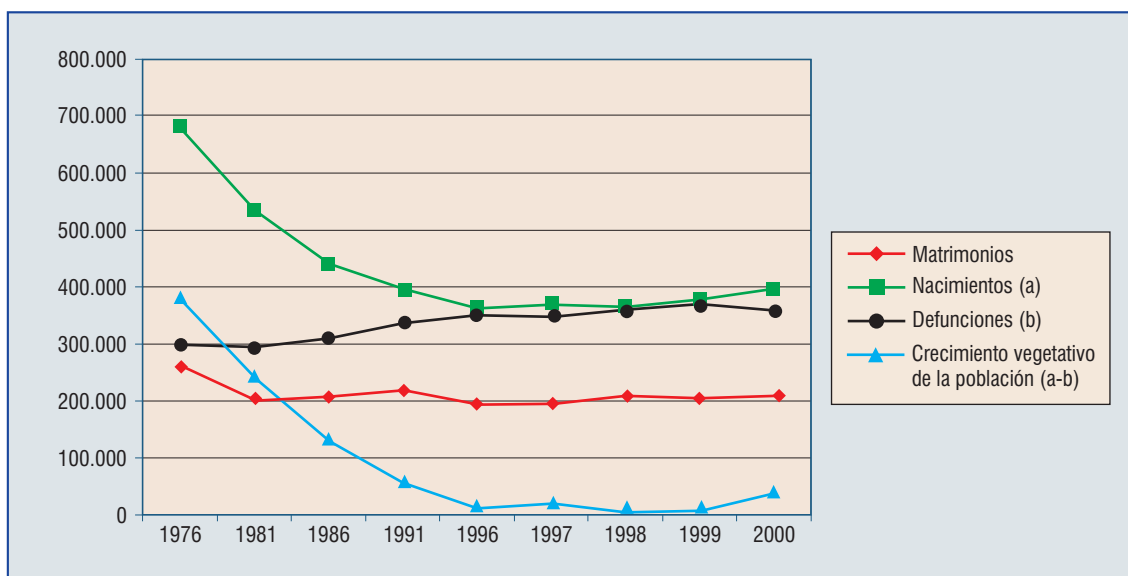
El saldo vegetativo es sólo un indicador de la juventud o envejecimiento de una población. El instrumento idóneo para calibrar mejor el envejecimiento es el peso de los grupos extremos de edad que determinan la tasa de dependencia económica. El aspecto negativo de la estructura poblacional española es que está llamada a cambiar cuando la parte ancha de la pirámide se desplace hacia arriba y el desequilibrio numérico entre las generaciones actúe incrementando la tasa de dependencia. Circunstancia que, ciertamente, se está dando o se va a dar en todas las latitudes europeas, pero que acentuará sus efectos en aquellas regiones en las que el grado de descompensación intergeneracional sea más importante.

Por ello, habrá que desarrollar políticas que frenen el crecimiento proporcional del número de personas dependientes y alivien el aumento de la tasa de dependencia, fomentando el envejecimiento sano, la prevención de accidentes o la rehabilitación subsiguiente a cualquier enfermedad. Los efectos a corto y medio plazo del envejecimiento demográfico son y serán visibles en el ámbito familiar, en la vida laboral, en los hábitos de consumo, en la demanda de productos, en los sistemas de protección social, en la sanidad y, por supuesto, en el erario público.

En la mayoría de los países, el crecimiento demográfico y el envejecimiento se distribuyen de forma desigual. Un mismo país, o incluso una misma región, puede presentar diversas situaciones en términos de dinamismo o de estancamiento demográfico. Esta polarización influye sobre el desarrollo económico y social de unas u otras zonas. Igualmente, aunque el envejecimiento es un fenómeno que se manifiesta en todas partes, se presenta en diversa forma y grado en las diferentes regiones, lo que da lugar a una mayor diversidad en las estructuras de edad.

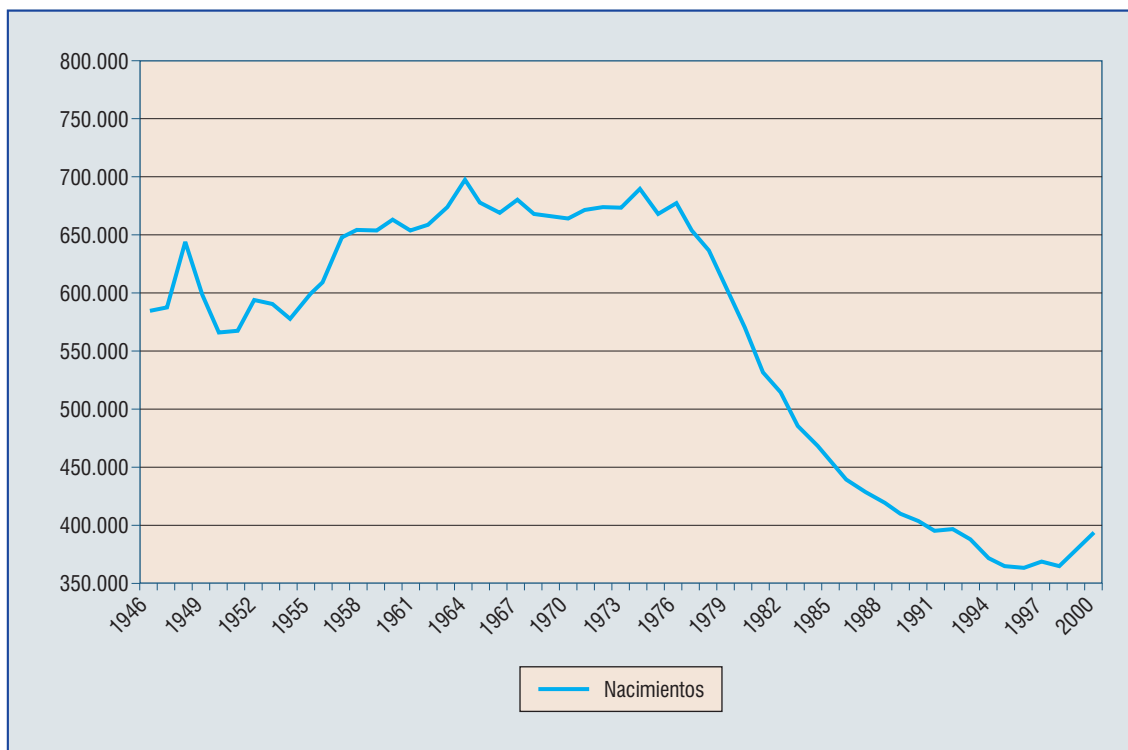
En España y especialmente en las grandes comunidades interiores, el envejecimiento tiende a estar asociado a las áreas rurales, la actividad agraria y la baja densidad de población, circunstancia con frecuencia unida a episodios más o menos largos de emigración. Paralelamente, la infraestructura de servicios sociales y sanitarios, de un lado, y las condiciones benignas del clima, de otro, tienden a crear bolsas de vejez en el interior de las grandes ciudades y en algunas zonas costeras del mediterráneo.

Movimiento natural de la población



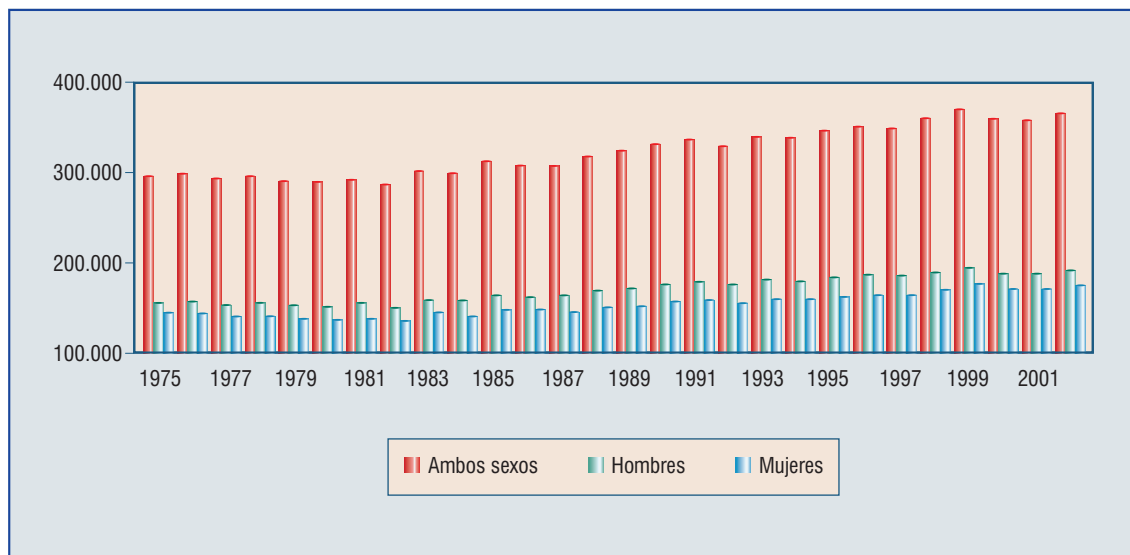
Fuente: Movimiento Natural de Población. INE.

Evolución nacidos por año (1946-2000)



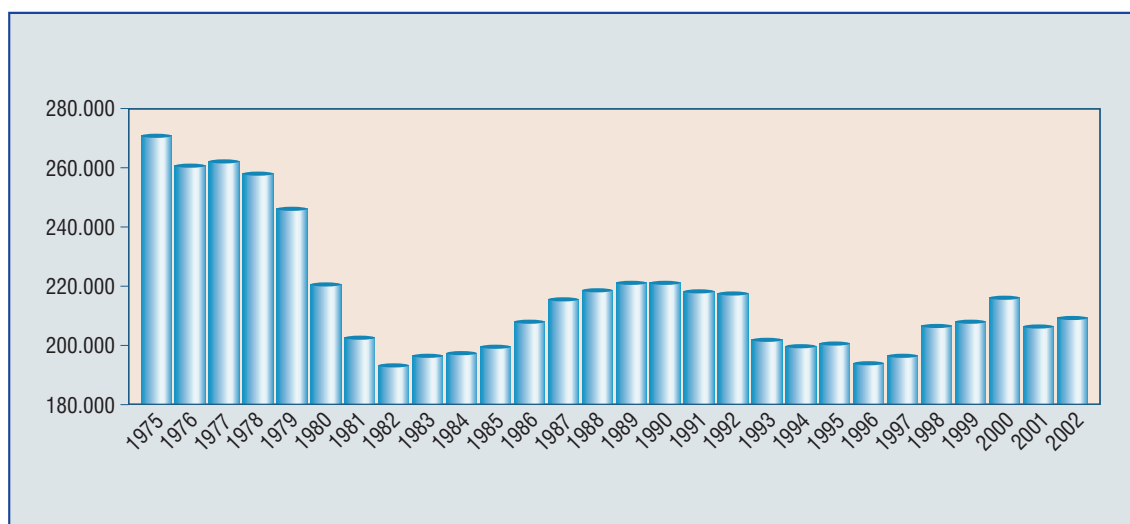
Fuente: Movimiento Natural de Población. INE.

Defunciones



Fuente: Movimiento Natural de Población. INE. Unidad: defunciones.

Matrimonios



Fuente: Movimiento Natural de Población. INE. Unidad: matrimonios.

3. Migraciones

Los desplazamientos geográficos de personas y residencias han desempeñado tradicionalmente un papel importante en los cambios demográficos. Si Europa ha sido en el pasado siglo un foco de emigración hacia otros continentes como América o Australia, hoy se ha convertido en un receptor de inmigrantes, especialmente de América del Sur y del África septentrional. Asimismo, los cambios políticos y los desequilibrios económicos entre los países europeos han dado lugar también a fuertes movimientos migratorios en el interior del viejo continente. El fenómeno migratorio está teniendo ya substanciales implicaciones de carácter económico, social y cultural en los países europeos.

El envejecimiento de la población europea y su gran desarrollo económico, convierte al continente en una esponja capaz de absorber varios millones de inmigrantes de África, Latinoamérica, y otras latitudes. Algo que está siendo ya una realidad para muchas regiones de España y de Europa, en donde ya hay 15 millones de inmigrantes.

La magnitud e importancia del fenómeno migratorio obliga a Estados e instituciones europeas a definir políticas de recepción, atención y canalización de estos flujos migratorios. Junto a estas acciones de carácter logístico, es necesario desarrollar otras políticas orientadas a facilitar la integración laboral, cultural y política de los extranjeros en sus provincias y comunidades de residencia

Muchas de las medidas que están siendo recomendadas a los Estados por las instituciones europeas dependen en su formulación de un buen conocimiento de las características de la población extranjera existente en cada territorio o comunidad. Una de tales directrices es precisamente hacer que sea la residencia y no la nacionalidad el criterio principal para la atribución de derechos y obligaciones por el Estado, incluida la participación en el sistema político. Otras están relacionadas con el nivel de educación como son facilitar instrucción suplementaria o programas de formación para adaptar y elevar las cualificaciones a las exigencias nacionales.

La creación de un clima público de tolerancia, que haga desistir de conductas racistas o xenófobas para con los inmigrantes o las minorías étnicas o nacionales, es un requisito previo para una democracia pluralista saludable. La difusión de información para disipar mitos sobre los inmigrantes y las minorías y enfatizar la tolerancia, la participación y la asociación, contribuyen a influir sobre la actitud pública.

España viene teniendo desde hace un cuarto de siglo excedente de mano de obra, esto es, paro. Sin embargo, se ha hecho patente la escasez de trabajadores para los segmentos menos cualificados del mercado, especialmente en la agricultura, la construcción y la hostelería. Por ello, desde hace algunos años, el mercado laboral está absorbiendo la entrada de un nutrido y creciente número de inmigrantes y extranjeros. Por otra parte, la creación por la Europa comunitaria de un espacio sin fronteras para el libre movimiento de la fuerza laboral viene facilitando la progresiva entrada de ciudadanos de la Unión Europea.

A las necesidades de nuestra economía se le une nuestra posición geográfica que nos hace ser país frontera para Europa al ser más accesible para los inmigrantes provenientes del continente africano. La aludida falta de mano de obra no cualificada afecta a una buena parte de los países europeos, por lo que el progresivo incremento de la inmigración parece difícil de cuestionar.

La inmigración en España aporta una ayuda adicional en el ámbito demográfico y en el productivo, pero plantea también dificultades e interrogantes en el orden económico, jurídico y social a los que deben hacerse frente mediante el diseño de políticas de acogida e integración coordinadas en el marco de la Unión Europea. Son objetivos de estas políticas el promover la integración sociolaboral de la población inmigrante, evitando las situaciones de discriminación o de xenofobia en el ámbito laboral, educativo y, en general, en el de los derechos humanos y civiles.

Por otra parte, las características socioeconómicas de los inmigrantes hacen que sea éste un colectivo especialmente receptivo a prestaciones sociales y de carácter asistencial. Por ello, el fenómeno migratorio debe recibir una especial consideración en el diseño de políticas sanitarias y de protección social.

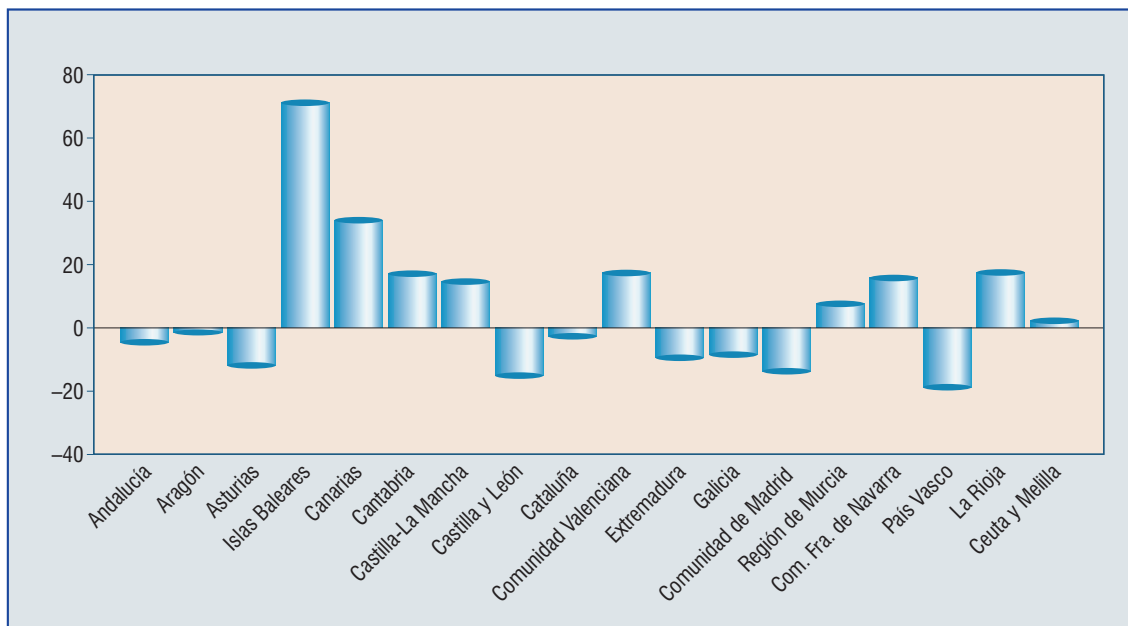
La política de inmigración española se ha venido orientando en las siguientes líneas de actuación: en primer lugar, afrontar las causas de la inmigración en su fuente, por medio de la cooperación y el establecimiento de acuerdos con los países emisores de inmigrantes. En segunda instancia promover el mejor conocimiento de los flujos migratorios para la correcta gestión de los contingentes que España pueda asumir y que permita desarrollar una política de integración efectiva. Por último, progresar en la integración social efectiva de los inmigrantes que se establecen en España, estableciendo los controles precisos para evitar la inmigración ilegal.

Otras medidas propuestas son la implantación de centros de atención y servicios de mediación intercultural, la promoción de la mujer inmigrante como agente de integración y cohesión familiar, las acciones de apoyo a la reagrupación familiar de los inmigrantes y la integración de los menores en el sistema educativo, desarrollándose igualmente proyectos formativos para el empleo de inmigrantes.

A pesar de la rápida evolución experimentada en los últimos años, el porcentaje de extranjeros residentes de forma regular continúa siendo aún uno de los más bajos en relación con las que registran la mayor parte de los países comunitarios. En cuanto a su composición y pese al inmenso crecimiento de la inmigración procedente de América y África, el mayor contingente de extranjeros residentes en España está constituido por europeos, con británicos y alemanes como colectivos nacionales más importantes, sólo superados en número por los marroquíes. Con unos y otros flujos, la población extranjera en España se ha triplicado en tan sólo una década.

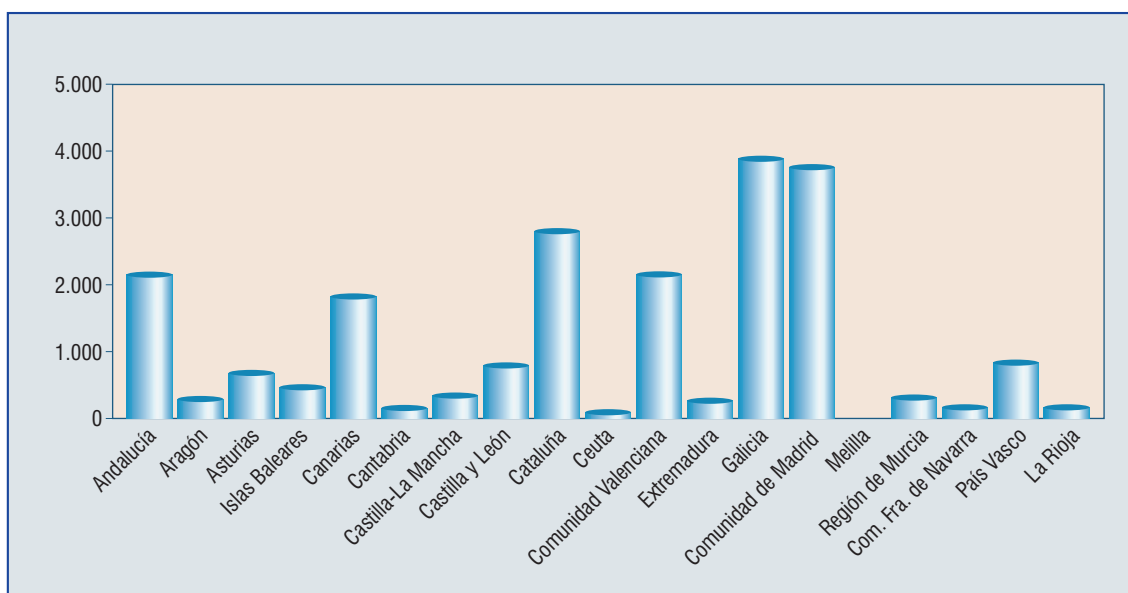
La mayoría de la población inmigrante en España encuentra su destino en las regiones mediterráneas, en la metrópoli de Madrid y también en Andalucía, especialmente en la costa. Las características sociales (poblaciones marítimas habituadas a los foráneos), geográficas (clima, comunicación) y su perfil económico-productivo (construcción, agricultura, comercio y servicios) hacen de las zonas costeras del este Mediterráneo, especialmente Murcia, Comunidad Valenciana y Cataluña, espacios económicos y sociales especialmente aptos y atractivos para la inmigración.

Saldo migratorio interior 1994-2001



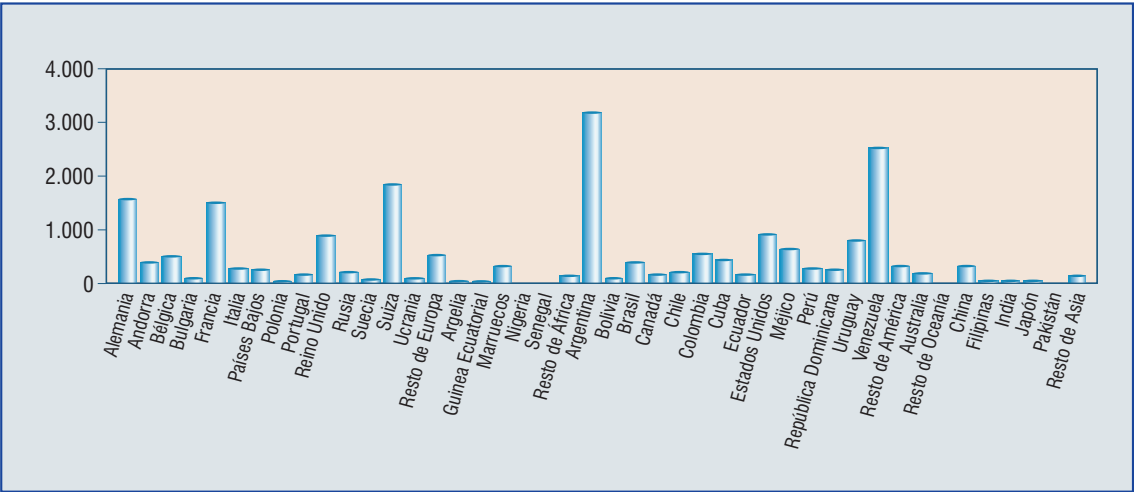
Fuente: INE. Unidad: Saldo por 1.000 habitantes.

Inmigrantes españoles por CC.AA. de destino (año 2001)



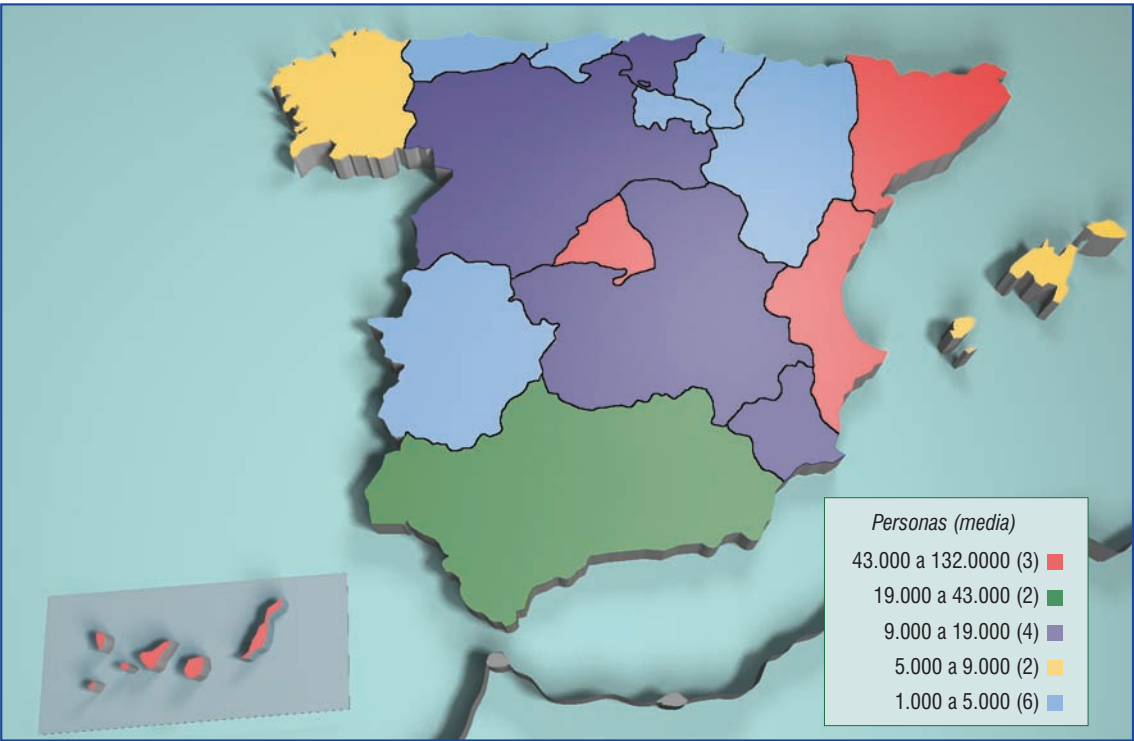
Fuente: Encuesta de Variaciones Residenciales. INE. Unidad: personas.

Inmigrantes españoles por país de procedencia (año 2001)



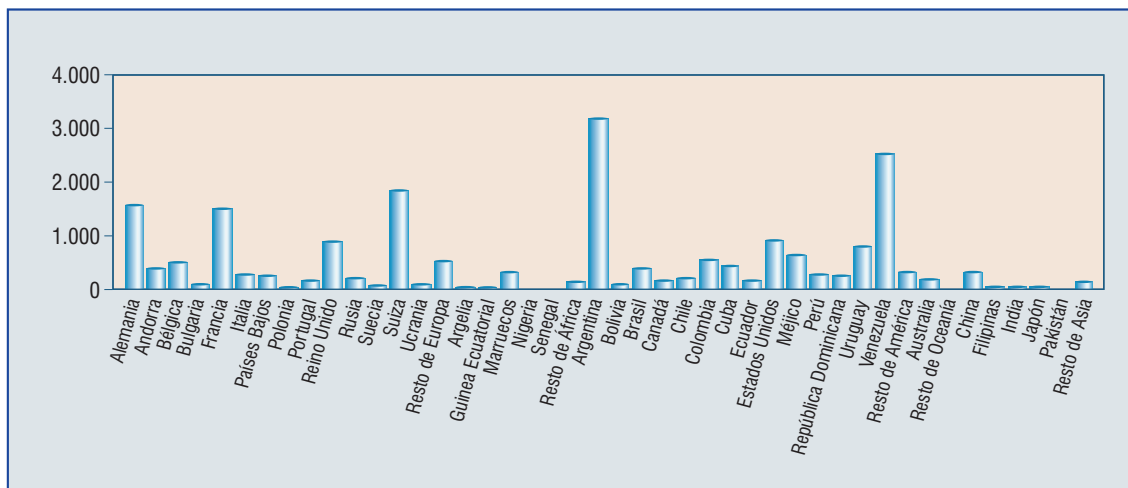
Fuente: Encuesta de Variaciones Residenciales. INE. Unidad: personas.

Inmigrantes extranjeros por CC.AA. de destino (2001)



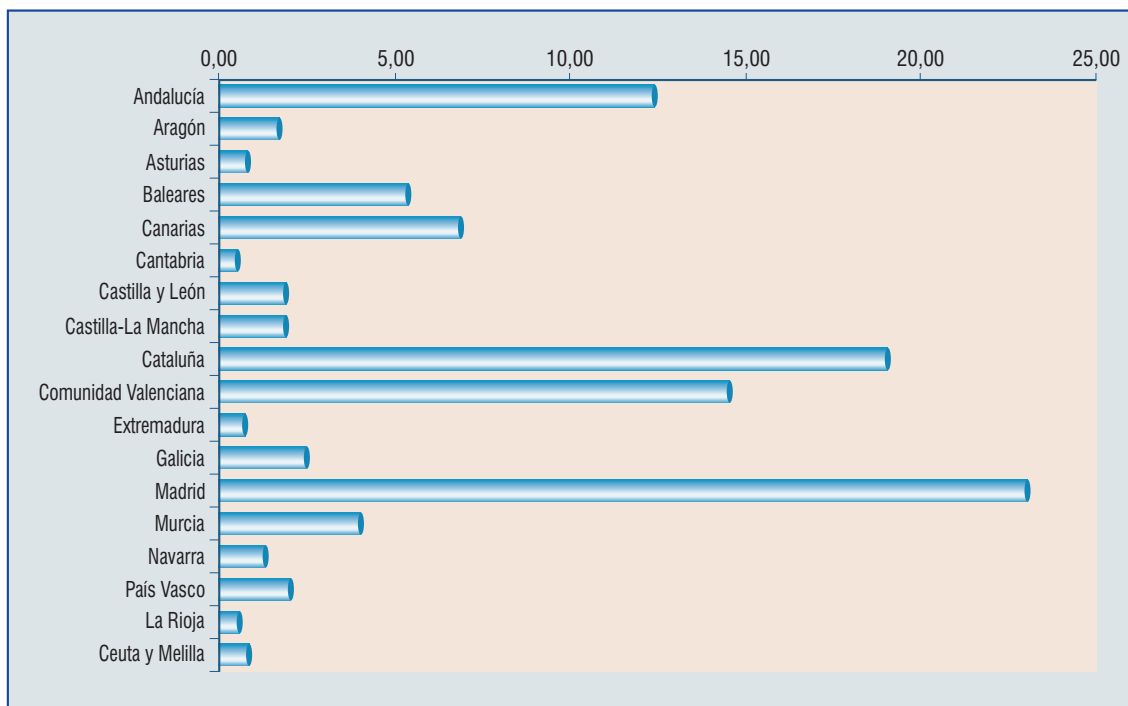
Fuente: Elaboración propia a partir del INE.

Inmigrantes españoles por país de procedencia (2001)



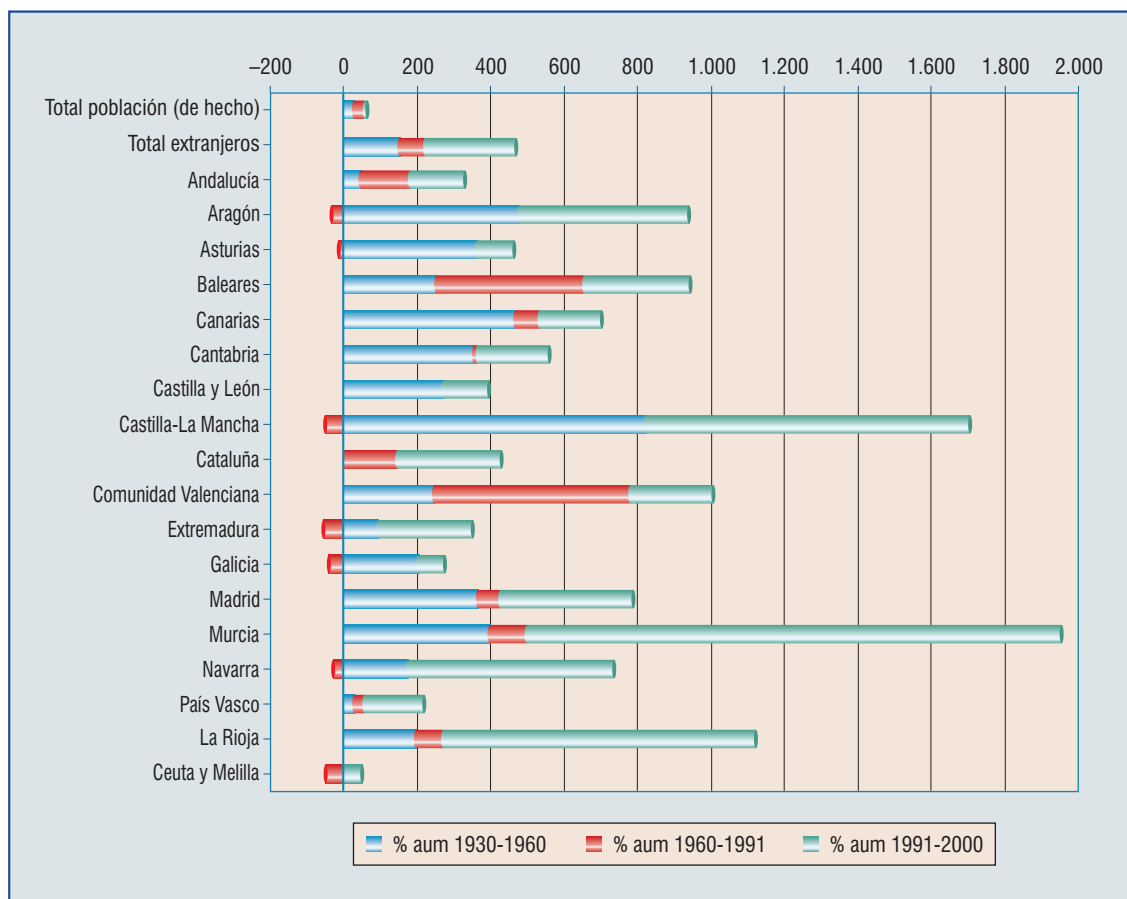
Fuente: Encuesta de Variaciones Residenciales. INE. Unidad: personas.

Distribución porcentual de la población extranjera residente en España



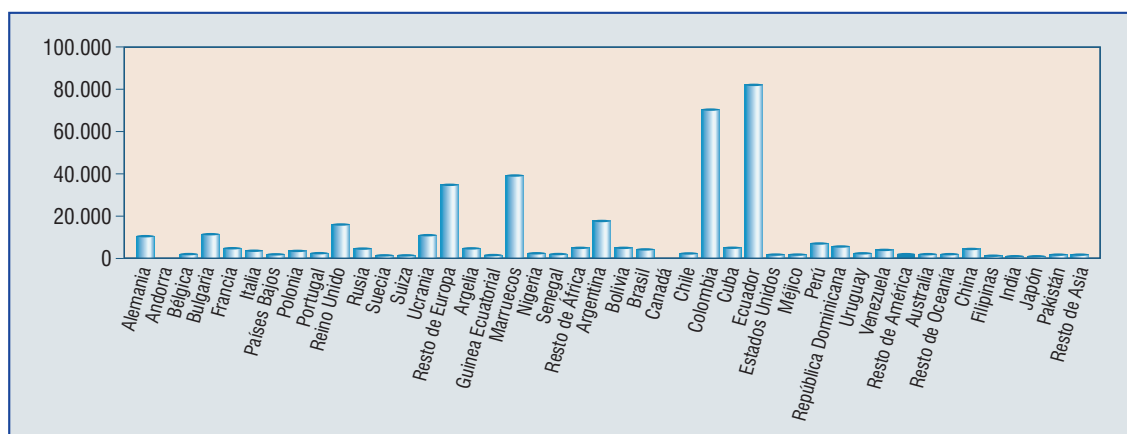
Fuente: Padrón 2000.

Tasas de crecimiento de la población extranjera entre periodos censales (%)



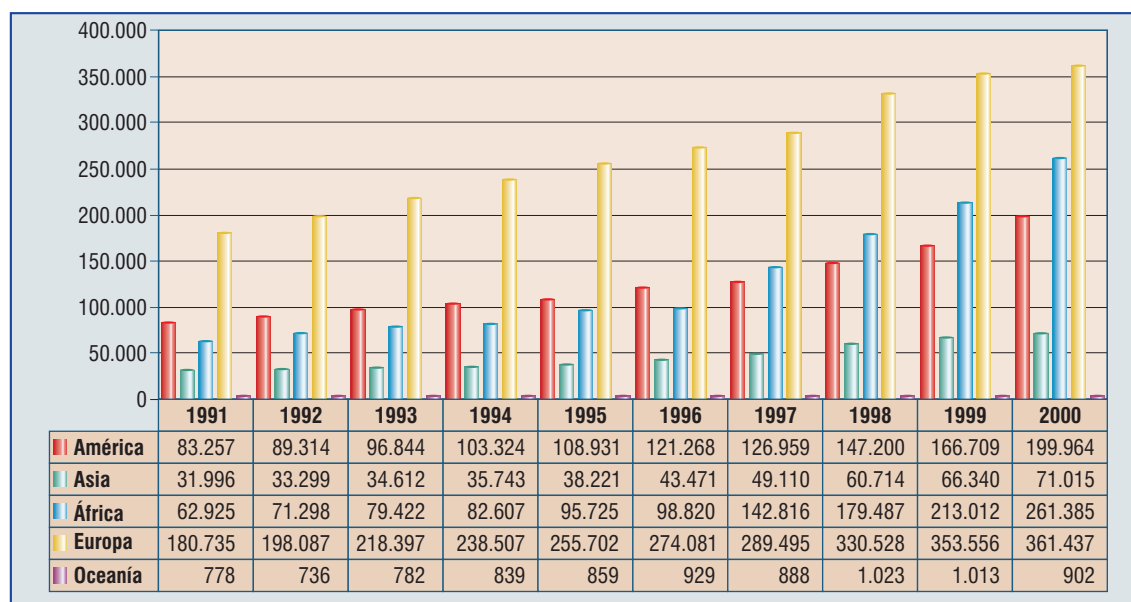
Fuente: Los datos del año 2000 corresponden al Padrón del mismo año, en espera de datos censales del 2001.

Efectivo de extranjeros residentes en España por nacionalidad (2001)



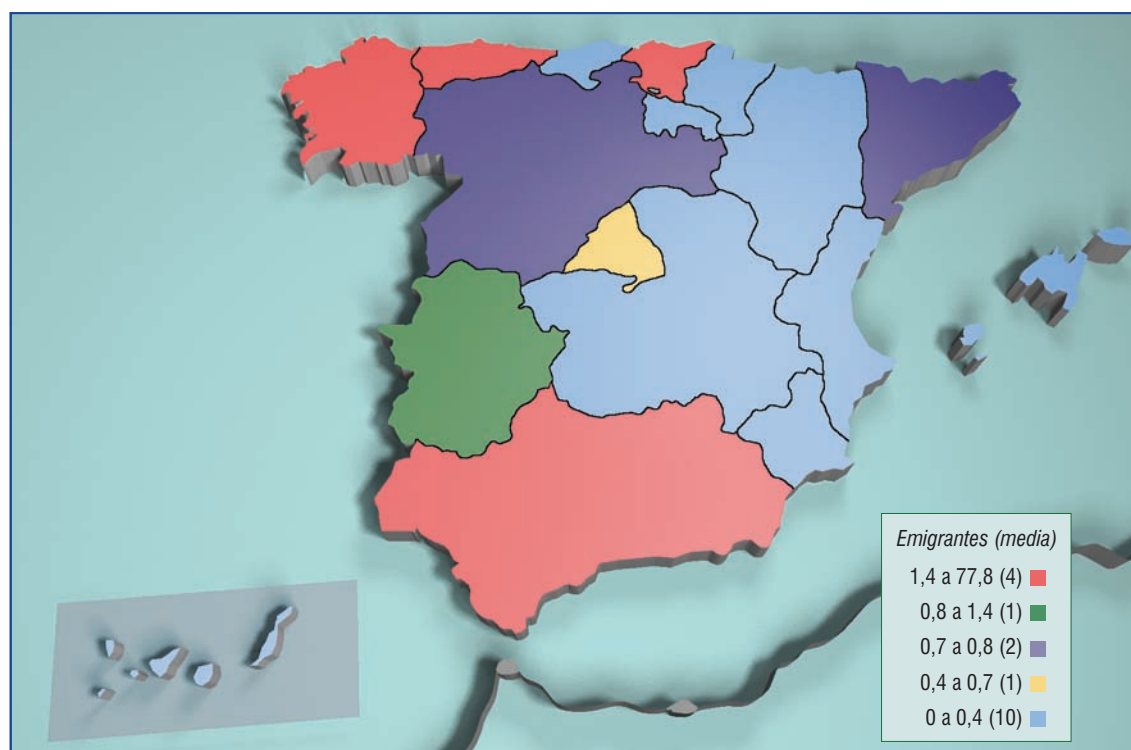
Fuente: Registro de extranjeros residentes de la DGP. Unidad: personas.

Extranjeros residentes en España



Fuente: Registro de Extranjeros Residentes de la DGP. Unidad: personas.

Emigración asistida. Tasa por 100.000 habitantes (2001)



Fuente: Elaboración propia a partir del INE.

4. Indicadores demográficos básicos

Desde el punto de vista estadístico, un indicador es una variable manifiesta y patente, observable o empírica de la que es posible inferir otra variable, teórica, representada por aquella. El indicador es la dimensión observable de una variable teórica. Los sistemas o repertorios de indicadores demográficos son compendios de datos básicos que nos proporcionan una medida precisa de la situación y de los cambios relativos a determinados aspectos de las poblaciones humanas, permitiendo su comparación, temporal, material o espacial, con otros momentos u otras poblaciones diferentes.

La construcción de un sistema de indicadores no puede plantearse como una mera recopilación de datos estadísticos, sino que su selección, elección y organización debe responder a su capacidad evocadora de la realidad a la que representa. Así concebidos y realizados, los indicadores demográficos constituyen un instrumento capaz de aportar información relevante para el análisis de la realidad demográfica y de algunos de sus vectores más significativos. Se recogen en este apartado indicadores que afectan al crecimiento y desarrollo de las poblaciones (tasas de natalidad, fecundidad y mortalidad), a su composición y envejecimiento (estructura por grupos de edad, índices de juventud e dependencia).

En 2002, España mantiene la tasa de natalidad más baja de la Unión Europea. La caída de la natalidad ha adquirido matices dramáticos por la intensidad de la misma. Actualmente, las mujeres con dos o más hijos no llegan al 40 % de población femenina en edad fértil, habiendo más de un 46 % de este colectivo que no tiene ningún hijo. A pesar de ello, la tasa bruta de natalidad por 1.000 habitantes creció en 2002 por cuarto año consecutivo, situándose en un 10,14. Las comunidades no peninsulares y las mediterráneas volvieron a tirar demográficamente del resto de las regiones entre las que destaca la del Principado de Asturias con una tasa de 6,39 nacimientos por cada 1.000 habitantes.

Como ya se ha señalado, la entrada de inmigración joven parece ser la causa casi única de esta ligera recuperación de la natalidad. Otro factor que durante dos décadas ha estado contribuyendo a la caída de la natalidad es el retraso de la edad a la que se tiene el primer hijo, la llamada edad media a la maternidad. El alargamiento del ciclo formativo, la generalización de métodos contraceptivos y las dificultades de emancipación de los jóvenes, debidas al paro, la precariedad laboral y el creciente coste de la vivienda han contribuido a que la edad media de maternidad se eleve sensiblemente, pasando de los 28,3 en 1980 a los 30,7 en 2000. Una tendencia que no se ha modificado en los últimos tres años pese al repunte de la natalidad. En este aspecto, el País Vasco alcanza la edad de maternidad mas avanzada con una media para el año 2000 de 32,2 años.

Otros dos indicadores de cierto interés en cuanto suelen estar correlacionados con la natalidad son la tasa de nupcialidad, esto es, el número de matrimonios por cada 1.000 habitantes, y la edad de entrada al primer matrimonio. Aunque también la nupcialidad cayó en el último cuarto del siglo xx no lo hizo en el mismo periodo, ni con la misma intensidad. La tasa de nupcialidad descendió de un 7,26, en 1976, a un 5,35 en 1981, permaneciendo prácticamente estabilizada durante los siguientes veinte años, hasta la fecha de hoy, en que la tasa de nupcialidad se sitúa en 5,09 (2002).

También la edad de entrada al matrimonio se incrementó notablemente a lo largo de las décadas de los ochenta y noventa, habiendo pasado desde los 26,1 años a los 30,2 en los hombres y desde los 23,7 a los 28,1 en las mujeres, factor que refuerza la caída de la natalidad derivada de la baja fecundidad.

Con el tiempo, la reducción de la natalidad acaba por contrarrestar el efecto positivo que el aumento de la esperanza de vida tiene sobre el volumen de población. Los avances registrados en la medicina y en la prestación de servicios sociales han contribuido a elevar la esperanza de vida y a reducir las tasas de mortalidad. La prolongación de la vida es otro factor que ha tenido profundas repercusiones en todos los órdenes de la vida social y que, junto al desplome de la natalidad, ha generado un acusado envejecimiento de las poblaciones del mundo desarrollado y de manera acusada en España.

El enorme aumento de la población a lo largo del último siglo no ha sido debido al incremento de la tasa de natalidad, que ha descendido, sino a que también ha disminuido la mortalidad, especialmente la infantil. Sin embargo, si el descenso del número de jóvenes reduce la natalidad, el aumento de la población de edad incrementa la tasa de mortalidad; esto es, hay muchas más personas mayores, pero esto también presiona al alza la tasa de mortalidad demográfica.

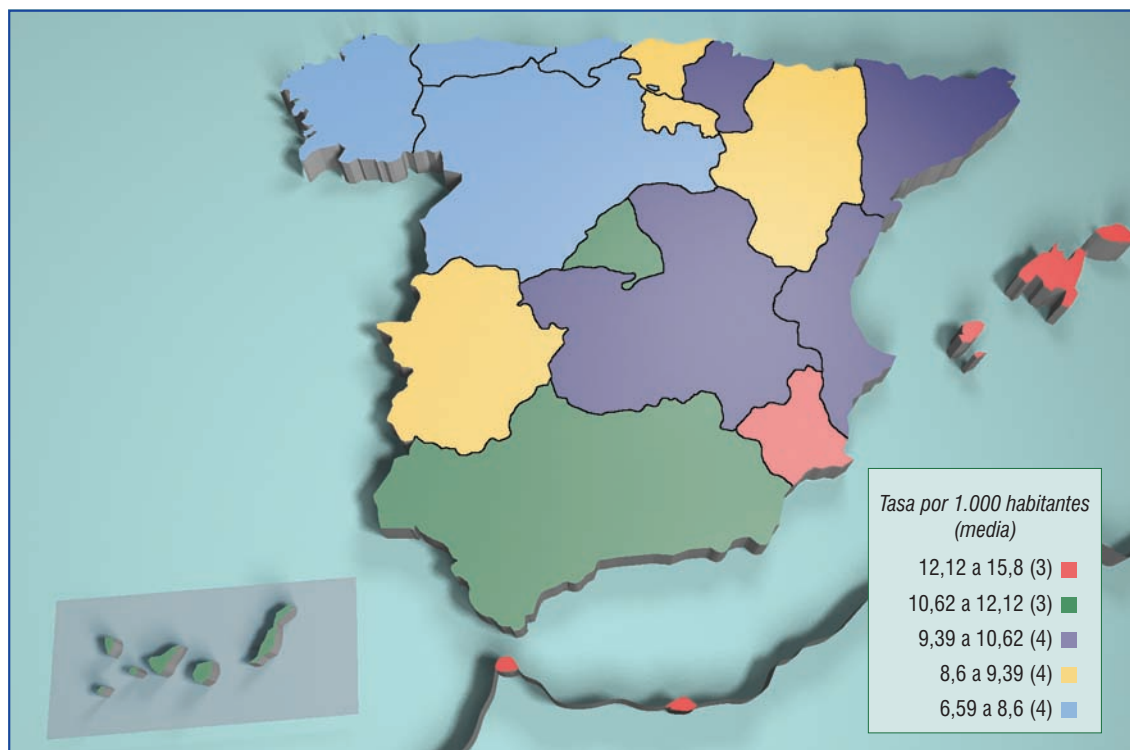
Entre 1960 y 1995 la esperanza media de vida de los ciudadanos de la Unión Europea aumentó en 8 años para los hombres y en 7 años para las mujeres. En España la esperanza de vida pasó, a lo largo del siglo xx, de algo menos de 34 y 36 años en 1900, para hombres y mujeres respectivamente, a casi 75 años en los varones y 82 en las mujeres en el final del siglo. Este aumento de la esperanza de vida, apoyado por el descenso de la fecundidad, transformará la estructura por edad de las poblaciones y hará que el fenómeno del envejecimiento demográfico sea especialmente inquietante en el siglo xxi.

El saldo vegetativo es solo un indicador de la juventud o envejecimiento de una población. El instrumento idóneo para calibrar el envejecimiento es el peso de los grupos extremos de edad que, a su vez, determina la tasa de dependencia económica.

En el periodo entre 1995-2015 el grupo de edad comprendido entre los 20 y los 29 años se verá reducido en 11 millones de personas (una disminución de un 20 %), mientras que el grupo de edad comprendido entre los 50 y 64 años aumentará en 16,5 millones de personas (más del 25 %). Durante los próximos veinte años la población europea mayor de 65 años se incrementará en 17 millones y el colectivo de mayores de 80 aumentará en 5,5 millones. En España, dentro de una década, los mayores de 65 años representarán la suma de la población actual de Andalucía y Castilla-La Mancha.

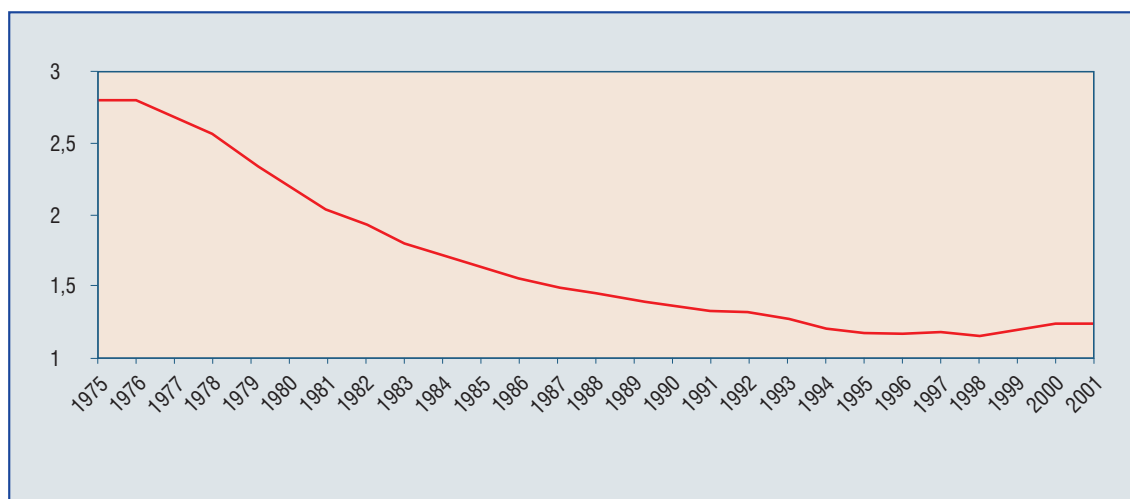
El fuerte aumento de las personas mayores necesitadas de cuidados ejercerá una presión cada vez mayor sobre los sistemas de asistencia oficiales, que deberán adaptarse al incremento de la población anciana. De manera paralela, deberán formularse políticas encaminadas a limitar el aumento del número de personas de edad dependientes mediante la promoción de un envejecimiento sano, la prevención de los accidentes y la rehabilitación necesaria tras una enfermedad. Afrontar las dificultades derivadas de estas nuevas realidades exigirá una permanente y rigurosa información sobre los indicadores demográficos y las características y variaciones de la estructura demográfica de las poblaciones.

Tasa bruta de natalidad (2001)



Fuente: Elaboración propia a partir de INE.

Número medio de hijos por mujer en España



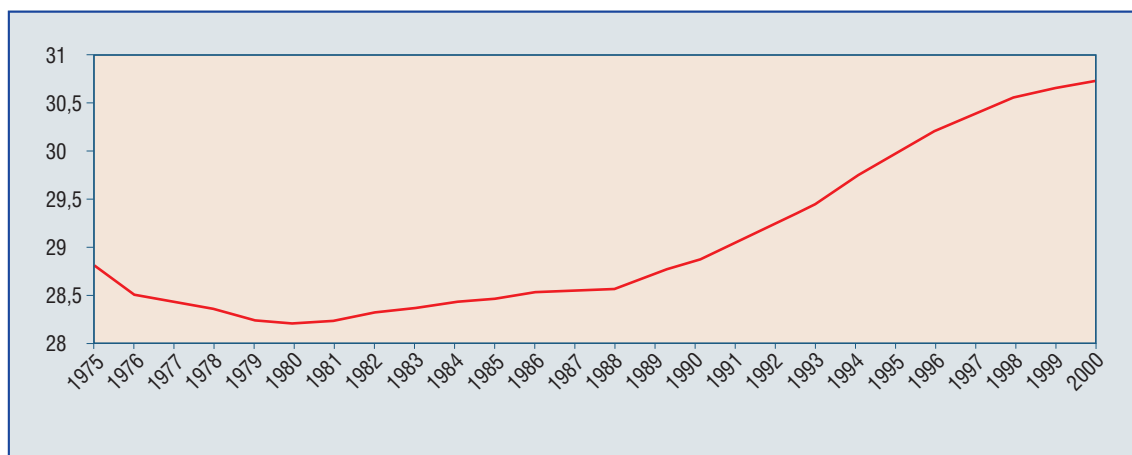
Fuente: Indicadores Demográficos Básicos. INE.

Edad media a la maternidad (2000)

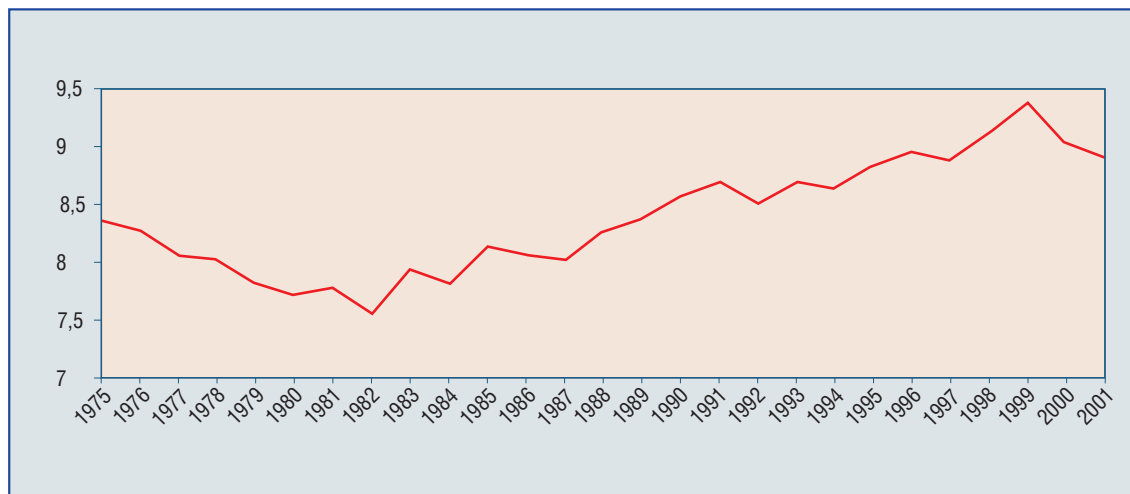


Fuente: Elaboración propia a partir del INE.

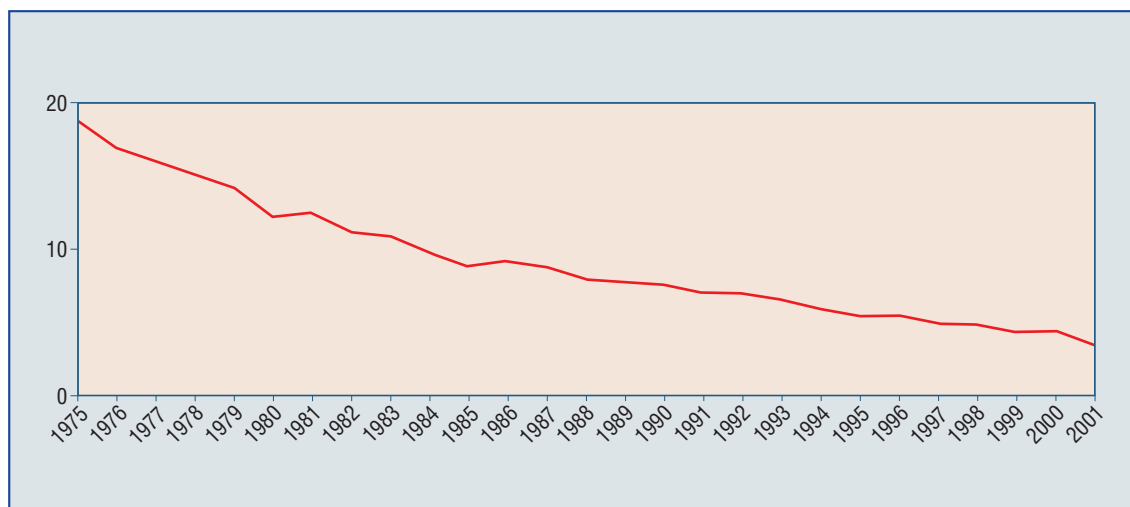
Edad media a la maternidad



Fuente: Indicadores Demográficos Básicos. INE

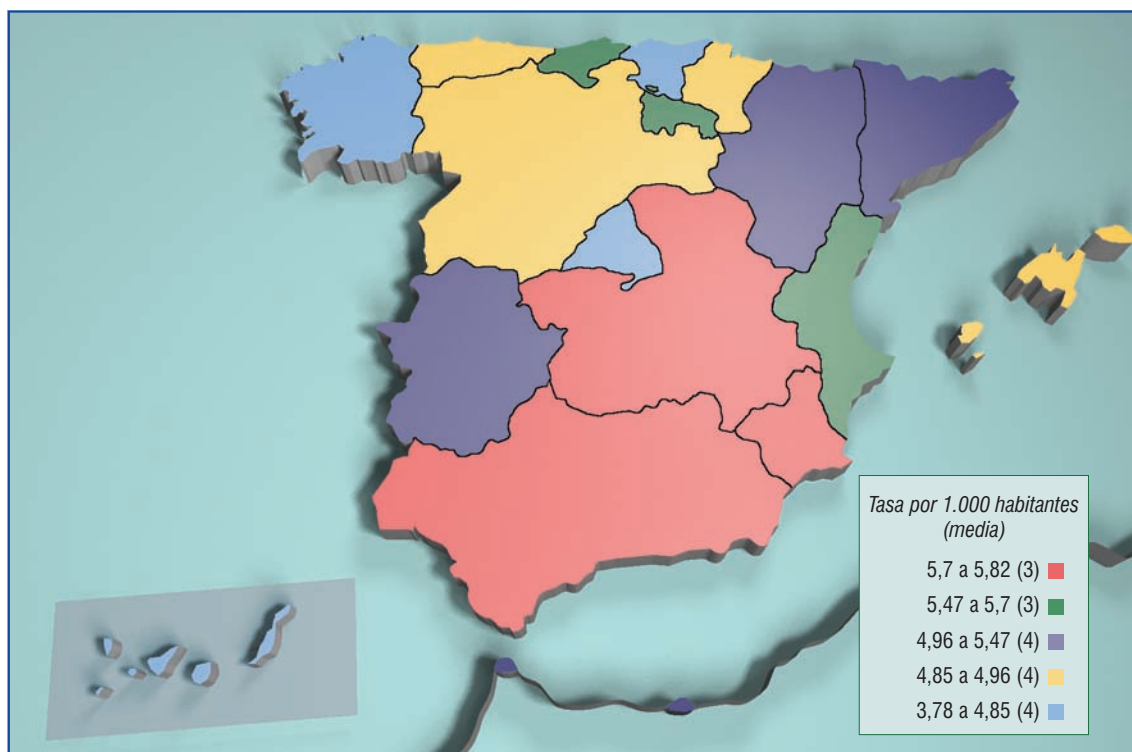
Tasa bruta de mortalidad por 1.000 habitantes

Fuente: Indicadores Demográficos Básicos. INE. Unidad: tasa.

Tasa bruta de mortalidad infantil por 1.000 habitantes

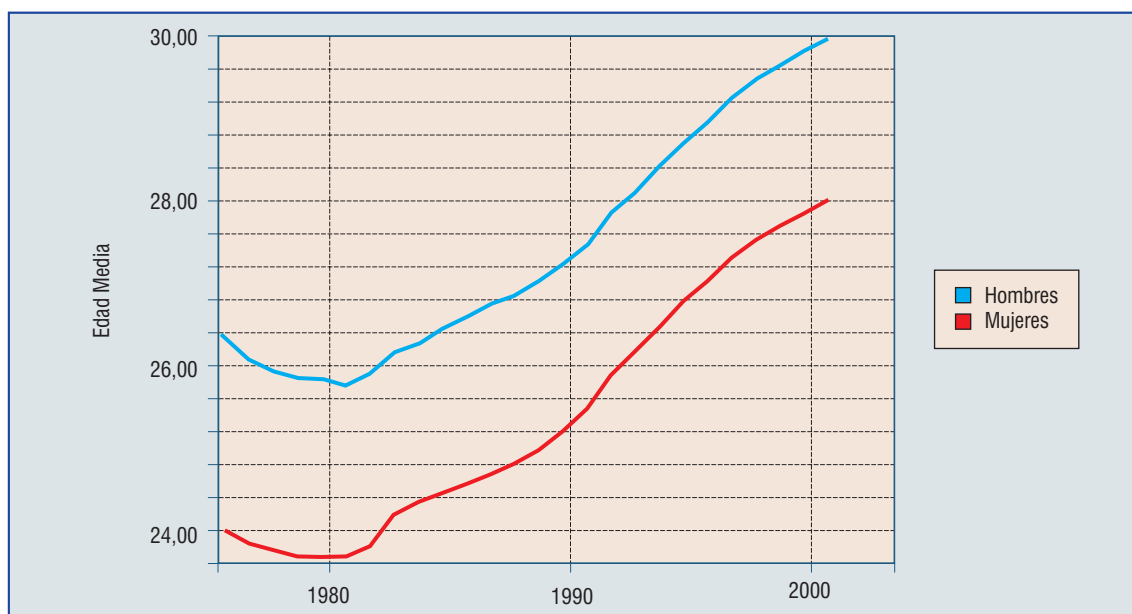
Fuente: Indicadores Demográficos Básicos. INE. Unidad: tasa.

Tasa bruta de nupcialidad (2001)



Fuente: Elaboración propia a partir del INE.

Edad media al primer matrimonio. Total nacional



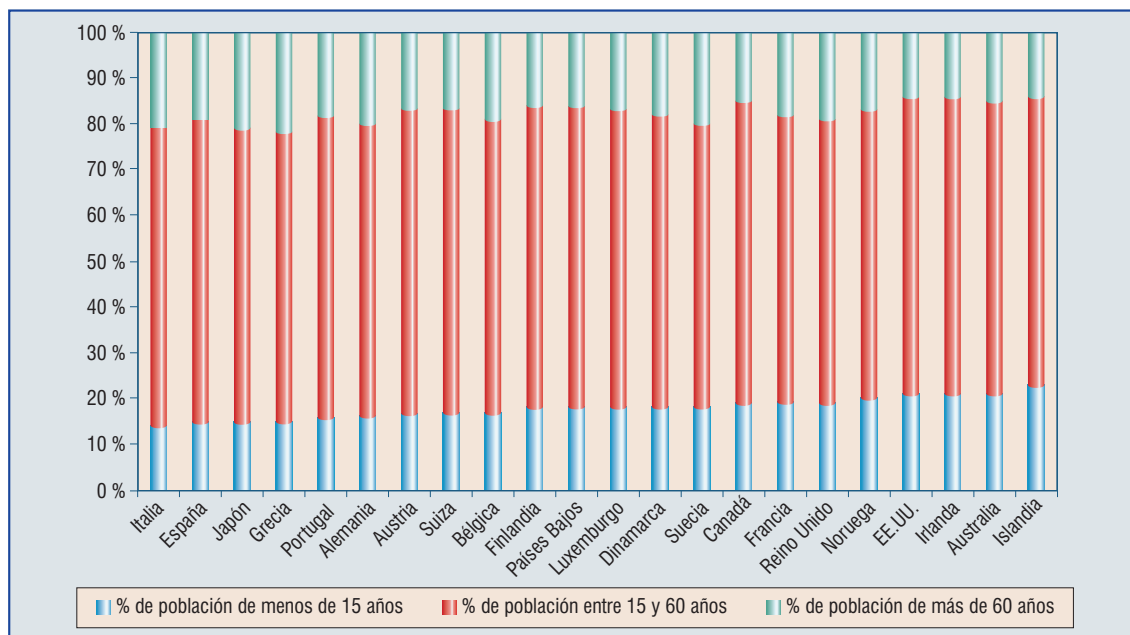
Fuente: Indicadores Demográficos Básicos. INE.

Tasa de crecimiento natural (2001)



Fuente: Elaboración propia a partir del INE.

Estructura de la población según sexo y edad



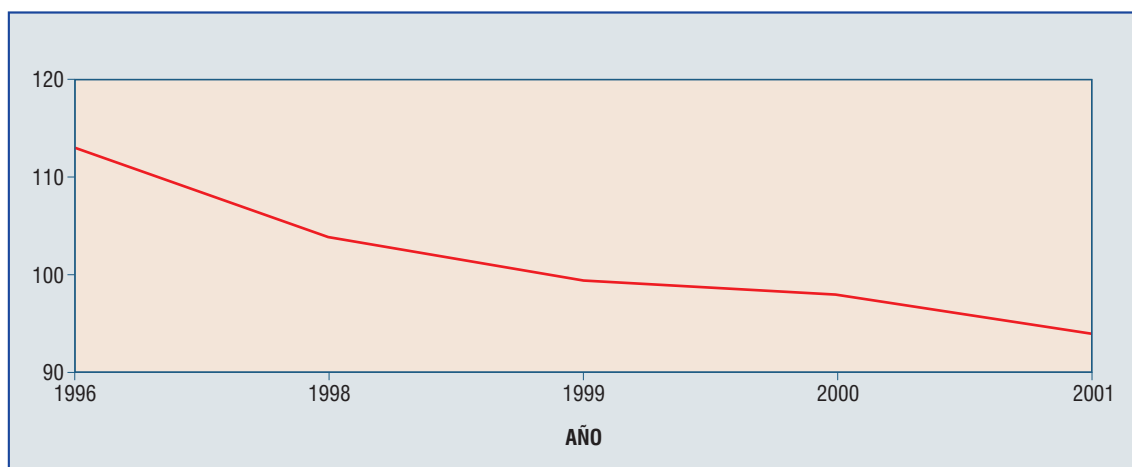
Fuente: Indicadores Demográficos Básicos. INE.

Población entre 0-14 años (2001)



Fuente: Elaboración propia a partir del INE.

Índice de juventud. España



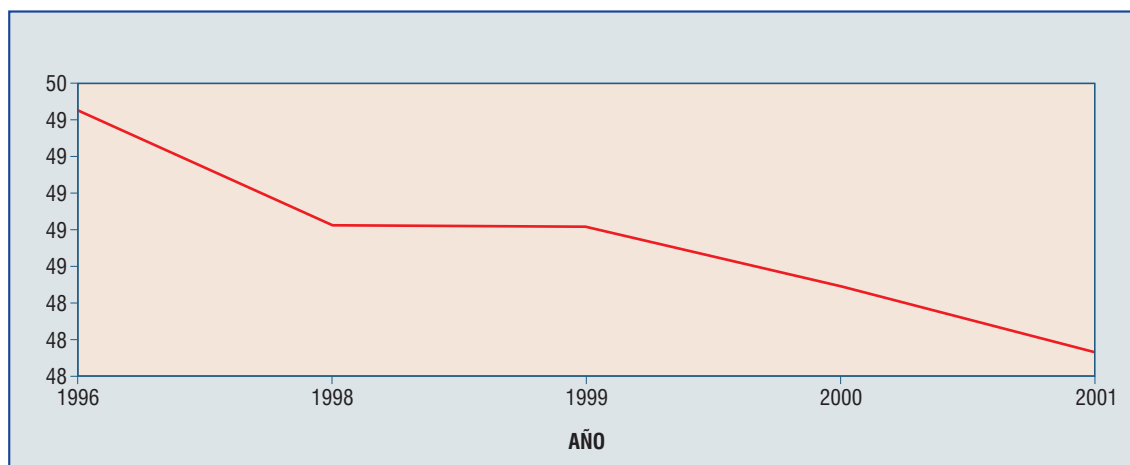
Fuente: INE. Unidad: porcentaje.

Población de 65 y más años (2001)



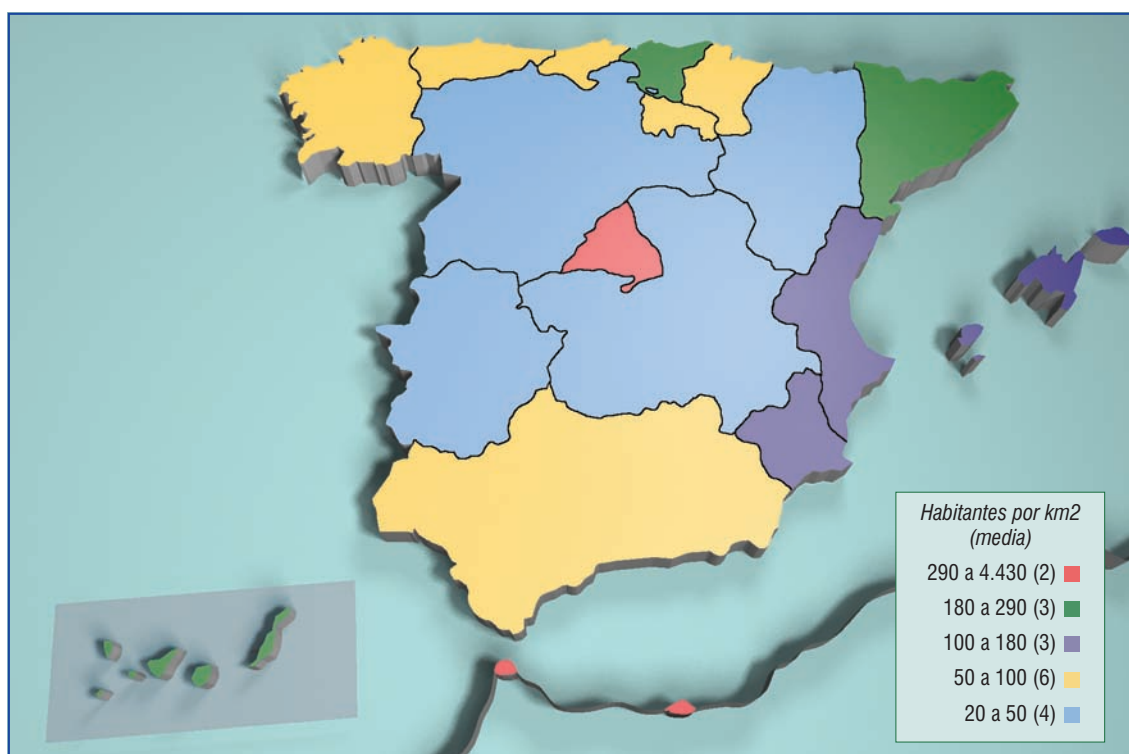
Fuente: Elaboración propia a partir del INE.

Índice de dependencia demográfica



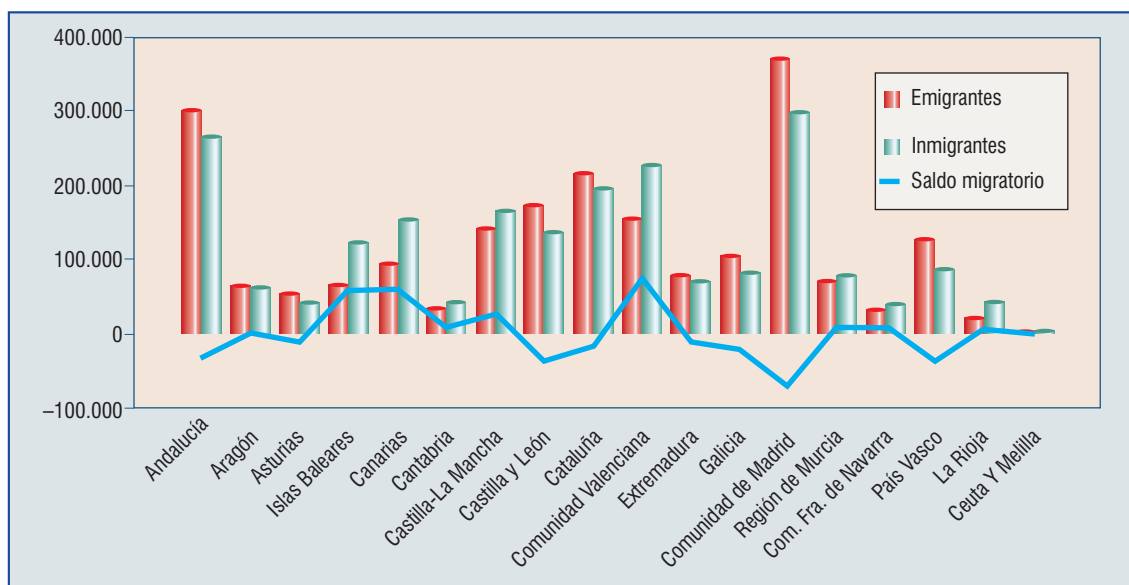
Fuente: INE. Unidad: porcentaje.

Densidad de población (2001)



Fuente: Elaboración propia a partir del INE.

Saldo migratorio interior 1994-2001



Fuente: INE. Unidad: personas.

CAPÍTULO 2

Aspectos socio-económicos

1. Educación

La transmisión del conocimiento, adquirido y acumulado por el conjunto de la población o por una parte de ella, a los individuos jóvenes de las siguientes generaciones es uno de los pilares de la reproducción y el desarrollo de todas las sociedades. La formación y capacitación para la actividad productiva y la enseñanza de las pautas culturales y de convivencia de una sociedad son objetivos esenciales de todo sistema educativo. El convencimiento colectivo de que una mayor instrucción de las personas no sólo otorga a éstas la capacidad individual para enfrentarse a nuevos retos y dificultades, sino que conduce a los pueblos a un mayor grado de progreso, sitúa a la educación en la base de cualquier actividad social.

Uno de los fenómenos sociales más característicos de la España de los últimos decenios es el notable incremento del capital formativo acumulado por la población. La aplicación de los principios de igualdad de oportunidades, del derecho a la educación y del libre acceso a la cultura, unida a una convicción social de que un mayor bagaje formativo, avalado por la posesión de un título, incrementa las posibilidades y la probabilidad de obtener mejores rendimientos sociales y salariales ha propiciado que durante las últimas tres décadas el sector educativo haya adquirido en nuestro país un intenso desarrollo.

Aunque el fenómeno de la generalización de la educación a amplios sectores de la sociedad, relegando en parte la concepción elitista de la misma como mecanismo de selección de grupos dirigentes, ha sido común en casi todos los países desarrollados y muy especialmente en Europa, la progresión del sistema educativo experimentada en España puede considerarse espectacular. En las dos décadas transcurridas entre 1975 y 1994, el número de estudiantes universitarios creció en España más de un 150 %, siendo con mucho la tasa de crecimiento más elevada de todos los países de la UE. El enorme avance realizado en este aspecto ha situado a España a la cabeza del círculo europeo en cuanto a porcentaje de población con acceso a la Universidad.

La extensión de los distintos niveles de educación a un mayor número de capas y segmentos sociales ha facilitado una sensible elevación del nivel cultural de la población y una mejor dotación intelectual en los recursos humanos del aparato productivo. Sin embargo, también ha traído

consigo otros efectos no deseables como la masificación de la enseñanza y el parcial deterioro de su calidad, la sobreeducación y el subempleo, y una caída de las tasas de rentabilidad de la inversión educativa para los individuos y para la sociedad. A su vez, se han producido desequilibrios en el mercado de trabajo debidos a las fricciones entre una importante demanda de mano de obra poco cualificada y una oferta sobradamente preparada, circunstancia que está solventándose para la demanda, en gran medida, a través de la inmigración.

La expansión educativa ha producido también algunos desajustes entre la oferta educativa y la demanda formativa de las empresas. Frente a la demanda empresarial de especialistas y trabajadores adiestrados para ser empleados sin demasiados costes suplementarios de formación, el sistema educativo ha ofrecido fuertes contingentes de titulados con muchos conocimientos generales, pero poco aplicables. El potencial de desarrollo intelectual de los recursos humanos y los planes de carrera acaban siendo con frecuencia meras referencias académicas en un mercado laboral marcado por la temporalidad y la competitividad a corto plazo.

Los desajustes entre el sistema educativo y el mercado laboral no provienen sólo del nivel o del grado de los estudios que se prefieren, con muchas orientaciones a licenciaturas o ciclo largo y muchas menos para diplomaturas o ciclo corto, sino del tipo de estudios que se eligen, predominando las carreras de letras, ciencias sociales y humanidades, de marcado carácter teórico, frente a una minoría de vocaciones hacia carreras técnicas o de ciencias con un mayor componente práctico. Incluso en la Formación Profesional, los estudios de administración atraen más a los jóvenes que los conducentes a la industria textil o la construcción.

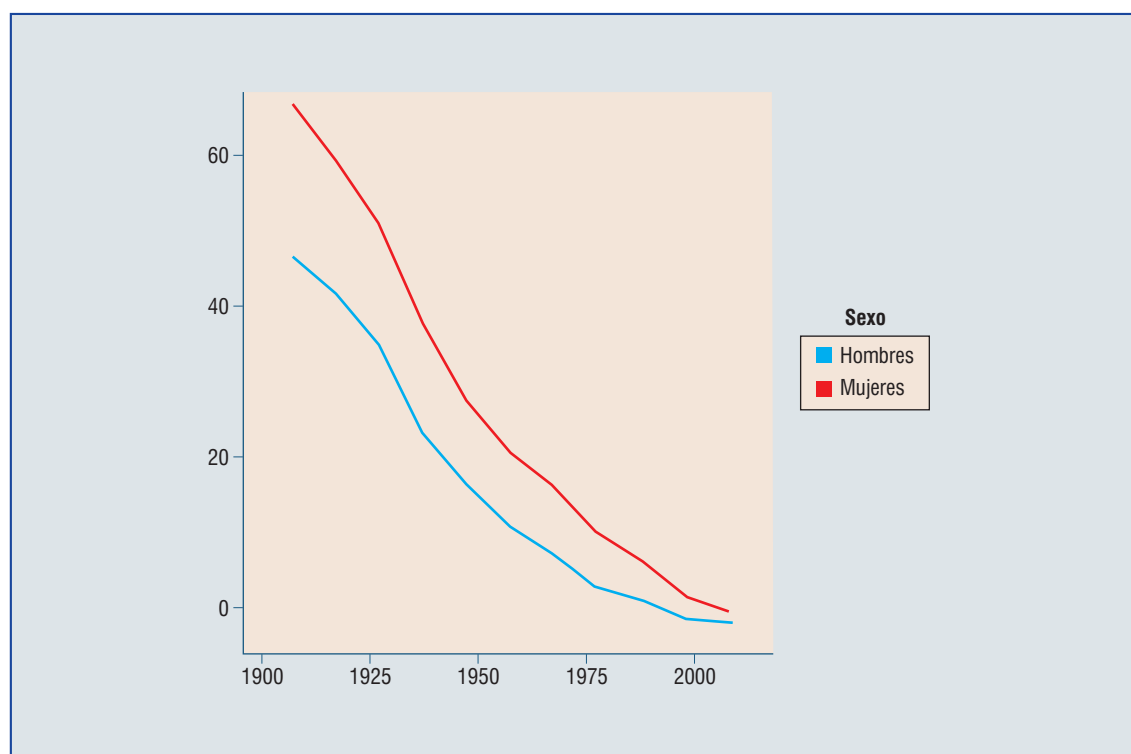
El sesgo de nuestro capital educativo hacia estudios largos y teóricos, circunstancia en la que concurren problemas de aptitudes y actitudes, da lugar a enormes stocks de titulados en carreras que, diseñadas como polivalentes, necesitan ser complementadas posteriormente con estudios especializados de tercer ciclo, masters, etc., lo que, a su vez, contribuye a extender la demanda de nuevos estudios y alargar más aun el ciclo educativo. En el curso 1999-2000 había en España más de un millón y medio de estudiantes matriculados en las universidades, de los que un millón estaban en estudios de segundo y tercer ciclo y algo más de medio en carreras de primer ciclo.

Las cinco primeras carreras en cuanto a número de estudiantes matriculados, Derecho, Ciencias Económicas (y Administración de Empresas), Psicología, Geografía e Historia y Filología, albergan a más de las dos terceras partes del alumnado de segundo y tercer ciclo, cerca de 700.000 alumnos. Más patente es el caso de las carreras de primer ciclo, teóricamente mas orientadas a la práctica. Tres carreras: Empresariales, Profesorado de EGB/Maestro y Graduado Social/Relaciones laborales acogen a casi el 70 % del alumnado de primer ciclo. La falta de flexibilidad del sistema educativo facilita, con amplia disponibilidad de plazas, la recurrente matricula de nuevos alumnos en estos estudios con enorme saturación en el mercado, siendo utilizadas en algunas ocasiones como pasarelas hacia otras carreras de más difícil acceso inicial. Aunque la situación tiende a corregirse, el desfase de las carreras técnicas es todavía muy elevado.

La explosión educativa de los años pasados se está viendo atenuada por la progresiva caída de la demanda provocada por la incorporación a los sucesivos ciclos educativos de las cohortes más reducidas de población procedentes de los años de recesión demográfica. En el curso 2000-2001 asistimos a la inflexión de la demanda de estudios universitarios, matriculándose menos alumnos que en el curso precedente, algo que ya venía sucediendo desde mediados de los años ochenta en la educación Primaria/EGB, y más recientemente en el nivel de enseñanza secundaria.

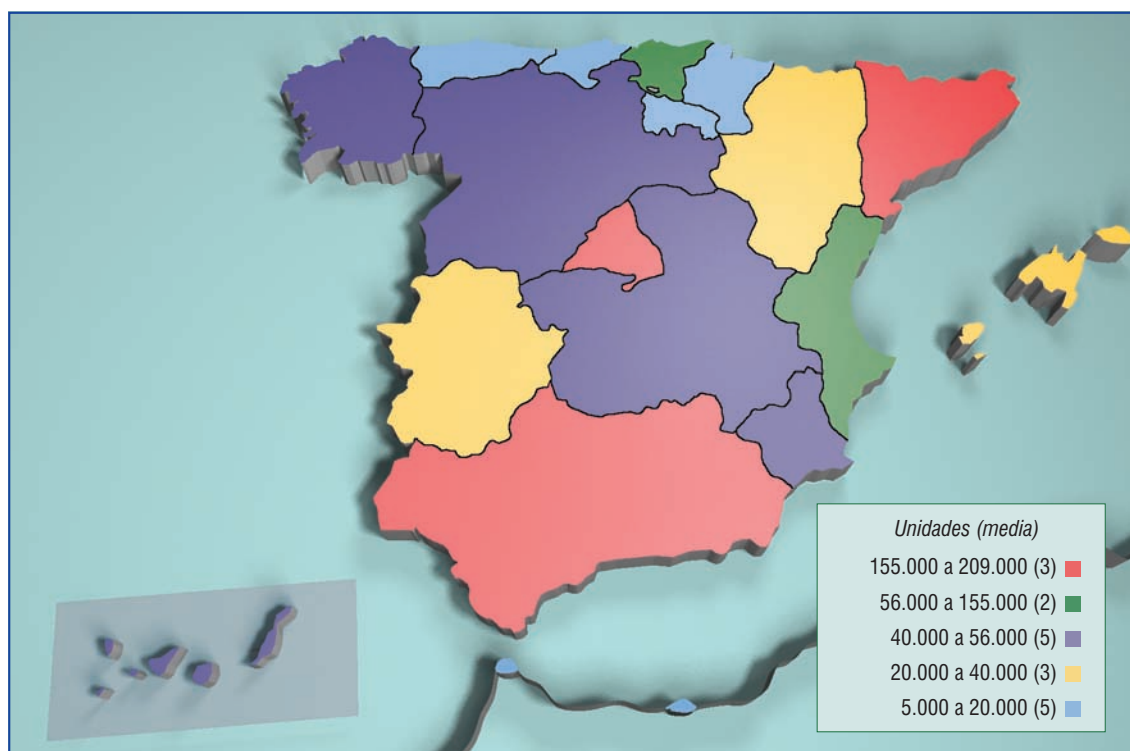
Pese a las ineficiencias del sistema educativo, no puede olvidarse, en una somera revisión del mismo, el importante avance que ha experimentado el nivel cultural del conjunto de la población. Baste recordar que a principios del siglo xx, casi el 60 % de la población española era analfabeta y que todavía en 1920, lo era el 50 % de las mujeres. La importante ampliación de la cobertura educativa ha supuesto en el caso de las mujeres un avance espectacular, elevándose su nivel medio de estudios en muchos países avanzados claramente por encima del de los varones, de lo que es un dato indicativo el hecho de que actualmente, en España, el 53 % de los alumnos universitarios sean mujeres.

Analfabetismo declarado por sexo



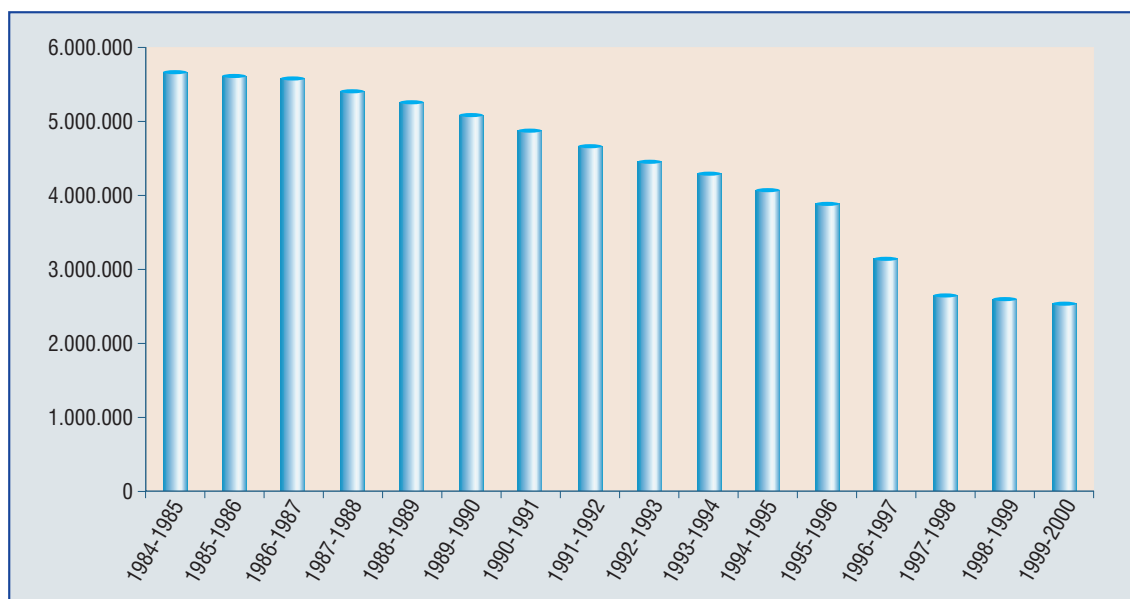
Fuente: España en cifras. 2002. INE

Alumnado matriculado. Educación infantil



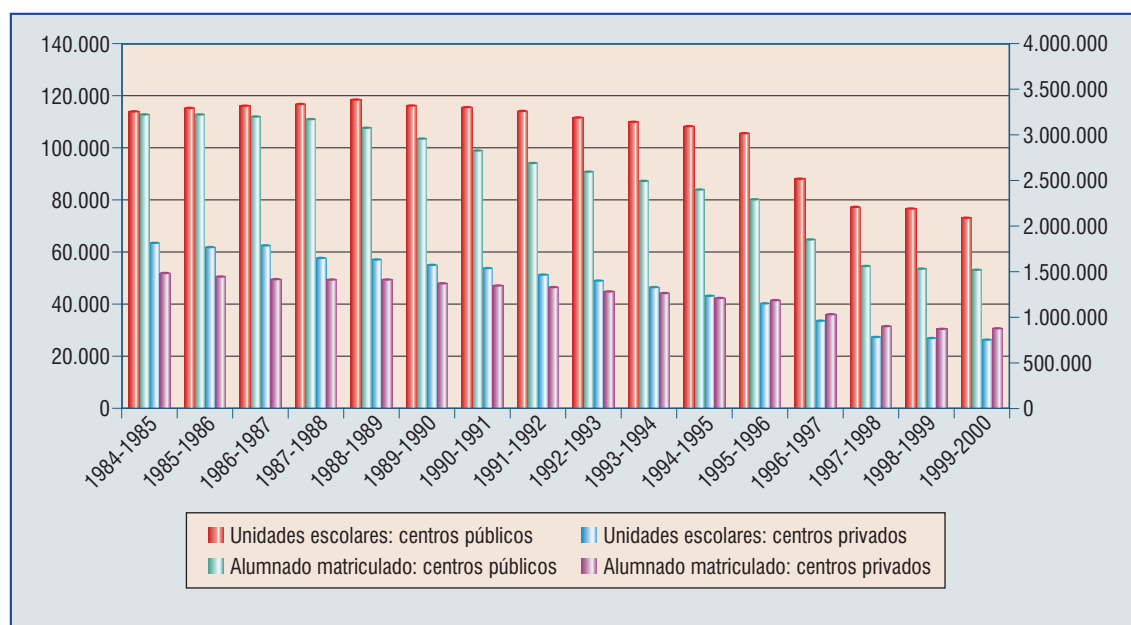
Fuente: Elaboración propia a partir del MEC.

Alumnado matriculado en Educación Primaria / EGB



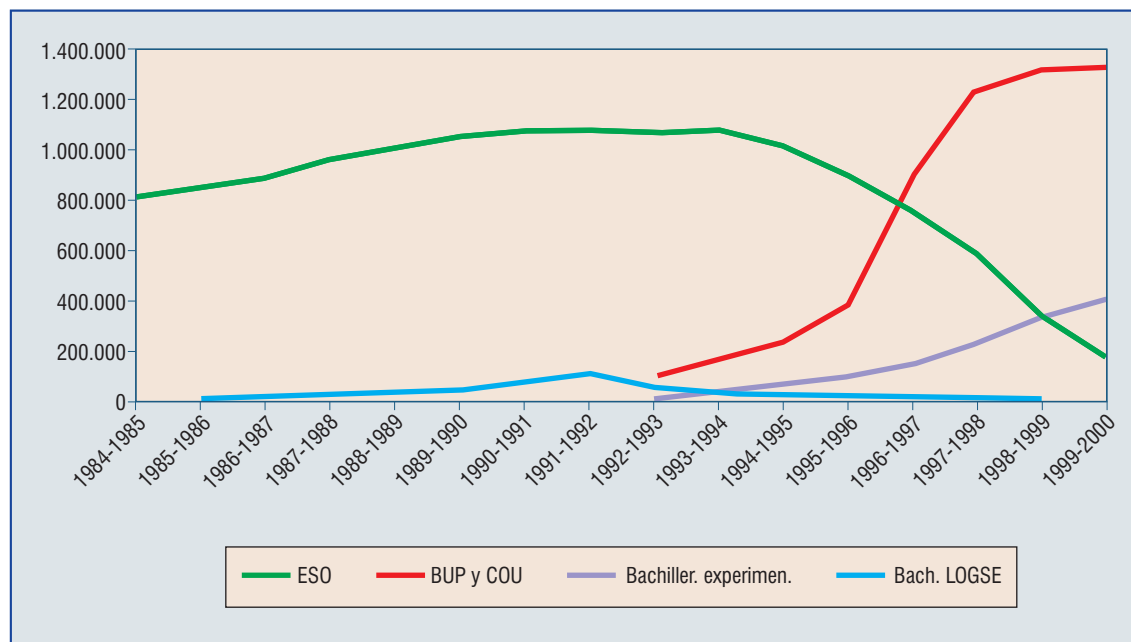
Fuente: Ministerio de Educación y Cultura.

Centros escolares y alumnado de Educación Secundaria (1984-2000)



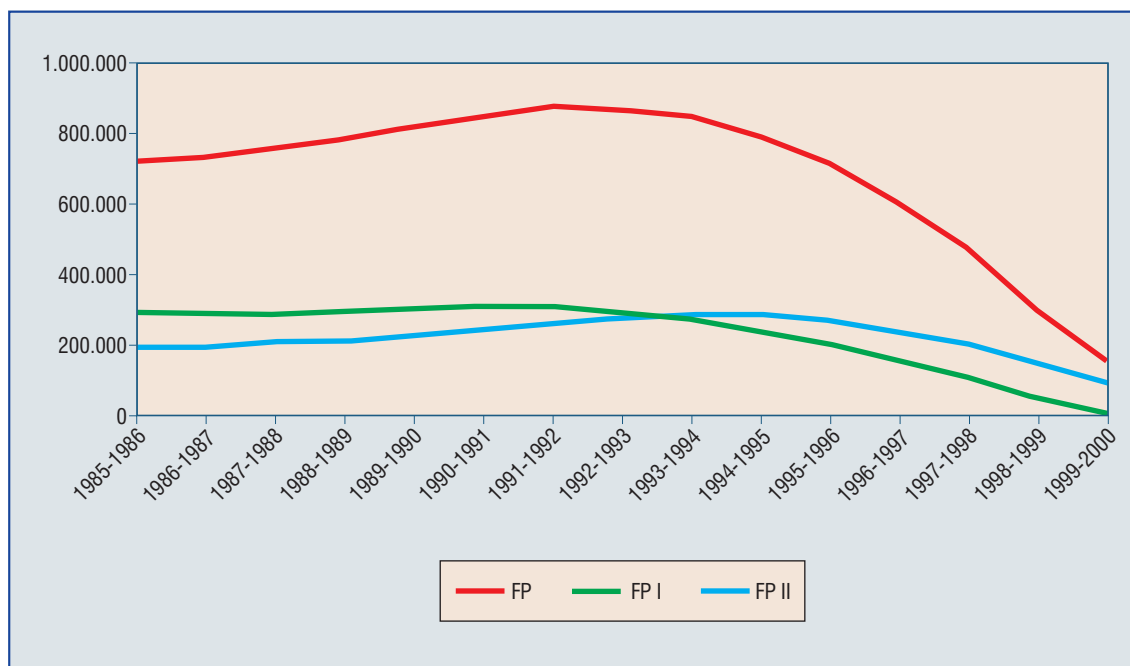
Fuente: Ministerio de Educación y Cultura.

Alumnado matriculado. Centros públicos. Educación secundaria



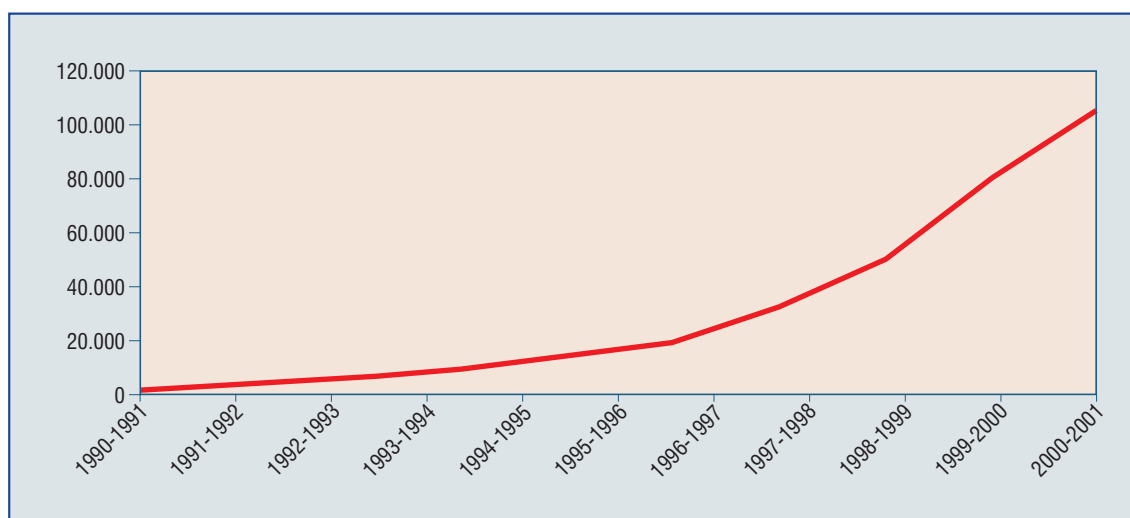
Fuente: Ministerio de Educación y Cultura.

Alumnado matriculado. Formación profesional



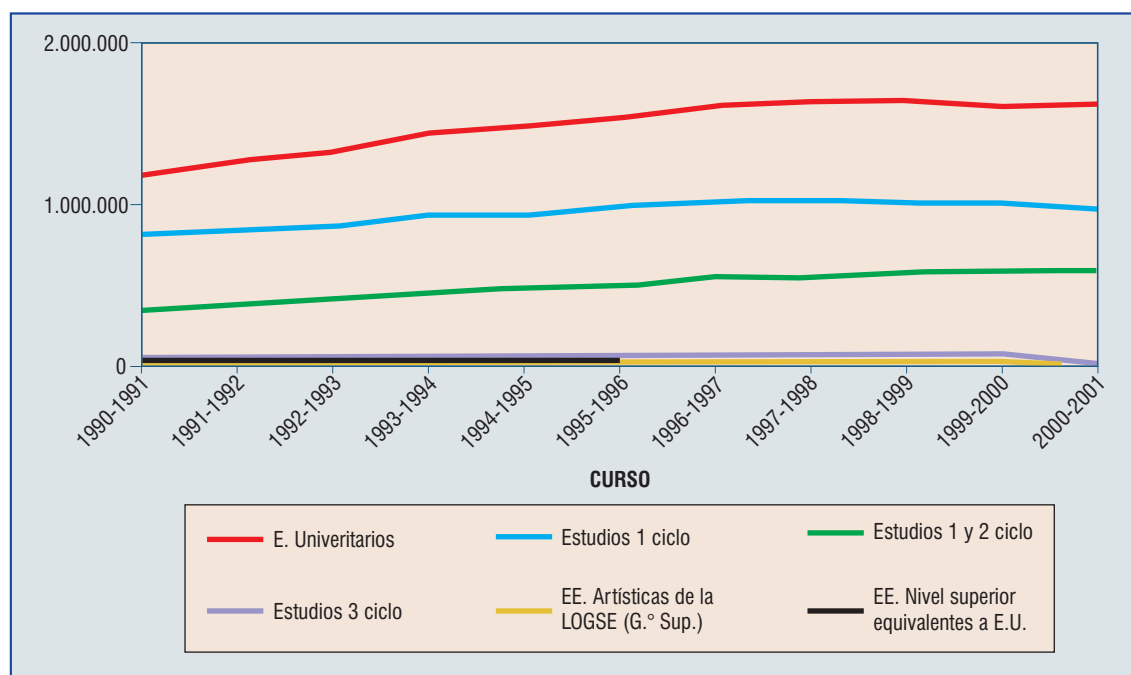
Fuente: Ministerio de Educación y Cultura.

Alumnado matriculado. Módulos profesionales (nivel II)



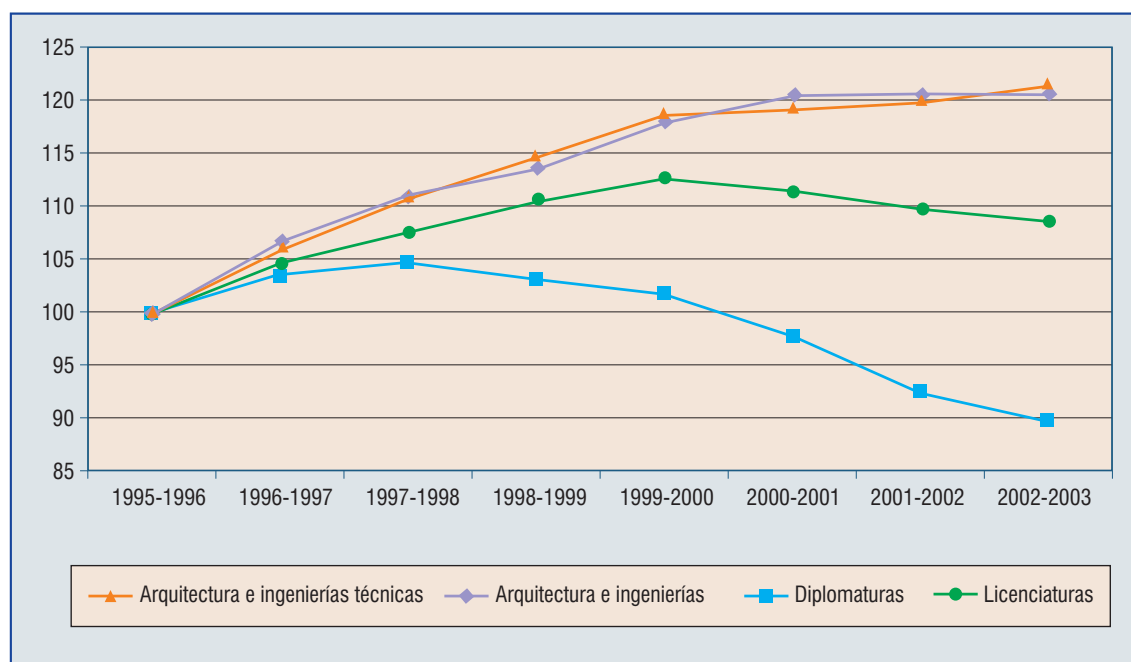
Fuente: Ministerio de Educación y Cultura.

Alumnado matriculado. Educación superior



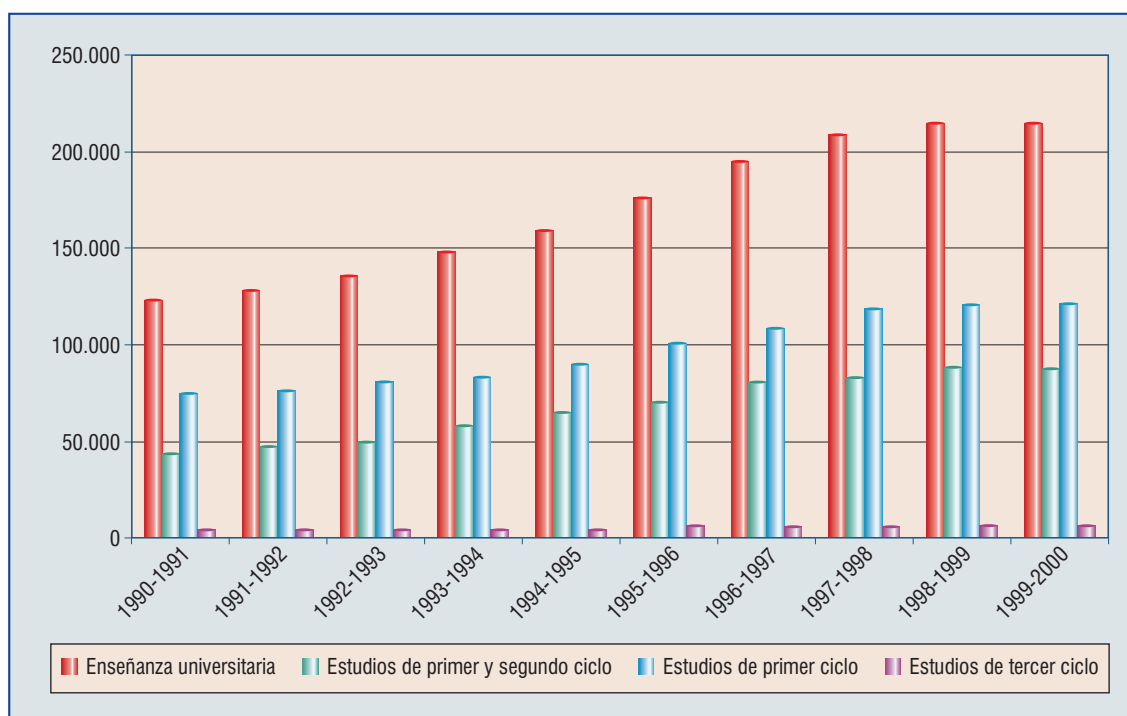
Fuente: Ministerio de Educación y Cultura.

Índices de variación del alumnado matriculado (1995-2003)



Fuente: Ministerio de Educación y Ciencia.

Alumnado que terminó sus estudios por ciclo de enseñanza



Fuente: Ministerio de Educación y Ciencia.

2. Mercado de trabajo

El desarrollo demográfico, tanto en términos de cantidad humana, como de estructura de las poblaciones, tiene una repercusión inmediata en los problemas de empleo, el consumo, la salud y la protección social. La dimensión y composición de la población son, en cualquier sociedad, los determinantes básicos de la oferta de mano de obra. A su vez, los desequilibrios entre la oferta y la demanda de trabajo inducen y provocan movimientos migratorios, tanto internos como externos. También el envejecimiento demográfico y los cambios de peso y volumen de los diferentes segmentos de edad de cada pirámide poblacional repercuten de forma inmediata sobre la formación de la demanda de trabajo y sobre la cobertura de la población pasiva.

La contracción y el envejecimiento de las sociedades están teniendo importantes consecuencias en el ámbito laboral europeo y, en general, en todos los países desarrollados. En la medida en que estos cambios demográficos se han producido con mayor rigor en España, sus repercusiones sobre el mercado laboral serán también más marcadas. En el caso de España, la estabilización y reducción de la población en edad de trabajar puede constituir un factor favorable para reducir el índice de desempleo, empero plantea el problema de la financiación de la protección social, especialmente del sistema de jubilaciones. El deterioro progresivo de la tasa de dependencia supone una presión constante sobre el sistema público de reparto.

El envejecimiento de la población laboral y de las organizaciones productivas plantea la posibilidad de prolongar la carrera de los trabajadores de edad más avanzada. El creciente recurso al adelanto de las jubilaciones y a la sustitución de trabajadores de más edad por otros más jóvenes puede ser eficiente en el corto plazo para las empresas, pero resulta lesivo para la reducción de las tasas de dependencia que gravitan sobre las finanzas públicas. Sin embargo, alargar la vida laboral de las personas de edad, sin que esto suponga un freno para el reemplazo generacional, ni un obstáculo para la incorporación de los jóvenes al mercado laboral, obliga a incrementar la capacidad de absorción por parte del sistema productivo.

Las transformaciones demográficas no sólo influyen en la determinación de los colectivos que integran la demanda laboral, sino que también lo hacen sobre el funcionamiento mismo del mercado de trabajo. En los próximos años, la adaptación de la mano de obra a las transformaciones productivas y tecnológicas deberá hacerse, en mayor medida, a través de la formación profesional permanente o la readaptación profesional y no ineludiblemente a través de nuevas incorporaciones al mercado de trabajo. La correcta adaptación al envejecimiento de la mano de obra requerirá cambios importantes en los actuales métodos de gestión de la edad en el mercado laboral y los lugares de trabajo. Los sistemas de orientación, selección y promoción deberán asimismo adaptarse a los nuevos perfiles de la población trabajadora.

El reciente declive en la demanda de servicios educativos por parte de un colectivo juvenil en descenso prelude una menor entrada de jóvenes en el mercado laboral en años venideros. Por el contrario, la entrada de importantes contingentes de inmigrantes a lo largo de los últimos años, en gran medida extracomunitaria y especialmente sudamericana, introduce un sesgo cualitativo y cuantitativo en la composición de la mano de obra. Las transformaciones demográficas más recientes se completan con el incremento de la participación relativa de la mujer en el mercado laboral, con un importante impacto en los ámbitos público, educativo y sanitario.

La actividad laboral de las personas constituye un elemento vertebrador de la vida social de la mayoría de las sociedades. El conocimiento de la estructura, composición y funcionamiento del mercado laboral no sólo nos permite detectar importantes parámetros del progreso económico y productivo de un país o región, sino que, además, nos facilita importantes coordenadas para entender las formas de vida, el nivel cultural y las condiciones de salud y desarrollo social de sus habitantes. Las estadísticas de fuerza de trabajo disponible, de población activa, de ocupación y paro, de oferta y demanda de empleo o las relativas al funcionamiento del mercado, como las relaciones laborales o los costes salariales, son instrumentos de primer orden para el análisis del mismo.

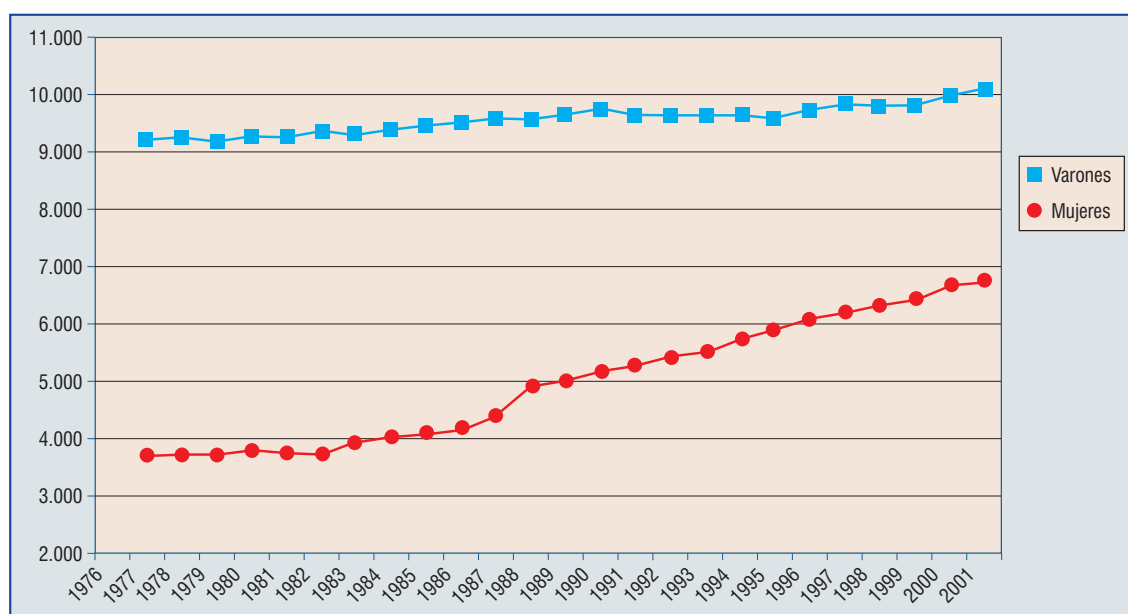
La tasa de actividad de nuestra población es una de las más bajas de la UE, situada casi cinco puntos por encima de la nuestra. Las diferencias entre unos y otros países están altamente condicionadas por la incorporación de la mujer al mundo laboral. Durante los últimos 25 años la población activa española se incrementó en un 44 %; algo más que la población en edad de trabajar (16 y más años), que lo hizo en un 31,4 %. Por ello, nuestra tasa de actividad que era en 1978 del 51,44 %, sólo ha ganado tres puntos, siendo en el año 2003 del 54,5 %. Pero si la actividad conjunta no ha mejorado mucho, no se puede decir lo mismo de la que afecta a las mujeres. La población activa femenina se ha incrementado en un 94,6 %, pasando de 28,1 % a un 42,3 %. Por el contrario,

la población activa masculina sólo se incrementó en un 16,2 %, con lo que los hombres han visto reducida su tasa de actividad de un 75,7 a un 67 %. Si bien es cierto que el empleo femenino sigue en desventaja respecto a su situación en otros países europeos, no se puede ignorar el esfuerzo realizado por este colectivo para equipararse con el nivel de actividad de los hombres.

Por lo que se refiere a la ocupación, las tasas han sido tradicionalmente más bajas que las del resto de los países de la Unión Europea y, por supuesto, mucho más que las de Estados Unidos y Japón. El desarrollo del sector terciario no ha sido suficiente para dar estabilidad al crecimiento del empleo, que se ha visto permanentemente sometido a alteraciones cíclicas, manifestando una debilidad estructural que ha convertido el paro en el desvelo permanente de los españoles durante el último cuarto de siglo. Al desmesurado crecimiento del desempleo, que rozó una tasa de paro del 25 % hace una década, le han seguido las cotas más altas de temporalidad conocidas en la UE, lo que ha introducido un nuevo elemento de precariedad en un mercado laboral ya bastante complicado. Actualmente, España tiene el mayor contingente de personas ocupadas de su historia, lo que no es poco si se tiene en cuenta que hasta 1997 no se ha recuperado el nivel de ocupación real que existía en 1976.

No menos importantes que las tasas de actividad, ocupación o paro, han sido los cambios que se han producido en el ámbito de la producción y que han modificado la distribución sectorial del empleo, produciéndose una importante mortalidad laboral en la industria y el campo, que han perdido respectivamente un 13 y un 61 % de su fuerza laboral, y generándose un crecimiento neto de los trabajadores del sector terciario, que ha aumentado su población laboral en un 75 %. El sector de la construcción ha incrementado sus efectivos en un 41 %, manteniendo prácticamente inalterada su participación relativa en el conjunto de la población.

Evolución de la población activa por sexo



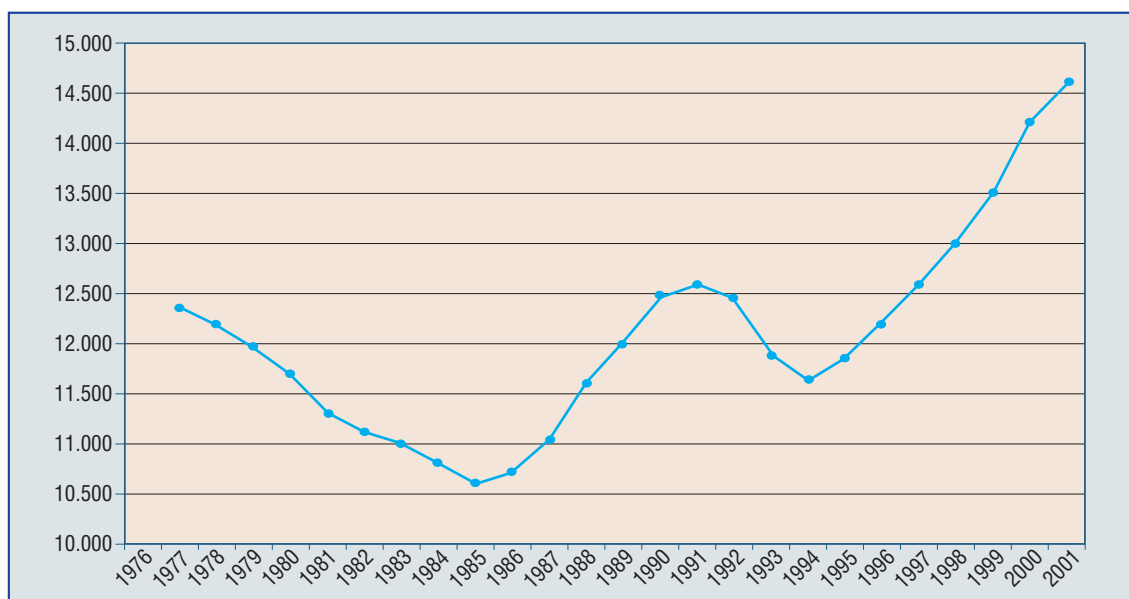
Fuente: Encuesta de Población Activa. INE.

Tasa de actividad femenina. Primer trimestre 2003



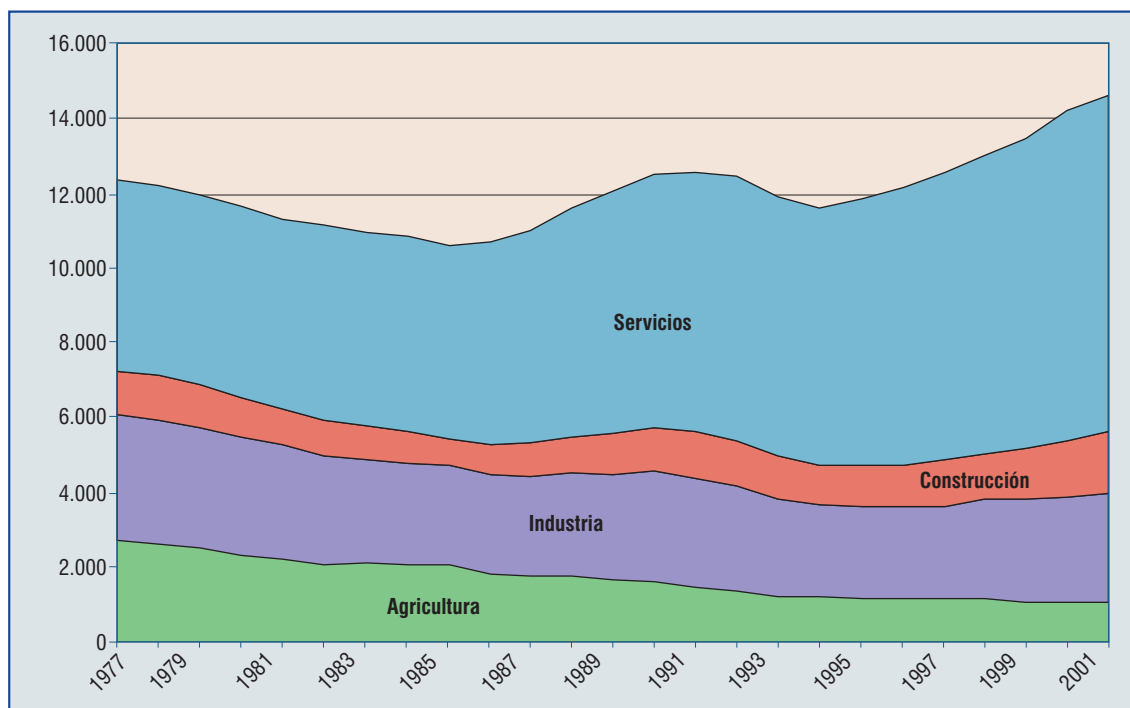
Fuente: Elaboración propia a partir de EPA.

Evolución de la población ocupada



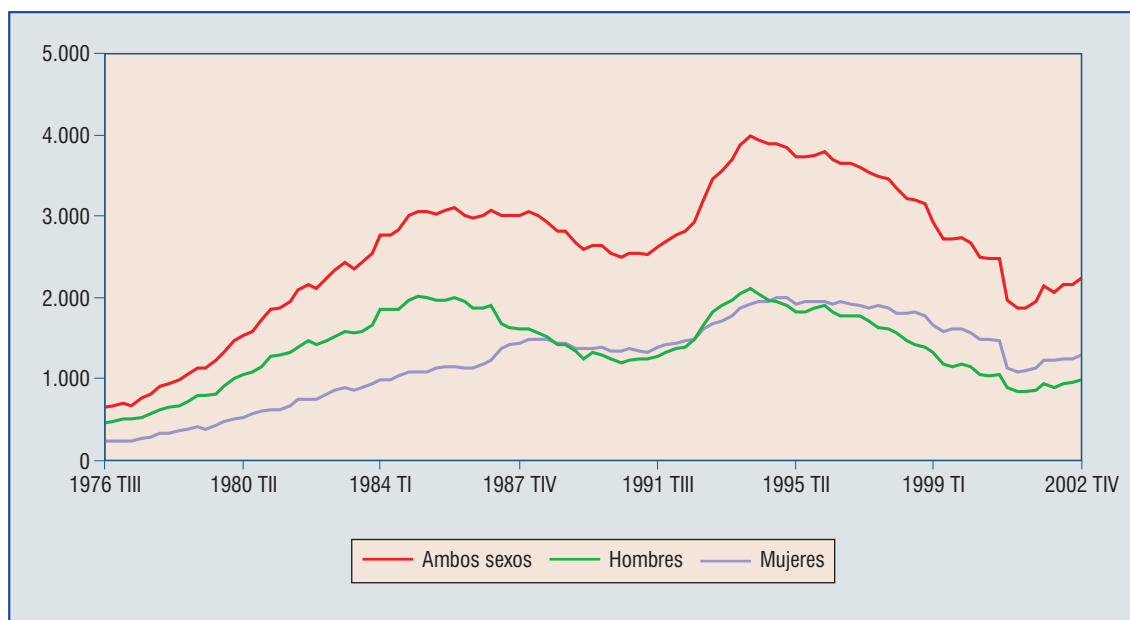
Fuente: Encuesta de Población Activa. INE.

Evolución de la estructura ocupacional



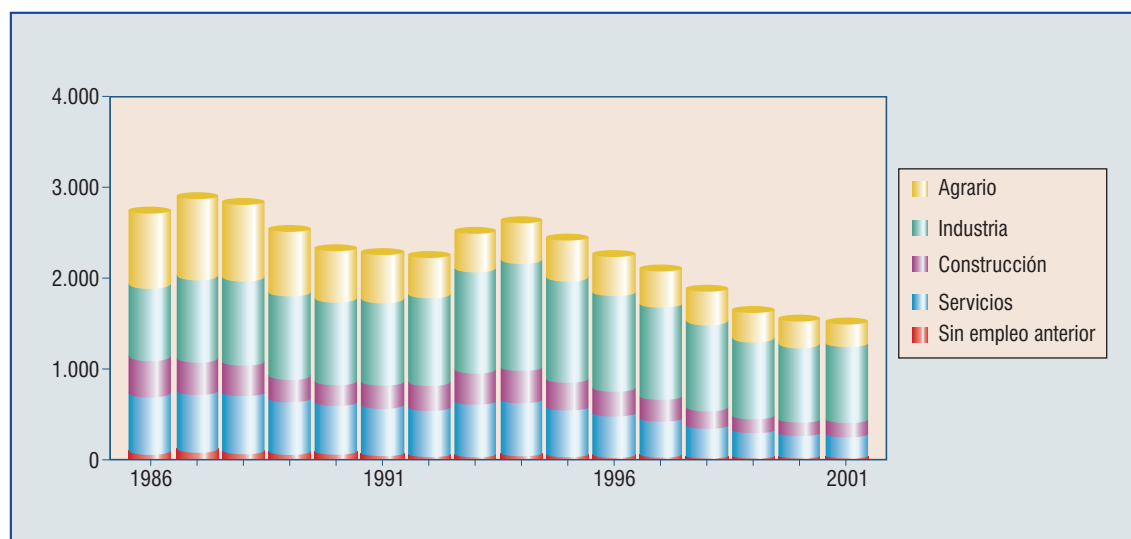
Fuente: Encuesta de Población Activa. INE.

Evolución de los parados. Todas las edades



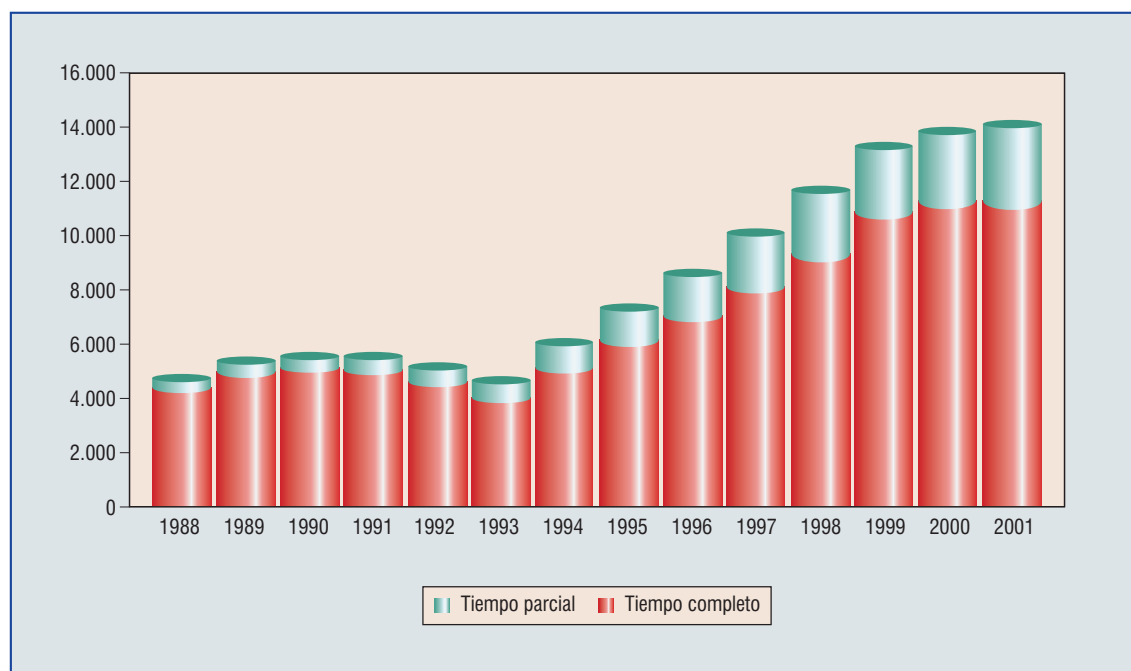
Fuente: EPA. Unidad: miles de personas.

Paro registrado por sector económico



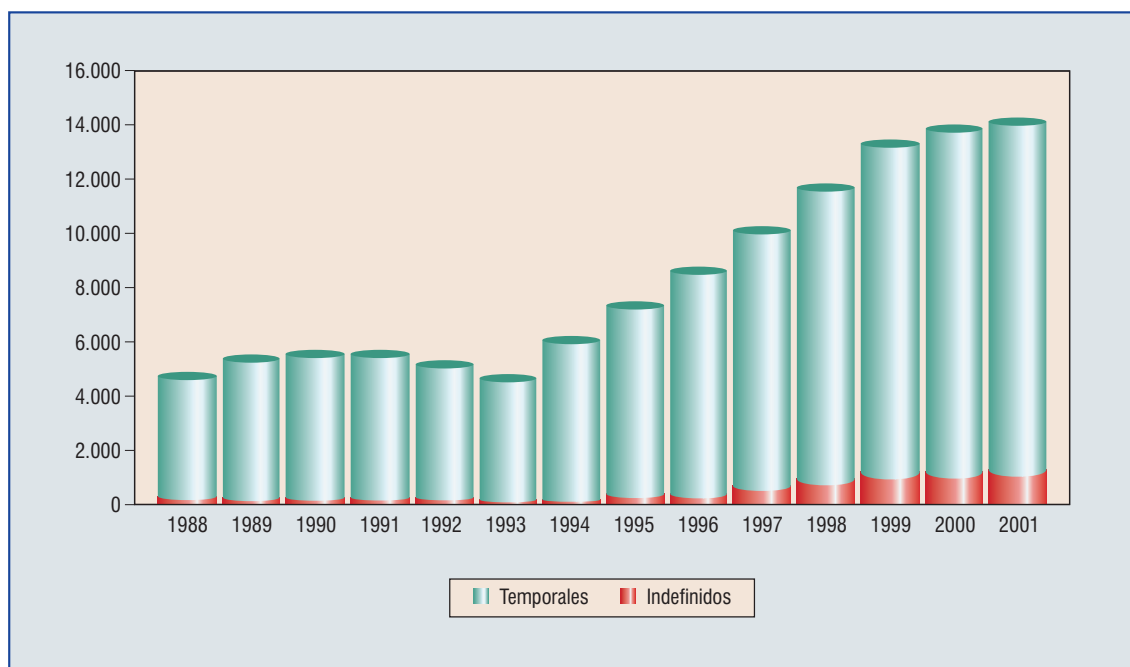
Fuente: MTAS. Unidad: miles de personas.

Contratos por tipo de jornada



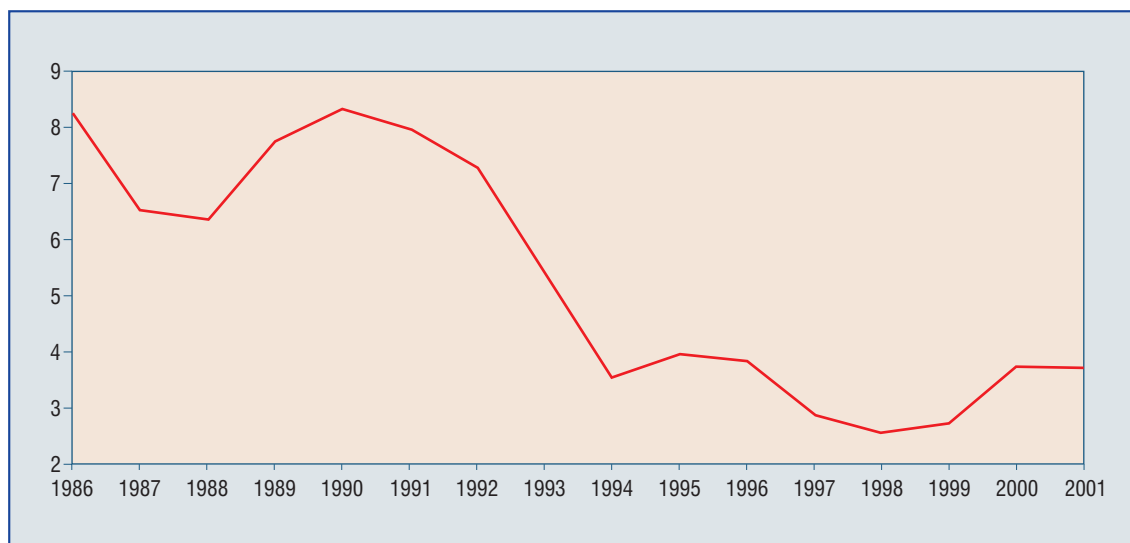
Fuente: MTAS. Unidad: miles.

Contratos por duración



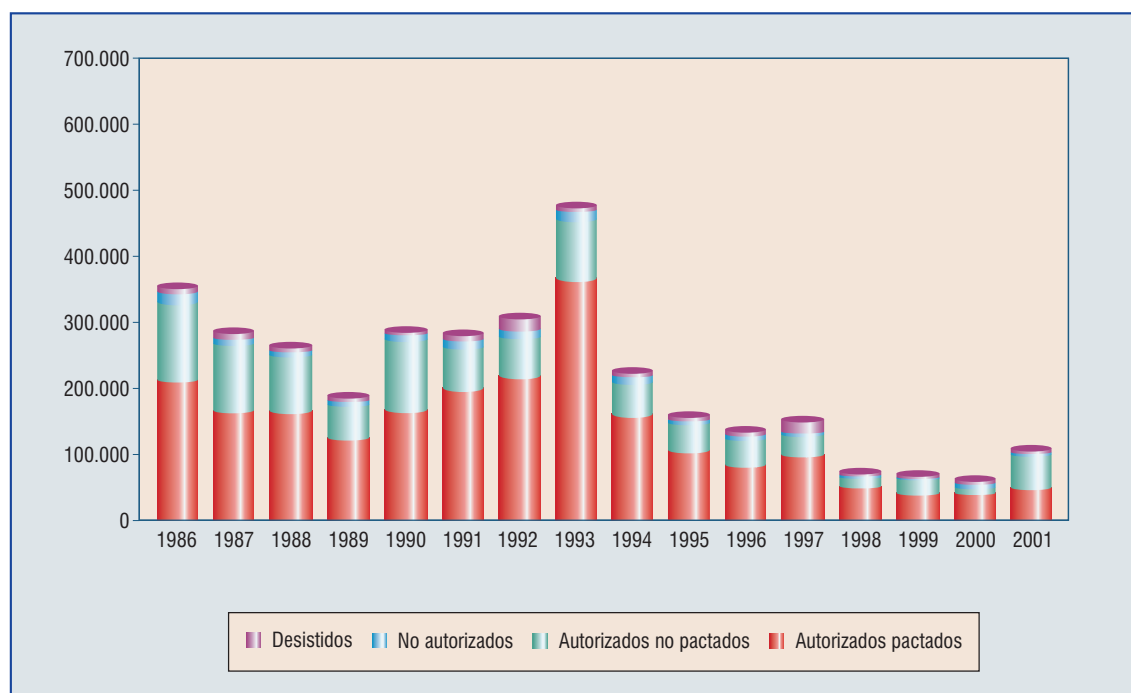
Fuente: MTAS. Unidad: miles.

Aumento salarial revisado



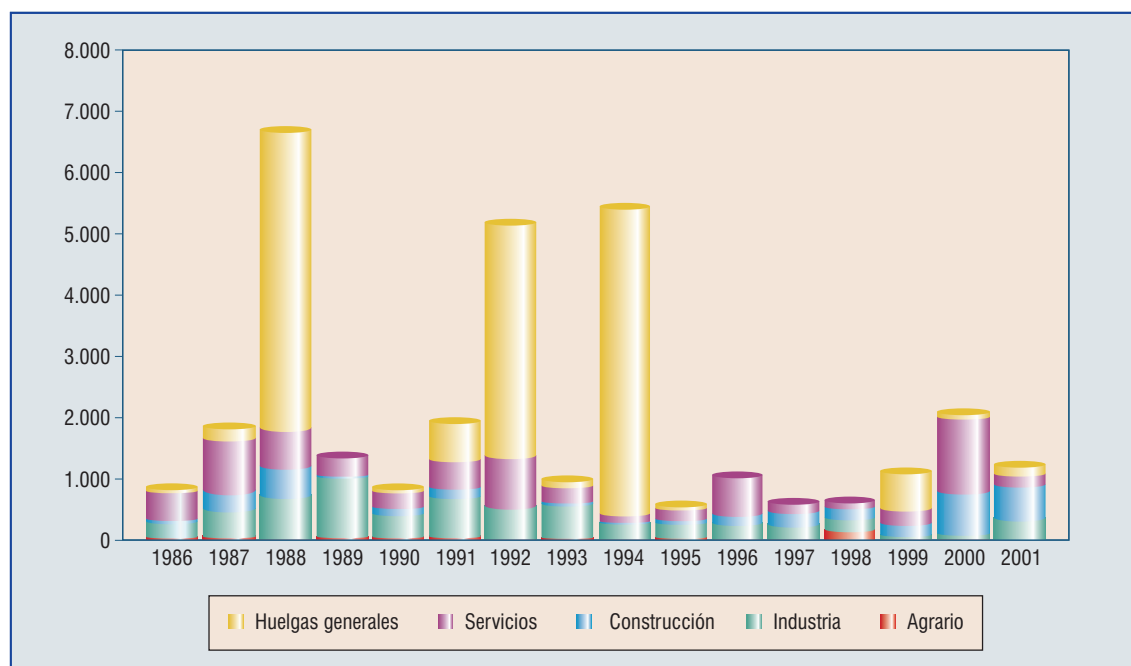
Fuente: MTAS. Unidad: porcentaje.

Regulación de empleo: trabajadores afectados



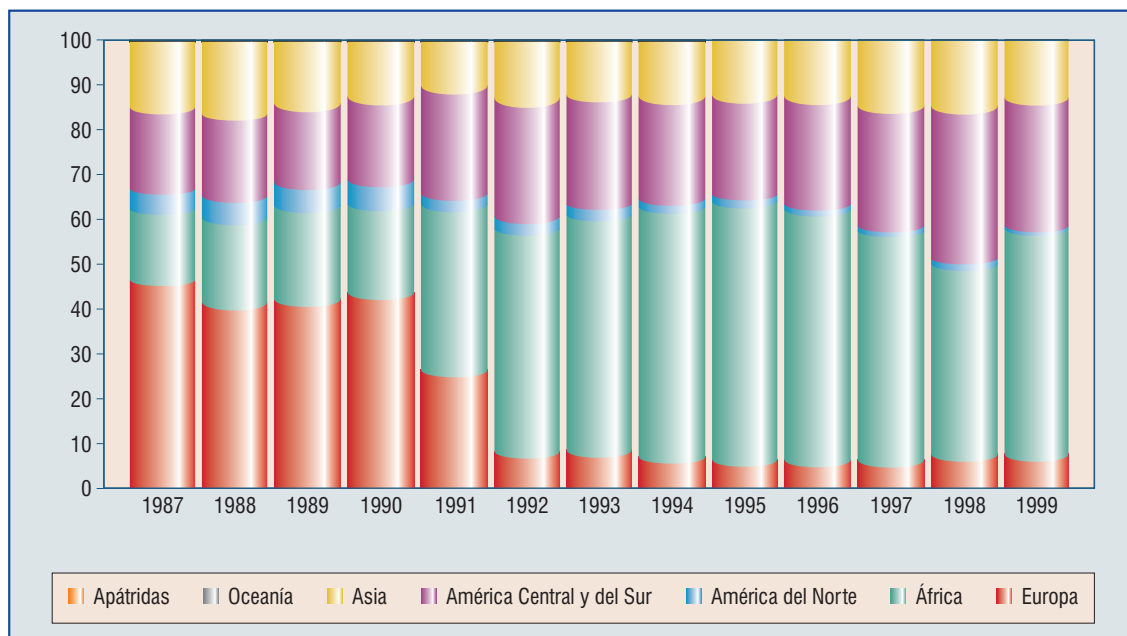
Fuente: MTAS.

Huelgas: trabajadores participantes por sector



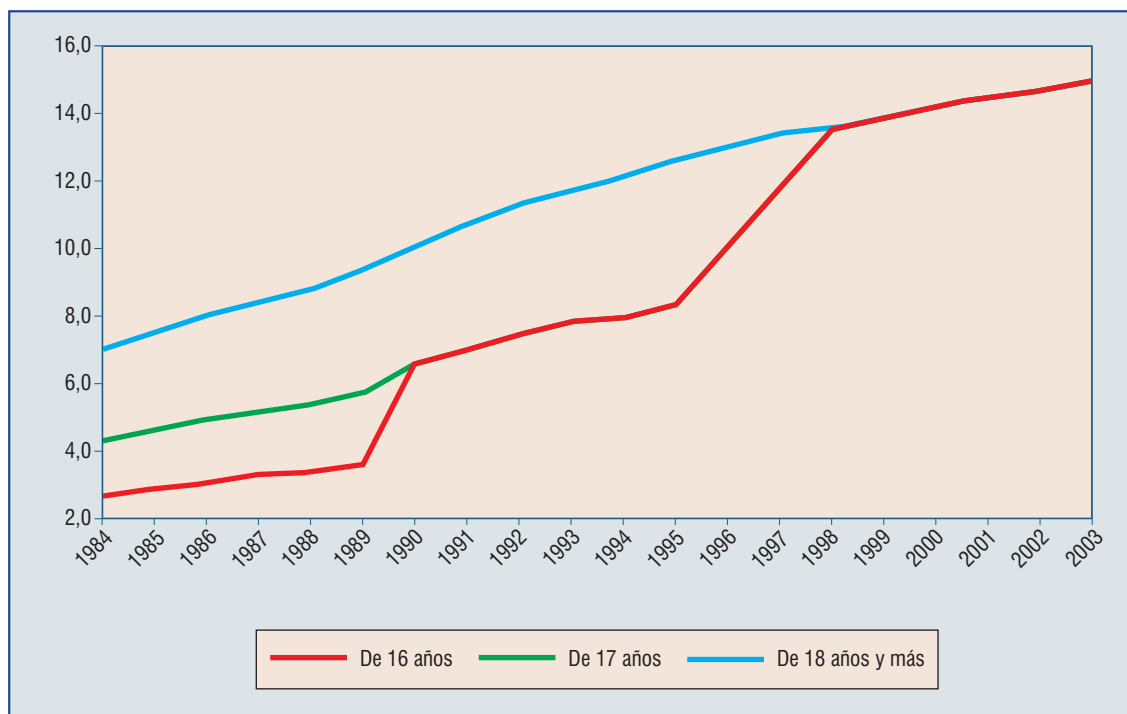
Fuente: MTAS. Unidad: miles.

Permisos de trabajo concedidos a extranjeros por procedencia



Fuente: MTAS. Unidad: porcentaje.

Salario mínimo interprofesional por edad. Euros por día



Fuente: MTAS.

3. Producción y renta nacional

Uno de los aspectos fundamentales a la hora de analizar el estado de salud de la población, así como su sistema sanitario, es la situación económica de la población y del país que estemos analizando. En este sentido, parece existir una relación positiva entre desarrollo económico y salud. De hecho, existen ejemplos recientes, como Rusia, que demuestran que las recesiones económicas llevan aparejadas descensos en la salud de la población. El indicador básico, a la hora de estudiar la evolución económica de un país, es el Producto Interior Bruto (PIB) que es el valor de todos los bienes y servicios finales producidos por las unidades residentes en un país en un determinado periodo de tiempo. Para estudiar el PIB podemos abordar su análisis a través de la óptica de la demanda, la oferta o la renta.

Por el lado de la demanda, el componente con mayor peso es el consumo privado nacional. Su importancia sobre el total del PIB siempre ha estado entre el 55 y el 70 %, siendo su comportamiento bastante estable. El consumo público representaba el 13,98 % del PIB en 1980, mientras que en 2002 su porcentaje se sitúa en el 17,48 %. Este incremento es consecuencia de la mayor participación del sector público en la actividad económica. La Formación Bruta de Capital Fijo representa un perfil cíclico. Su importancia se incrementa en los periodos de bonanza económica (1964-1972 y 1985-1990, 1996-2001) mientras que disminuye en los periodos de crisis (1974-1984 y 1990-1992). Este comportamiento refleja la estrecha relación existente entre crecimiento económico e inversión.

La evolución creciente de la demanda externa se perfila como aspecto destacado en el continuo proceso de apertura de la economía española. Las exportaciones representaban en 1964 el 8,2 % del PIB y las importaciones el 8,66 %. En cambio, en 2002 estos porcentajes eran del 28,81 para las primeras y del 32,18 % para las segundas. Las exportaciones netas se definen como la diferencia entre exportaciones e importaciones. Su valor representa el saldo exterior por cuenta corriente en términos de contabilidad nacional. En términos generales su saldo es siempre negativo, a excepción de algunos periodos temporales a principios de los ochenta y mediados de los noventa, en los que las exportaciones superaron a las importaciones, lo que refleja la tendencia al déficit corriente que sufre la economía española. Esta evolución, cuando no se ve compensada con una entrada de capitales, hace que España necesite financiación exterior, circunstancia que viene sucediendo desde finales de 1998.

Desde el lado de la oferta, hay que destacar que es el sector servicios el que posee mayor importancia en la totalidad del periodo considerado, permaneciendo bastante estable a lo largo de dicho intervalo. En nuestra economía, su peso es del 58,7 %. El sector agrícola es el que ha sufrido la mayor disminución en su peso, pasando del 9,39 % del PIB en 1964 a 3,6 % en 2002, como consecuencia del proceso de desarrollo y modernización que se ha producido en la economía española a lo largo de los 39 años considerados. La pérdida de la agricultura se reparte entre el sector industrial y los impuestos indirectos.

Por el lado de las rentas el PIB se descompone en tres grandes rúbricas: la remuneración de asalariados, el excedente bruto de explotación y rentas mixtas y los impuestos indirectos netos. A lo largo de los últimos 22 años el reparto del PIB entre los distintos factores de producción ha

permanecido bastante estable, destinándose el 50 % para la remuneración de asalariados, el 40 % como excedente bruto y rentas mixtas y el 10 % restante para la imposición indirecta.

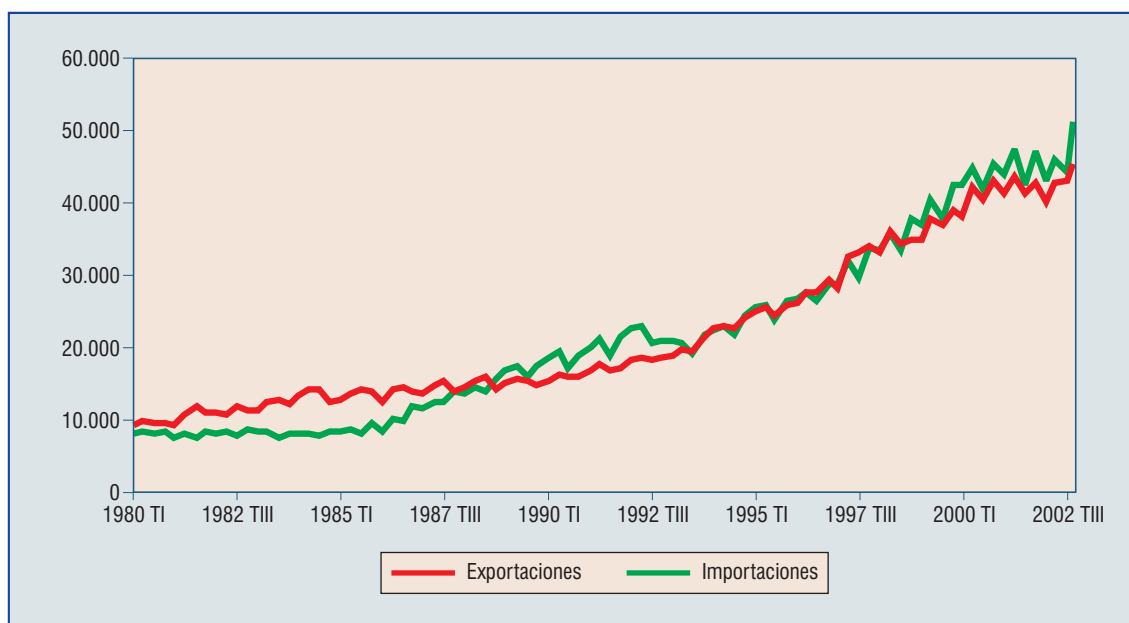
Desde un punto de vista regional, debemos señalar que las diferencias entre comunidades son amplias en cuanto a lo que se refiere al PIB por habitante. Así, la Comunidad de Madrid se sitúa por encima de los 18.000 euros, mientras Extremadura no llega a los 9.000 euros. Esto supone que la comunidad con mayor PIB per cápita duplica a la comunidad con menor, lo que pone de manifiesto la necesidad de seguir arbitrando políticas de compensación interterritorial.

Como se ha mencionado anteriormente, el indicador fundamental a la hora de examinar la evolución económica es el PIB. El crecimiento económico se define generalmente como el aumento sostenido durante un cierto número de períodos de la tasa de variación interanual del PIB real. Por tanto, los períodos de expansión y de recesión, es decir, los ciclos económicos se derivan de la evolución del PIB a lo largo del tiempo. Desde 1996 la economía española ha experimentado un proceso de crecimiento superior a la media europea, con un crecimiento medio del 3,4 %. Ahora bien, parte de este crecimiento está basado en factores coyunturales como la demanda de inversión residencial, que se ha incrementado de forma notable a lo largo de los últimos años.

Ahora bien, como en el PIB los factores de producción son interiores y no nacionales, parte del PIB no se convierte en renta nacional. Por ello, para comparar la evolución entre países se utiliza la renta nacional, ya que ésta sí recoge la remuneración de los factores nacionales al haber eliminado todos los elementos del PIB_{pm} que no incrementan la riqueza de éstos. Por este motivo, se suele utilizar como indicador del desarrollo de un país, aunque para evitar las distorsiones introducidas por el tamaño de las naciones se utiliza la renta per cápita. Este proceso de crecimiento económico ha permitido que tanto el PIB como la renta per cápita se incrementen en los últimos años, aunque aún queden lejos de la media de la Unión Europea y de la OCDE.

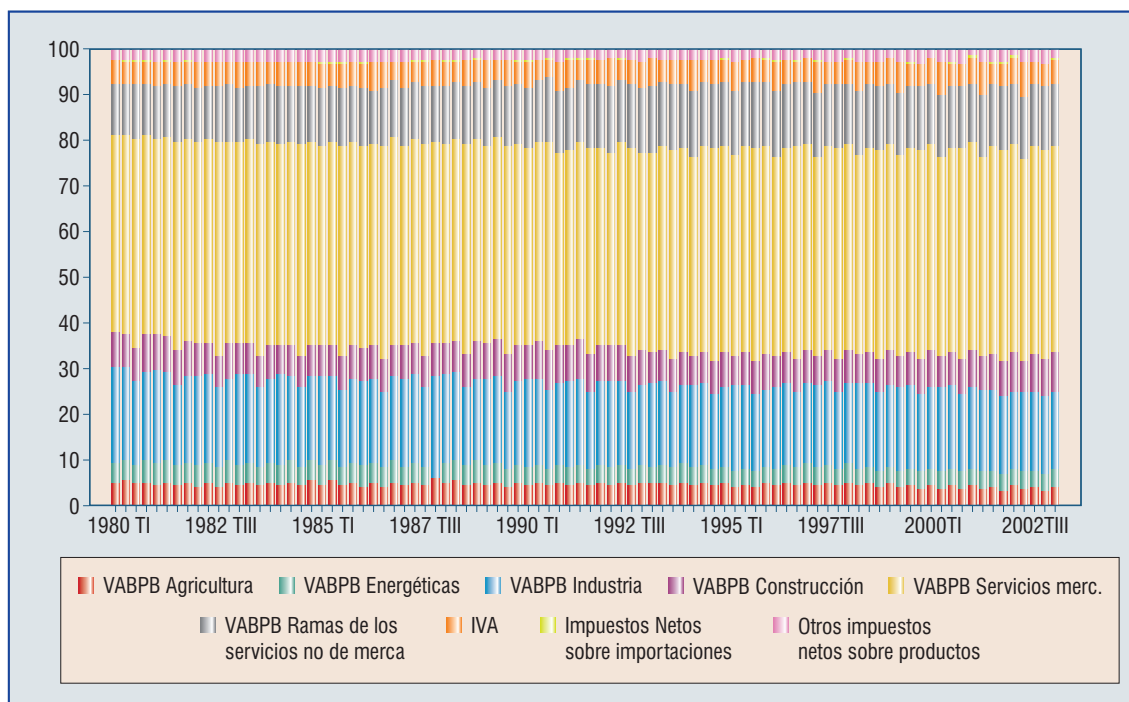
En resumen, España está experimentando un proceso de crecimiento económico que está permitiendo reducir las diferencias con la renta media de los países de la Unión Europea y de la OCDE, aunque todavía nuestro PIB per cápita, medido en dólares y utilizando la PPC (Paridad de Poder de Compra) está en poco más del 80 % de la media de la OCDE. En este sentido, es importante señalar el papel que han jugado los fondos estructurales de la Unión Europea en los últimos años. Un reciente trabajo muestra cómo en el periodo comprendido entre 1994-1999, los fondos estructurales destinados a las regiones objetivo I, las más desfavorecidas de España, han aportado 1 punto porcentual a su crecimiento real anual, creando más de 300.000 empleos y reduciendo en más de un 20 % la diferencia existente con respecto a la situación inicial.

Demanda externa. Precios constantes

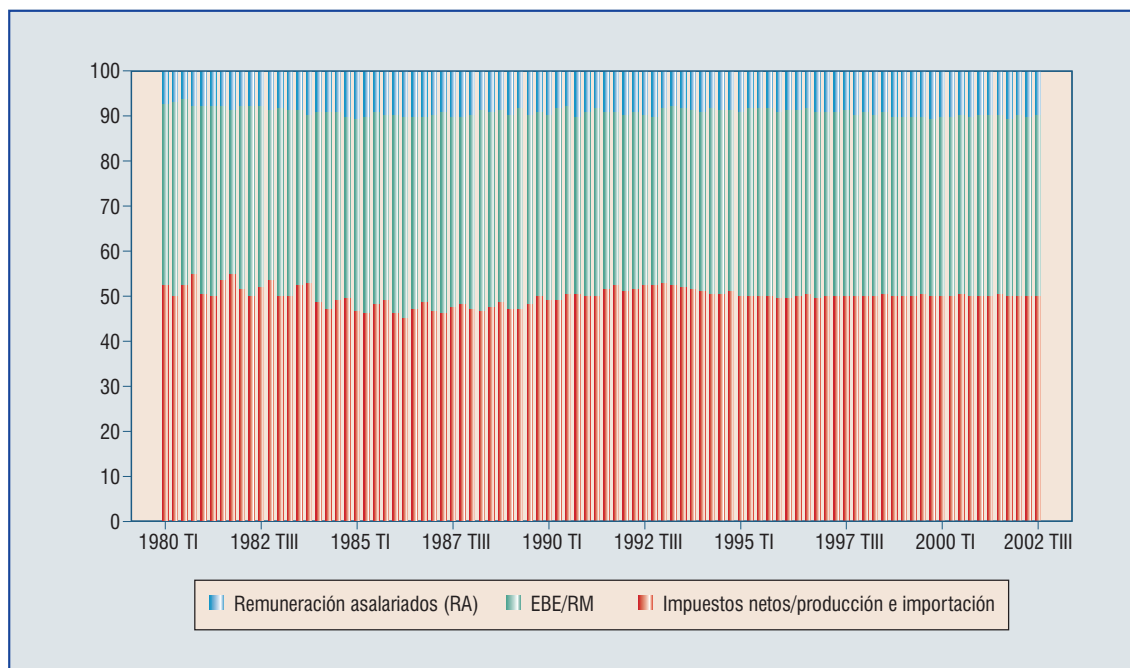


Fuente: Contabilidad trimestral de España. Base 1995. INE. Unidad: millones de euros.

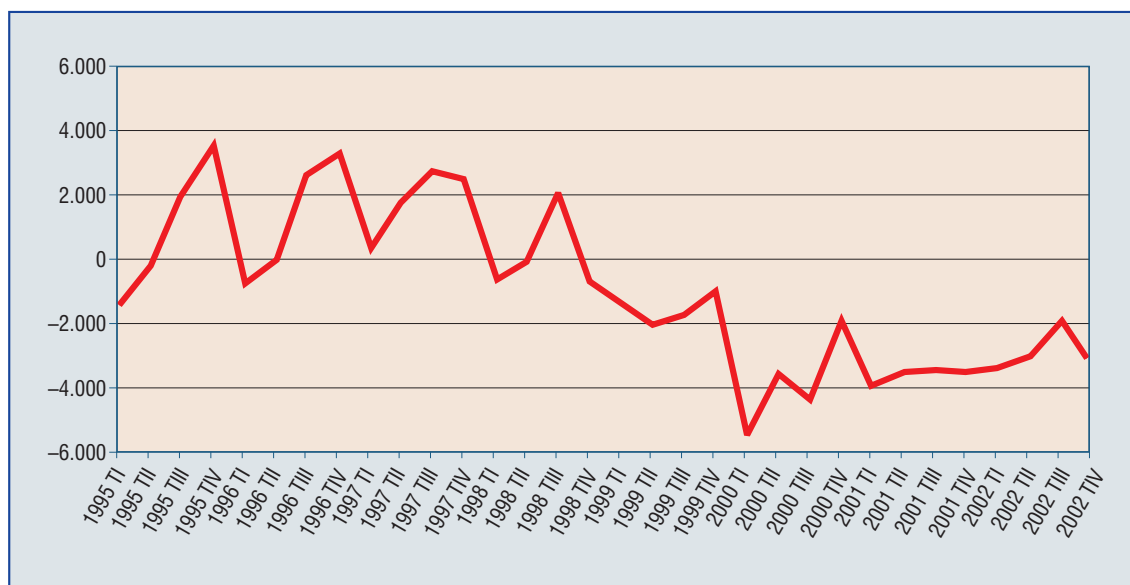
PIB. Oferta precios constantes



Fuente: Contabilidad trimestral de España. Base 1995. INE. Unidad: millones de euros.

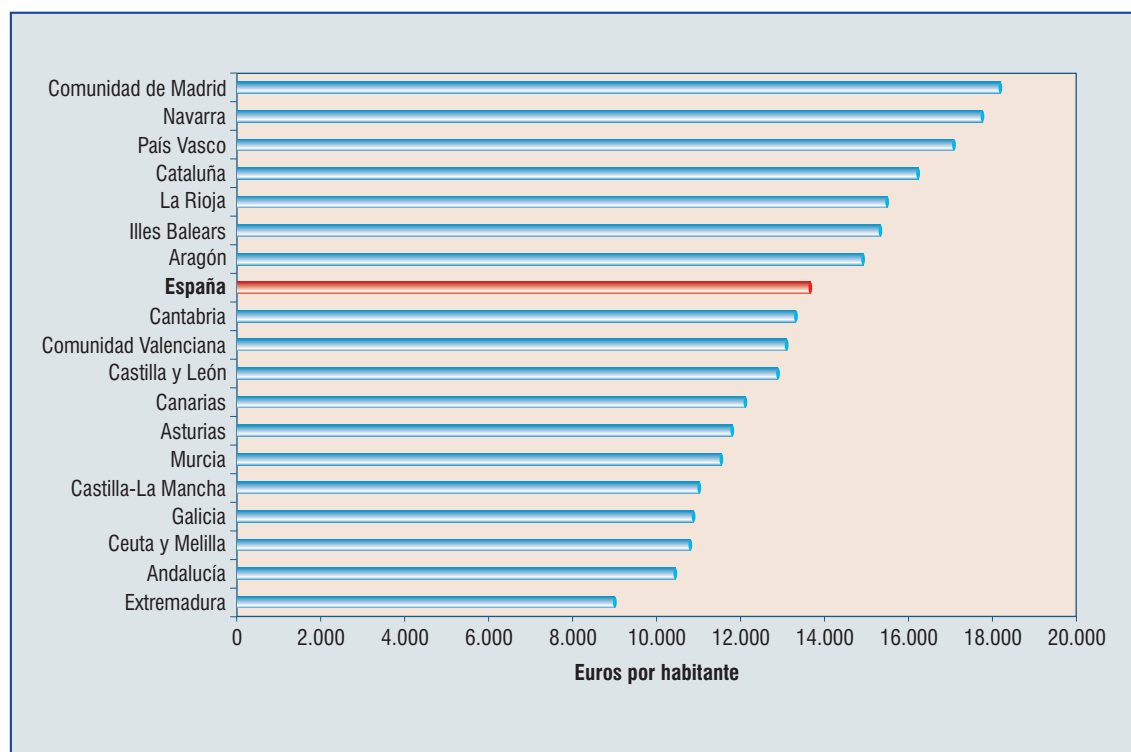
PIB. Renta. Precios corrientes

Fuente: Contabilidad trimestral de España. Base 1995. INE. Unidad: millones de euros.

Capacidad (+) o necesidad (-) de financiación. Precios corrientes

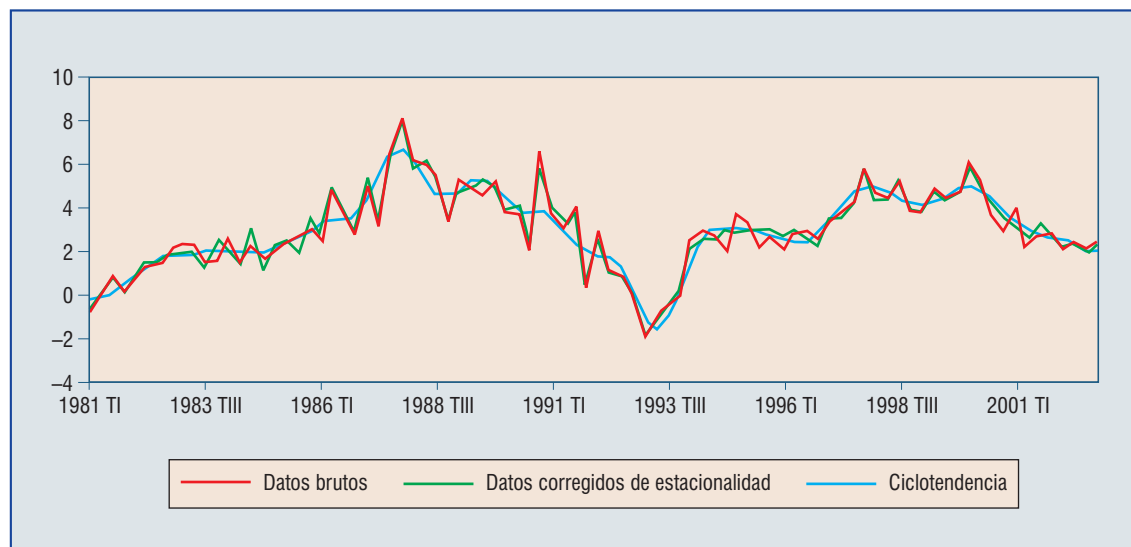
Fuente: Contabilidad trimestral de España. Base 1995. INE. Unidad: millones de euros.

Producto Interior Bruto por habitante

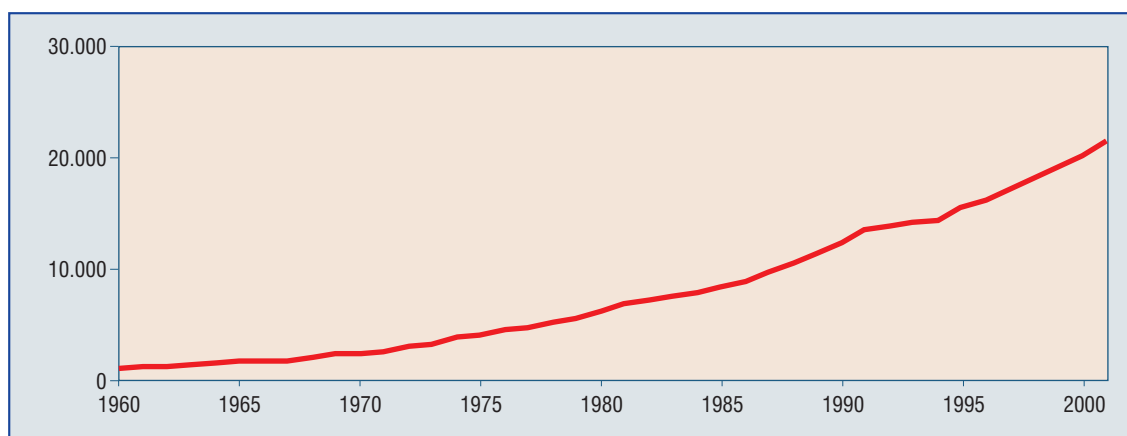


Fuente: Contabilidad Regional de España.

Producto Interior Bruto. Precios constantes



Fuente: Contabilidad trimestral de España. Base 1995. INE. Unidad: variación interanual.

PIB per cápita. Tipo de cambio con el dólar de EE.UU. PPC

Fuente: Eco-Salud 2003. OCDE. Unidad: dólares de EE.UU. con Paridad de Poder de Compra.

4. Precios, tipos de interés y tipos de cambio

Junto con el crecimiento económico, la inflación es otra de las variables fundamentales para evaluar la situación económica de un país. La inflación, definida como el incremento sostenido de los precios, influye tanto en la calidad de vida de las personas como en la competitividad del país. Un incremento de los precios, supone una menor capacidad de compra por parte de las familias y por tanto una reducción del bienestar si los ingresos de las mismas no crecen en términos monetarios lo mismo que la inflación.

Por el contrario, para las empresas la inflación es un elemento que no afecta por igual a todas ellas. Depende de la posición que éstas tengan en el mercado y del nivel de competencia existente. En este sentido, para empresas que disfrutan de monopolios o que están operando en mercados no competitivos la inflación no supone una amenaza ya que pueden repercutir en sus precios el incremento de sus costes. Por el contrario, las empresas abiertas a la competencia encuentran dificultades para poder competir con incrementos en precios superiores al de restos de países.

Teniendo en cuenta estas consideraciones, podemos comprender la preocupación existente en España por la evolución de los precios en los últimos tiempos. Después de un periodo de continuo descenso en el IPC desde 1993 hasta 1997, desde marzo de 1997 la economía española ha experimentado un repunte de los precios, situando nuestra tasa de inflación en el entorno del 3 %. Esta evolución es especialmente preocupante si tenemos en cuenta la evolución de la inflación en la zona euro, respecto a la que presentamos un diferencial de inflación superior al 1 %. Esta circunstancia supone que nuestra economía está perdiendo competitividad respecto a nuestros socios de la unión monetaria.

Esta pérdida de competitividad es ahora más grave que en el pasado, ya que desde 1999 compartimos moneda, el euro, con los principales países europeos, lo que supone que ya no pode-

mos compensar nuestras pérdidas de competitividad a través de devaluación de la moneda. En esa misma línea, la apreciación del euro frente al dólar está haciendo que la pérdida de competitividad no se limite a la Unión Europea, sino que también se está perdiendo competitividad frente a otros países industrializados.

En el caso de los tipos de interés, la evolución es claramente favorable, con un descenso continuo de los diferentes tipos desde 1992, lo que permitió cumplir los criterios de convergencia y entrar en el euro desde su comienzo. La reducción de los tipos de interés ha favorecido la inversión de las empresas y el endeudamiento de las familias, sobre todo debido a la compra de la vivienda. Precisamente la evolución de los precios de la vivienda es especialmente preocupante en España. Así, los precios reales de la vivienda en nuestro país se han duplicado en los últimos 25 años, al tiempo que su ratio sobre la renta media de los hogares ha registrado aumentos notables y se encuentra entre las más altas observadas en los países desarrollados. Entre 1997 y 2002, el precio medio de las viviendas tasadas en España creció un 78 % en términos acumulados, y la última información oficial disponible, correspondiente al primer trimestre de 2003 (una tasa interanual de expansión del 17,5 %), no muestra signos de que dicho crecimiento se esté moderando, a pesar de la desaceleración cíclica de la economía.

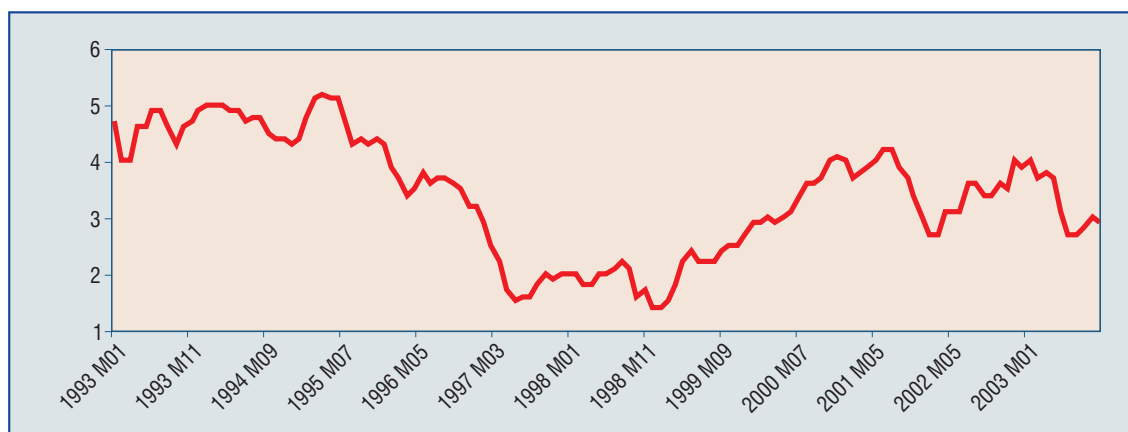
Por último, hay que señalar que una forma de medir la evolución de la calidad de vida en España es analizar la Paridad de Poder de Compra (PPC) frente al dólar. En esencia las PPC se utilizan para realizar cualquier comparación internacional, ya que debemos medir todos los datos en la misma unidad de cuenta. Sin embargo, la mera conversión de las unidades nacionales a una divisa común no garantiza una comparación fiable, ya que los niveles de precios en cada uno de los países son diferentes. Por este motivo, se utilizan las paridades de poder de compra o de poder adquisitivo o PPA. Las PPC son tipos de cambio que permiten expresar en una unidad común el poder adquisitivo de las diferentes monedas nacionales. En otras palabras, una determinada cantidad de dinero, expresada mediante la PPA, permitiría comprar la misma cesta de bienes y servicios en todos los países. Por tanto, las PPA son tipos de cambio que eliminan las diferencias existentes entre los niveles de precios de los distintos países. Por este motivo, un incremento de la PPC supone un acercamiento del nivel de vida entre España y Estados Unidos, circunstancia que a lo largo de los últimos 32 años se ha producido de forma progresiva.

Un aspecto interesante en relación a los tipos de interés es el análisis de la evolución de los tipos de interés de la deuda pública viva, ya que, tal como sugieren diversas propuestas de estandarización en el ámbito de la evaluación económica de tecnologías sanitarias en lo relativo a la elección de una tasa de descuento homogénea, se puede utilizar el coste promedio de la deuda pública viva, que actuaría como una variable aproximada del coste marginal de la última emisión de deuda pública, que reflejaría el coste de oportunidad para el sector público de llevar a cabo un nuevo proyecto sanitario. Como se puede apreciar, desde el inicio de los años noventa se ha producido un declive continuo de los tipos situándose el del bono a 10 años en el umbral del 4 %.

Este descenso de los tipos ha permitido que el coste del endeudamiento se haya reducido de forma considerable, favoreciendo la política de reducción de la deuda pública, y contribuyendo de forma considerable a la consecución del equilibrio presupuestario y a reducir hasta por debajo

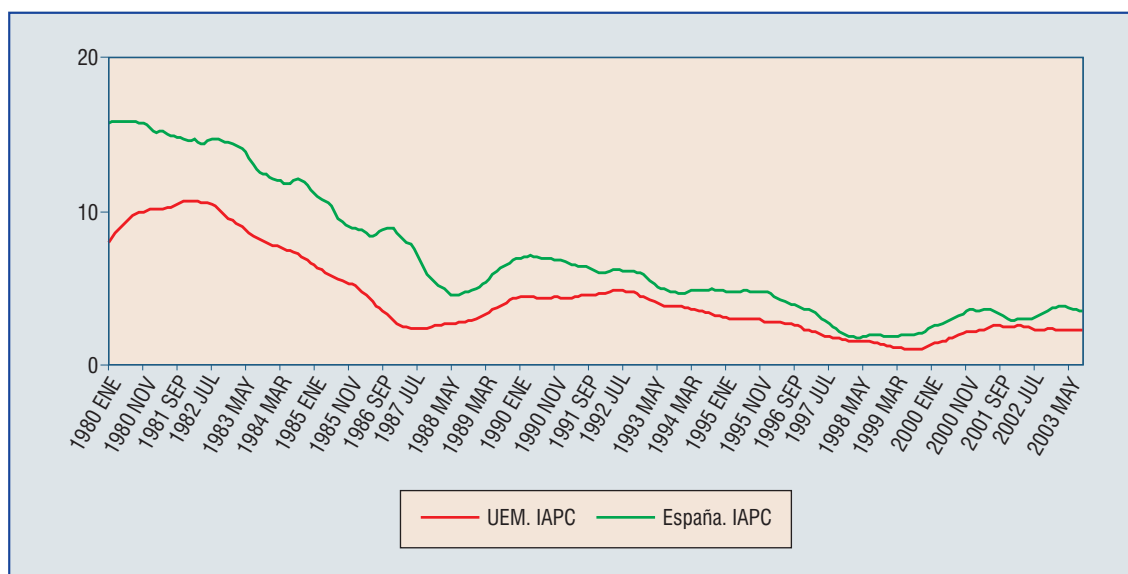
del 55 % del PIB el total de la deuda pública viva, lo que supone 5 puntos porcentuales menos de lo exigido inicialmente por el tratado de Maastricht para nuestra adhesión al euro. Esta favorable evolución de las finanzas públicas españolas contrasta con la marcha del déficit público en las principales economías de la zona euro como Alemania y Francia.

Índice de Precios al Consumo. Variación anual (índice general)



Fuente: Índice de Precios al Consumo. INE. Unidad: variación anual.

Diferencial de inflación de España respecto a la Unión Económica y Monetaria (criterio de convergencia en inflación)



Fuente: Boletín Estadístico del Banco de España. Unidad: variación anual.

Evolución de los tipos de cambio del ecu/euro (dólares estadounidenses por ecu/euro)



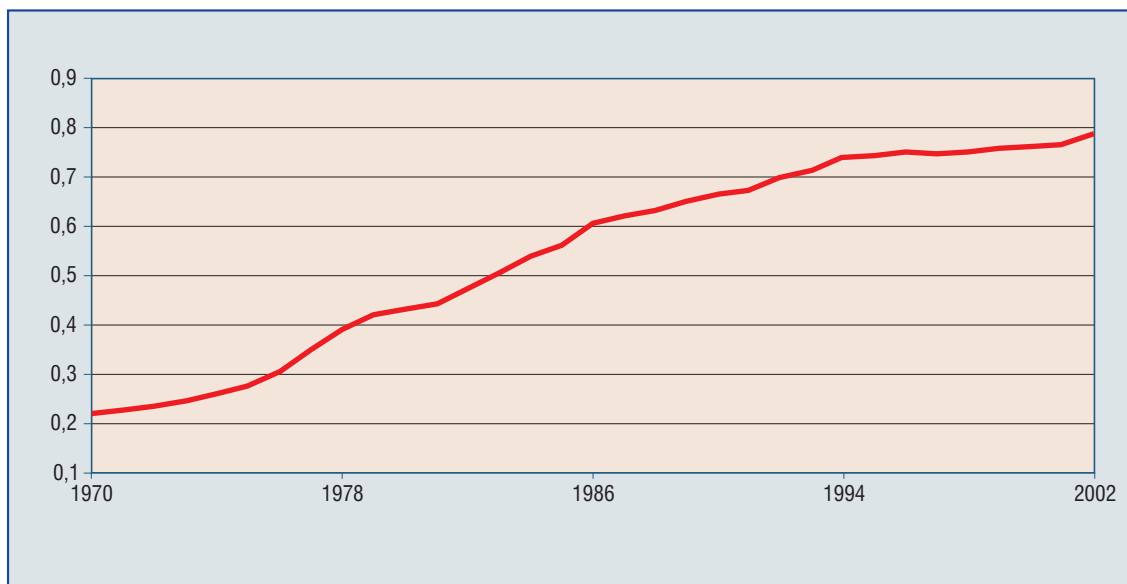
Fuente: Boletín Estadístico del Banco de España.

Evolución de los índices de competitividad, IPE y IPR de España (índice de competitividad. Precios consumo. UE-15)



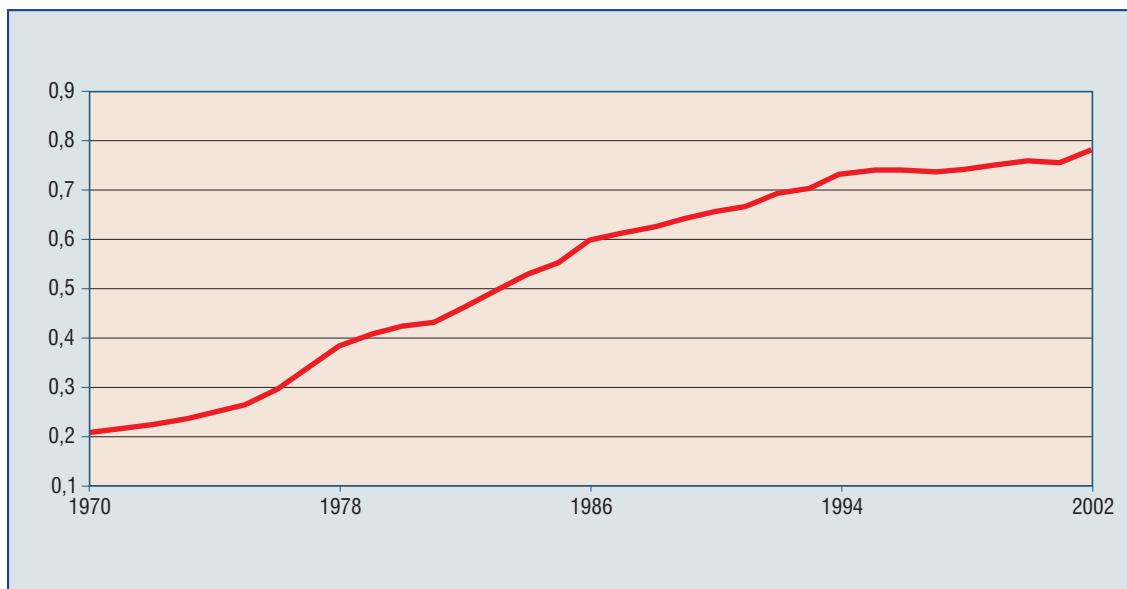
Fuente: Boletín Estadístico del Banco de España. Unidad: número índice. Base 1999.

Evolución de la Paridad de Poder de Compra respecto al dólar de EE.UU.



Fuente: OCDE.

Evolución de la Paridad de Poder de Compra respecto al dólar de EE.UU.



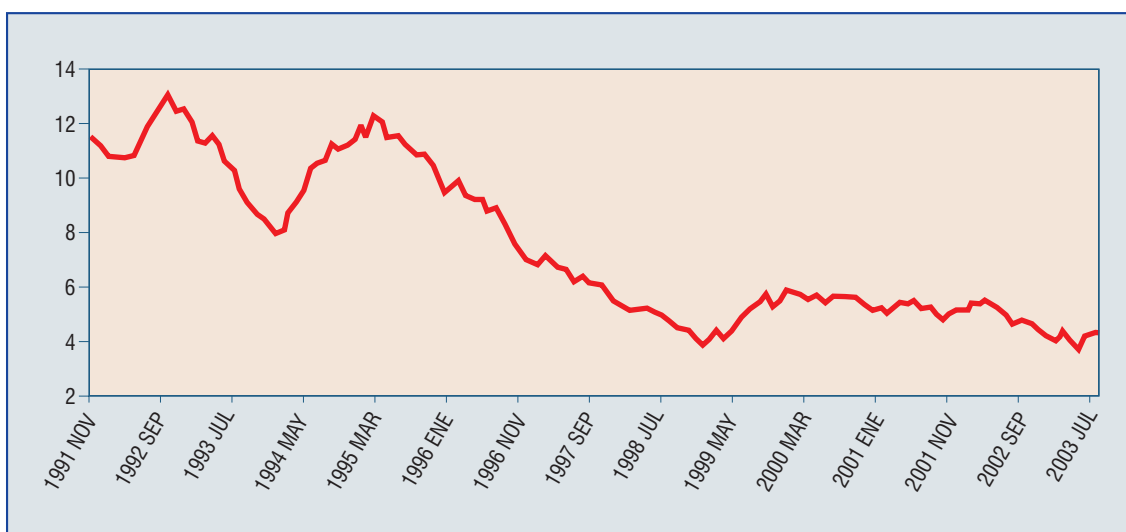
Fuente: OCDE.

Evolución de los tipos de interés en España. Rendimiento a 3 años. Compraventa contado. Bonos y obligaciones

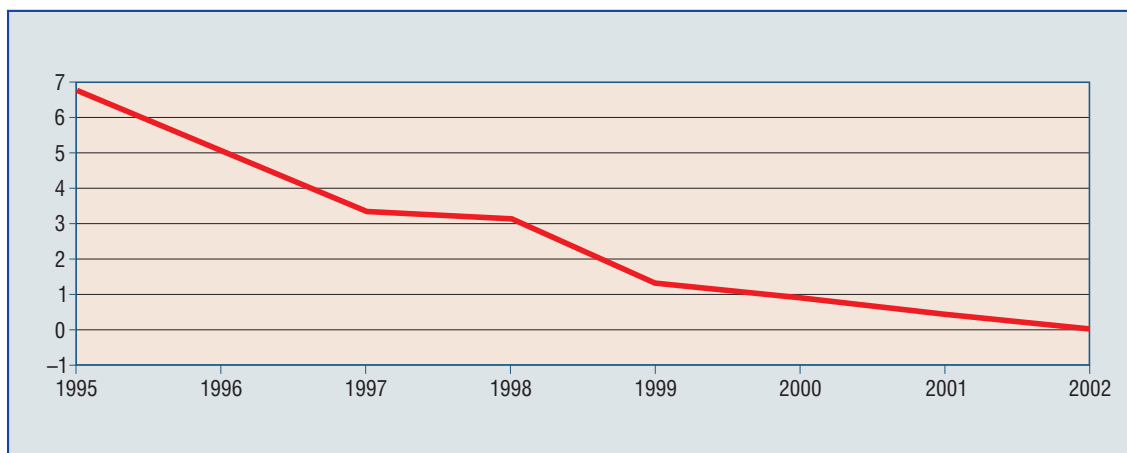


Fuente: Boletín Estadístico del Banco de España. Unidad: porcentaje.

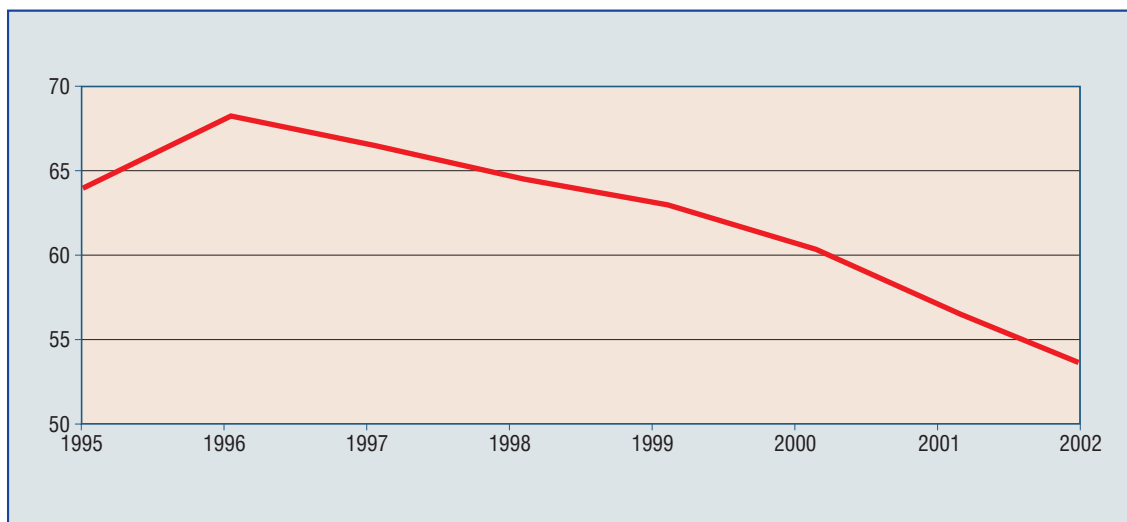
Evolución de los tipos de interés en España. Rendimiento a 10 años. Compraventa contado. Bonos y obligaciones



Fuente: Boletín Estadístico del Banco de España. Unidad: porcentaje.

Capacidad o necesidad de financiación de las AA.PP. (Protocolo de déficit excesivo)

Fuente: Boletín Estadístico del Banco de España. Unidad: % del PIB.

Deuda pública según protocolo de déficit excesivo

Fuente: Boletín Estadístico del Banco de España. Unidad: % del PIB.

5. Hogares y familia

Uno de los aspectos que mejor nos informa acerca del tipo de relaciones sociales y de las condiciones de vida de la población es el conocimiento de sus formas de agrupamiento y residencia. La estadística descriptiva de los hogares se manifiesta como una radiografía de las familias, entendidas como unidades económicas y de convivencia. El estudio de los hogares representa una vía directa para identificar y estudiar las estructuras familiares y la forma de vida de una sociedad. En la medida en que el tamaño y la composición de los hogares dependen de variables demográficas, económicas y culturales, su análisis nos introduce en la modelación social de las relaciones familiares y en la manifestación material del nivel de vida.

El análisis de la composición de los hogares identifica relaciones de parentesco y también estándares de vida, desarrollo, salud y bienestar. El estudio de los hogares, como unidades de convivencia, resulta de vital importancia para el acercamiento al diseño de políticas generales y específicas en cuestiones básicas como la vivienda, la fiscalidad, la protección social, la asistencia y los servicios sociales, sanidad, etc. Determinados indicadores como los de tamaño, composición, equipamiento y gasto de los hogares nos revelan la dimensión doméstica de la vida social y económica de un país y la diversidad existente entre unos y otros.

Aunque en Europa se aprecian diferentes formas o estilos de vida entre los ciudadanos de los distintos países, en el interior de cada uno de ellos existe cierta homogeneidad en cuanto a los rasgos definitorios de los hogares. Estos modelos de hogar/familia están configurados por la peculiar combinación de determinadas variables como la fecundidad, la cohabitación, la divorcialidad y la fecundidad extramatrimonial, dando lugar a una diferente tipología de hogares. El modelo meridional europeo de hogar, al que pertenece España, se caracteriza por presentar valores reducidos en las cuatro variables indicadas, dando lugar a un mayor tamaño y complejidad en las unidades familiares y a una menor incidencia de hogares monoparentales y unipersonales.

Sin embargo, como casi todos los países desarrollados, España ha experimentado en las últimas décadas un proceso de reducción del tamaño medio de las familias y de los hogares, pasando de un promedio de 4 miembros en 1960 a 2,8 miembros por hogar en 2001. Este descenso ha sido favorecido por la caída de la tasa de natalidad, que ha reducido el número medio de hijos por mujer desde 2,8 en 1975 a 1,24 en 2001. Pese a ello, España se mantiene como uno de los países europeos con mayor tamaño medio de los hogares, debido en gran medida a la elevada dependencia de los jóvenes y ancianos respecto a los adultos.

Dicho de otro modo: aunque las familias españolas tienen pocos hijos, éstos permanecen mucho tiempo en el hogar, lo que eleva el tamaño medio del mismo. Padres jubilados y cónyuges dependientes completan el cuadro de ampliación del tamaño medio del hogar muy por encima del resto de los países europeos, hecho al que tampoco es ajena la persistente carestía de la vivienda. El resultado es que España es el país de la UE con menor número de hogares unipersonales y, con excepción de Irlanda, el que tiene un mayor porcentaje de hogares con cuatro o más miembros y también de hogares complejos, entendiendo por tales aquellos que teniendo más de dos miembros, incluyen a algún miembro que no pertenece al núcleo básico familiar.

Las mejores fuentes estadísticas disponibles en España para el estudio de los hogares, tanto desde el punto de vista de su tamaño y estructura, como para el análisis de sus aspectos económicos, son la Encuesta Continua de Presupuestos Familiares (ECPF) y el Panel de Hogares (PHOGUE). Los censos decenales de población y las encuestas periódicas de población activa (EPA) facilitan también un interesante caudal de información sobre esta materia. En el aspecto económico, la ECPF nos permite conocer la estructura de consumo de los hogares, en cuanto a los diferentes tipos de gasto y su nivel de equipamiento.

El consumo en España, como en casi todos los países desarrollados, es el componente fundamental del Producto Interior Bruto (PIB). Pese a la importante expansión del consumo registrada en las últimas décadas, España todavía se encuentra por debajo del nivel medio de la Unión Europea en cuanto al poder de compra de las familias. Como cabe esperar, encontramos notables diferencias en cuanto a los patrones de consumo y el nivel de compra entre las diferentes comunidades autónomas. Madrid, País Vasco y Baleares fueron las comunidades con mayor consumo en 2002; Extremadura y Castilla-La Mancha tuvieron los consumos medios más bajos.

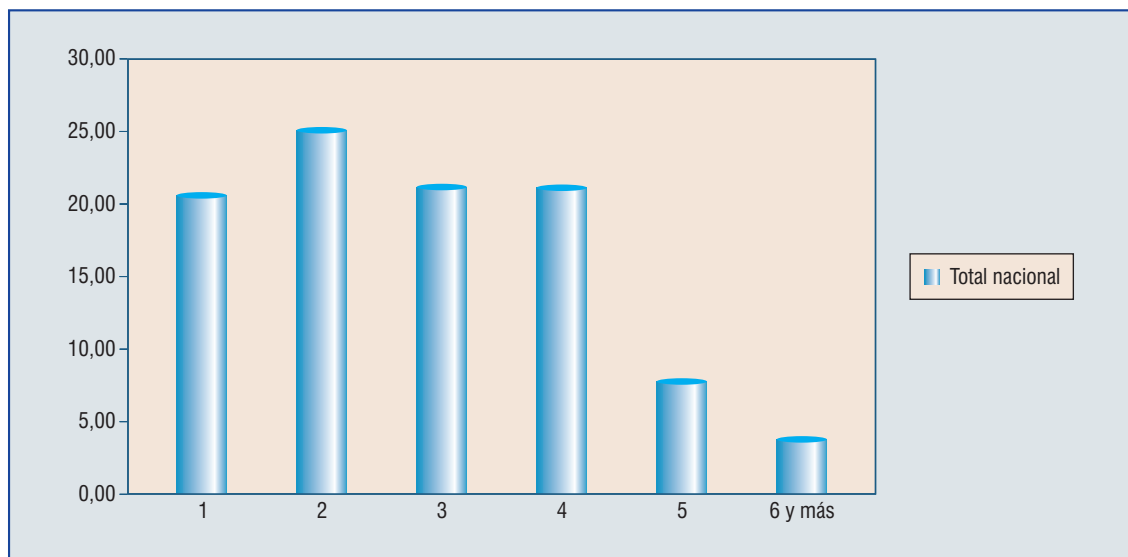
Consumo y equipamiento de los hogares son aspectos esenciales para determinar el nivel de vida de las familias. La evolución de la estructura del consumo en los países desarrollados refleja un deslizamiento del gasto desde los bienes a los servicios, especialmente en hostelería y servicios personales. El apartado de “alimentación” pierde peso progresivamente frente al resto de los grupos de gasto. Los servicios de educación y sanidad adquieren mayor relieve en los gastos familiares, aunque atenuado, en el caso de España, por el protagonismo del ámbito público en estos sectores. Pero, sin duda, el capítulo del consumo familiar que más se ha incrementado en nuestro país en los últimos años ha sido el de la vivienda.

En materia de equipamiento, la positiva evolución de los hogares ha sido patente. La disponibilidad de frigorífico, televisión en color y lavadora automática es, a día de hoy, prácticamente universal en todos los hogares, con porcentajes de tenencia superiores al 97,7 % (2000); cuatro de cada cinco hogares dispone al menos de un automóvil; el video está presente en dos de cada tres hogares, el lavavajillas en uno de cada cuatro y el ordenador en uno de cada tres, de los cuales, dos tercios son usuarios de Internet.

El Panel de Hogares (PHOGUE) aporta también importante información en torno a los ingresos de las familias, la composición de los hogares y otras variables de elevado interés en cuanto al nivel de bienestar y la calidad de vida. Aparte de su riqueza informativa, el valor añadido del PHOGUE está en el hecho de ser una encuesta europea con un alto grado de armonización, lo cual permite disponer en una misma base de datos, estadísticas comparables para diversos países con estructuras sociales, económicas y demográficas muy diferentes.

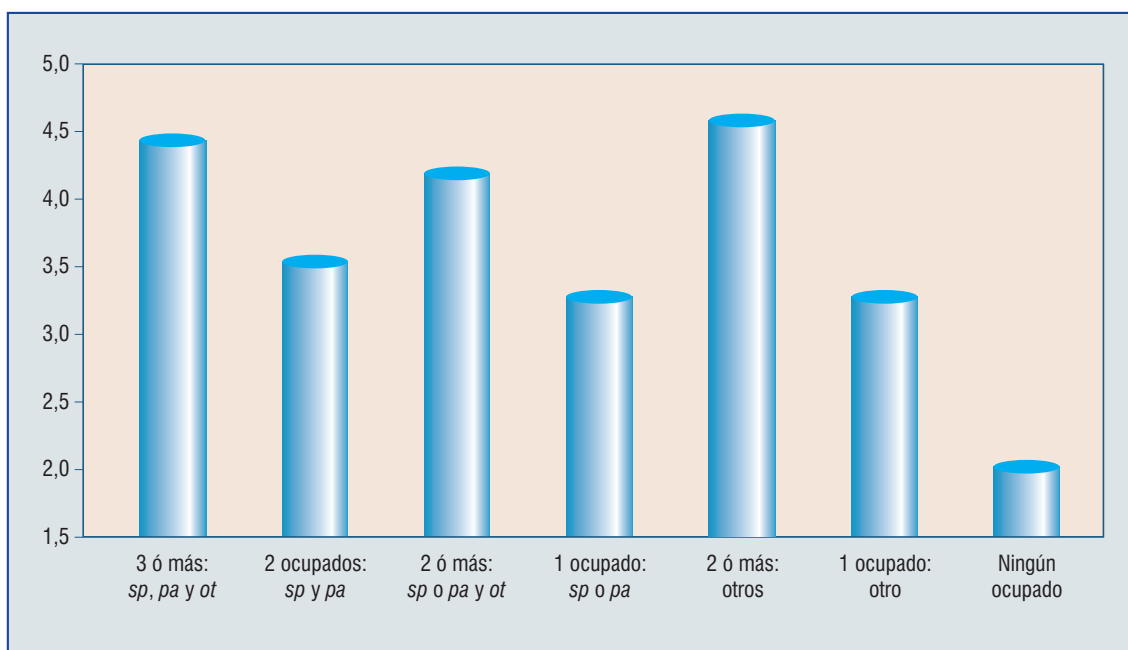
Ingresos, actividad, educación, vivienda, equipamiento, relaciones sociales o estado de salud son algunos de los apartados que pueden analizarse a través del Panel de Hogares. La última oleada del PHOGUE, correspondiente al año 2000, aporta una novedad de alto interés, ya que permite la desagregación de resultados por comunidades autónomas. Ello posibilita las comparaciones estadísticas no sólo externas, con el resto de los países europeos, sino también interna, entre las diferentes comunidades españolas.

Hogares, personas por CC.AA. de residencia y tamaño medio del hogar



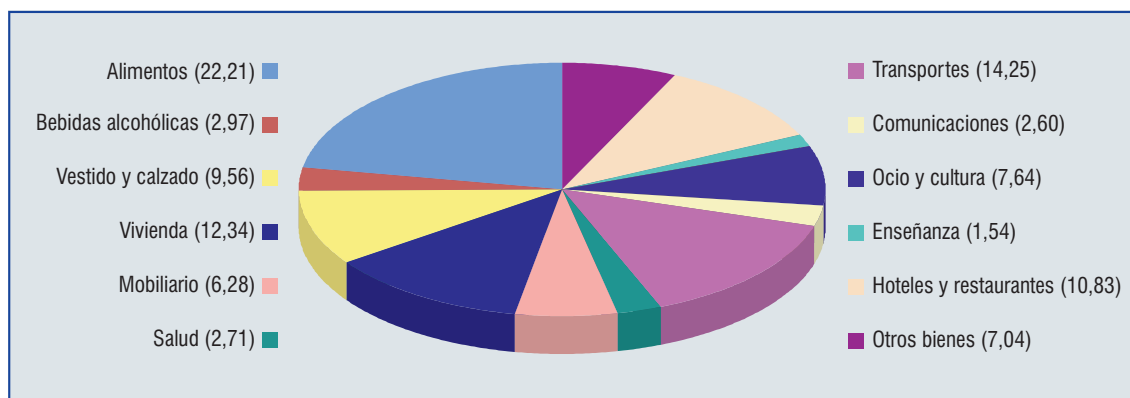
Fuente: Encuesta Continua de Presupuestos Familiares. INE. Unidad: porcentaje.

Tamaño medio del hogar por situación económica del hogar: ocupados (2000)



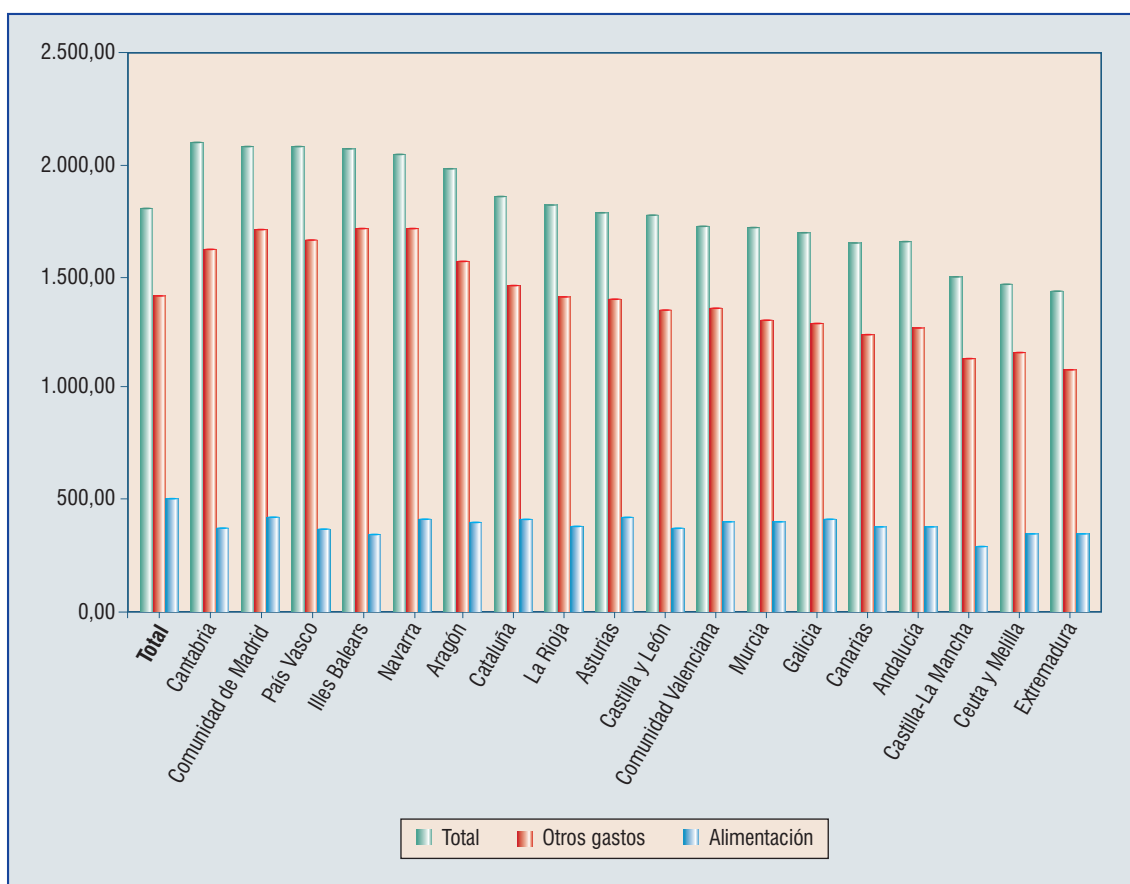
Fuente: Encuesta Continua de Presupuestos Familiares. INE.

Estructura porcentual del gasto total real por grupo de gasto



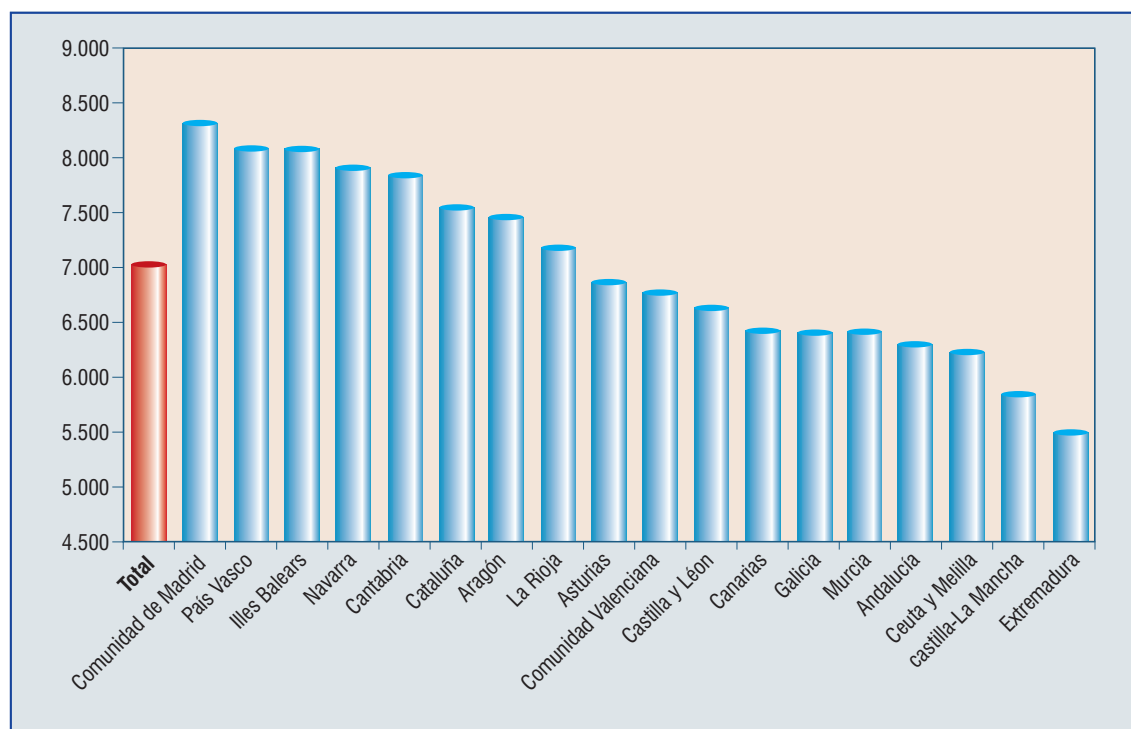
Fuente: Encuesta Continua de Presupuestos Familiares. INE.

Gasto medio por persona en alimentación y otros gastos por CC.AA. 4 trim. 2002



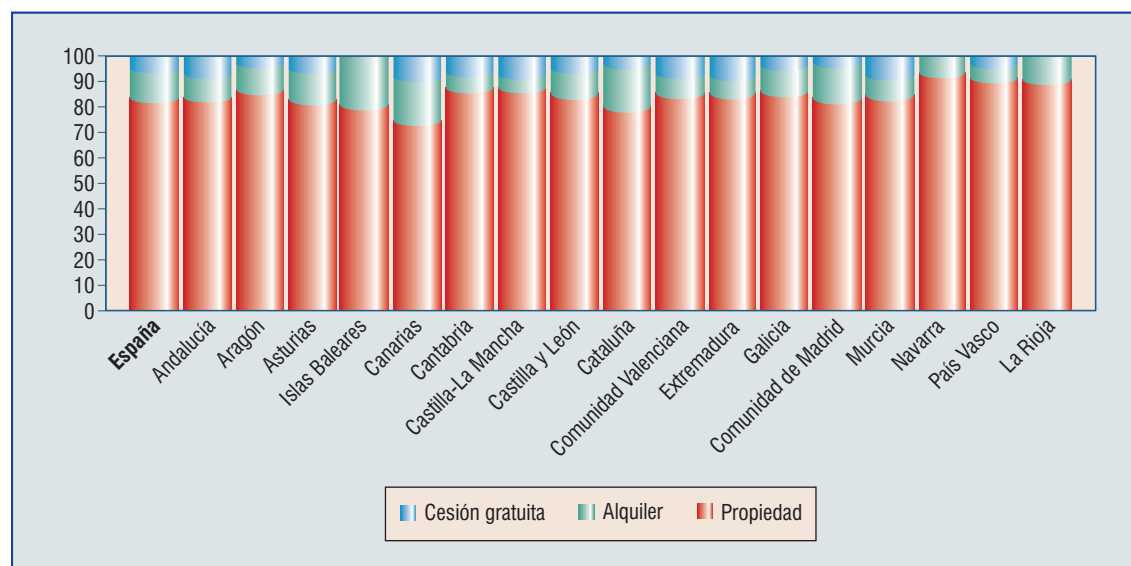
Fuente: Encuesta Continua de Presupuestos Familiares. INE. Unidad: euro.

Gasto medio por persona según CC.AA. (2002)



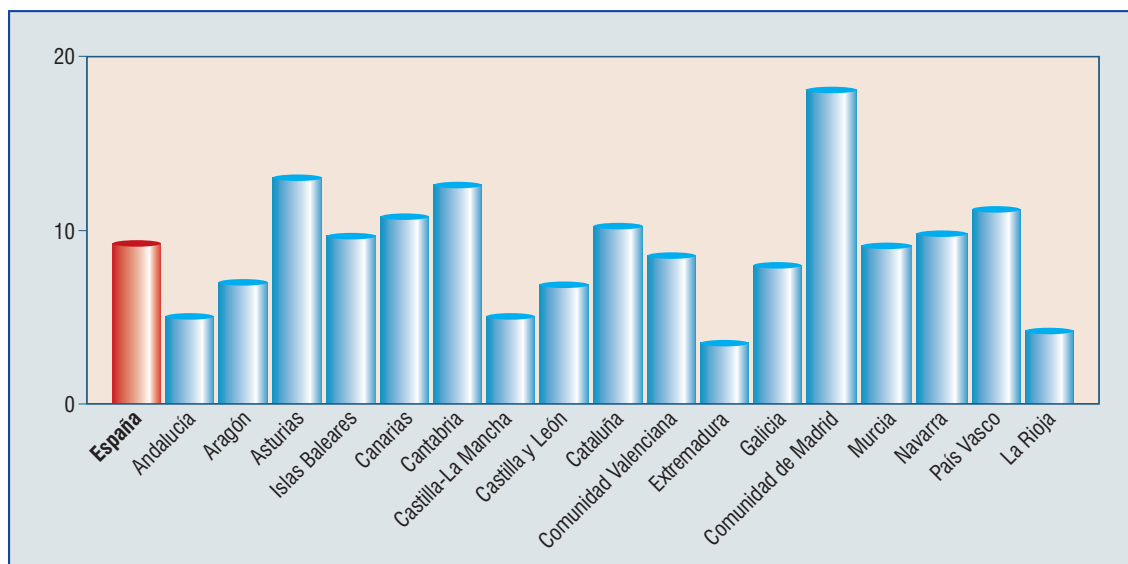
Fuente: Encuesta Continua de Presupuestos Familiares. INE. Unidad: euro.

Hogares por el régimen de tenencia de la vivienda. (2000)



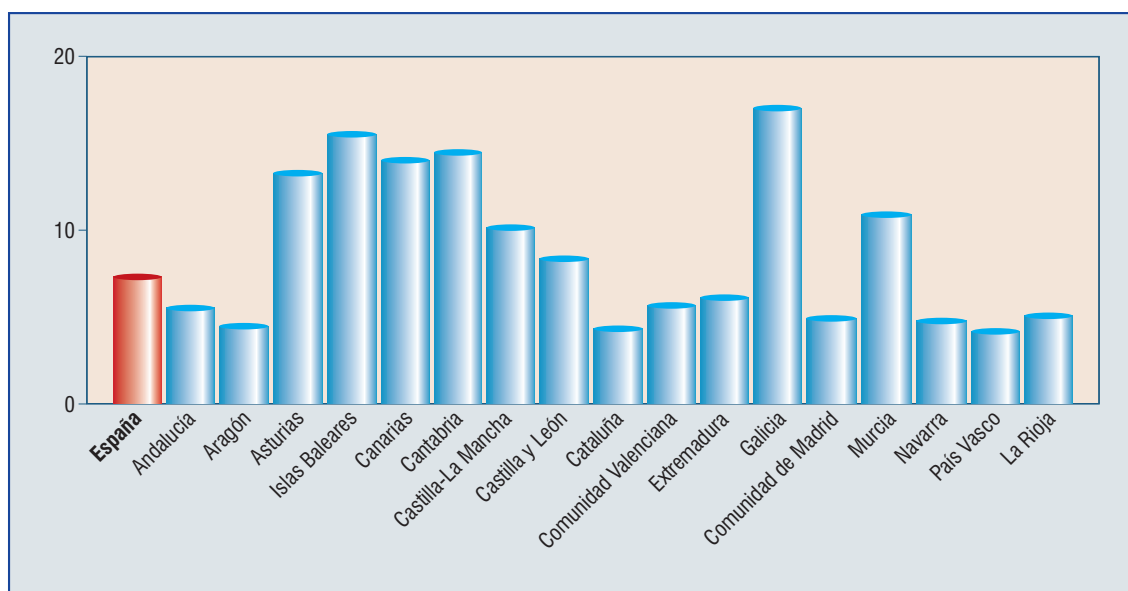
Fuente: Panel de Hogares de la Unión Europea. España. INE. Unidad: porcentaje.

**Hogares y determinados problemas que sufren. Año 2000
(contaminación o problemas medioambientales)**



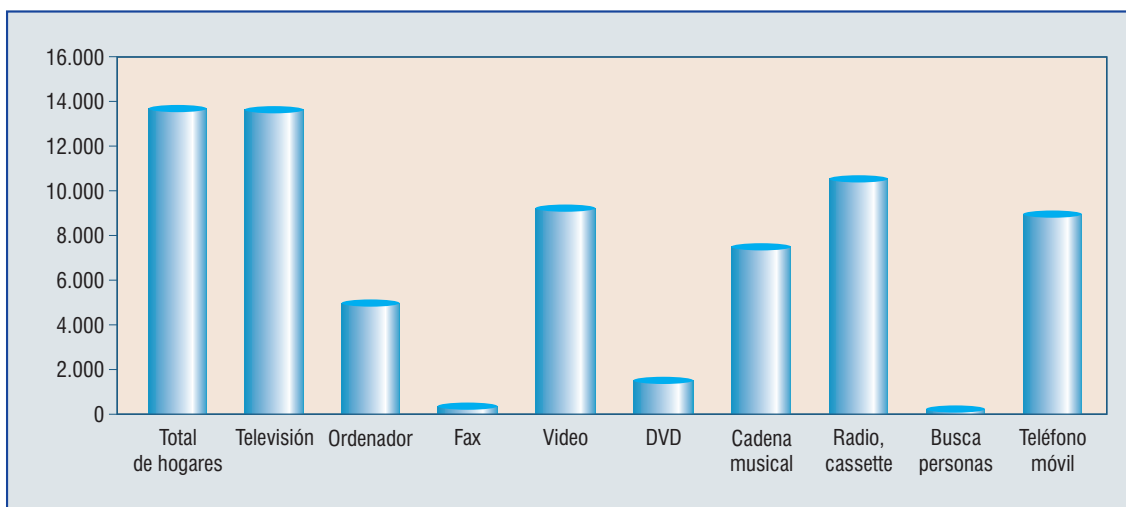
Fuente: Panel de Hogares de la Unión Europea. España. INE. Unidad: porcentaje.

Hogares y determinados problemas que sufren. Año 2000 (humedades)



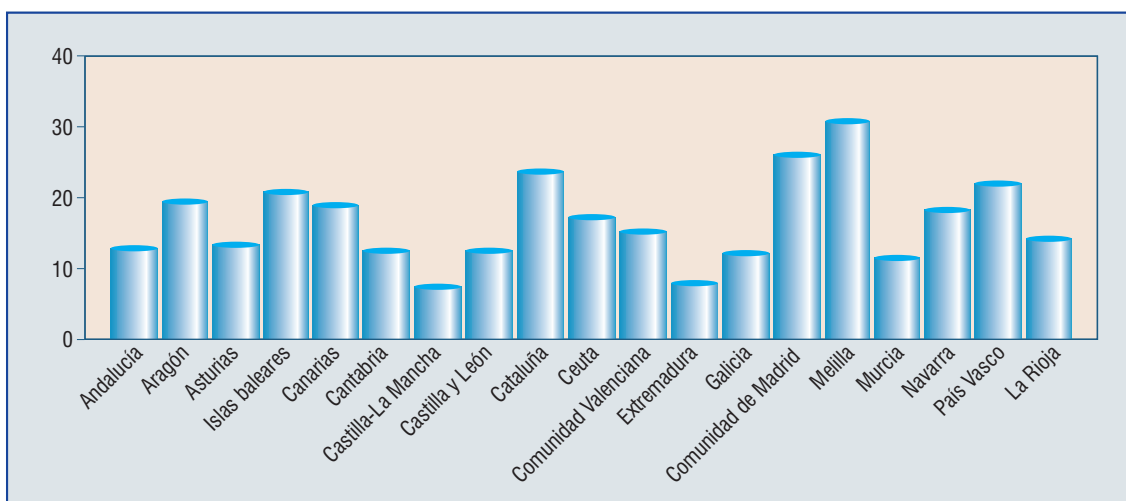
Fuente: Panel de Hogares de la Unión Europea. España. INE. Unidad: porcentaje.

Equipamiento de productos de las tecnologías de la información



Fuente: Encuesta de tecnologías de la información en los hogares. INE. Unidad: Hogares.

Porcentaje de hogares con acceso a Internet sobre el total de hogares



Fuente: Encuesta de tecnologías de la información en los hogares. INE.

6. Protección social

La protección social arraiga en la necesidad de seguridad que tienen los seres humanos y en la conveniencia de que toda comunidad provea los medios necesarios para garantizar a sus miembros unos niveles mínimos de salud y bienestar. El grado de cobertura social o de aseguramiento que una sociedad demanda está en función de su propio desarrollo económico, social y cultural. También la capacidad para financiar dicha cobertura depende del nivel de riqueza y el progreso económico de cada país.

Tanto la extensión de la protección social como su forma de administrarla son diferentes en unos y otros países, obedeciendo a parámetros de carácter económico y político. El modelo continental, contributivo y profesional, seguido en España e instrumentado a través del sistema de la Seguridad Social, está asociado con la previsión laboral y la protección de los trabajadores o asalariados de las diferentes contingencias que pueden afectarles. Frente a este modelo, el atlántico, asistencial y universalista, se financia fundamentalmente por vía fiscal. En la práctica, casi todos los países utilizan las dos fuentes de financiación, si bien en diferente proporción.

En España, como en muchos países desarrollados, el sistema de protección social se amplía, bajo el concepto de servicios sociales y asistencia social o pública, para atender a otros colectivos: menores, ancianos, minusválidos, indigentes, toxicómanos, etc. La extensión progresiva de la cobertura obliga a combinar las dos fuentes básicas de financiación de la protección social: la contributiva y la fiscal. A lo largo de la última década asistimos a un incremento de la participación estatal y a una reducción en términos relativos de las cotizaciones sociales de empresas y trabajadores. La aportación estatal alcanza en el conjunto de la UE, el 35 % de la protección social.

Según la metodología del SEEPROS (Sistema Europeo de Estadísticas Integradas de Protección Social) se considera como gasto de protección social “todo gasto que esté ocasionado por la cobertura de las cargas que, para los individuos, o para los hogares, representa la aparición o existencia de ciertos riesgos, contingencias o necesidades, en la medida que el gasto suponga la intervención de un tercero –que puede ser unidad pública o privada, pero ajena al hogar– y no represente una contrapartida simultánea y equivalente del beneficiario”.

El nivel de cobertura y los recursos que deben destinarse a cada riesgo o situación de necesidad dependen de la propia estructura demográfica y productiva de una sociedad. Países con poblaciones envejecidas deben destinar cuantiosos recursos a las pensiones de vejez y supervivencia; otros con altas tasas de paro deben hacerlo en subsidios y prestaciones de desempleo. España sufre ambas presiones, por lo que debe utilizar todos los medios disponibles para evitar el deterioro de la tasa de dependencia y garantizar la sostenibilidad del sistema de protección social. Varios países europeos, entre ellos España, están llevando a cabo reformas en los sistemas de pensiones.

En todos los sistemas de protección social europeos, las pensiones de vejez y supervivencia representan la mayor partida en prestaciones. El 46 % del gasto en protección social de los países de la UE se destina a este fin; aproximadamente un 35 % del mismo sirve para atender la protección de la salud. Un 15 % se reparte entre cobertura al desempleo, maternidad y familia, quedando un

4 % aproximadamente para otros fines y contingencias de menor entidad económica. El gasto en protección social de los países de la Unión Europea se sitúa en 2002 en el 27,2 % del PIB.

El presupuesto del sistema público español de protección social para el año 2004 alcanza la cifra de 78.687 millones de euros que representan un incremento del 7,5 % respecto al año anterior. Como consecuencia del proceso de transferencia de competencias en materia sanitaria a las Comunidades Autónomas, los recursos destinados a la cobertura de los servicios sociales y sanitarios transferidos han dejado de formar parte del presupuesto de la Seguridad Social. Las cotizaciones sociales cubrían, en 2003, el 93 % del presupuesto de la Seguridad Social. Los elevados niveles de afiliación al sistema, que ha superado los 16 millones de cotizantes, junto a las citadas transferencias sanitarias a las CCAA, han reducido la aportación estatal a la Seguridad Social a un 5,6 %. El gasto en protección social en España se mantiene desde hace un lustro ligeramente por encima del 20 % del PIB.

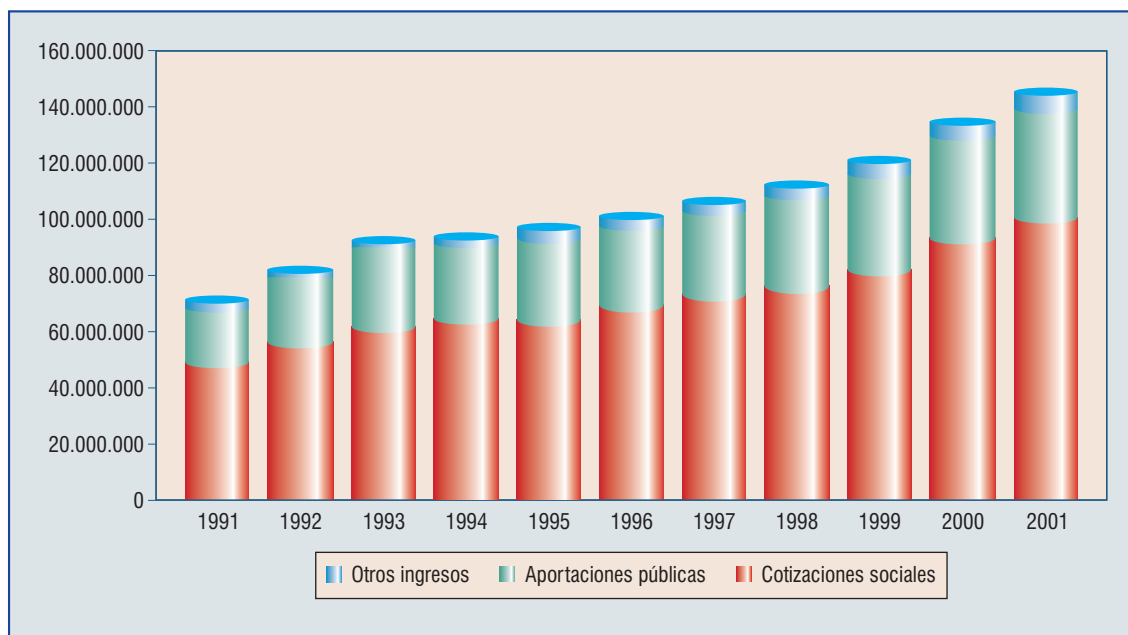
Sin embargo, a medio plazo y a pesar de la movilización del potencial de empleo disponible, resulta inevitable que se produzca un aumento del peso de los gastos de pensiones. El crecimiento económico y el incremento sostenido de la productividad serán decisivos para que los presupuestos públicos respondan a este desafío. Otras medidas, como el incremento de la edad oficial de jubilación o del número de años de cotización requeridos para causar derecho a una pensión completa, están en la agenda de posibles remedios paliativos frente al previsible incremento de las cargas sociales.

Las financiaciones alternativas, el establecimiento de reservas y la reducción de la presión fiscal excesiva, en particular, sobre el trabajo, pueden ser también medidas necesarias para asegurar la sostenibilidad del sistema de pensiones. A este respecto, las instituciones de la UE recomiendan presentar todos los sistemas de pensiones de Europa como una combinación de los tres “pilares” (sistema público, sistema profesional, sistema individual), aun reconociéndose que el peso del tercero de ellos es todavía simbólico.

Parece oportuno fomentar los regímenes profesionales (segundo pilar) y los planes individuales de pensiones (tercer pilar); el recurso a las pensiones basadas en la capitalización puede ser necesario en la medida en que podría aliviar la presión sobre las finanzas públicas y contribuir a una configuración más flexible de los sistemas de pensiones. Los fondos de pensiones y los regímenes de complementariedad privados, públicos o mutualistas de capitalización, pueden ser útiles para completar los sistemas públicos de reparto y hacer frente a los desafíos del envejecimiento de la población.

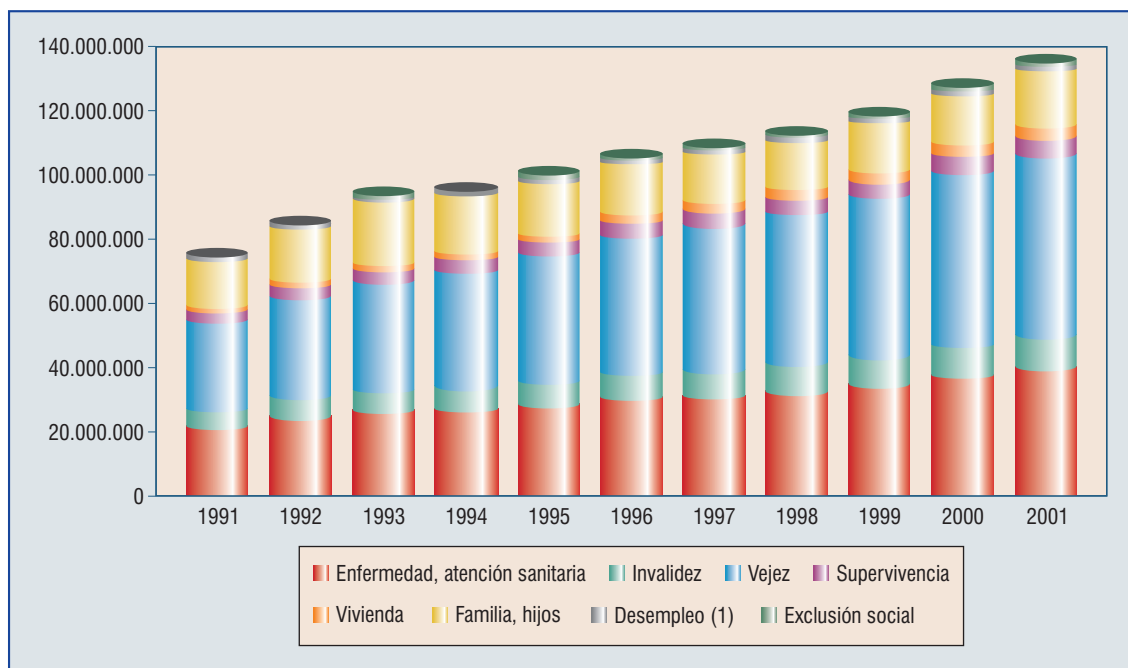
Los Pactos de Toledo (1995), el Acuerdo de consolidación y racionalización del Sistema (1996), el Acuerdo de protección social (2001) y la consolidación del Fondo de Reserva para Pensiones (2002) se orientan en España en la dirección de establecer cauces concordados con los interlocutores sociales para asegurar la solvencia y eficacia del sistema nacional de protección social. A ello habrá que añadir como presupuestos de sostenibilidad y mejora de la protección social, el mantenimiento de un crecimiento económico que permita conservar la capacidad de creación de empleo y que, en el ámbito de la Seguridad Social, se traduce en un crecimiento sostenido de la afiliación y de los recursos vinculados a la financiación de las prestaciones sociales de la Seguridad Social.

Ingresos de protección social por tipo



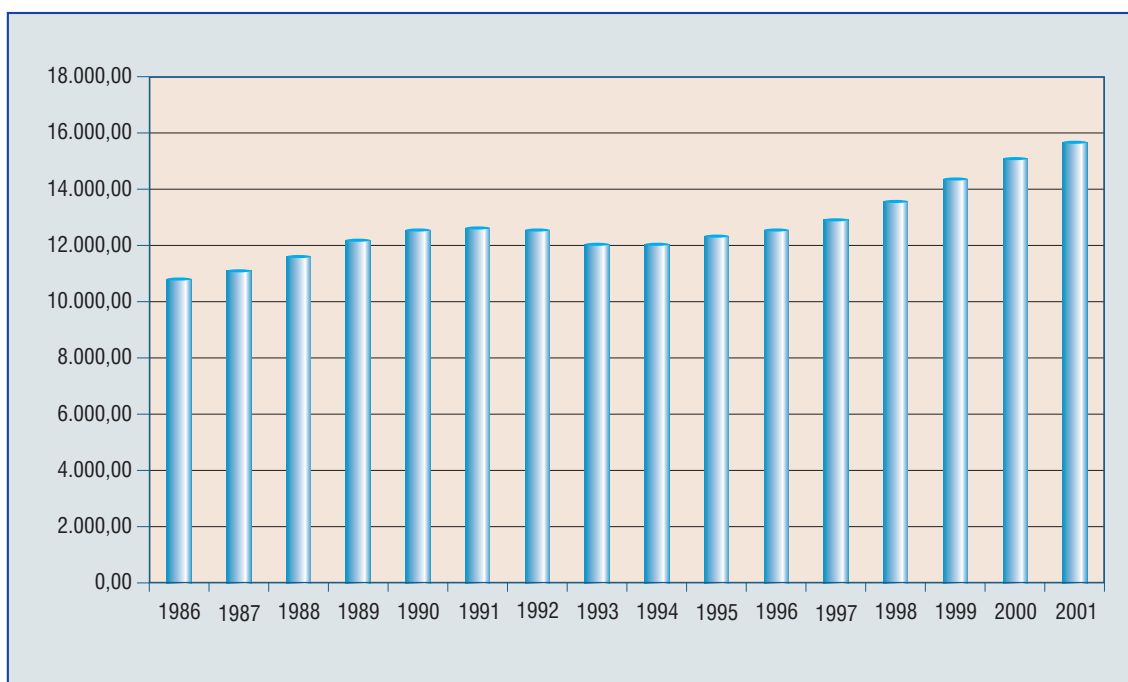
Fuente: MTAS. Unidad: miles de euros.

Gastos de prestaciones sociales por tipo



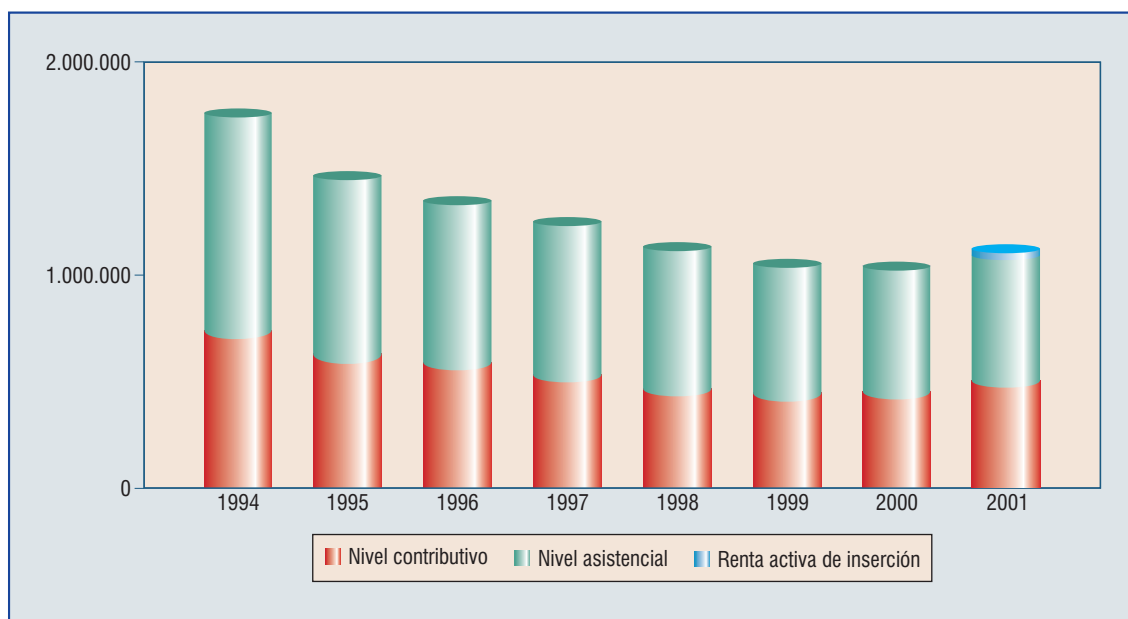
Fuente: MTAS. Unidad: miles de euros.

Afiliados a la Seguridad Social (1986-2001)



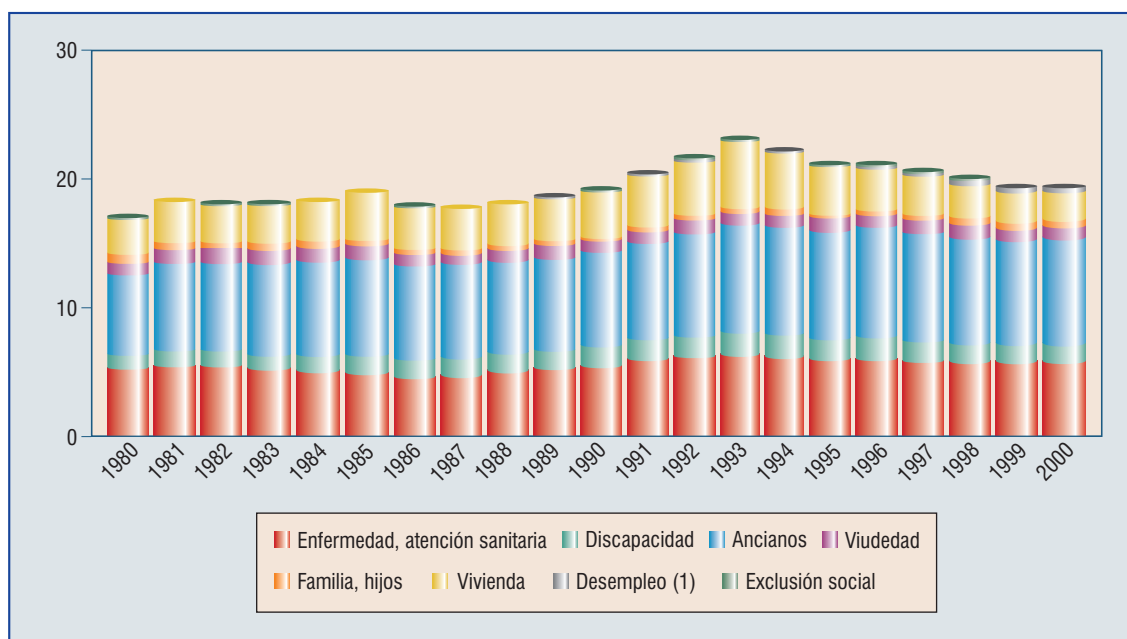
Fuente: MTAS. Unidad: Personas.

Beneficiarios según clase de prestación por desempleo, sexo y edad (2001)



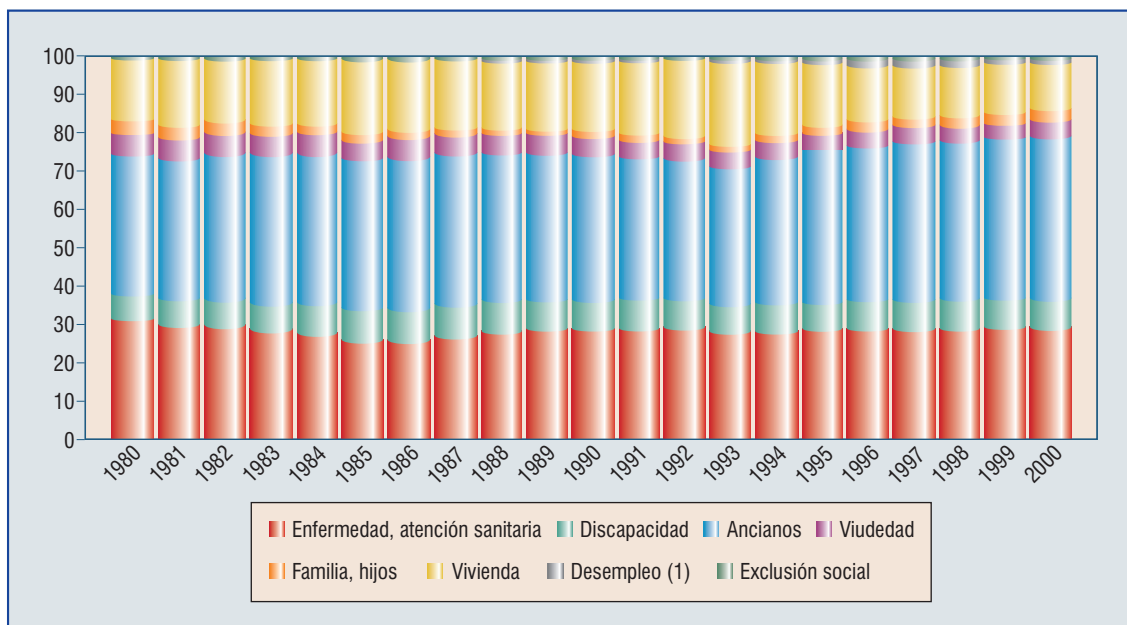
Fuente: MTAS. Unidad: personas.

Gasto social en España por políticas (porcentaje del Producto Interior Bruto)



Fuente: New Cronos. Eurostat.

Gasto social en España por políticas (porcentaje sobre el total de ingresos)



Fuente: New Cronos. Eurostat.

CAPÍTULO 3

Estado de salud

1. Mortalidad

El crecimiento vegetativo mide la diferencia de nacimientos y defunciones en su relación con la población total en un periodo de tiempo. El crecimiento, positivo o negativo, de una población depende del número de personas que nacen y de las que fallecen en un espacio de tiempo determinado. En términos demográficos, estos procesos se integran bajo el nombre de *movimiento natural* de la población. Sin embargo, aunque no puede dudarse que el inicio y el fin de la vida humana suelen ser procesos normales, la forma, el momento y frecuencia con que se producen uno y otro dependen de múltiples factores, algunos de los cuales no son esencialmente naturales.

Al igual que ciertos factores económicos, sociales y culturales influyen de modo determinante en el aumento o disminución del número de nacimientos, la nutrición, las condiciones de vida, el progreso de la medicina y otras variables derivadas del desarrollo social y económico intervienen de forma muy importante en la mayor o menor duración de la vida, condicionando también el repertorio causal que ocasiona su terminación. Vivir más y mejor ha sido el anhelo constante de los seres humanos durante toda su existencia. La muerte y la enfermedad son los enemigos “naturales” y primordiales de tan humana aspiración.

El estudio de la mortalidad y de sus múltiples causas nos informa acerca de los límites y obstáculos que se interponen en el objetivo, de individuos y sociedades, de proteger y mantener la vida humana. Las estadísticas de mortalidad nos permiten reconocer, además de los avances en la ciencia médica, otros parámetros y rasgos de la vida social y económica como la educación, la alimentación, el medio ambiente, los hábitos de vida, los factores de riesgo y, en suma, la salud general de los individuos. Pese a su inexorable severidad, la mortalidad es el hecho demográfico más rico en cuanto se refiere a información socio-estadística y sanitaria.

Las estadísticas de mortalidad son de enorme utilidad para la evaluación del estado de salud de una población y, en consecuencia, también para el diseño y elaboración de planes y políticas sanitarias. La ineluctable continuidad y globalidad del suceso que reflejan permite su utilización como un instrumento muy fiable de comparación para medir el grado de desarrollo económico, social y sanitario de los diferentes países o regiones, así como los avances que, en

materia de servicios sanitarios, se realizan a lo largo del tiempo. El progreso de la ciencia médica y la mejora de las condiciones socioeconómicas han provocado un descenso generalizado de las tasas de mortalidad y un notable envejecimiento de las poblaciones de las sociedades desarrolladas.

No sólo se ha producido una mayor duración de la vida de las personas ancianas: el aumento de la esperanza de vida repercute sobre ambos sexos y en todas las edades. Los progresos obtenidos a lo largo del último siglo en la reducción de la mortalidad y la prolongación de la vida pueden calificarse de espectaculares. Baste recordar que hace un siglo la probabilidad o esperanza de vida al nacer en España estaba en 35 años y en 2001 se situaba en 75,3 años para los hombres y en 82, para las mujeres. En la Unión Europea, la esperanza de vida durante el 2002 fue de 75,5 para los hombres y de 81,6 años para las mujeres. No hay actualmente ninguna razón que impida que la esperanza de vida se pueda elevar en un futuro por encima de los 100 años, sí los determinantes de la salud fueran en la dirección apropiada.

El incremento del número y proporción de personas de edad avanzada y la mejora de los sistemas de salud y protección social conducen a que dos de cada tres personas fallezcan en hospitales o clínicas. Además de presionar sobre los servicios sanitarios, que amplían su actuación del marco terapéutico al paliativo y de mero cuidado, el aumento de la mortalidad hospitalaria pone de evidencia cuestiones de carácter ético y social ya que traslada el suceso del fallecimiento desde el hogar familiar al medio sanitario. Esta circunstancia protege y refuerza la aversión cultural a la muerte, pero no facilita en muchos casos un mejor tránsito a la otra vida a las personas ancianas y/o enfermas que se ven privadas de su entorno familiar en los momentos más difíciles.

Dentro de la estadística de la mortalidad son muchos los parámetros que pueden ser estudiados. La mortalidad absoluta registra el número de muertes sucedidas en un país o región, durante un periodo de tiempo determinado, generalmente un año. Más precisa es la tasa de mortalidad general, que recoge el número de fallecimientos al año por cada 1.000 habitantes en un país. El inconveniente de la tasa de mortalidad general como medida de la salud, es que resulta ser una variable parcialmente dependiente del número de ancianos, con lo que el alargamiento de la vida, que es un logro de la sanidad y el desarrollo social, lleva aparejado el coste estadístico del incremento de dicha tasa. Para eludir este problema se utilizan las tasas normalizadas, que son un promedio de las tasas específicas por edad.

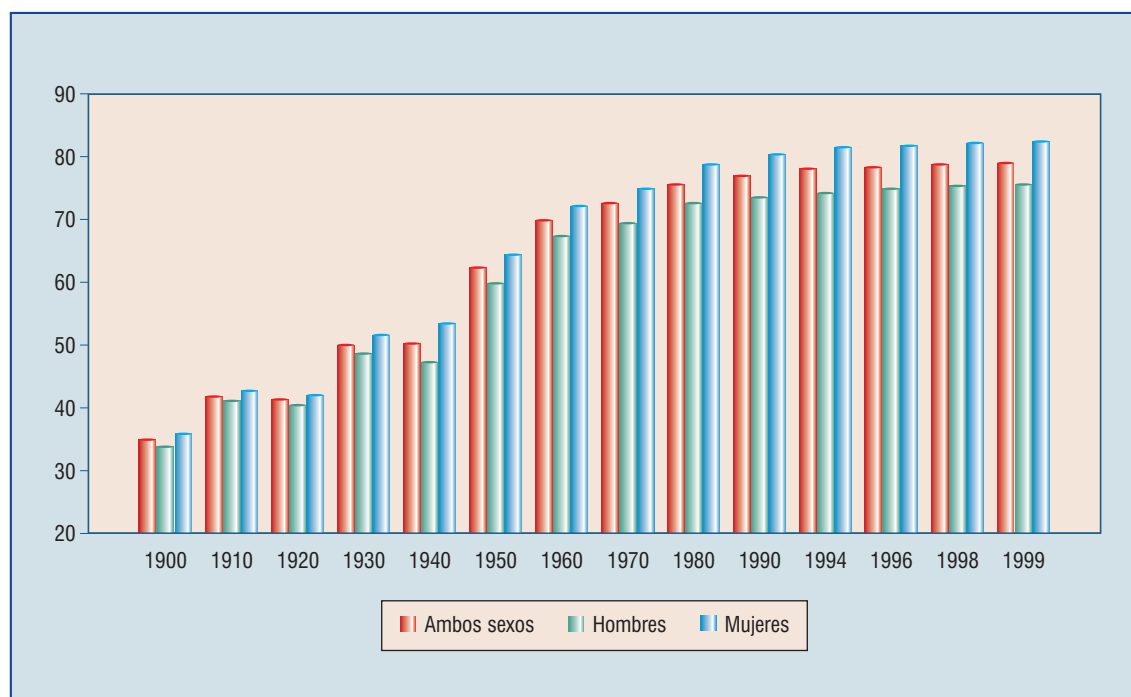
Estrechamente ligado al análisis de la mortalidad está el de las causas que la motivan.

El registro de las enfermedades o lesiones causantes de muerte tropieza con la enorme dificultad que en ocasiones tiene la determinación de la causa directa de la muerte. Frente a la causalidad múltiple y compleja de muchos decesos, la exigencia estadística obliga a la elección de una causa principal que se recoge como causa inmediata del fallecimiento y viene determinada por la lesión, enfermedad o complicación que ha producido la muerte. Además se consigna la causa fundamental, es decir, la lesión o enfermedad que inició las alteraciones que conducen a la muerte.

El análisis de la mortalidad en España en el año 2000 refleja que se mantienen estables los patrones de años anteriores. Las enfermedades cardiovasculares permanecen como primera causa de muerte, con el 34,9 por ciento del total de fallecimientos. En este grupo, las enfermedades isquémicas del corazón (infarto agudo de miocardio, angina de pecho, etc.) son la primera causa. Los tumores ocupan el segundo lugar como causa de muerte, con el 26,4 por ciento del total de fallecimientos. De ellos, el de pulmón es el más pernicioso para los varones y el de mama para las mujeres, provocando en el año 2000 un total de 17.363, el primero y 5.677 el segundo. Los accidentes de tráfico fueron responsables de 6.019 muertes y sigue siendo la principal causa de muerte entre jóvenes de entre 15 y 34 años.

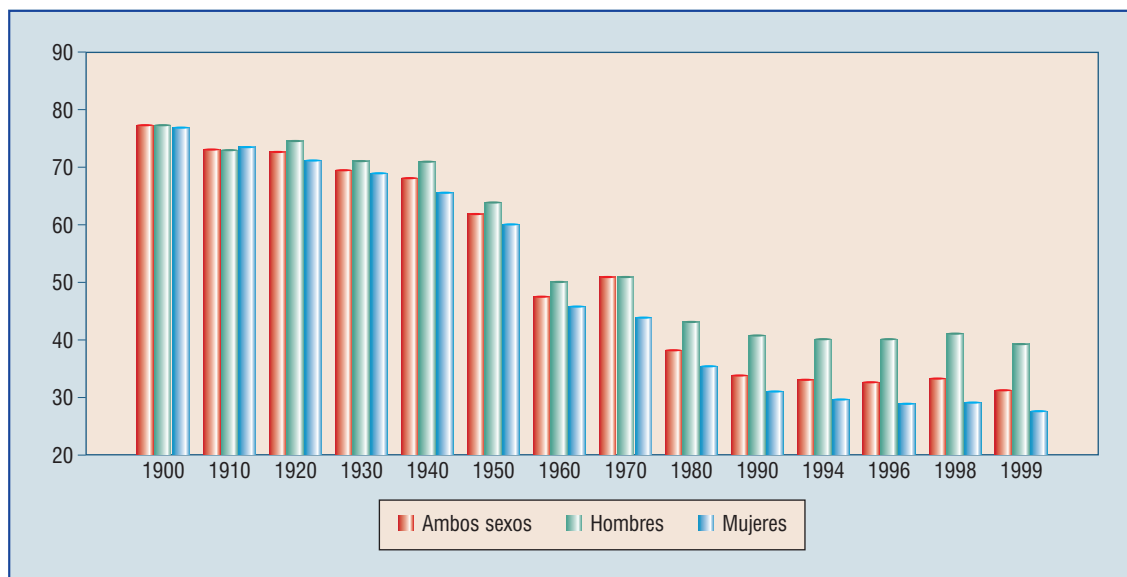
Durante las últimas dos décadas (1980-2000) la tasa ajustada de mortalidad en el conjunto de las causas se redujo en España más del 20 por ciento. Sin embargo, algunas de dichas causas han incrementado su efecto mortal: estas son la enfermedad de Alzheimer, la arteriosclerosis, el suicidio, la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el cáncer. Aunque la tasa de crecimiento de la mortalidad por cáncer no es elevada, sus efectos sobre la población siguen siendo devastadores: en la Unión Europea la mortalidad por esta causa alcanzó en 2000 a un millón de personas y cien mil en España, de las que la cuarta parte se deben a cáncer de pulmón y de mama.

Esperanza de vida por grupos de edad



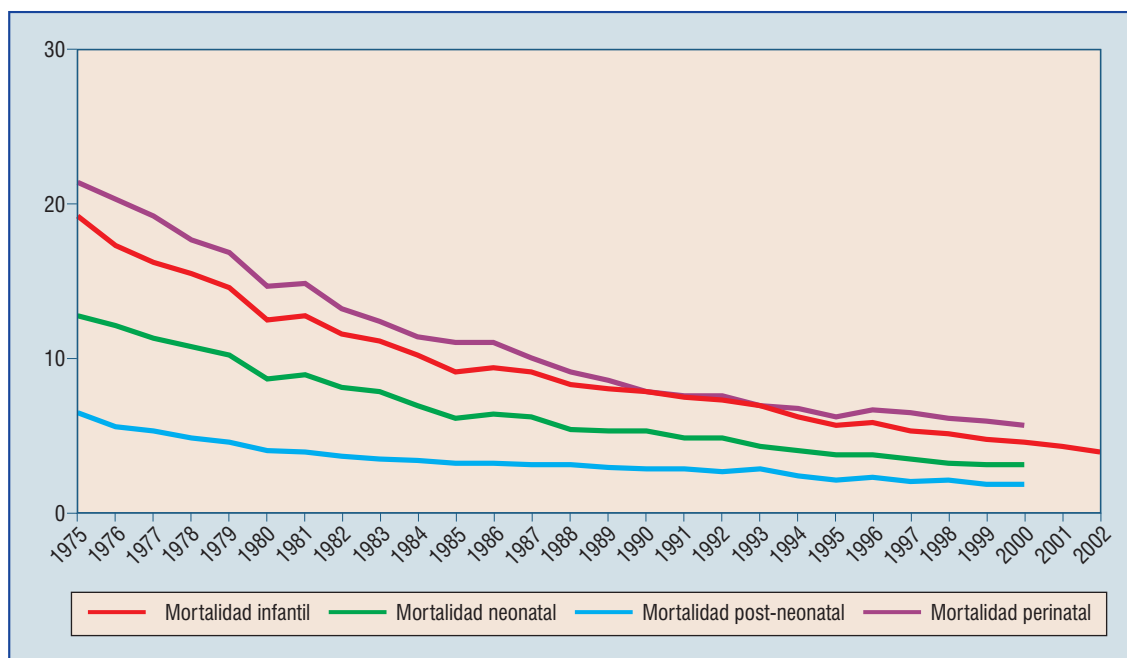
Fuente: Anuario Estadístico de España 2002-2003. INE.

Probabilidad de muerte según edades por 1.000 (edad: 85 años)



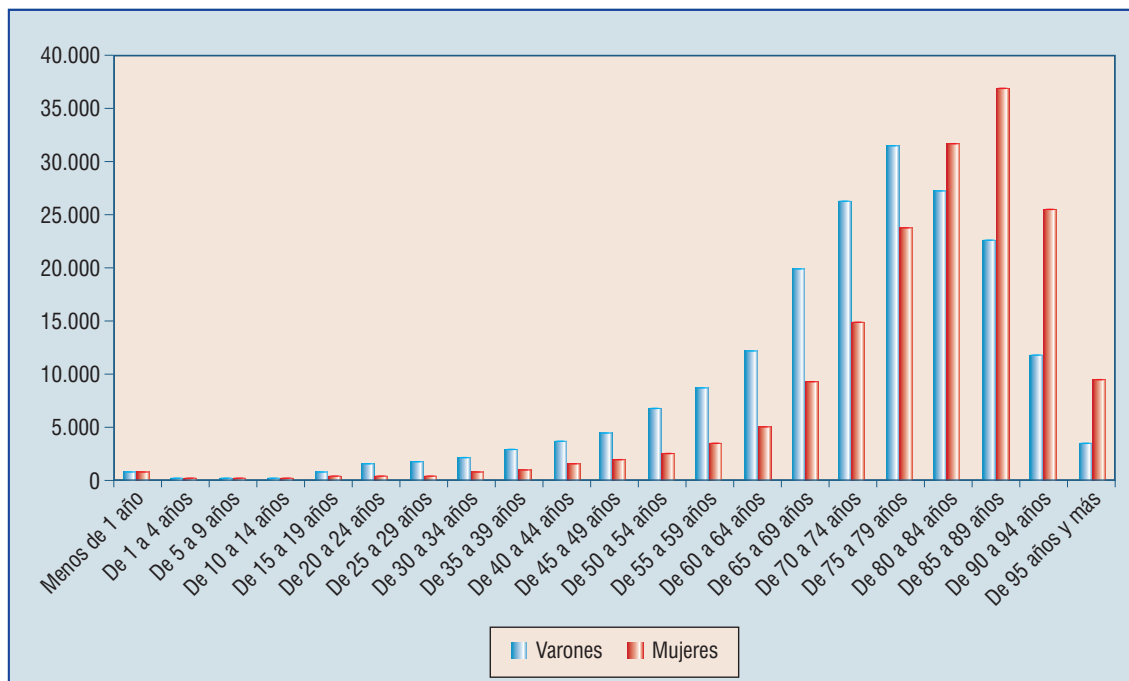
Fuente: Anuario Estadístico de España 2002-2003. INE.

Tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos



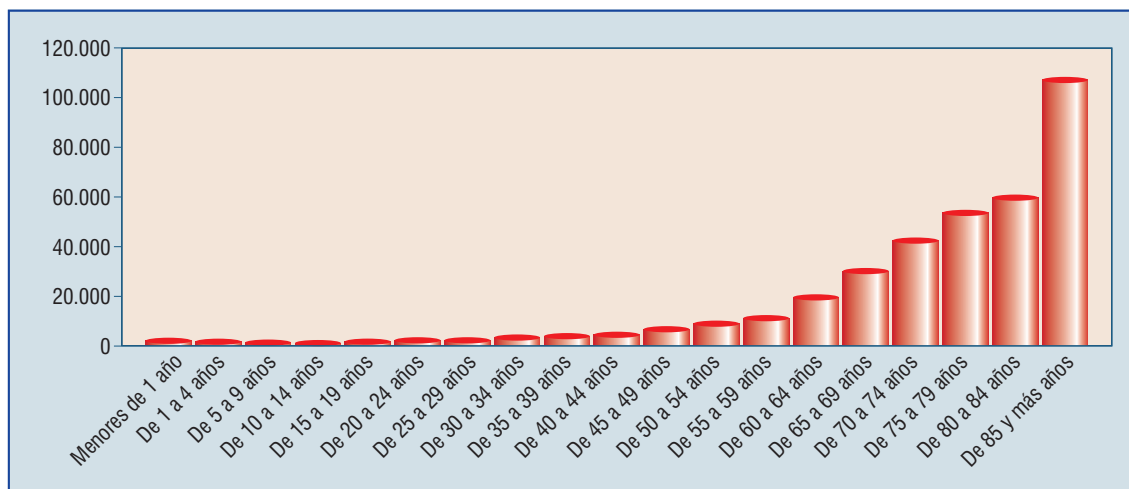
Fuente: INE.

Mortalidad bruta por enfermedad, según sexo y edad (2000)



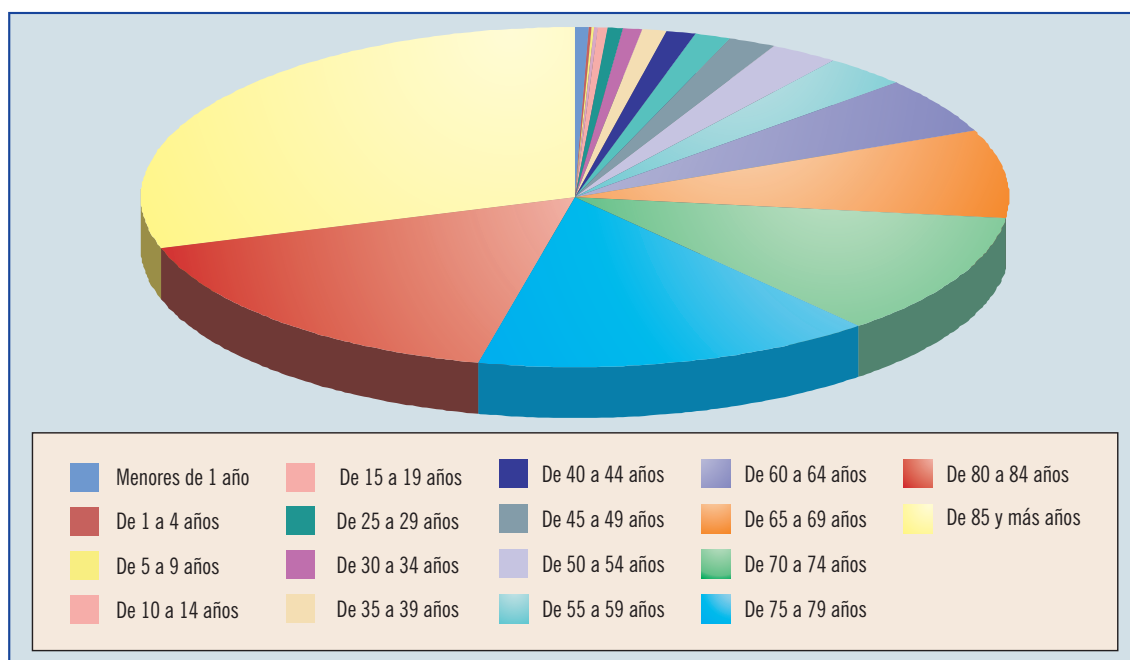
Fuente: INE.

Número de defunciones por edad. Todas las causas. Ambos sexos (1998)



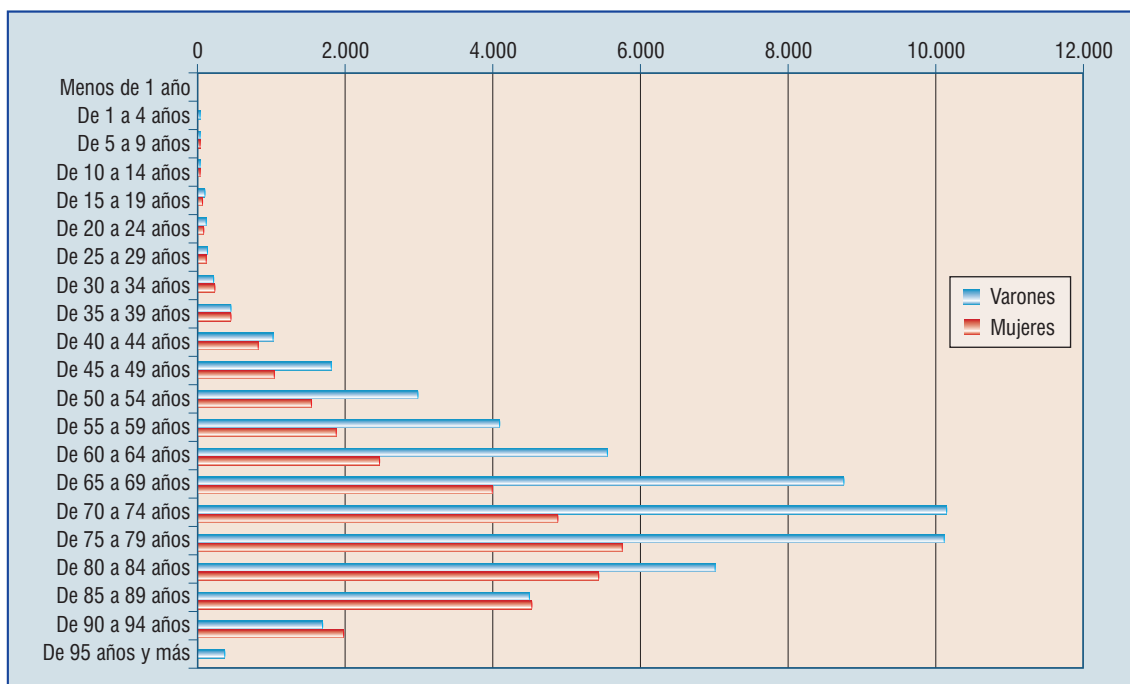
Fuente: Instituto Nacional de Estadística.

Estructura porcentual del número de defunciones por edad



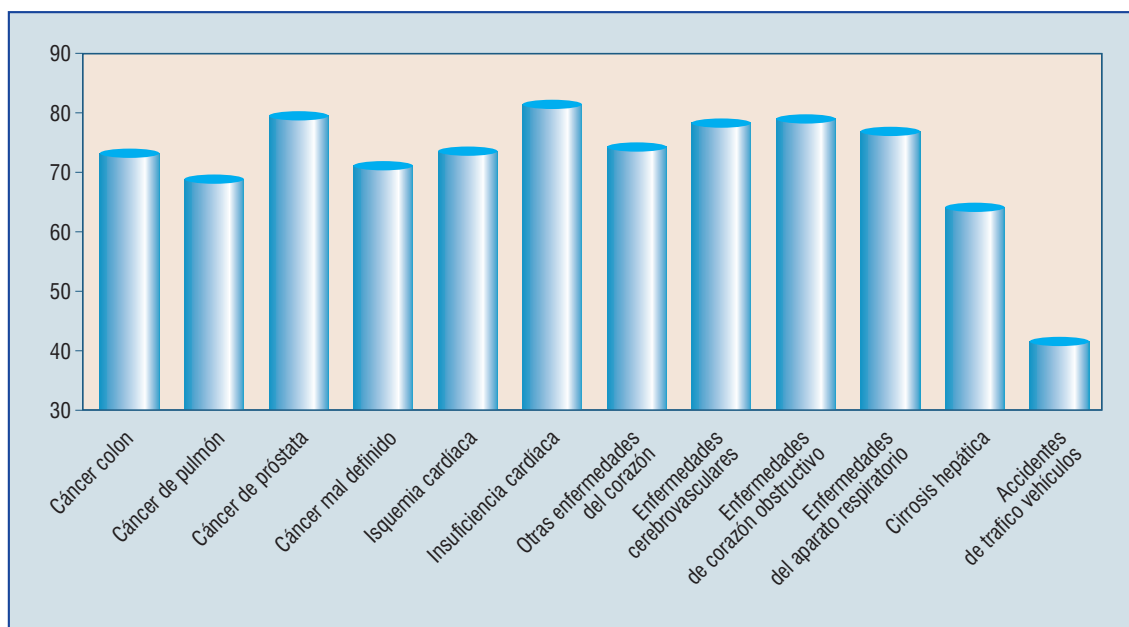
Fuente: Estadística de causas de muerte. INE.

Muertes por tumores (2000)



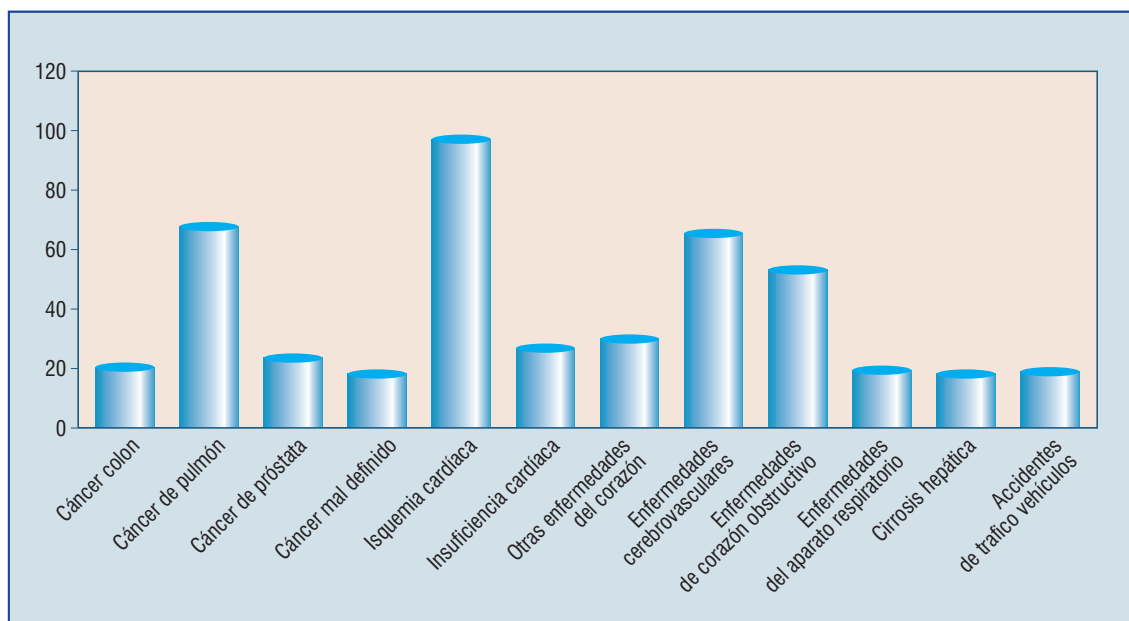
Fuente: Estadística de causas de muerte. INE.

Edad media a la defunción. Hombres, 12 causas más importantes en 2000



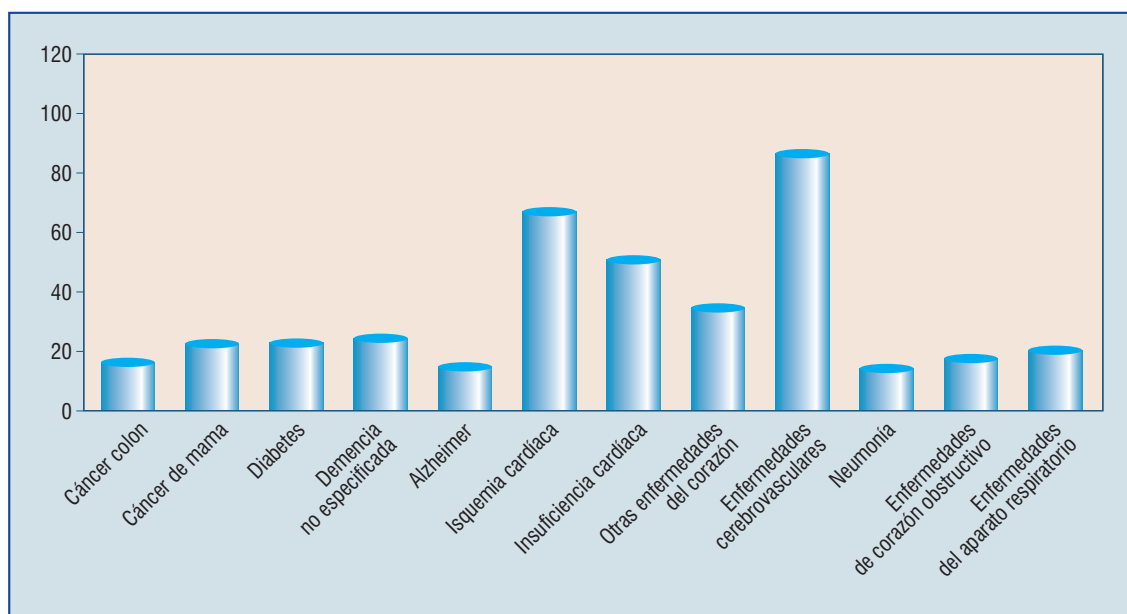
Fuente: Central Nacional de Epidemiología.

Tasa cruda de mortalidad. Hombres, 12 causas más importantes en 2000



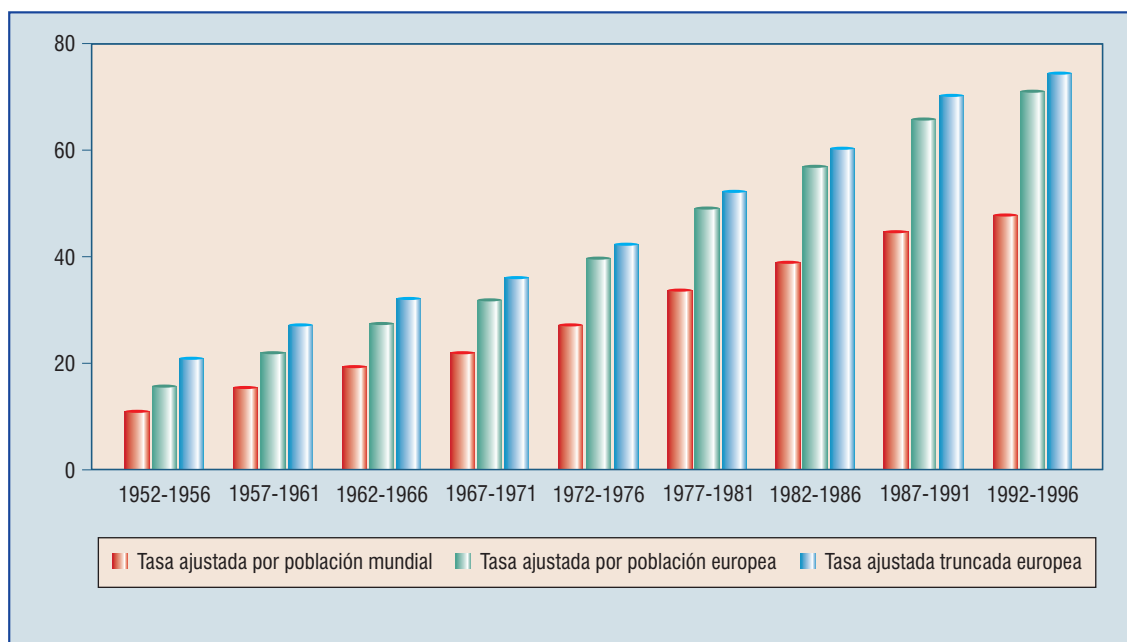
Fuente: Centro Nacional de Epidemiología. Unidad: Tasa por 100.000 habitantes.

Tasa cruda de mortalidad. Mujeres, 12 causas más importantes en 2000



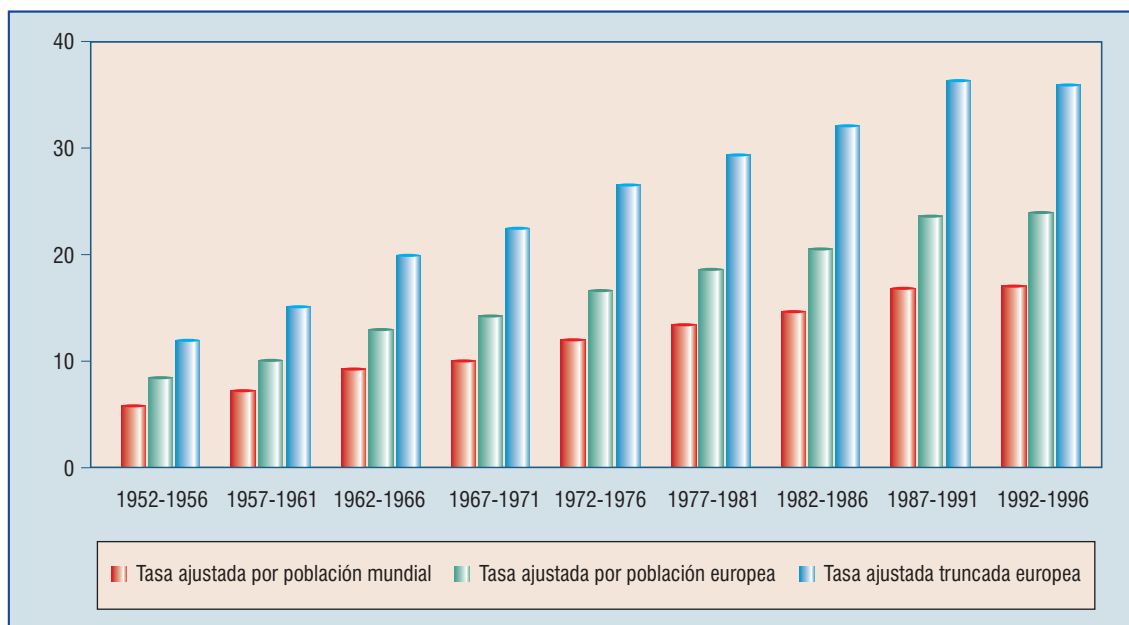
Fuente: Centro Nacional de Epidemiología. Unidad: Tasas por 100.000 habitantes.

Tasas ajustadas de mortalidad. Hombres (cáncer de pulmón)



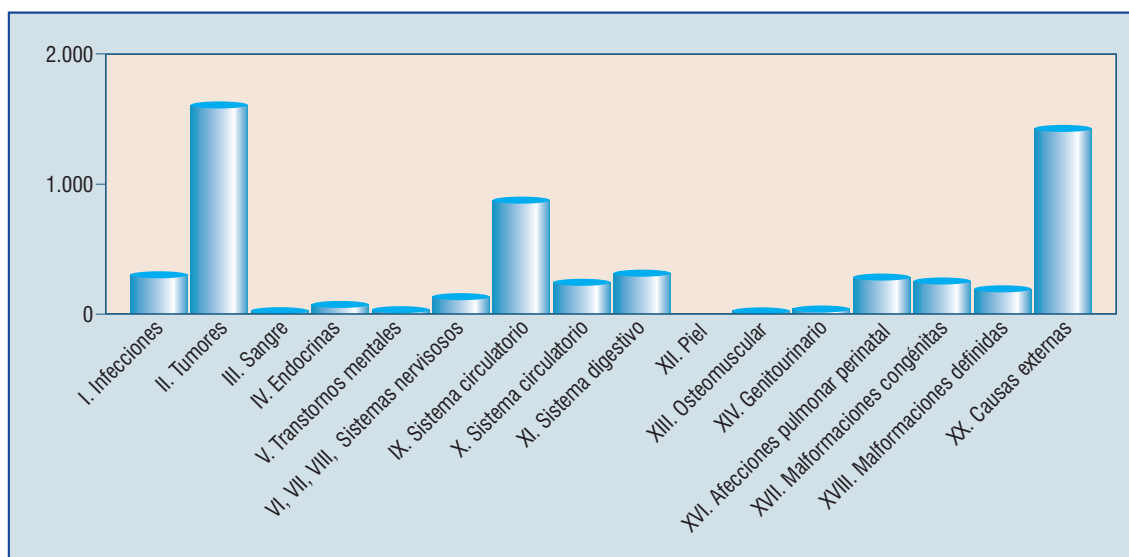
Fuente: Centro Nacional de Epidemiología. Unidad: Tasas ajustadas por población europea por 100.000 habitantes.

Tasa ajustada de mortalidad. Mujeres (cáncer de mama en mujeres)

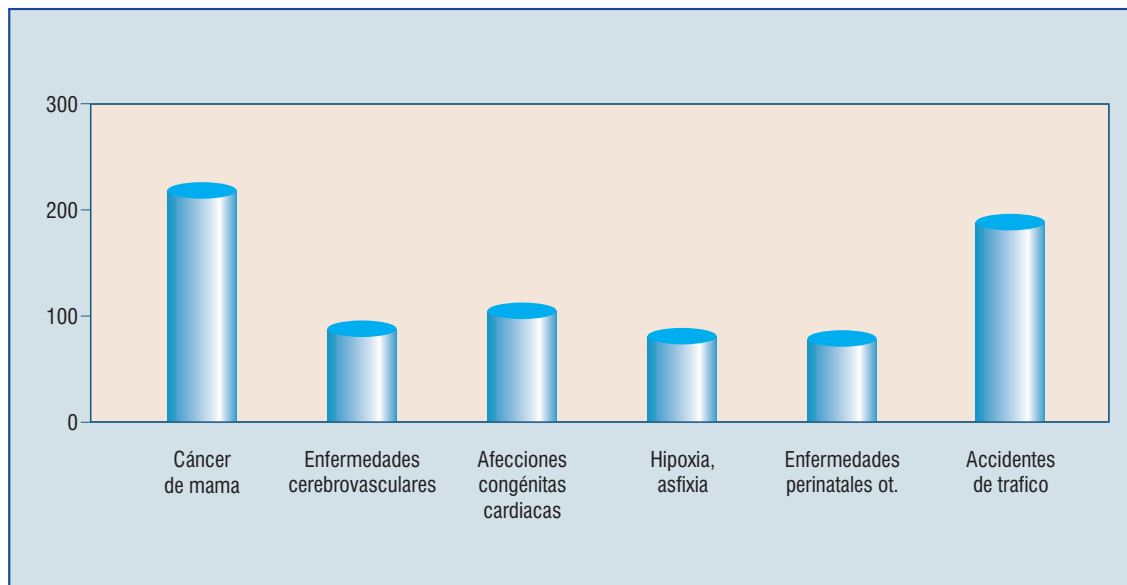


Fuente: Centro Nacional de Epidemiología. Unidad: Tasas ajustadas por población europea por 100.000 habitantes.

Años potenciales de vida perdidos por capítulo. Hombres (2000)



Fuente: Centro Nacional de Epidemiología.

Años potenciales de vida perdidos. Mujeres (2000)

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología.

2. Morbilidad

Durante miles de años, los seres humanos han vivido enfrentados a las restricciones de su frágil naturaleza, víctimas de la enfermedad, los accidentes, el dolor y otros padecimientos limitativos de su bienestar y de su propia existencia. La progresiva mejoría de las condiciones de vida, especialmente en los países más desarrollados, y el extraordinario avance de la ciencia médica han conseguido niveles de salud hasta hace poco inimaginables. En los últimos cien años la medicina ha progresado más que en los cinco mil años anteriores. A lo largo de la segunda mitad del siglo xx, los programas de salud pública y las campañas de vacunación han reducido de forma espectacular las enfermedades, no sólo en el primer mundo, sino también en los países en vías de desarrollo.

El progreso económico y el perfeccionamiento de los sistemas sanitarios han dado lugar a un descenso gradual de las tasa de mortalidad en todo el mundo, tan sólo atenuado en el viejo continente, desde los años sesenta, por el propio incremento de la población de mayor edad. Pero, la civilización comporta, también, algunos aspectos negativos. El incremento de la población de edad avanzada repercute en una mayor incidencia de enfermedades propias de la madurez y de la senectud. Las tasas de incapacidad se incrementan de forma acelerada a partir de los 50 años de vida. Las enfermedades degenerativas, como la artritis, el reumatismo, la osteoporosis o el Alzheimer han incrementado su presencia en las poblaciones más envejecidas.

Otras enfermedades, como las del corazón o el sistema circulatorio no sólo matan a sus víctimas, sino que las incapacitan durante largos periodos de tiempo, elevando aún más los costes sociales de estas dolencias. El catarro común no mata, pero origina mayor número de incapacidades temporales que ninguna otra enfermedad. Asimismo, la gripe alcanzaba en 1993, a más de cuatro millones de personas en España. Durante la siguiente década se ha registrado una media de dos millones y medio de casos anuales. Ciertos hábitos propios de la sociedad del bienestar, como el consumo de tabaco y alcohol, la nutrición inadecuada y la obesidad o la falta de ejercicio físico y mental, incrementan de manera importante la probabilidad de enfermedad y de discapacidad.

La lucha contra la enfermedad está, pues, muy lejos de haber terminado y millones de seres humanos mueren cada año como consecuencia de enfermedades ya conocidas o de reciente aparición. La investigación y la práctica médicas tropiezan aún con innumerables problemas que no pueden resolver. En algunos países del continente africano el HIV/SIDA ha destruido décadas de avance en el aumento de la esperanza de vida. Las enfermedades infecciosas y contagiosas, en las que el progreso médico ha sido más notable, matan todavía a 14 millones de personas al año en todo el mundo.

Aunque la prevención de las enfermedades es mucho menos costosa y más eficaz que su curación, la ignorancia, la pobreza y la falta de higiene dificultan la lucha contra las enfermedades en los países no desarrollados, actuando como poderosos factores de riesgo y enemigos de la salud. La persistencia de epidemias de enfermedades como la difteria, la viruela o la disentería constituyen, hoy día, más un problema económico y político que médico o sanitario. La ciencia y la investigación médicas resultan insuficientes si otras instituciones y fuerzas sociales no prestan su apoyo a la salud.

La enfermedad es el primer determinante de la mortalidad. Aunque menos objetivo y fiable que la mortalidad, los distintos vectores de la morbilidad (estancia media hospitalaria, número de ingresos y altas) constituyen indicadores de primer orden sobre el estado de salud de una población. Las estadísticas hospitalarias (EMH) y las relativas a enfermedades de declaración obligatoria (EDO), registradas estas últimas por su carácter contagioso, así como algunas otras fuentes complementarias como la Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud y la Encuesta Nacional de Salud, aportan un valioso caudal informativo sobre las enfermedades en España.

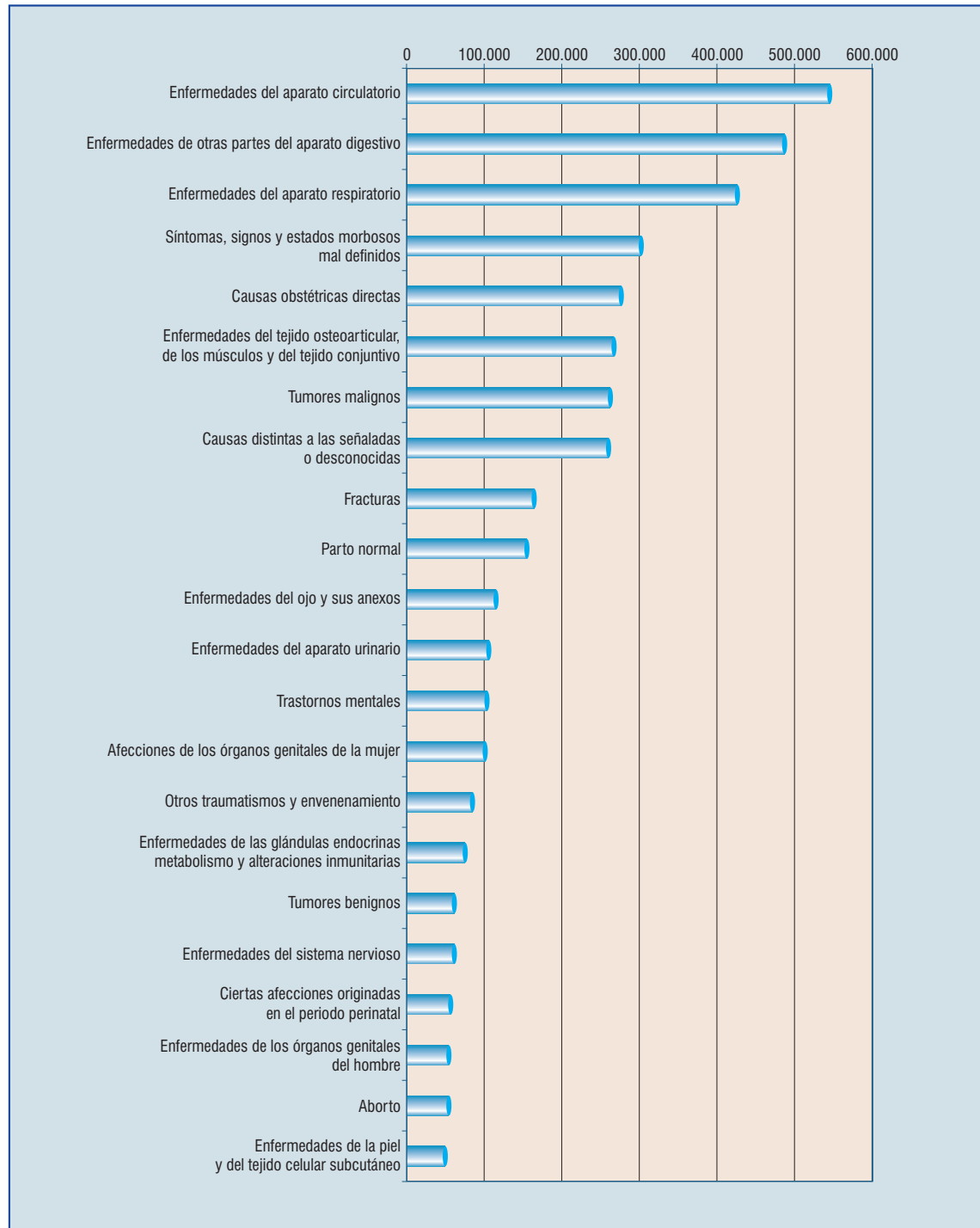
La existencia de una gran cantidad y variedad de enfermedades obliga a estadígrafos y autoridades sanitarias a emplear sistemas comunes de identificación y denominación. La Organización Mundial de la Salud realiza periódicamente la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (actualmente, CIE, 10.^a revisión), que proporciona una terminología y nomenclatura comunes para todos los países, lo que posibilita la comparación de estadísticas de morbilidad. Las tasas de morbilidad, absoluta y relativas, las de incidencia y prevalencia y las de letalidad son los indicadores más utilizados en el estudio de la salud y las enfermedades.

La medida del estado de la salud puede realizarse desde la morbilidad percibida o a partir de la realmente diagnosticada. La Encuesta de Morbilidad Hospitalaria recoge información sobre el número de enfermos dados de alta en los hospitales públicos y privados, según el diagnóstico de salida. Las informaciones sobre las afecciones para la elaboración de estadísticas se recogen con cierto grado de agregación, ya que en la CIE figuran más de 14.000 dolencias diferentes. La EMH refleja así, por muestreo, el número de casos presentes de cada enfermedad, o grupo de ellas, en un momento dado. La mecanización y mejora de los sistemas de información en los hospitales permitirá ir consiguiendo una mayor precisión, rapidez y fiabilidad en la recogida, proceso y explotación de los datos sobre morbilidad.

En España, las afecciones del aparato circulatorio y los tumores son las enfermedades que arrastran una mayor mortalidad. Ocupan un segundo lugar, en número absoluto de muertes ocasionadas, las enfermedades del aparato respiratorio y digestivo y las ocasionadas por traumatismos y envenenamientos. Las enfermedades del aparato circulatorio no sólo son las más mortíferas, sino que también presentan una mayor tasa de morbilidad específica, con más de medio millón de casos diagnosticados en el año 2000. Les siguen en importancia las enfermedades del sistema digestivo y las del aparato respiratorio. También por encima del cuarto de millón de casos anuales se encuentran las enfermedades del tejido osteoarticular, cuya incidencia se ve muy afectada por el progresivo envejecimiento de la población.

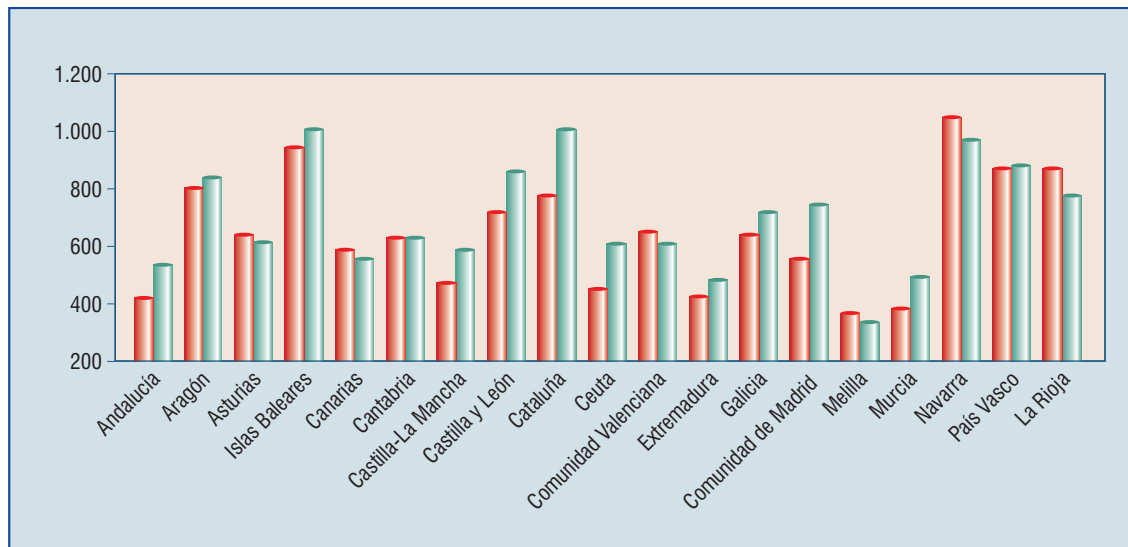
El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) ha sido una de las pandemias más devastadores del siglo xx. Aunque los efectos más destructores de esta enfermedad han tenido lugar en África y Asia, en cuyos continentes han muerto ya 12 millones de personas y van a seguir haciéndolo algunos más en los próximos años, tampoco el primer mundo se ha visto libre de esta calamidad. En España, el punto álgido de la epidemia se alcanzó en 1994/95. Desde entonces el número de nuevos casos diagnosticados por año se ha ido reduciendo progresivamente, aunque todavía hay una población de casi 65.000 enfermos de SIDA.

Enfermedades con mayor número de casos diagnosticados (2000)



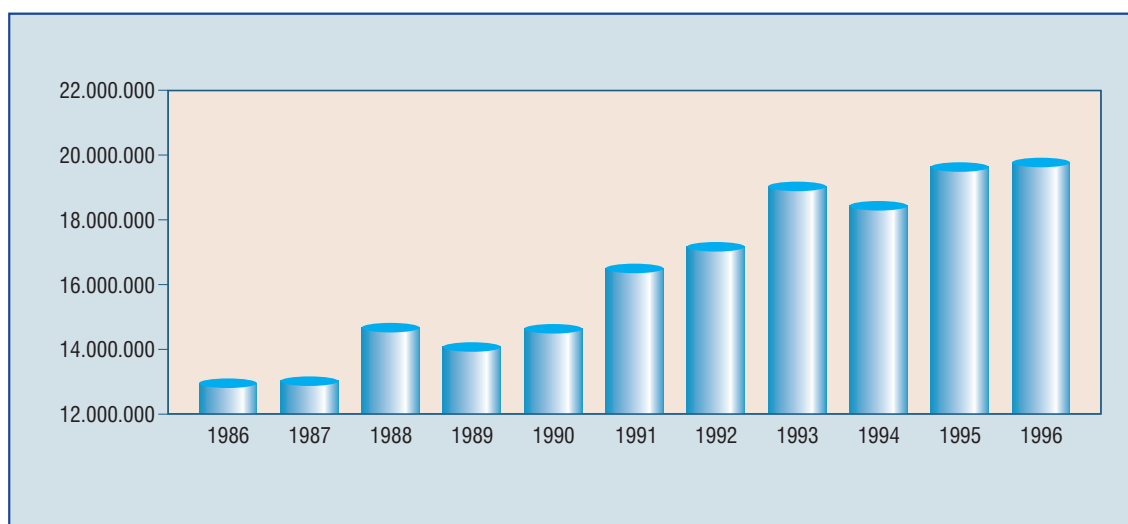
Fuente: INE.

**Tasas ajustadas por 100.000 habitantes por CC.AA. de residencia
(enf. sistema osteomuscular y tej. conjunto)**



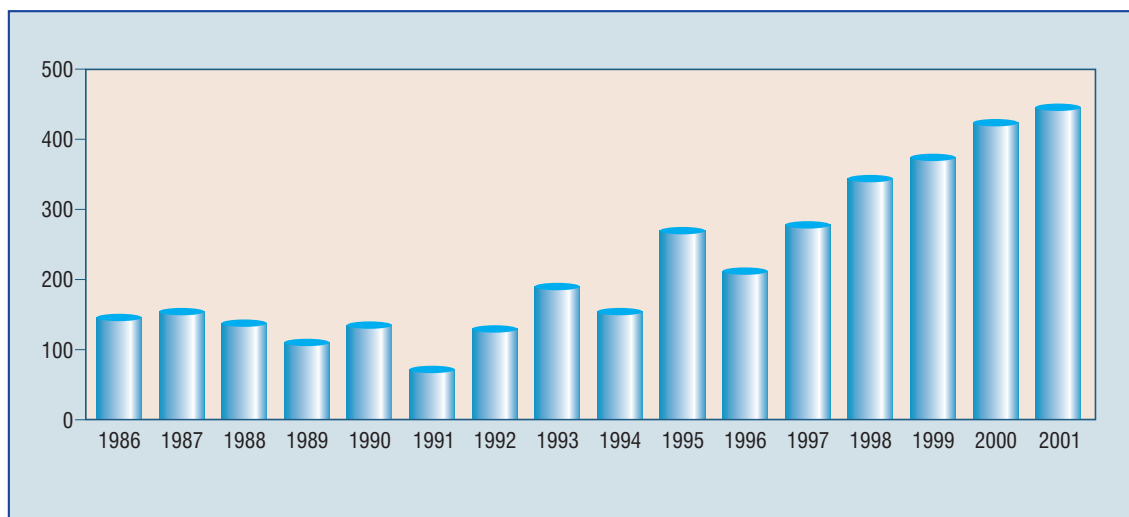
Fuente: Centro Nacional de Epidemiología.

Enfermedades de declaración obligatoria: casos registrados (infección respiratoria aguda)



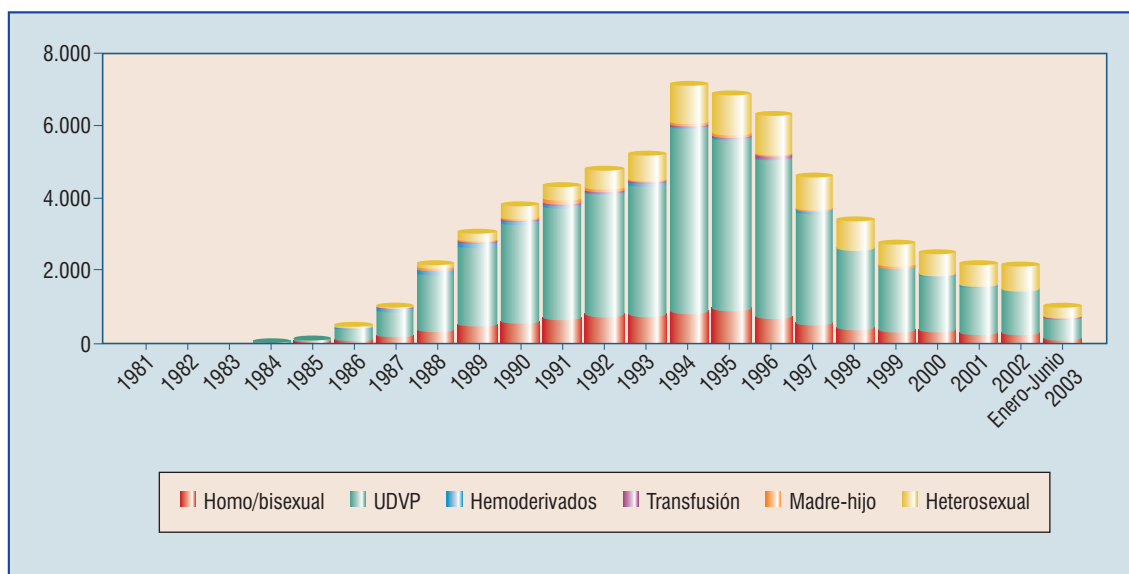
Fuente: Anuario estadístico de España 2002-2003. INE.

Enfermedades de declaración obligatoria: casos registrados (Paludismo)



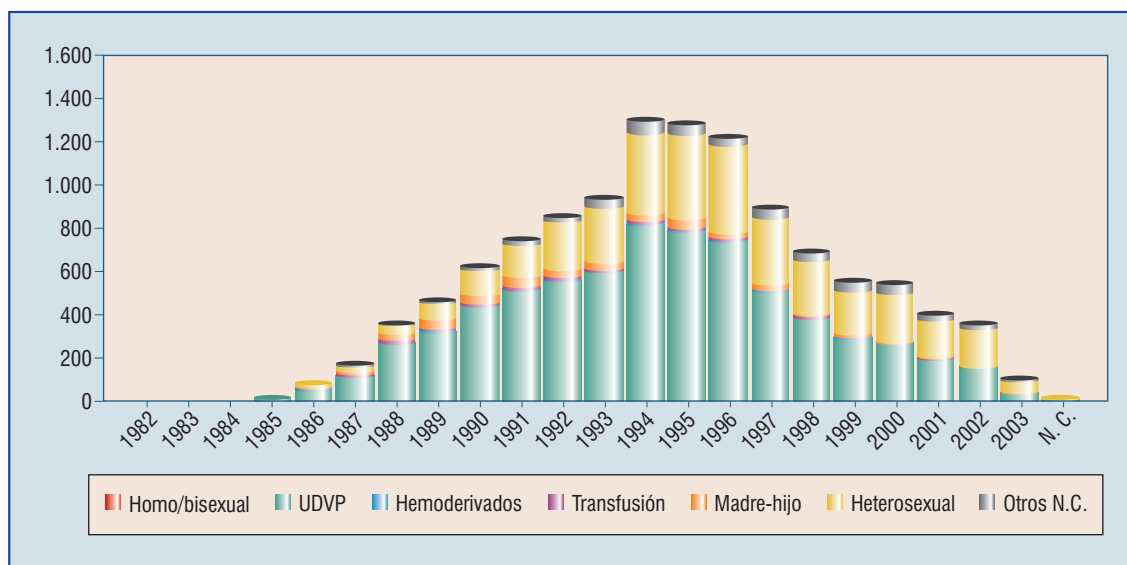
Fuente: Anuario estadístico de España 2002-2003. INE.

Casos de SIDA por año de diagnóstico y categoría de transmisión (corregidos por retraso en la notificación)



Fuente: Centro Nacional de Epidemiología.

Casos de SIDA por año de diagnóstico y categoría de transmisión (mujeres)



Fuente: Centro Nacional de Epidemiología.

3. Estado de salud

El concepto tradicional de salud concebía ésta como mera ausencia de dolor o enfermedad. Correlativamente, la sensación de malestar o sufrimiento era evidencia plena de la existencia de enfermedad o carencia de salud. El progreso en el conocimiento de la ciencia médica ha ido desplazando la percepción subjetiva del paciente como fuente identificadora del estado de salud, para centrarse en las manifestaciones observables y objetivas de las diferentes patologías como guía fundamental para la definición de los distintos estados mórbidos. Asimismo, el concepto de salud ha ampliado su espectro para convertirse en sinónimo de bienestar físico, mental y social.

La valoración del estado de salud de una población, e incluso de los individuos considerados individualmente, requiere la medición de parámetros o vectores de muy diverso carácter: biológicos, demográficos, económicos, sociológicos, ambientales y sanitarios, además de los puramente médicos o clínicos. Desde esta perspectiva, se desarrollan una serie de prácticas y áreas de conocimiento como la profilaxis, la medicina preventiva o la medicina social, conectadas a un ámbito más amplio que conocemos hoy como Salud Pública y que no se circunscribe a la práctica y el saber médicos, sino que se extiende a todas las ciencias afines o próximas a la medicina en la medida en que aportan acción o investigación orientadas a la mejora de la salud de los individuos.

La ampliación del concepto de salud a otros ámbitos del conocimiento de la vida social y humana, antes ajenos a la medicina, ha permitido a esta ciencia afrontar las causas de muchas enfermedades allí

donde verdaderamente se encontraban, con mucha frecuencia fuera de los propios individuos que las padecen. Ello ha potenciado el impulso de la epidemiología, abriendo su campo al estudio de todos los factores que determinan las enfermedades, su incidencia y distribución en el conjunto de las poblaciones. El desarrollo de la epidemiología descriptiva y analítica, junto al experimentado por la medicina social y preventiva, ha permitido transferir responsabilidades desde el ámbito puramente sanitario hacia instancias sociales y políticas implicadas en la etiología socioeconómica o ambiental de muchas enfermedades.

La superación del concepto organicista de la medicina ha posibilitado que su acción diagnóstica y terapéutica pueda anticiparse frecuentemente a la sintomatología o al sentimiento de malestar del propio individuo. La probada eficacia y eficiencia de la acción preventiva en muchas enfermedades, frente a los limitados resultados y los enormes costes sociales de la medicina curativa, ha inducido una creciente inversión social de recursos económicos en la investigación epidemiológica y el desarrollo de medidas de higiene y prevención. Las vacunaciones contra las enfermedades infecciosas, los chequeos regulares para la detección precoz del cáncer o el seguimiento periódico de constantes vitales como la presión sanguínea o el ritmo cardíaco se han convertido en prácticas habituales en los países desarrollados.

La difusión y divulgación del conocimiento médico y de los logros y hallazgos de la investigación en Biología, Bioquímica, Genética y otras ciencias complementarias de la Medicina, así como la elevación del nivel cultural y formativo de la población ha propiciado un mayor nivel de formación e información en los ciudadanos sobre temas y cuestiones de salud. Ello redundaba favorablemente en una mayor preocupación de las personas por su propia salud y en una mejor disposición de las mismas a colaborar en programas de higiene o prevención. Aunque la valoración subjetiva de los individuos sobre el estado de su propia salud es actualmente sólo uno de los muchos indicadores utilizables para calibrar la salud de una población, el mejor conocimiento de las personas sobre su estado real, apoyado en su interacción con los sistemas sanitarios, concede un creciente valor a las encuestas que utilizan la percepción subjetiva como fuente de información.

Según los datos del Panel de Hogares correspondientes al año 2000, más del 70 % de la población española manifiesta tener buena o muy buena salud; una quinta parte considera que su salud es aceptable y sólo uno de cada diez afirma tener mala o muy mala salud. Resultados similares ofrece la Encuesta Nacional de Salud. Los datos del panel (PHOGUE), desagregables por comunidades autónomas desde la última ola del año 2000, permiten también observar contrastes de salud percibida entre las diferentes regiones. Tales datos podrían avalar la bondad del clima marítimo, ya que, tras Cantabria, son las comunidades mediterráneas las que presentan autovaloraciones de la salud más positivas.

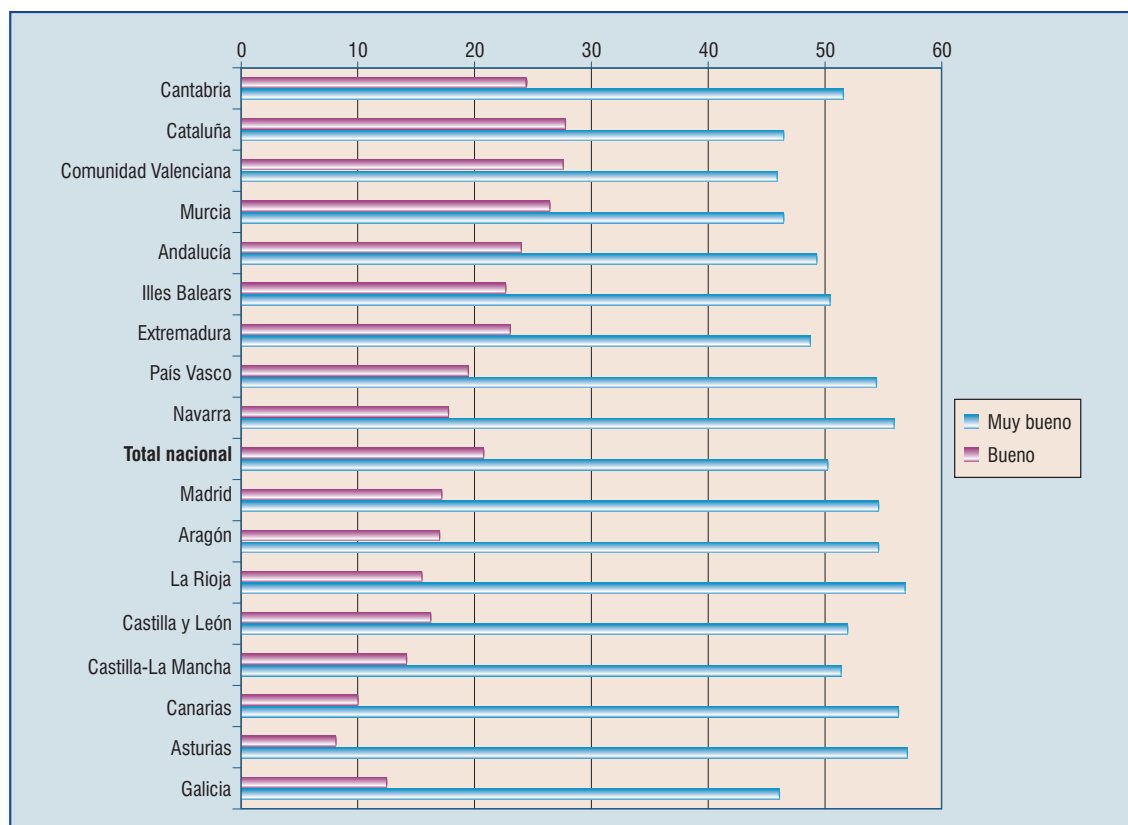
Debe subrayarse el carácter altamente subjetivo –y relativo desde el punto de vista sanitario– de este tipo de respuestas. Para ello, valga señalar que el porcentaje de personas que considera su salud “aceptable” es más elevado a medida que se tiene mayor edad. Ello contrasta con la morbilidad real, ascendente con la edad, y parece reflejar un componente de acomodación o aceptación de la lógica evolutiva. Otro dato relevante sobre el especial sesgo anímico de estas respuestas es la autovaloración más positiva de la salud de los varones frente a la de las mujeres, percepción que también contradice la realidad sanitaria y hospitalaria.

Un capítulo especial en las alteraciones de la salud es el de los accidentes. En cuanto sucesos imprevistos, repentinos y con efectos lesivos sobre la integridad física de las personas, los accidentes produ-

cen un especial impacto en la sensibilidad social. Pese a que su importancia como causa de pérdida de salud es relativamente reducida, en comparación con las enfermedades respiratorias, circulatorias, tumorales o digestivas, su fuerte incidencia en los grupos de edad más jóvenes y menos expuestos a las citadas dolencias y el componente de evitabilidad que casi todos los accidentes comportan, se traducen en una mayor resistencia de la sociedad a su aceptación. Esta circunstancia se ve agravada por las discapacidades y la mortalidad prematura que provocan. Los accidentes constituyen la cuarta causa de muerte en la Unión Europea, después de las dolencias del corazón, el cáncer y las enfermedades cardiovasculares.

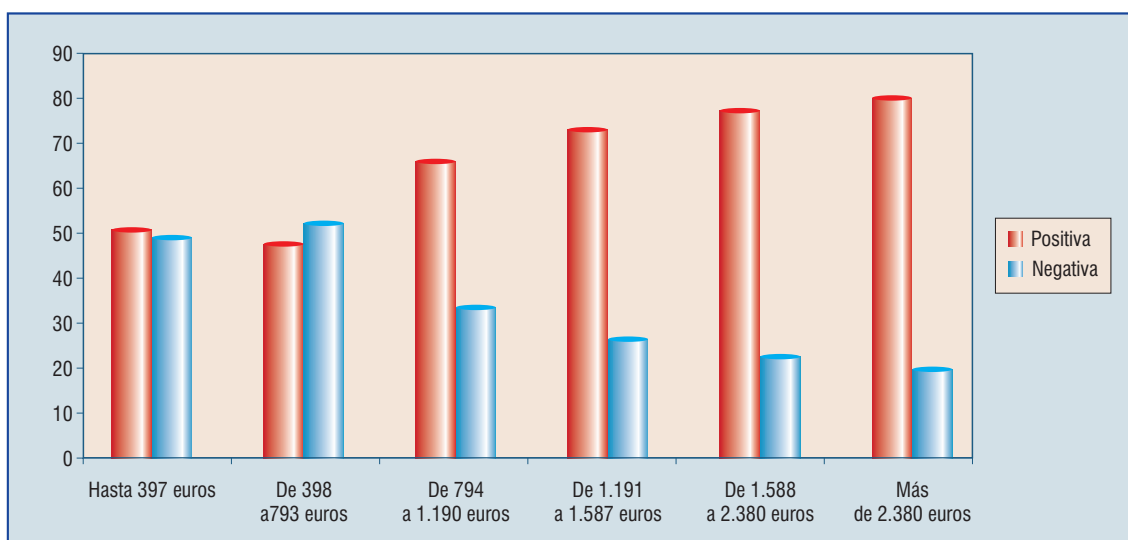
Los accidentes domésticos, laborales, de ocio o de tráfico afectan en España a uno de cada diez habitantes. Una tercera parte de ellos son accidentes domésticos, ocurridos en el hogar de la víctima; la cuarta parte son accidentes de tráfico. Estos últimos son la primera causa de muerte en Europa entre los varones de 1 a 35 años y entre las mujeres de 5 a 29. Los accidentes laborales y de ocio tienen también una importancia singular. Las fracturas, luxaciones y traumatismos son la segunda causa de restricción de la actividad en España. Cada mes se producen en nuestro país más de cien mil accidentes laborales (en actividad o "in itinere"), como consecuencia de los cuales mueren tres personas cada día. Los accidentes domésticos y en tiempo de ocio afectan al 5 por ciento de la población, alcanzando a casi dos millones de personas de todas las edades.

Autovaloración de la salud por CC.AA. (2000)



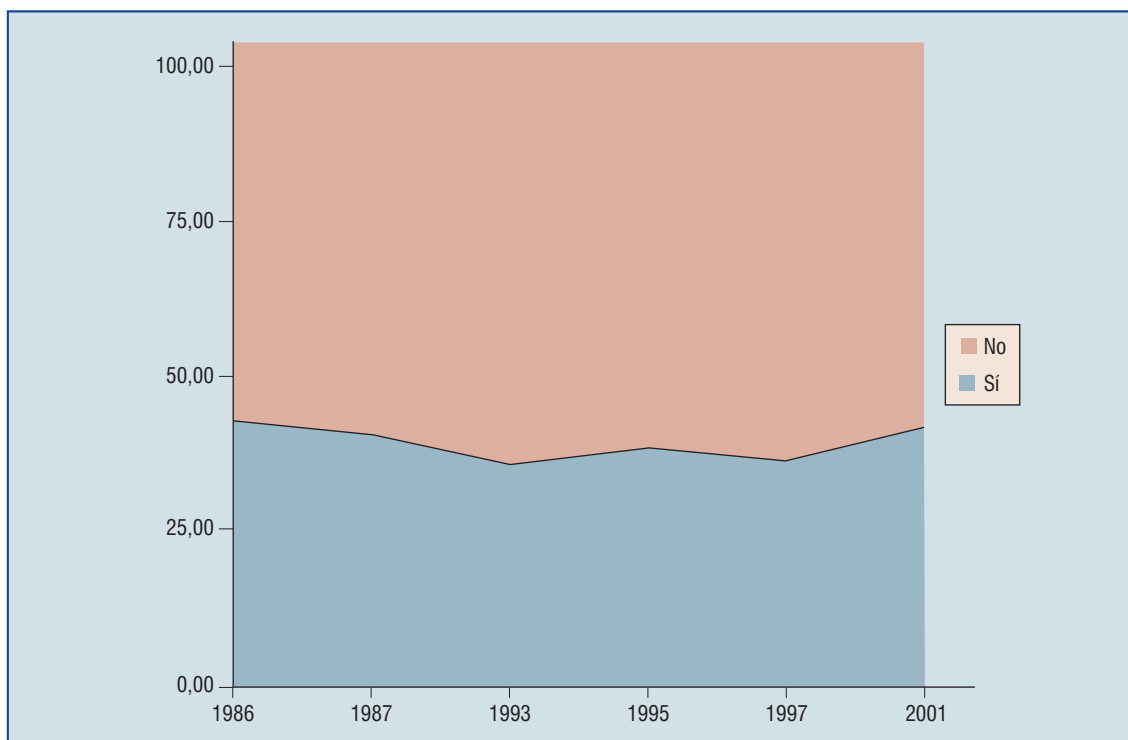
Fuente: PHOGUE, INE.

Autovaloración de la salud según ingresos/mes (2000)



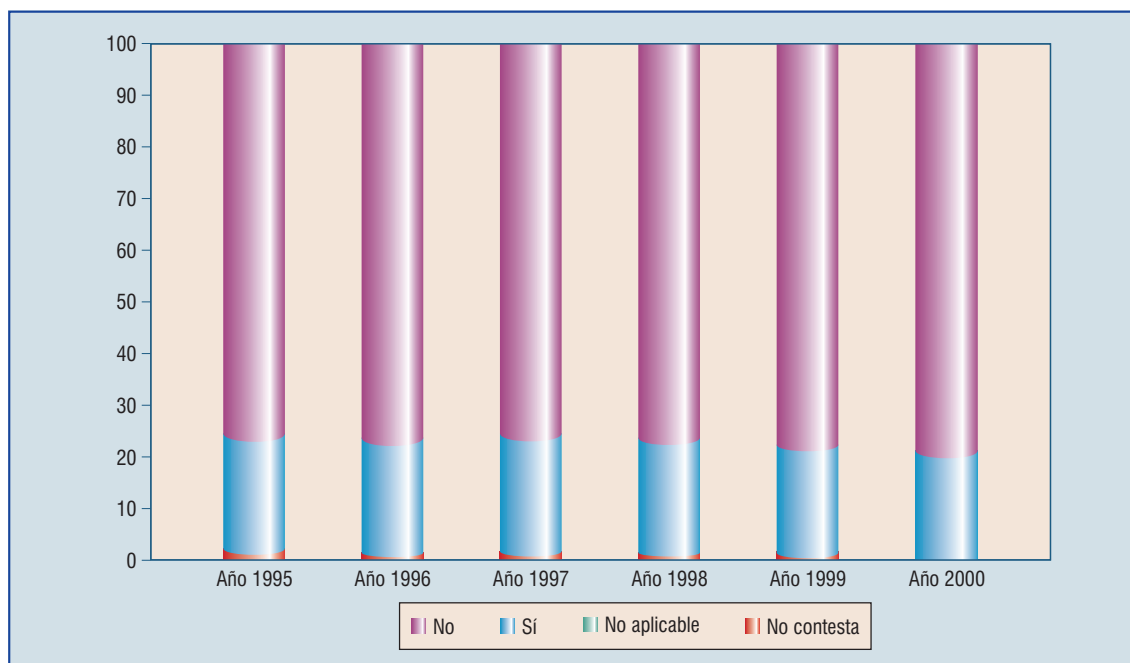
Fuente: PHOGUE, INE.

Porcentaje de población que padece enfermedades crónicas



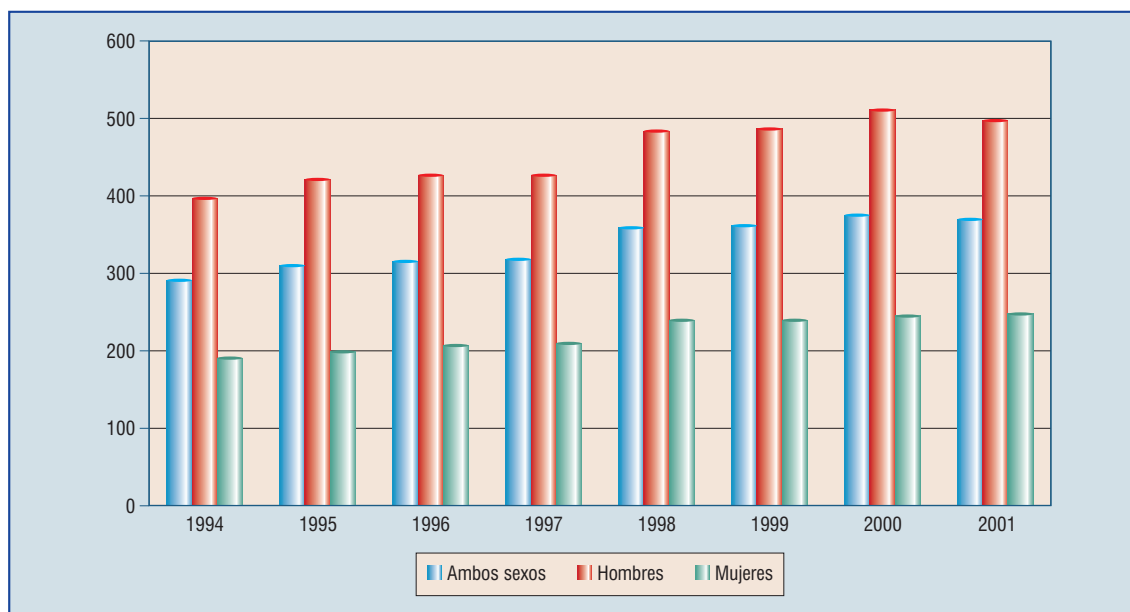
Fuente: Encuestas Nacionales de Salud. CIS.

Número de personas que padecen enfermedades crónicas



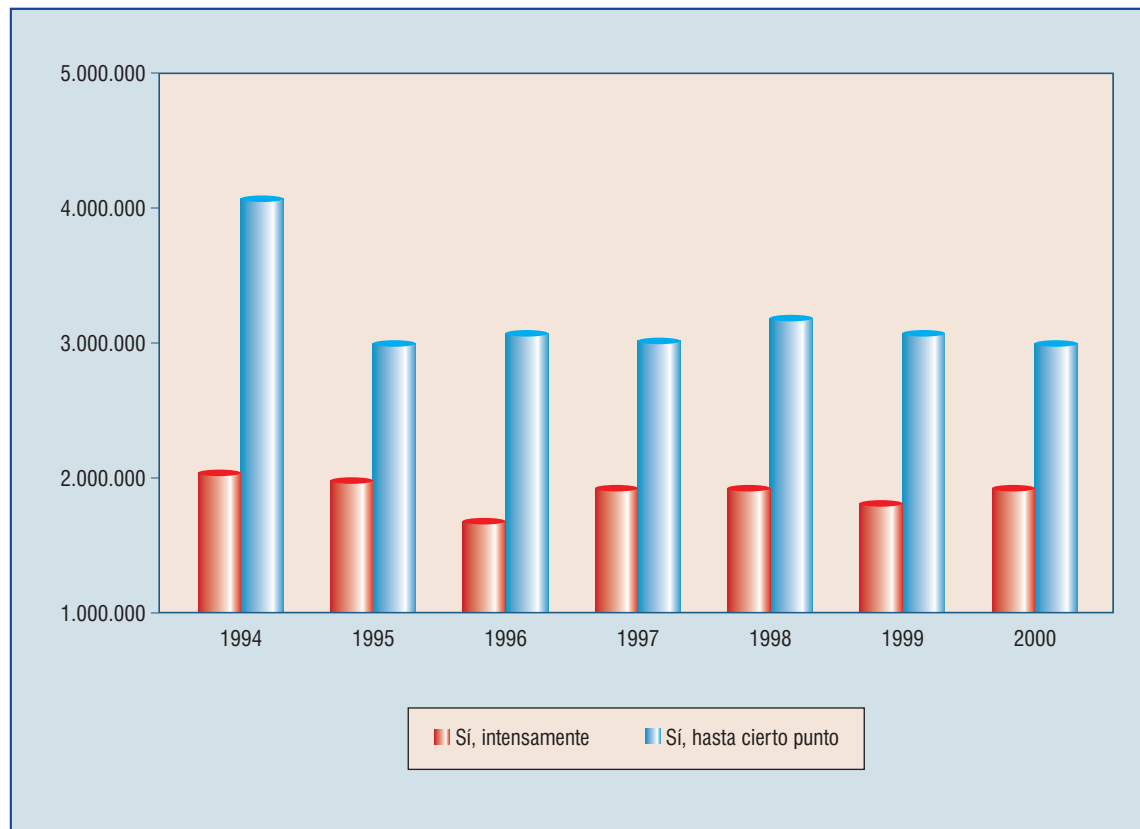
Fuente: Panel de Hogares de la UE. INE.

Heridos en accidentes de tráfico por 1.000 habitantes



Fuente: INE.

Personas con dificultad de actividad por enfermedad crónica



Fuente: Panel de Hogares de la UE. INE.

4. Indicadores compuestos: esperanza de vida en salud

A medida que la sanidad se ha desarrollado los indicadores básicos de esperanza de vida han dejado de ser sensibles para medir la salud de la población de los países desarrollados. Cuando se alcanza una alta esperanza de vida, las mejoras en dicho indicador son cada vez más costosas y difíciles de conseguir. Por este motivo, es necesario contar con indicadores más finos que permitan obtener una mayor información sobre el estado de salud de la población. Es decir, es importante cuánto (esperanza de vida) se vive, pero también lo es cómo se vive (calidad de vida relacionada con la salud). Por este motivo, se han desarrollado indicadores como las esperanzas de vida en salud, que permiten analizar la esperanza de vida en fracciones vividas en distintas situaciones: por ejemplo en buena y mala salud.

De este modo, la esperanza de vida en salud extienden el concepto de esperanza de vida a los de morbilidad y discapacidad. El cálculo de la esperanza de vida en salud, en particular la es

peranza de vida libre de discapacidad (EVLD), se desarrolló para estudiar si el incremento en la esperanza de vida se producía de forma simultánea con un aumento del tiempo vivido en mala salud. Como una esperanza de salud es una combinación de esperanza de vida y un concepto de salud, hay tantas esperanzas como conceptos de salud. A partir del modelo inicial para el cálculo de la EVLD se han propuesto muchas mejoras que amplían la información disponible sobre la salud de una población. De este modo, se pueden calcular indicadores como esperanza de vida “en buena salud percibida”, de acuerdo a la definición de salud de la OMS; esperanza de vida libre de enfermedades crónicas, etc.

Además se pueden introducir los distintos niveles de severidad para calcular por ejemplo la esperanza de vida “libre de discapacidad severa” o calcular esperanzas para un tipo concreto de discapacidad, como la esperanza de vida “libre de discapacidades auditivas”. Uno de los indicadores más extendidos para evaluar la calidad de vida de una población es la tasa de discapacidad. La Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud de 1999 pone de manifiesto que el 9% de la población presenta una discapacidad en España. A medida que aumenta la edad el número de personas con discapacidad crece, ya que la discapacidad es un fenómeno asociado a la edad y aumenta con ésta.

Desde un punto de vista general, el proceso de aparición de problemas de salud es gradual. En primer lugar aparecen las enfermedades crónicas, que conllevan una posterior autopercepción de un mal estado de salud general. Más tarde aparecen las limitaciones en la realización de actividades, es decir, se presenta el fenómeno de la discapacidad; por último, surgen las discapacidades más severas, las que necesitan ayudas y las que hacen referencia a las actividades domésticas y de autocuidado. Las mermas en las actividades de autocuidado (lavarse y cuidar su aspecto, controlar las necesidades básicas y utilizar sólo el servicio, vestirse-desvestirse, comer y beber) que son las más comunes en la vida diaria de una persona, son las últimas en aparecer. Para la práctica totalidad de esperanza de vida en salud, el número de años que viven las mujeres sin discapacidad es superior al de los hombres. Aunque las mujeres esperan vivir sin discapacidades más años que los hombres, las padecen durante más tiempo debido a su mayor esperanza de vida.

No obstante, existen dos excepciones en cuanto a esta diferencia entre hombres y mujeres. Se trata de la Esperanza de Vida Libre de Enfermedad Crónica (EVLEC) y la Esperanza de Vida en Buena Salud Percibida (EVBS). Las mujeres padecen enfermedades crónicas antes que los hombres y también perciben peor su salud general. El número de años esperado sin enfermedad crónica es de 37,89 años para las mujeres y 40,85 para los hombres. Con buena salud, las mujeres viven 58,17 años, frente a los 59,52 años de los hombres. La diferencia entre estos dos indicadores se debe, entre otros factores, a la existencia de enfermedades crónicas relativamente leves, como algunos tipos de alergias, jaquecas, mala circulación. Si no se tienen en cuenta

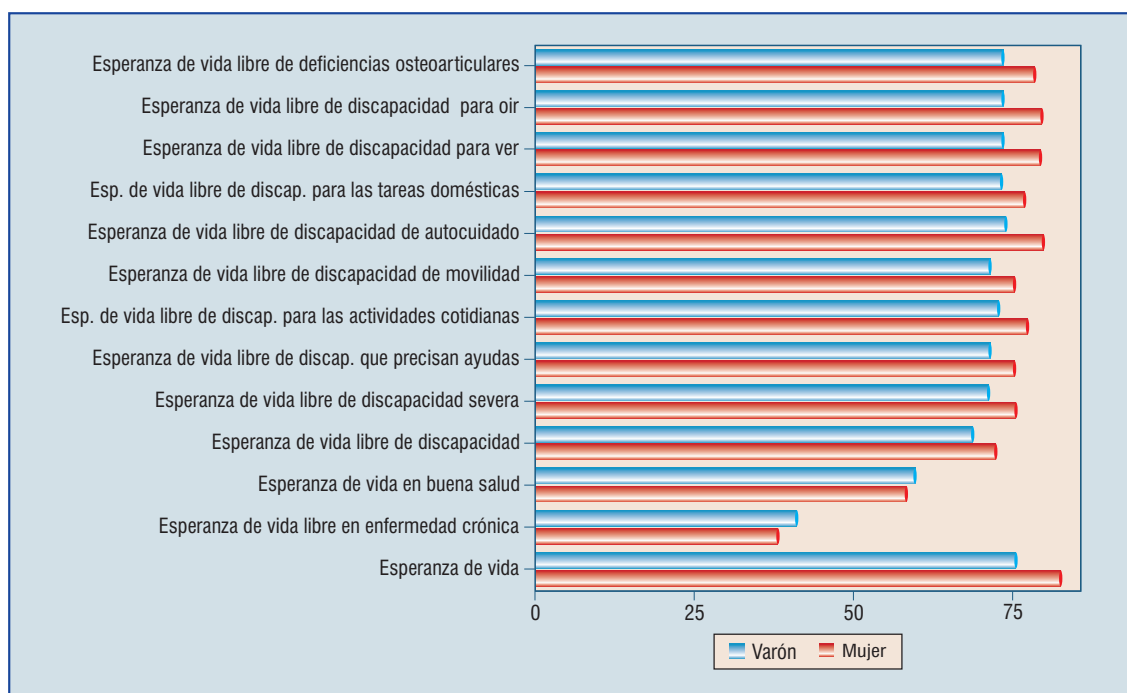
estas enfermedades, el indicador EVLEC aumenta hasta casi los 47 años en hombres y algo más de 45 en mujeres. Las mujeres esperan no tener discapacidades hasta los 72 años frente a los 68,5 de los hombres. Hasta los 45 años la diferencia en la EVLD entre hombres y mujeres se mantiene, pero a partir de los 45 años la diferencia de géneros se atenúa hasta hacerse casi imperceptible. La diferencia de 3,6 años que se observa en la EVLD al nacer disminuye hasta 1 año a la edad de 65 y queda reducida a 0,12 años a los 80.

Ahora bien, para conocer el efecto real del envejecimiento sobre la salud de la población debemos completar el análisis de la EVLD con la EV, ya que existen grandes diferencias de género en cuanto a esperanza de vida. Por este motivo, aunque las mujeres viven más años libres de discapacidades, del total de años de vida, las mujeres vivirán mayor proporción con discapacidades que los hombres a todas las edades. Esto, unido a que la esperanza de vida de las mujeres es 7 años superior, coloca a la mujer en una situación de clara desventaja en lo que a calidad de vida se refiere. Por ejemplo, a los 65 años los hombres esperan vivir con alguna discapacidad en torno a 5 años, frente a los casi 8 que vivirán las mujeres.

Desde un punto de vista geográfico, las comunidades autónomas que presentan las Esperanzas de Vida Libre de Discapacidad al nacimiento más elevadas en los hombres son La Rioja y Madrid, 71,59 y 71,06 años respectivamente. Diez comunidades se sitúan por debajo de la media nacional (68,52 años). De ellas, sólo cuatro presentan esperanzas de vida más de un año inferiores a la nacional: Andalucía, Murcia, Asturias y Ceuta, que varían desde 66,03 años en Andalucía y Murcia hasta 67,30 años en Ceuta.

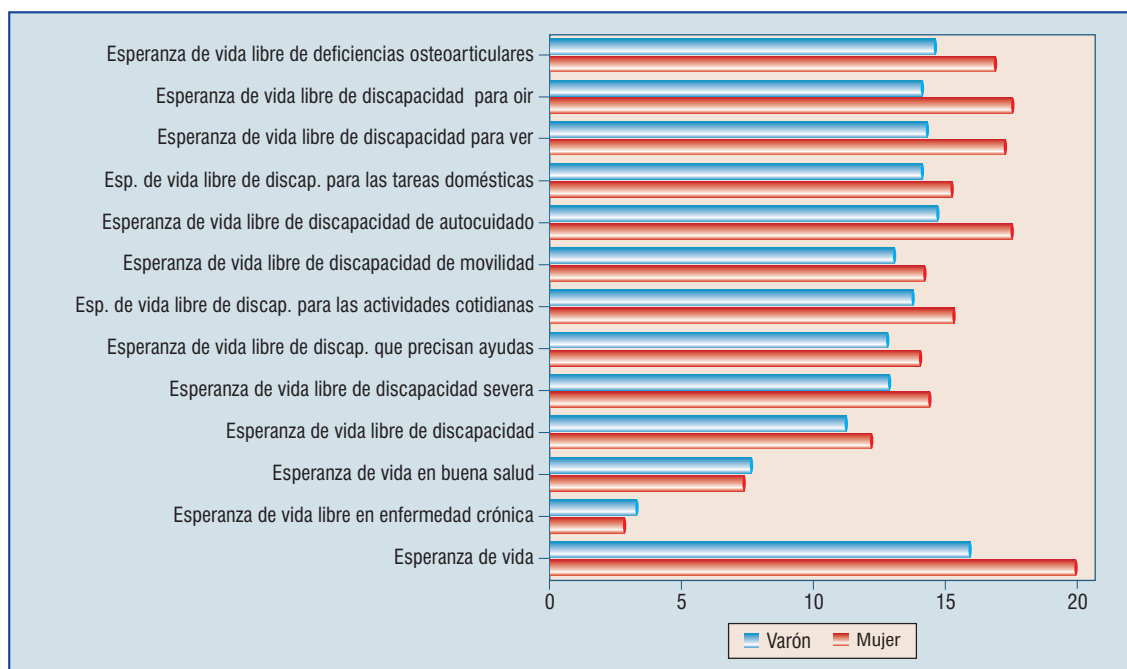
Aunque se aprecian diferencias geográficas en los datos correspondientes a los hombres, éstos presentan una variabilidad bastante inferior a la que se observa en las mujeres. Las mujeres viven mayor número de años sin discapacidad en La Rioja (76,75 años), Navarra (74,76 años), Madrid (74,70 años) y Aragón (74,58 años). Hay 8 comunidades autónomas con una EVLD inferior a la media nacional, 72,12 años. De ellas, las que presentan valores más bajos son Melilla (64,15 años), Murcia (68,75 años), Andalucía (68,98 años) y Ceuta (69,99 años). A partir de 65 años, los hombres de las comunidades de La Rioja y Madrid, vivirán casi dos años más sin discapacidad que la media nacional, que se sitúa en 11,39 años. Por el contrario, los hombres residentes en Murcia y Andalucía se espera que vivan 9,51 y 9,70 años respectivamente sin discapacidad. Las mujeres que se espera que vivan más años sin discapacidad a partir de los 65 son las residentes en La Rioja (16,44 años), País Vasco (14,46 años), Madrid (14,31 años) e Islas Baleares (14,15 años). Las comunidades en las que las mujeres tienen una EVLD más baja son Melilla (8,12 años), Murcia (9,95 años) y Andalucía (10,15 años), siendo la media nacional 12,39 años.

Esperanzas de vida en salud. Al nacer



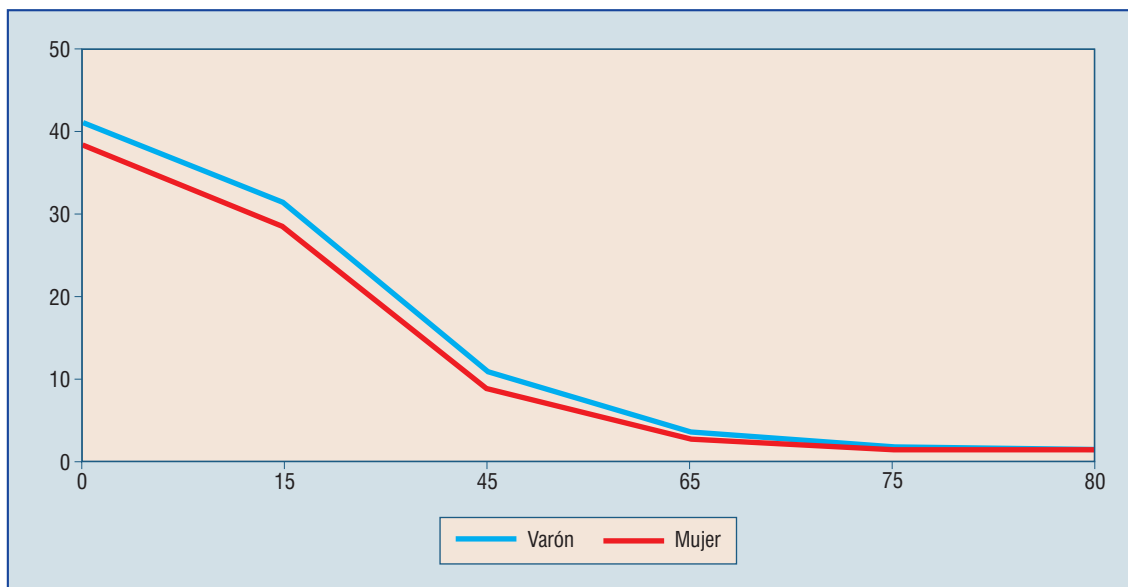
Fuente: Encuestas sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud de 1999. INE.

Esperanzas de vida en salud. A los 65 años



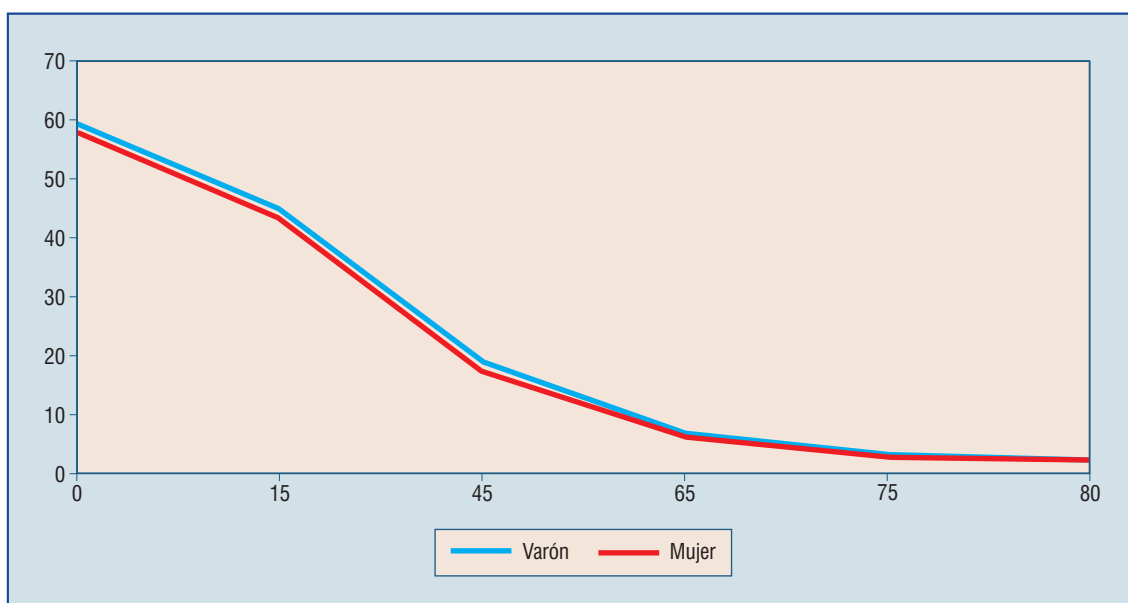
Fuente: Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud de 1999. INE.

Esperanza de vida libre de enfermedad crónica



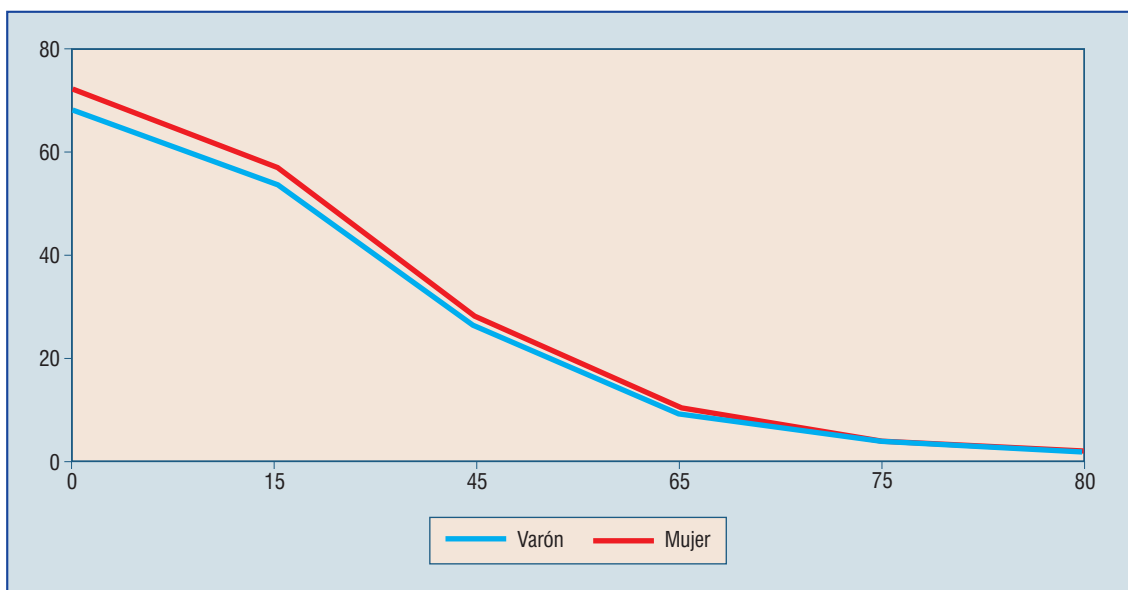
Fuente: Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud de 1999. INE. Unidad: años.

Esperanza de vida en buena salud



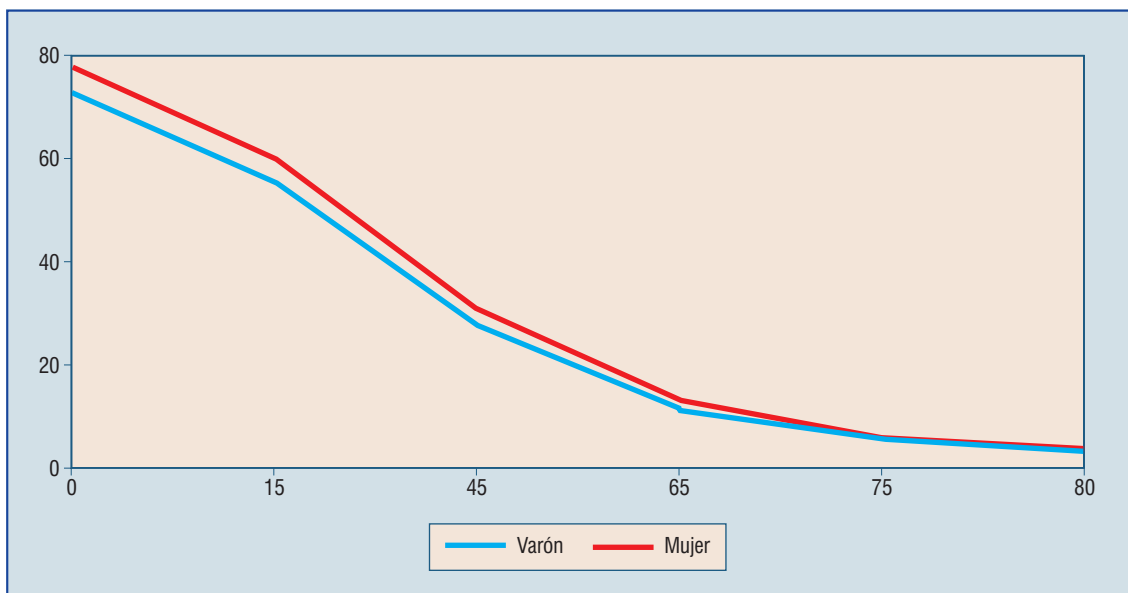
Fuente: Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud de 1999. INE. Unidad: años.

Esperanza de vida libre de discapacidad



Fuente: Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud de 1999. INE. Unidad: años.

Esperanza de vida libre de discapacidad severa



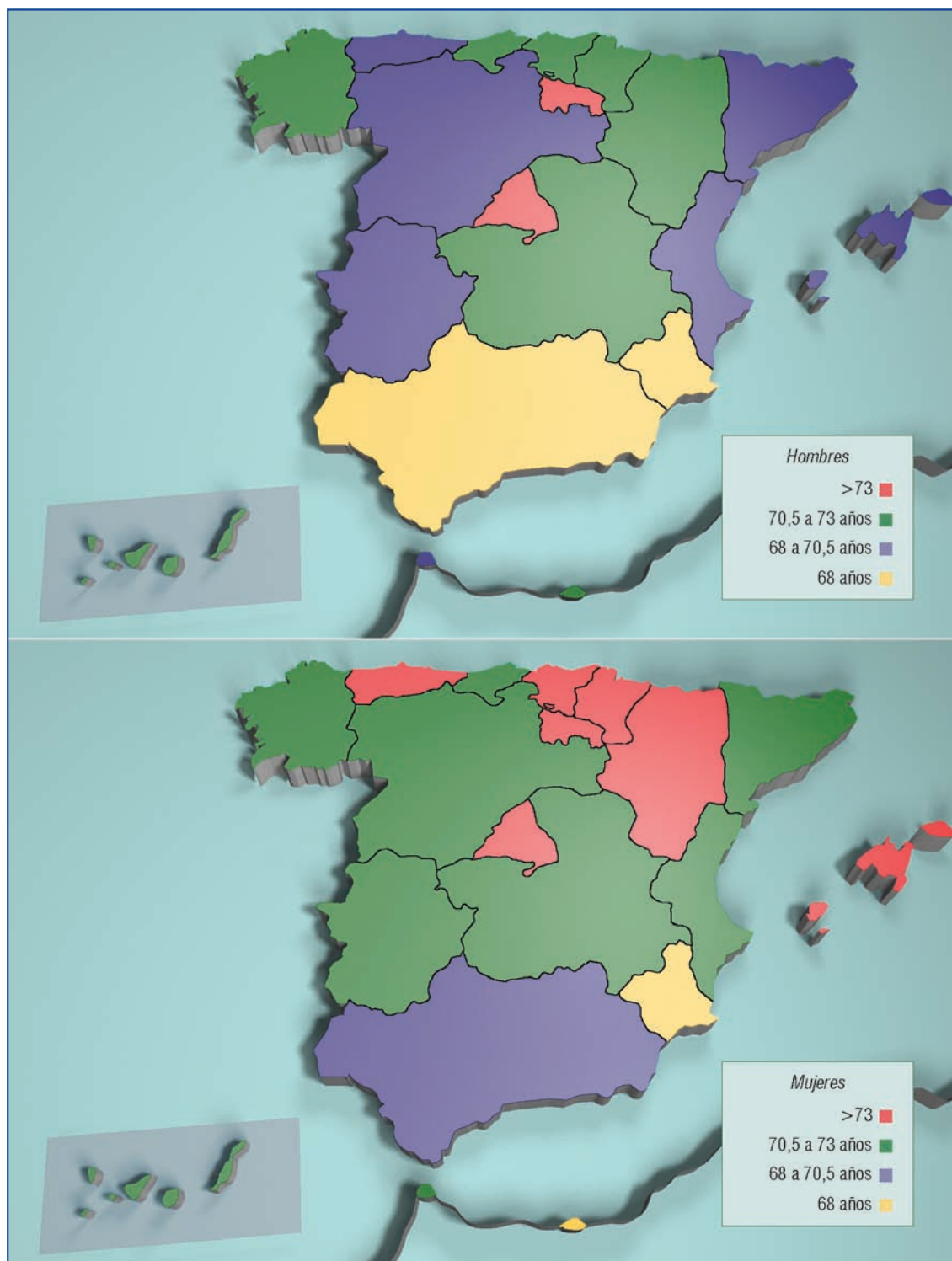
Fuente: Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud de 1999. INE. Unidad: años.

Esperanzas de vida libre de discapacidad al nacimiento



Fuente: INE.

Esperanzas de vida libre de discapacidad a los 65 años



Fuente: INE.

CAPÍTULO 4

Determinantes de la salud

1. Biología humana y entorno

El desarrollo de la vida humana es un proceso continuo y permanente en el que los factores genéticamente heredados por los individuos interactúan con los elementos físicos y sociales del entorno en el que viven. Los seres humanos comparten el medio externo con otras comunidades de seres vivos con los que deben coexistir. El principio básico de toda perspectiva ecológica aplicada al género humano es que los individuos necesitan adaptarse al medio que les rodea para sobrevivir. Si esta adaptación no se realiza adecuadamente, el individuo enferma y puede llegar a morir prematuramente.

La mejor dotación y condiciones de su organismo permiten a cada individuo enfrentarse con mayores probabilidades de éxito a los agentes externos. También las condiciones del medio en el que el individuo crece influyen y condicionan su desarrollo desde las primeras horas de vida. Las características anatómicas y fisiológicas inicialmente recibidas a través de la herencia, evolucionan en constante interdependencia con el ambiente y la sociedad en la que viven. Nada en el mundo es extraño a la vida humana; nada en la naturaleza es ajeno a la salud y al bienestar de los seres humanos.

Los rasgos biológicos y las características propias de cada individuo son condicionantes básicos de la vida y la salud humanas. El peso y el tamaño del feto son ya indicadores de viabilidad de la vida para después del nacimiento. En el desarrollo de la vida adulta, el peso, la estatura, la estructura ósea, la masa corporal, y sobre todo, la combinación de unos y otros parámetros constituyen vectores esenciales para propiciar una vida saludable. Los excesos y defectos en alguna de estas medidas suelen derivar en un incremento de la probabilidad mórbida, que conocemos como factor de riesgo. Lo es, por ejemplo, la obesidad, que se ha convertido en una de las enfermedades más característica de las sociedades de consumo propias de los países desarrollados.

Según la OMS más de 1.000 millones de seres humanos padecen sobrepeso y tres millones son clínicamente obesos. Medio millón de personas muere anualmente en los países desarrollados por dolencias relacionadas con la obesidad. En el tercer mundo el problema es muy distinto: 170 millones de niños padecen insuficiencia de peso y tres millones de ellos mueren anualmente por este motivo. Existen diferencias de peso, altura y masa corporal derivadas de la raza y la adapta-

ción al medio geográfico, pero la determinación de los patrones de normalidad se apoya en estadísticas de morbilidad. La menor tasa de mortalidad se asocia con un Índice de Masa Corporal (IMC) próximo a 22. La mortalidad y la morbilidad tienden a aumentar a medida que el IMC toma valores superiores a 25 o cae por debajo de 18,5.

También la edad y el género condicionan la fisiología de las personas y determinan en buena medida la probabilidad de ocurrencia de un gran número de enfermedades. Esta influencia no se aprecia sólo en las dolencias ligadas al desarrollo o al envejecimiento o en las que afectan a órganos sexualmente diferenciales, sino también en otras que aun afectando a todas las edades o a los dos sexos, lo hacen con muy diversa incidencia. La edad y el sexo propician actividades sociales específicas que, a su vez, determinan una mayor o menor incidencia de algunas afecciones. La correlación entre mayor edad y morbilidad es muy elevada. En cuanto al género, los hombres presentan tasas de morbilidad más altas que las mujeres en casi todos los grupos de enfermedades.

Los problemas endocrinológicos, los trastornos hematopoyéticos o las enfermedades osteoarticulares, como la artritis, la artrosis o la osteoporosis, tienen mayor incidencia en la mujer. Por el contrario, las enfermedades del sistema circulatorio, del aparato respiratorio y digestivo son mucho más dominantes en los varones. Incluso las tasas de accidentalidad presentan grandes diferencias entre hombres y mujeres, siendo muy superior la tasa de los hombres en casi todos los tipos de accidentes. Y no sólo en los accidentes de tráfico, donde la tasa masculina triplica a la de las mujeres; las fracturas en los niños de 1 a 4 años también triplican a las de las niñas de su misma edad.

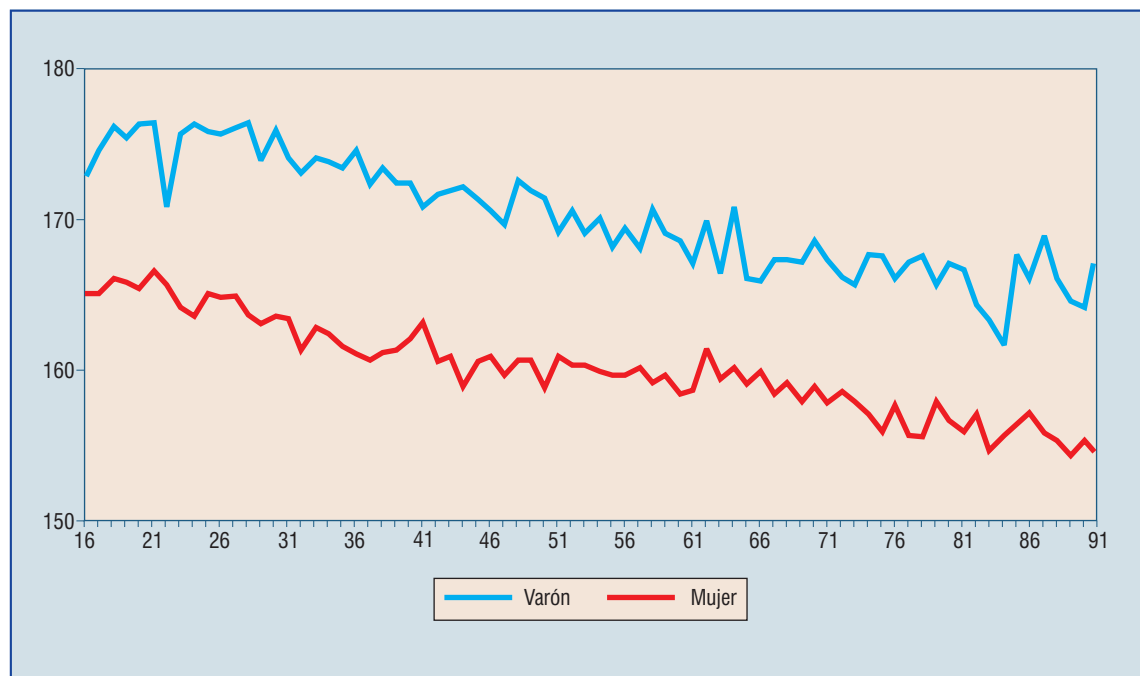
La elevada correlación positiva entre educación y salud permite considerar los bajos niveles de formación como un factor de riesgo. La Organización Mundial de la Salud, (OMS) considera prioritario fomentar la educación como instrumento básico de cambio tanto a nivel individual como colectivo, con el fin de comprometer a toda la sociedad en el proceso de mejora de la salud. Esta propuesta es válida para la educación en general, en tanto en cuanto el grado de educación que posee la población de un país es uno de los indicadores más relevantes del desarrollo que ésta ha alcanzado, pero también lo es en el ámbito de la educación sanitaria como conjunto de conocimientos que la población debe poseer para poder preservar y mejorar su estado de salud.

La salud depende en gran parte de los hábitos y costumbres cotidianas que se practican y del resultado de las acciones y esfuerzos que cada cual realiza para cuidar y mejorar su vida. La educación en el campo de la salud propicia la adquisición de conocimientos y aptitudes necesarias para la higiene y prevención de enfermedades. Además, favorece el desarrollo de facultades como la responsabilidad y la toma de decisiones con objeto de que el individuo alcance el máximo grado de adaptación y de autonomía en el ámbito de la salud, complementando la acción del sistema sanitario con las conductas adecuadas. Esta capacidad de adaptación de la persona a su entorno determina en gran medida su mejor salud y calidad de vida.

La correlación entre riqueza y salud es muy estrecha. La miseria y la ignorancia son los grandes aliados de la enfermedad. La escasez de recursos, especialmente por debajo del umbral de la pobreza, constituye un factor de elevado riesgo. Proposición constatable no sólo en la comparación entre países con diferentes grados de desarrollo, sino también entre los individuos con diferentes niveles de renta dentro de una misma comunidad política o regional. Los países de bajos ingresos tienen una esperanza de vida más baja y una mortalidad mucho más elevada que los países desarrollados. En muchos países de ingresos medios se ha reducido significativamente la mortalidad por enfermedades.

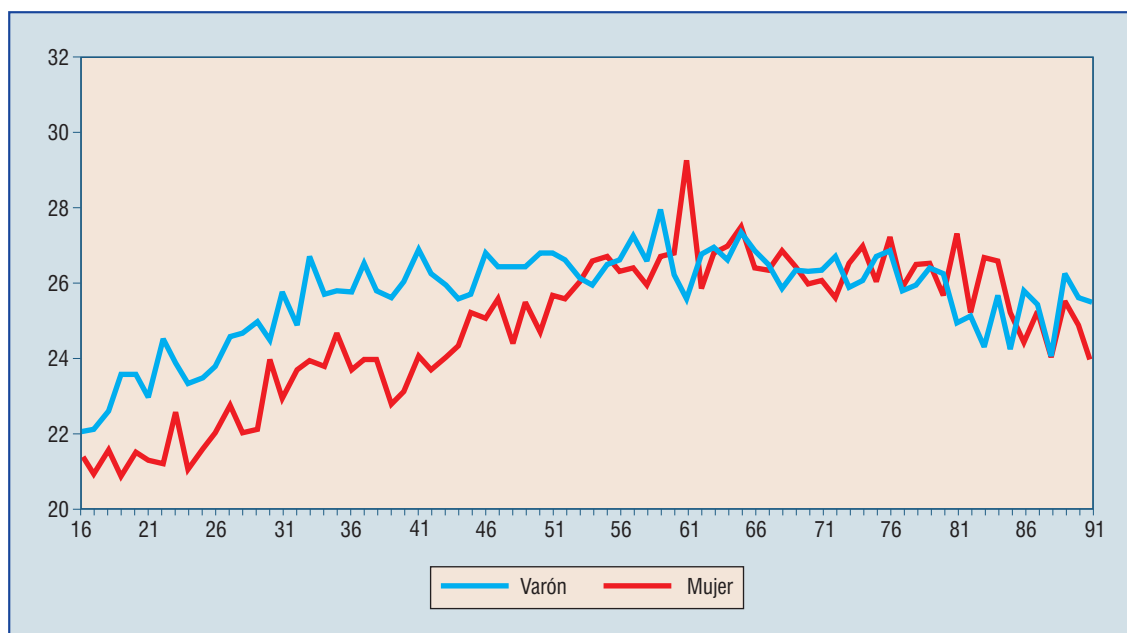
Los lazos que vinculan a la salud con la reducción de la pobreza y con el crecimiento económico a largo plazo son unánimemente reconocidos. Una vivienda y una alimentación inadecuadas, instalaciones higiénicas deficientes, condiciones de trabajo peligrosas y un difícil acceso a la asistencia médica contribuyen a una salud precaria. La vulnerabilidad ante las enfermedades y la mala salud se deriva pues, de una combinación de malas condiciones de vida y de trabajo. A su vez, la mala salud es una de las principales trabas que dificultan el trabajo, la productividad y la reducción de la pobreza. Las buenas condiciones económicas y sociales mejoran el estado de salud, y la buena salud mejora la productividad en casi todos los sentidos. Los datos para España evidencian que el mayor nivel de renta correlaciona claramente con una mejor salud.

Altura media por edad y sexo: año 2000



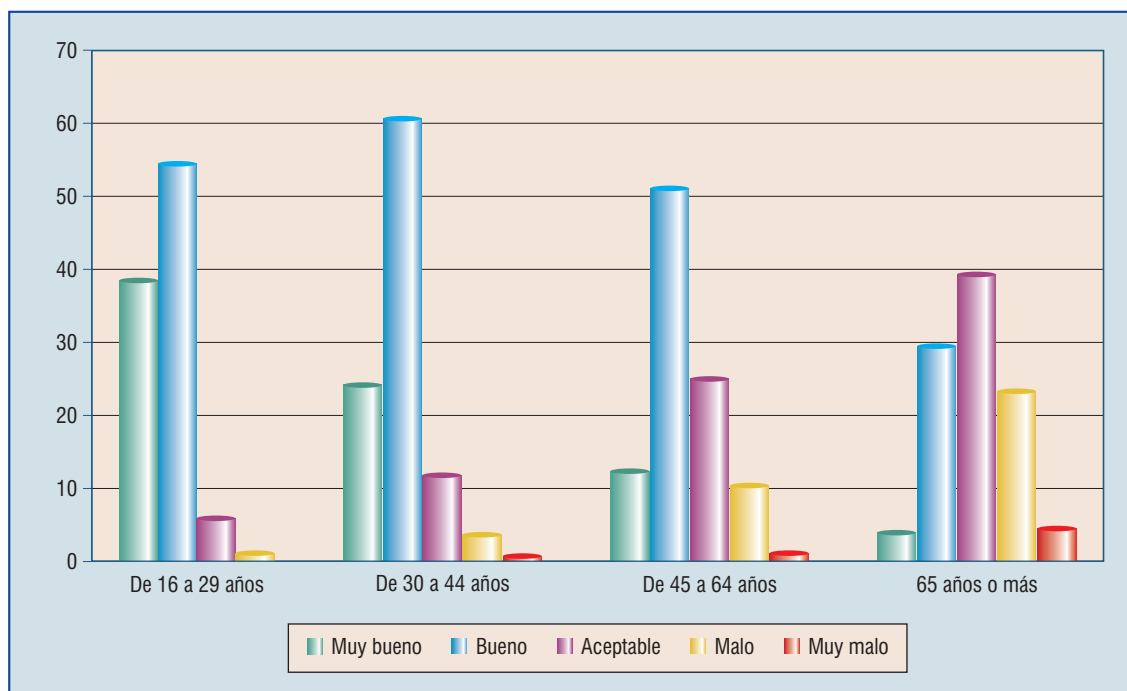
Fuente: Panel de hogares de la UE.

Índice de Masa Corporal medio por edad y sexo. Año 2000



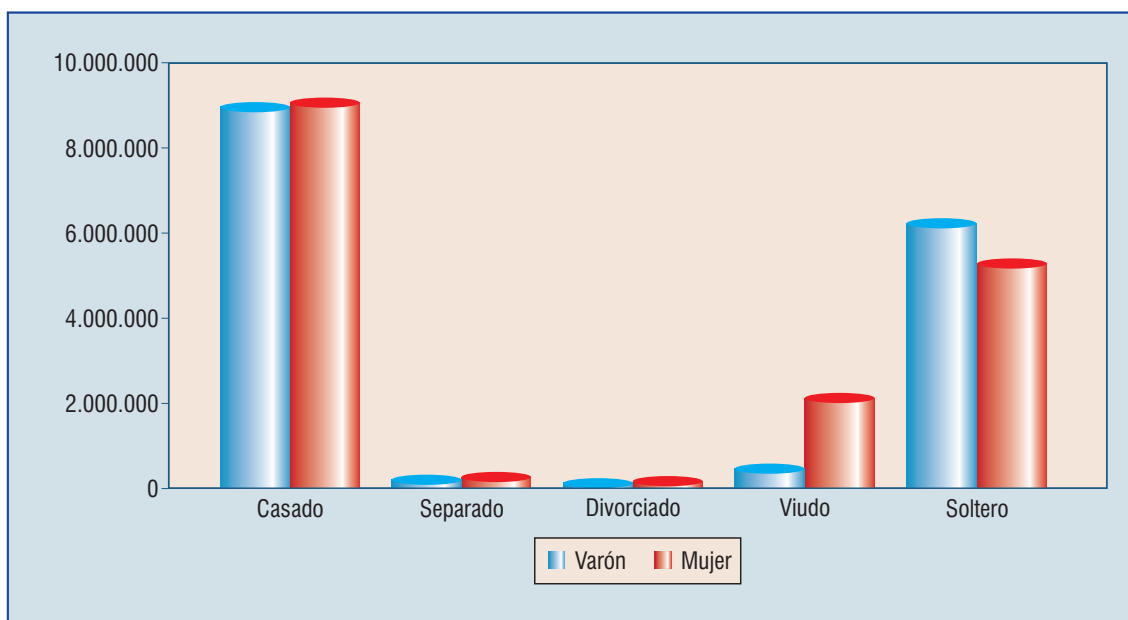
Fuente: Panel de hogares de la UE.

Percepción del estado de salud por edad (2000)



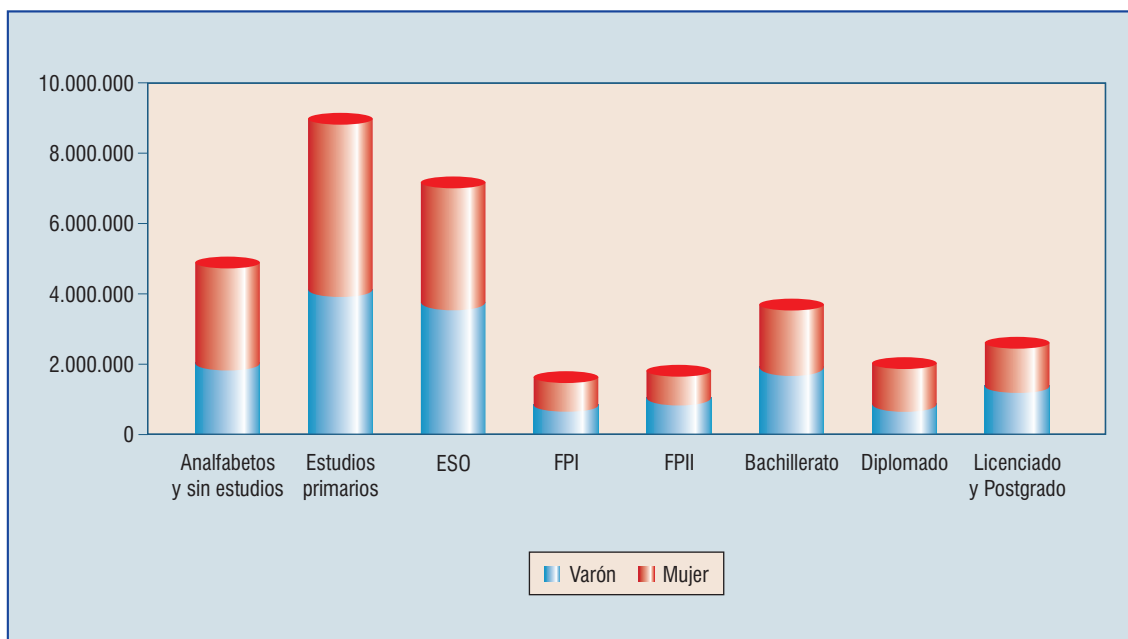
Fuente: PHOGUE, INE.

Número de personas por estado civil y sexo (2000)



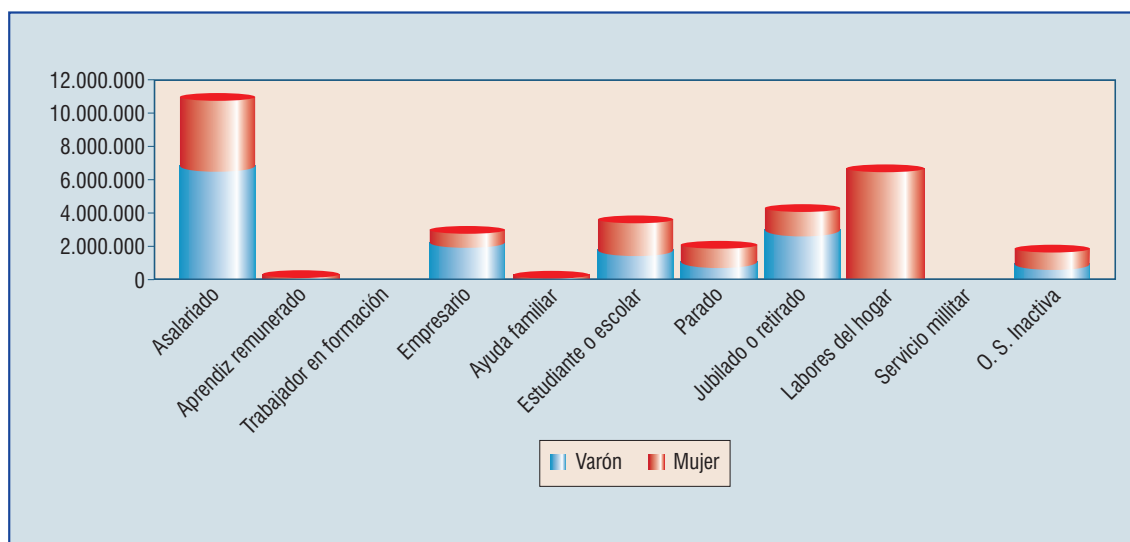
Fuente: Panel de hogares de la UE.

Número de personas por estudios y sexo (2000)



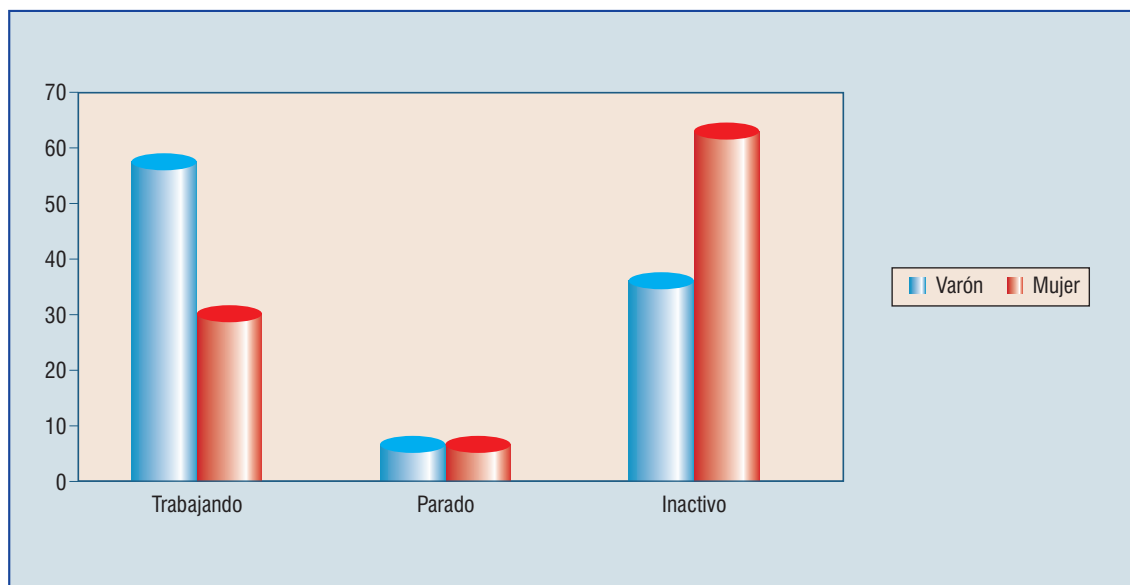
Fuente: Panel de hogares de la UE.

Personas por situación respecto a la actividad (2000)



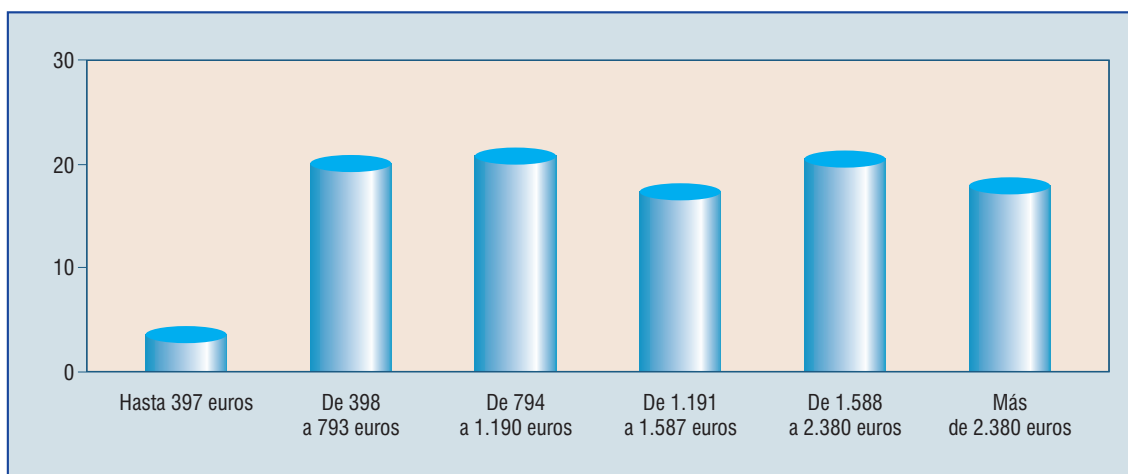
Fuente: Panel de hogares de la UE.

Porcentaje de personas por situación respecto a la actividad (2000)



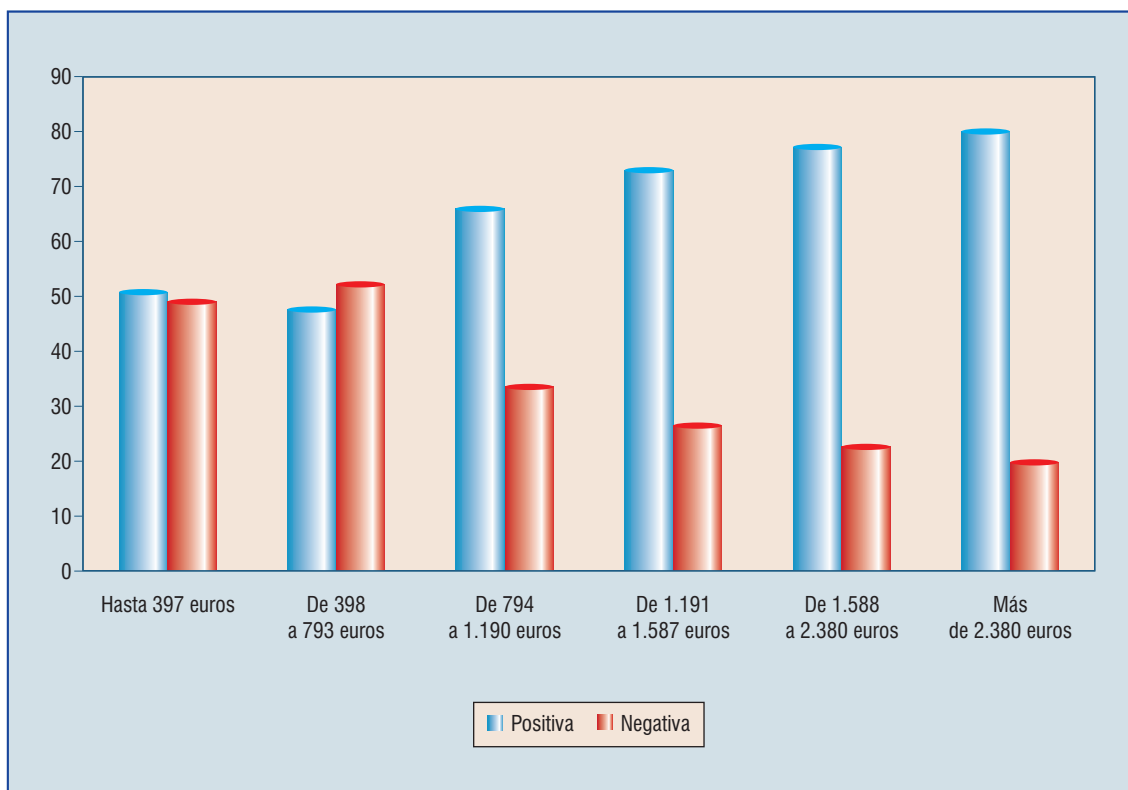
Fuente: Panel de hogares de la UE.

Porcentaje de hogares por tramo de ingreso (todos los ingresos)

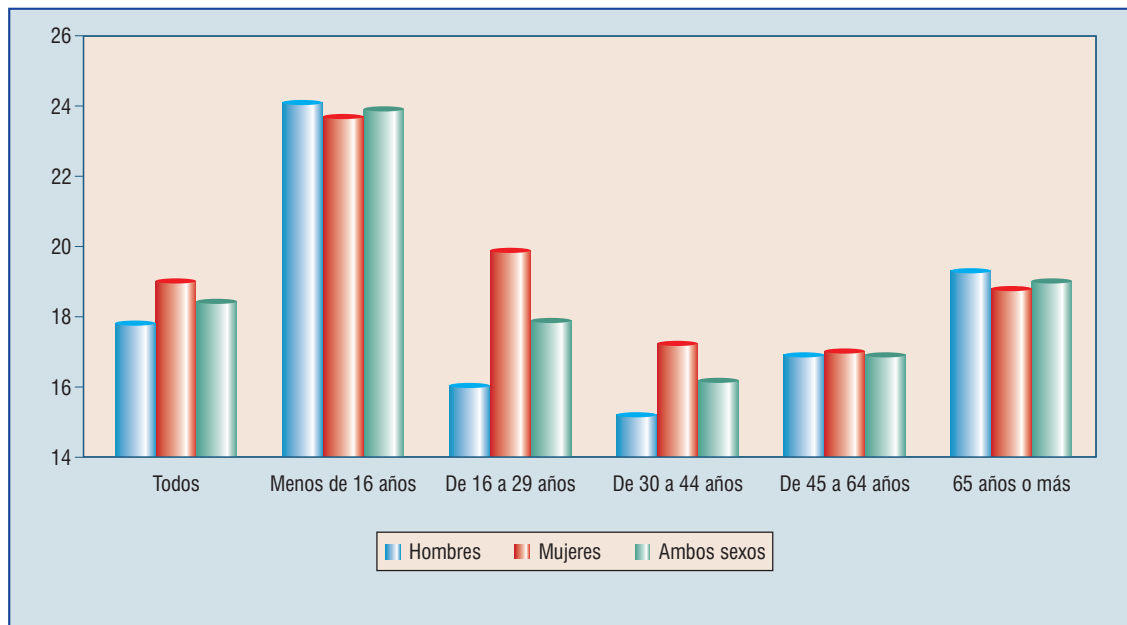


Fuente: Panel de hogares de la UE.

Autovaloración de la salud según ingresos/mes (2000)



Fuente: PHOGUE, INE.

Porcentaje de personas por debajo del umbral de la pobreza

Fuente: Panel de hogares de la UE.

2. Estilos de vida

La consolidación de la epidemiología ha puesto de relieve las relaciones existentes entre los diferentes modos de vida de las poblaciones y las heterogéneas manifestaciones de morbilidad. La diversidad de formas de vida no sólo determina distintos niveles de mortalidad y esperanza de vida y salud, sino que constituye una parte importante de los factores determinantes de la morbilidad, definiendo en gran medida los perfiles epidemiológicos de cada grupo social. El análisis de la desigual distribución de las enfermedades ha exigido la superación de criterios básicos de agrupación social como el regional o el ocupacional, para acceder a grupos más específicos de individuos que comparten hábitos y comportamientos, además de ciertas formas de pertenencia.

El concepto sociológico de los estilos de vida posibilita la agrupación de las personas en función de sus opiniones, actitudes, intereses o comportamientos respecto a ciertos factores de especial relieve en la materia objeto de análisis, sea esta política, económica o sanitaria. Su aplicación al ámbito de la salud permite elaborar perfiles psicosociales de ciertas dolencias y definir grupos de riesgo sobre la base del análisis multivariante de las características compartidas por los individuos que padecen ciertas afecciones. Las enfermedades infecciosas y epidémicas constituyen el primer frente de acción para esta metodología analítica que también se extiende a otras muchas enfermedades y dolencias (cáncer, enfermedades cardiovasculares, accidentes, etc.).

Los estilos de vida refieren esencialmente actitudes, hábitos y conductas de carácter voluntario, no factores de naturaleza biológica, anatómica o fisiológica. Por tanto, en el ámbito de la salud,

no identifican todos los elementos personales que coadyuvan a la ocurrencia de las enfermedades, sino sólo algunas circunstancias que acompañan a los individuos que las han padecido. Asimismo, los estilos de vida no recogen elementos causales o etiológicos, sino sólo aquellos que dependen de las decisiones o acciones de las personas. No representan lo que son, sino lo que suelen hacer las personas antes o durante el proceso de salud-enfermedad. Pero a pesar de las limitaciones de la metodología de estilos de vida como identificadores del “enfermo potencial” o de la “persona sana”, su conocimiento y aplicación proporciona una inestimable ayuda para el diseño de estrategias de prevención frente a un buen número de enfermedades.

La generación de estilos de vida está relacionada con un entramado de dimensiones sociales bien conocidas: estatus, nivel de renta, clase, formación, ocupación, rol familiar, etc., siendo en muchos casos el alineamiento en uno de estos parámetros sociales la fuente determinante casi única de actitudes y comportamientos precursores de ciertas enfermedades. La arteriosclerosis, la hipertensión arterial, las dolencias del corazón, la gota o la obesidad, se presentan con mayor frecuencia en personas de renta y estatus alto, mientras que las deficiencias alimentarias, los procesos infecciosos, los reumatismos crónicos, las enfermedades profesionales y los accidentes de trabajo predominan en los individuos de bajo nivel cultural y escaso poder adquisitivo.

La metodología de estilos de vida aplicada a la salud, ordena conjuntos de hábitos y comportamientos estadísticamente correlacionados con la presencia o carencia de enfermedades. Su utilidad, pues, no es puramente epidemiológica, abarcando también los factores relacionados con los estados saludables. El carácter anticipatorio de las acciones preventivas de salud pública se apoya, en gran medida, en la difusión de hábitos y conductas saludables generadores de menores tasas de morbilidad. En las sociedades más desarrolladas las enfermedades infecciosas prácticamente han sido erradicadas. Sin embargo, las afecciones cardiovasculares, respiratorias y tumorales han proliferado, en parte asociadas con la extensión de prácticas poco saludables como el exceso de estrés, la vida sedentaria, las dietas inadecuadas o el consumo de tabaco.

Según la OMS el tabaco es responsable de más de 5 millones de muertes anuales en el mundo. En la Unión Europea fallecen cada año medio millón de personas como consecuencia del tabaco. Más de la mitad de estas muertes ocurren en personas de 35 a 70 años, perdiéndose con ellas una media de 22 años de vida. Aunque el número de fumadores en Europa está disminuyendo desde hace algunas décadas, más de un tercio de la población adulta sigue fumando. El número de mujeres jóvenes que adquieren el hábito de fumar es cada vez mayor, observándose un aumento considerable de la proporción de fumadores entre los jóvenes en edad escolar. El tabaquismo es actualmente la mayor causa evitable de muerte en los países desarrollados.

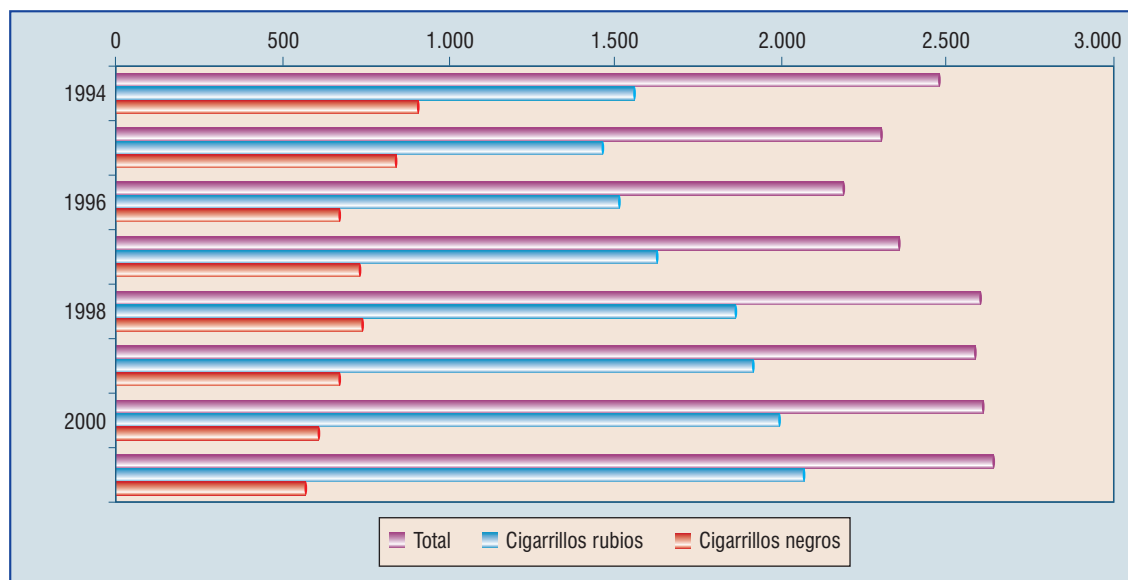
Las principales causas de mortalidad producidas por el tabaco se deben al cáncer broncopulmonar, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la cardiopatía isquémica y la enfermedad cerebrovascular. La población fumadora tiene un riesgo aumentado de padecer cáncer, enfermedades cardiovasculares y respiratorias. En la mujer embarazada, el consumo del tabaco está asociado con patología placentaria, aborto espontáneo, parto prematuro y muerte súbita del lactante. También los niños sometidos al humo del tabaco ambiental presentan una mayor incidencia de infecciones de las vías respiratorias altas, otitis, sinusitis, bronquitis, neumonías, cataratas, cólicos postprandiales etc.

Los fumadores pasivos, presentan un incremento del número de casos de cáncer de pulmón, enfermedades cardiovasculares y respiratorias. El humo del tabaco ambiental contiene múltiples componentes químicos, de los cuales, más de cuarenta son tóxicos y carcinogénicos para animales y humanos. El impacto que el humo del tabaco ambiental tiene sobre la mortalidad humana es dos veces superior al producido por el conjunto de los contaminantes ambientales reconocidos como tóxicos y que son objeto de control.

El consumo de tabaco representa, en España, un volumen importante en los gastos sanitarios y sociales. Estos costes son casi diez veces más elevados que los beneficios económicos que produce. A los gastos sanitarios ocasionados por las estancias hospitalarias hay que añadir los producidos por la asistencia extrahospitalaria, el gasto farmacéutico, los gastos ocasionados por las pensiones e incapacidades y los costes laborales. El absentismo laboral es más elevado entre los fumadores, no sólo como consecuencia de una más alta prevalencia de enfermedades graves, sino también debido a trastornos menores como catarros, jaquecas, etc.

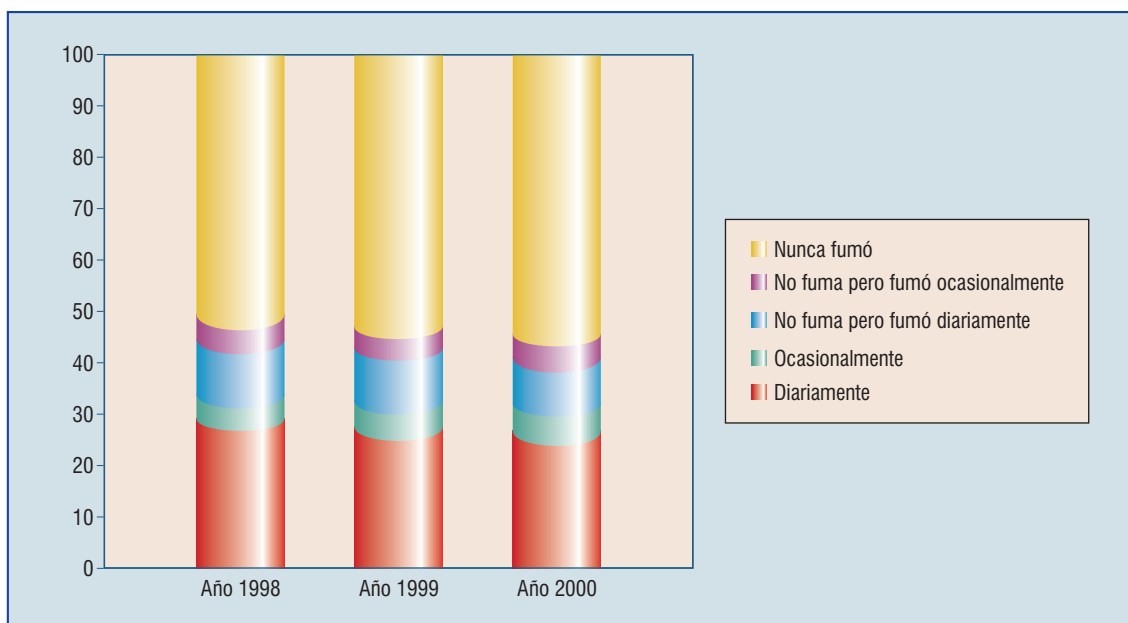
Otro de los hábitos perniciosos de las sociedades avanzadas es el consumo de alcohol. Tomado en exceso, el alcohol tiene efectos drásticos y dañinos para la salud, pudiendo producir cirrosis, hepatitis, cáncer de hígado, pancreatitis crónica y aguda, cáncer de esófago y tumores malignos de laringe y de la cavidad oral. Se trata de un hábito social muy ligado al segmento de edad entre los 19 y 29 años, con unas graves repercusiones sobre la delincuencia, el suicidio y la accidentalidad, especialmente la del tráfico. En conjunto, el alcohol ocasiona más de 12.000 muertes anuales. En las últimas décadas se ha producido una disminución de la proporción de abstemios y un aumento de los bebedores de riesgo en la población española.

Evolución del consumo de cigarrillos



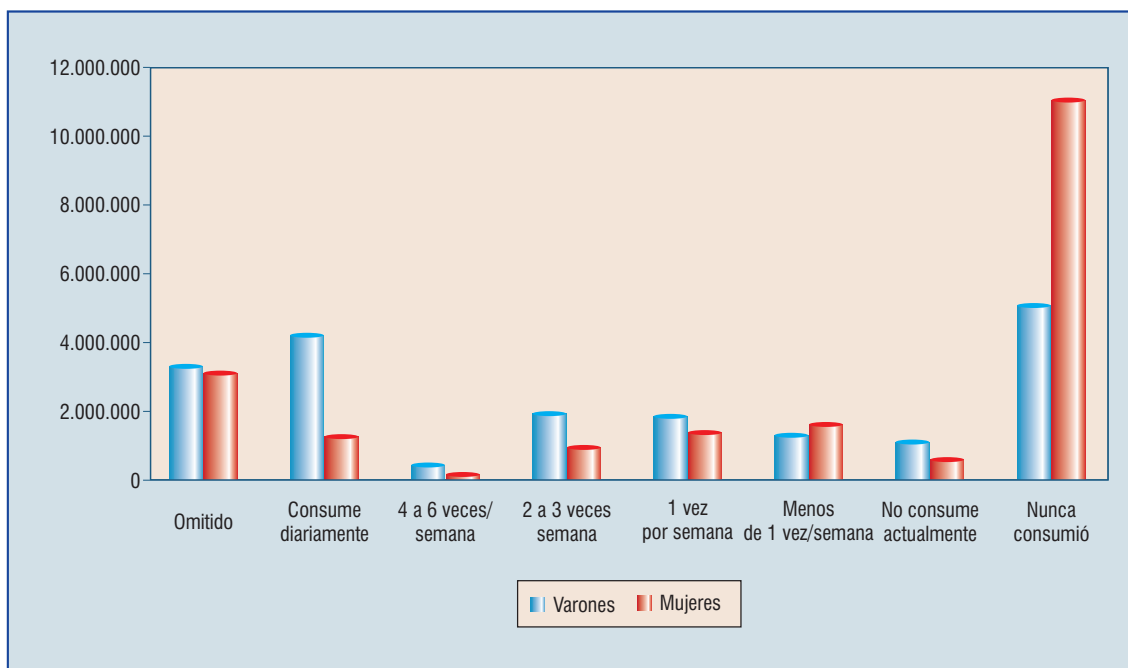
Fuente: Anuario estadístico de España. INE. 2003.

Porcentaje de personas respecto al consumo de tabaco



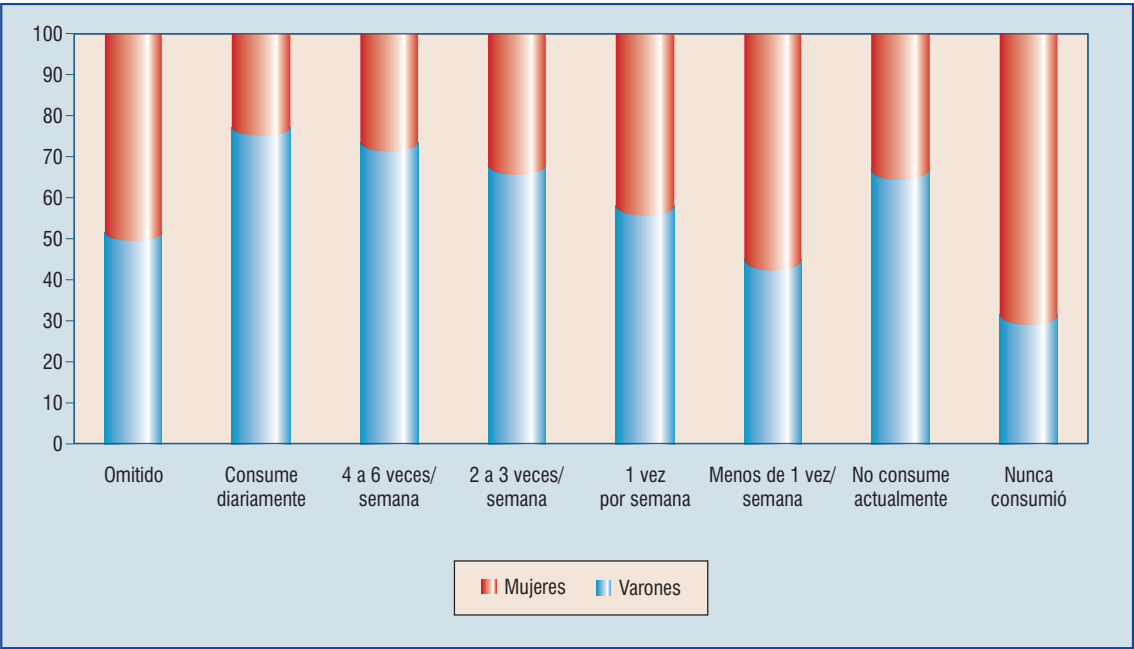
Fuente: Panel de Hogares de la Unión Europea. INE.

Personas y consumo de alcohol



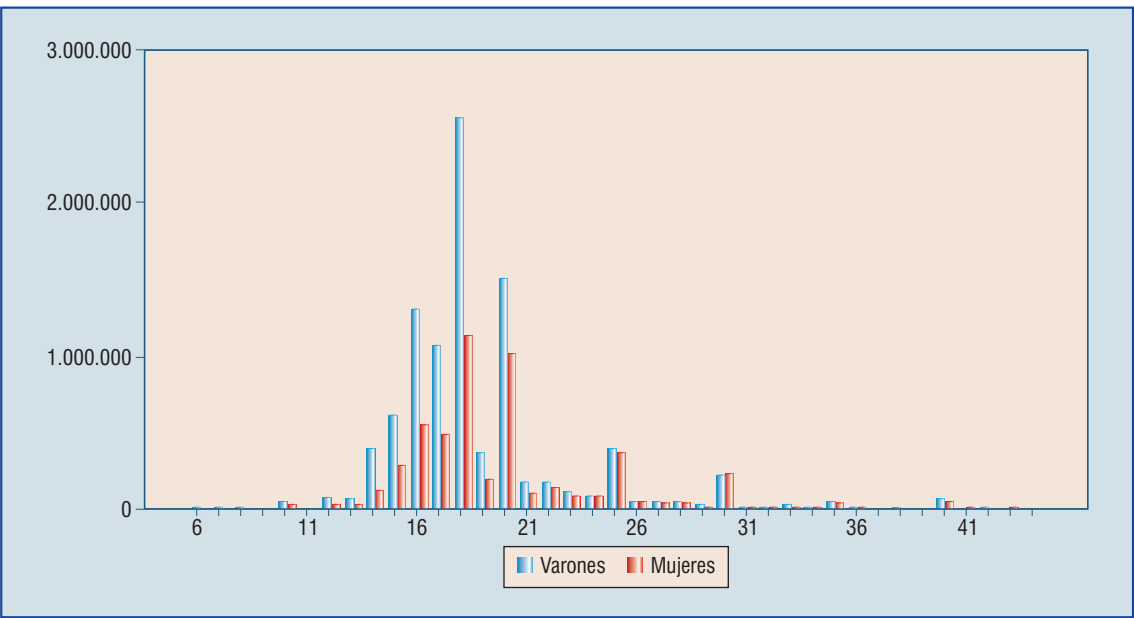
Fuente: Encuestas de discapacidades, deficiencias y estado de salud.

Personas y consumo de alcohol



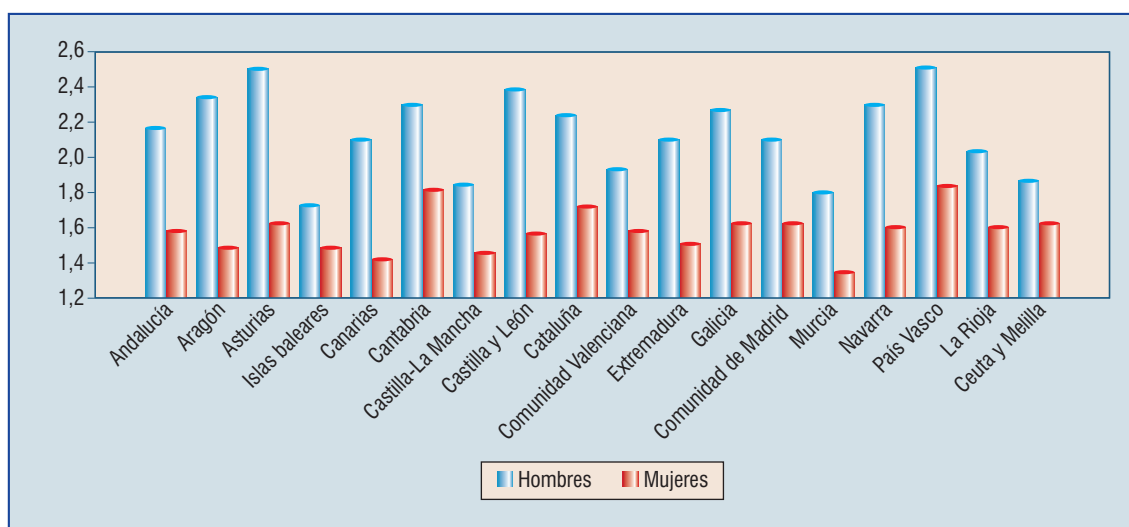
Fuente: Encuesta de discapacidades, deficiencias y estado de salud.

Personas por edad a la que empezó a consumir alcohol



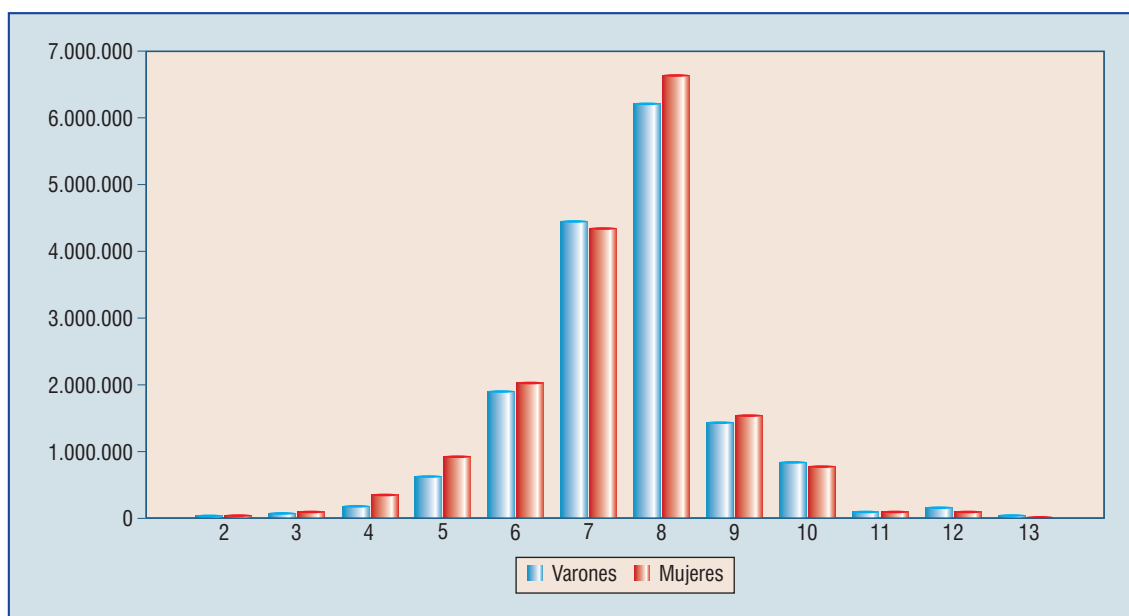
Fuentes: Encuesta de discapacidades, deficiencias y estado de salud.

Promedio de tiempo dedicado a la actividad (deportes y actividades al aire libre)



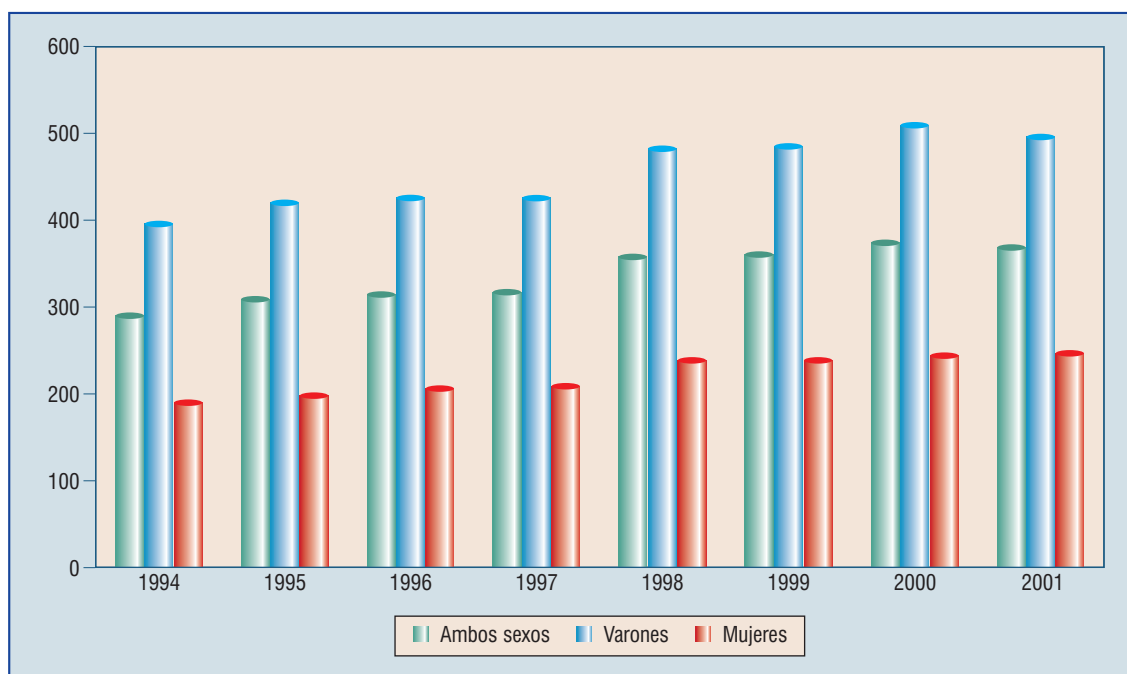
Fuente: Encuesta de empleo del tiempo 2002-2003. INE

Personas por horas de sueño al día



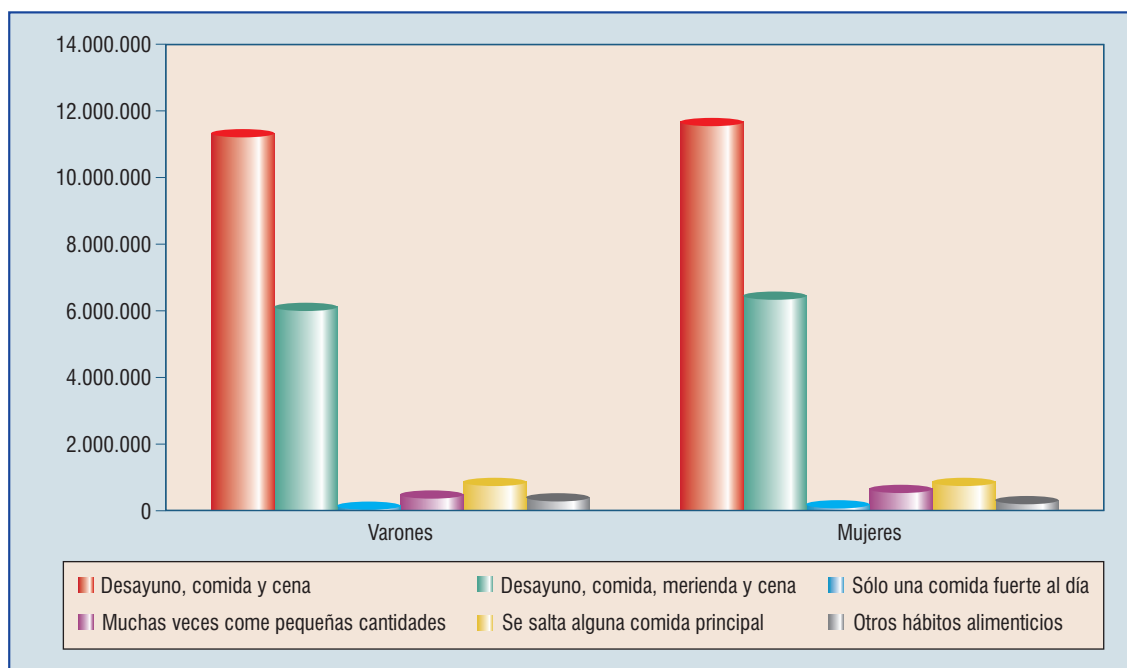
Fuentes: Encuesta de discapacidades, deficiencias y estado de salud, INE.

Heridos en accidentes de tráfico por 1.000 habitantes



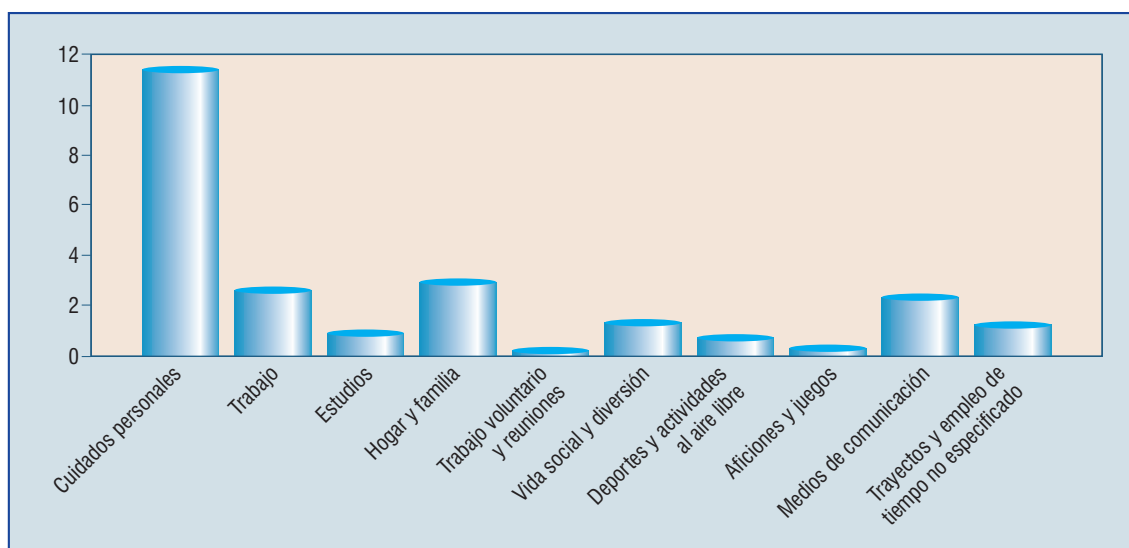
Fuente: Indicadores Sociales de España, INE.

Personas por hábito alimenticio



Fuentes: Encuesta de deficiencias, discapacidades y estado de salud.

Distribución de actividades en un día promedio por sexo



Fuente: Encuesta de empleo de tiempo 2002-2003. INE. Unidad: porcentaje.

3. Condiciones de trabajo y entorno social

La medicina social se ocupa de la salud de los individuos en sus relaciones con los otros miembros de la comunidad. Esta orientación científico práctica de la medicina se basa en una concepción social o colectiva de la salud. La consideración del individuo como ser social hace difícil concebir hoy una ciencia médica que no lo sea. El reconocimiento del derecho individual y colectivo a la salud, ha llevado a la mayoría de los países desarrollados, a delegar su protección a los poderes públicos. La sociedad en su conjunto, representada en las instituciones políticas y públicas, se hace así responsable de la salud de todos sus miembros. La salud deviene en un problema común y en una tarea esencialmente colectiva, noción formalizada en el concepto de salud pública.

El marco social es, al mismo tiempo, un vector del ejercicio de la medicina y un factor determinante del estado de salud de las personas. El entorno físico-ambiental y las coordenadas sociales y rasgos culturales, en relación al trabajo, a la familia o al ocio, fijan las condiciones y la forma de vida de los individuos, modelando también sus hábitos físicos y alimenticios, sus conductas laborales y su comportamiento social. La actividad laboral puede ser una valiosa fuente de bienestar psicológico y social para los seres humanos, en cuanto estructura y provee de significado las vidas de los adultos. Pero, las condiciones físicas o psicológicas inadecuadas del entorno laboral pueden provocar inadaptaciones y ser fuente de serias dolencias para las personas.

La traslación del crecimiento económico a la vida laboral de los individuos comporta factores de riesgo y nuevas amenazas a la salud. Los cambios tecnológicos y las transformaciones en el mercado de trabajo son una referencia básica para afrontar unas condiciones laborales más saludables que reduzcan la accidentalidad y las enfermedades laborales. En Europa, un estudio de la Fundación Europea, señala que en 2000, el 37 % de los trabajadores afirmó manipular cargas pesadas; el 29 % efectuó el trabajo en medio de un ruido intenso; un 13 % de los trabajadores se quejó de dolores de cabeza; un 17 %, de dolores musculares; un 20 %, de fatiga; y un 30 %, de dolor de espalda.

El estrés y otras situaciones de tensión psicosocial, que afectan al 28 % de los europeos, pueden provocar reacciones fisiológicas internas, daños a la salud y aparición de enfermedades. Una crítica percibida como injusta puede aumentar la tensión arterial; la frecuencia cardíaca puede incrementarse o hacerse irregular; se puede experimentar tensión muscular con rigidez de la nuca, dolor de cabeza y de hombros; garganta y boca secas, o hiperacidez gástrica. Estas reacciones fisiológicas, emocionales, cognitivas y del comportamiento a ciertos aspectos adversos o nocivos del contenido, la organización o el entorno de trabajo, provocan estados de angustia y altos niveles de ansiedad. El estrés es además un inductor del mayor consumo de tabaco, grasas y alcohol. Todo ello puede conducir a una amplia gama de trastornos e incluso enfermedades graves.

Frente a los riesgos derivados del progreso económico y la actividad laboral se sitúan los devenidos de la inactividad y la escasez. El paro se manifiesta como una fuente de problemas psicosociales que afectan a la salud de los individuos desde la doble perspectiva de la merma de rentas y del bienestar personal y también de la pérdida de autoestima y la generación de alteraciones conductuales, de las que se deriva un amplio espectro de trastornos psicosomáticos como cefaleas, inapetencia, pérdida de peso, cambios en la tensión arterial, náuseas, frigidez e impotencia sexual, etcétera.

Las actividades sociales, culturales y de ocio son también aspectos importantes de las condiciones de vida que se encuentran correlacionados con el bienestar y la salud de las personas. Por una parte, como indicadores, en cuanto reflejan grados y formas de desarrollo de una población y, por otro lado, como determinantes, porque modelan la aparición y la intensidad de algunos factores de riesgo de múltiples enfermedades. El empleo del tiempo de ocio y los usos sociales y culturales reflejan modos de vida más o menos saludables, reflejando el grado de exposición de la población a determinadas dolencias. Cinco de los diez mayores factores de riesgo identificados por la OMS, se corresponden con situaciones relacionadas con actividades de ocio.

La obesidad, la hipertensión y el colesterol, causan cerca de 8 millones de muertes cada año, la mayoría en los países desarrollados. Diversos factores económicos, laborales y culturales han convertido la alimentación en un peligro para la salud de su población. El estrés y la an-

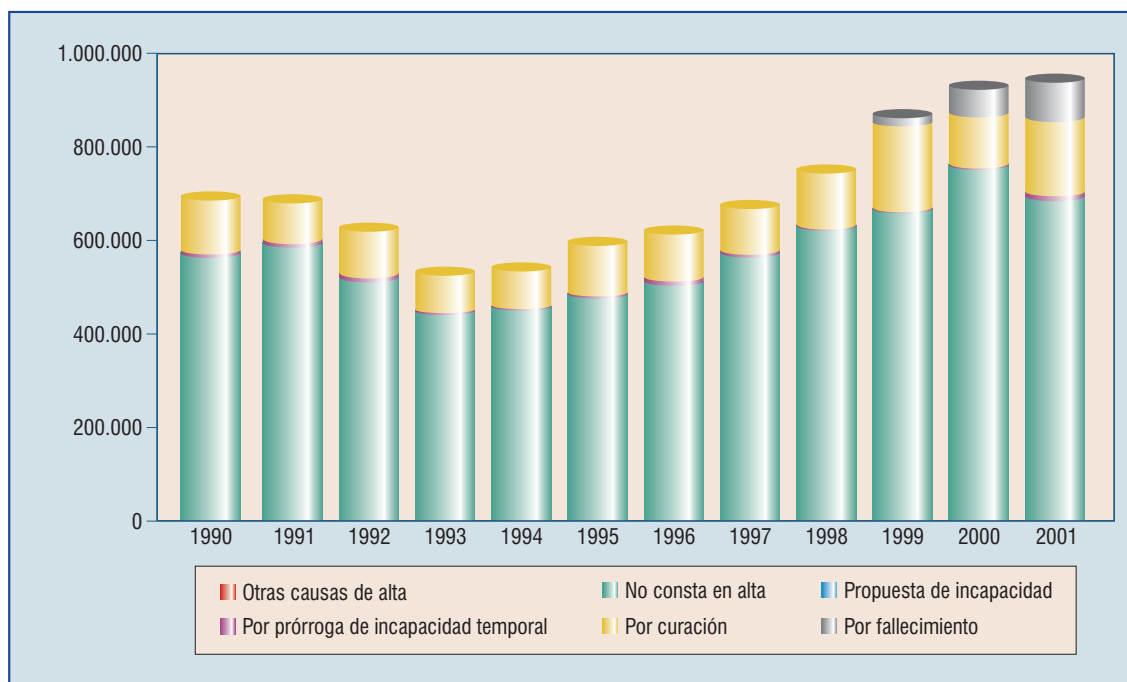
siedad, la cultura de la comida rápida y de la abundancia, propician insanos hábitos de alimentación excesiva o inadecuada. Las dietas habituales de los habitantes de las grandes urbes, altas en calorías, grasas saturadas, azúcar y sal, pero deficientes en fibras, favorecen la obesidad y las dolencias cardiocirculatorias. La hipertensión, en el año 2000, fue causa de más de 7 millones de muertes (el 13 % de la mortalidad), del 62 % de los accidentes vasculares cerebrales y del 49 % de los ataques cardíacos. El exceso de colesterol provocó 4,4 millones de muertes, es decir el 7,9 % de la mortalidad total.

En estrecha asociación con los malos hábitos alimenticios y las prácticas culturales del ocio y esparcimiento se encuentran el consumo de tabaco y alcohol. Estos dos hábitos sociales arrastran 7 millones de muertes al año en todo el mundo. Según la OMS, entre 1990 y 2000, la mortalidad por el tabaco se incremento en un 20 %, con una mayor tasa de crecimiento en los países en desarrollo. El consumo excesivo de alcohol causa entre el 20 y el 30 % de los cánceres de esófago, de los cánceres de hígado, de las cirrosis, de los homicidios y de los de los accidentes de circulación.

La conquista de una vida saludable requiere la adopción de hábitos consecuentes con tal objetivo. Conseguir un buen estado de salud no sólo implica estar carente de dolencias o enfermedades, sino también conjugar hábitos y actividades que permitan conservar la salud de manera estable. El sedentarismo impuesto por muchas actividades laborales y algunas conductas de ocio, como el cine y la televisión, necesita ser compensado con la realización habitual de ejercicio aeróbico. Aunque se alienta y educa a los niños para la práctica de los deportes y el mantenimiento del estado físico, la mayoría de las personas abandona estas hábitos al llegar a la edad adulta. El ejercicio físico aporta flexibilidad corporal, previene la obesidad, mejora el rendimiento laboral, intelectual y sexual, facilita el sueño y el descanso y disminuye el riesgo de dolencias cardíacas y arteriales.

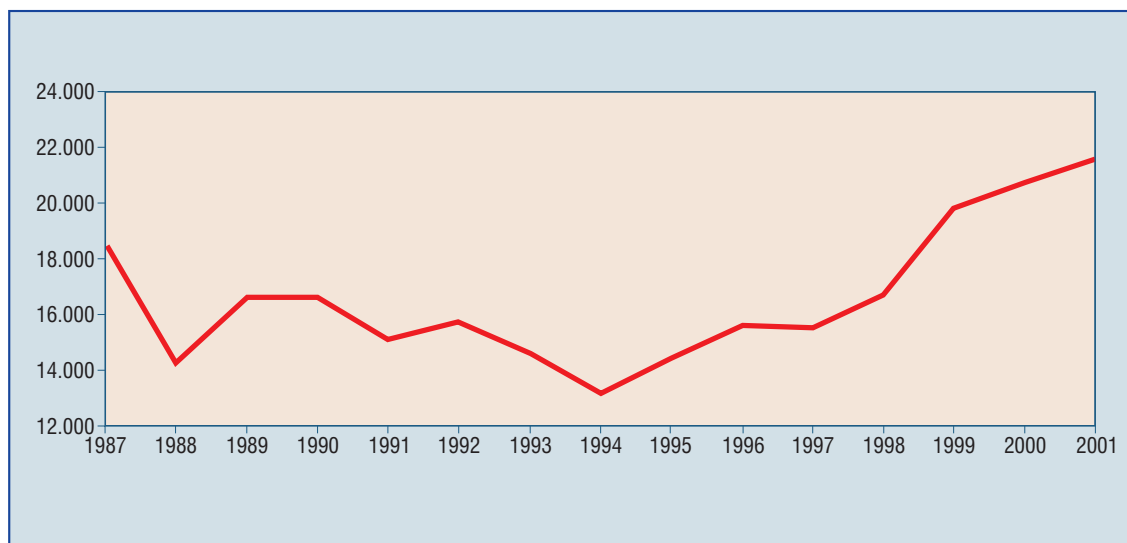
Frente al extenso catálogo de malestares, trastornos, accidentes y enfermedades que se originan como consecuencia de la actividad económica y laboral, las sociedades más desarrolladas despliegan un conjunto de sistemas de prevención, higiene, educación, protección, asistencia, seguridad social e investigación conducentes a reducir los efectos perniciosos para la salud. La ergonomía y la higiene laboral se ocupan de establecer e implementar sistemas que favorezcan el desempeño laboral, contribuyendo a la mengua de la morbilidad por diferentes riesgos y al incremento de la productividad. La medicina y la psicología del trabajo tratan de identificar los procesos pre-patogénicos y patogénicos de la enfermedades profesionales, configurando el clima organizacional adecuado para la mejora de la calidad de vida y de la relación salud-trabajo-enfermedad.

Accidentes laborales en jornada de trabajo y motivo de alta



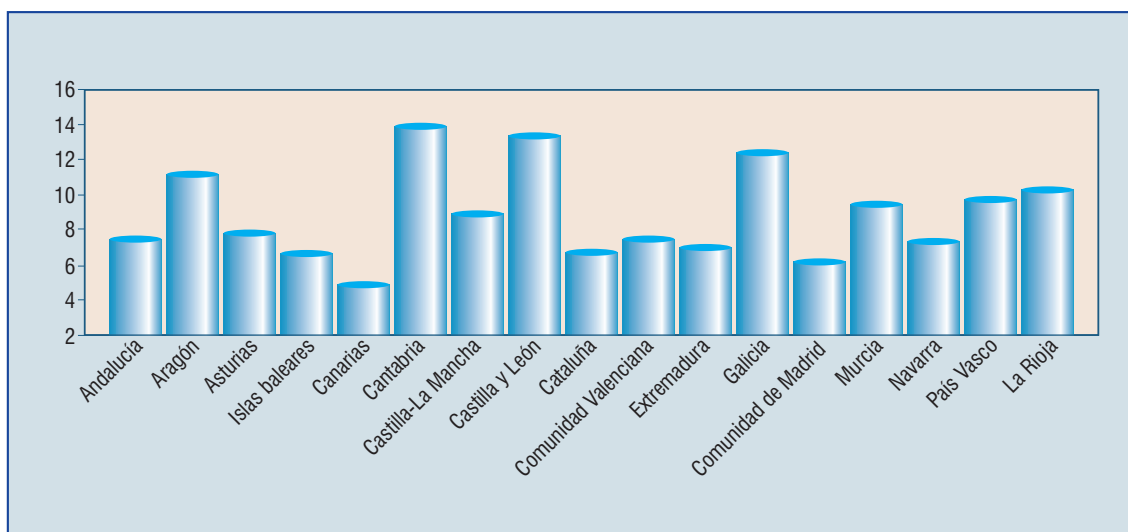
Fuente: Boletín de estadísticas sociales y laborales. MTAS.

Jornadas no trabajadas por accidentes en jornada laboral con baja



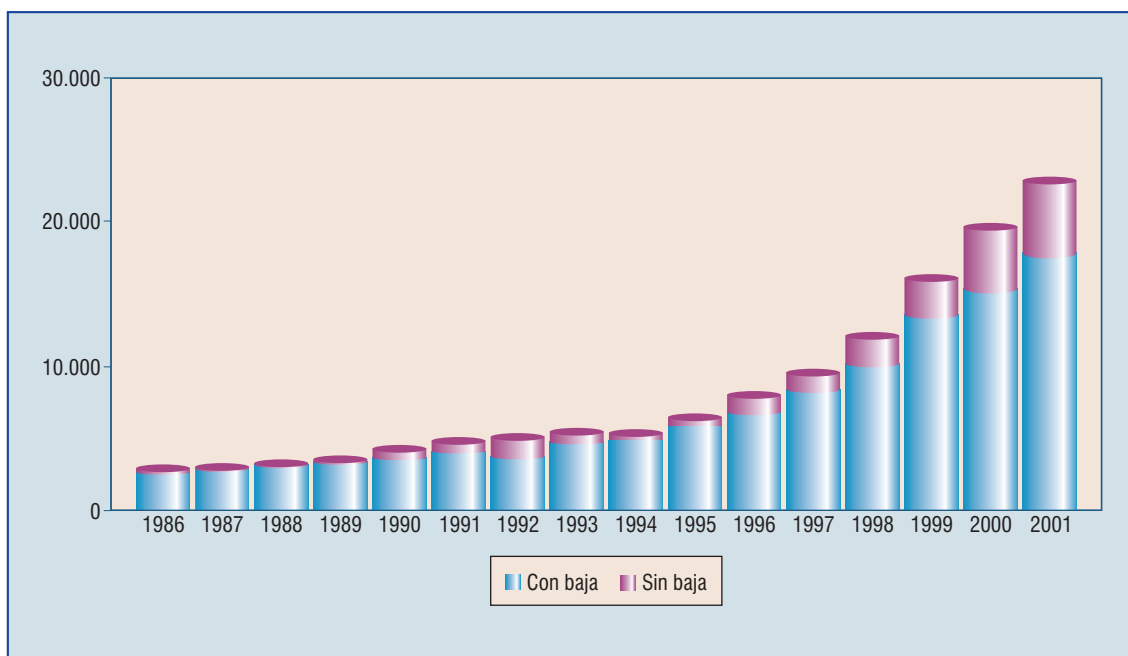
Fuente: Boletín de estadísticas sociales y laborales. MTAS. Año 2001.

Índice de incidencia de accidentes mortales por Comunidad Autónoma (2001)



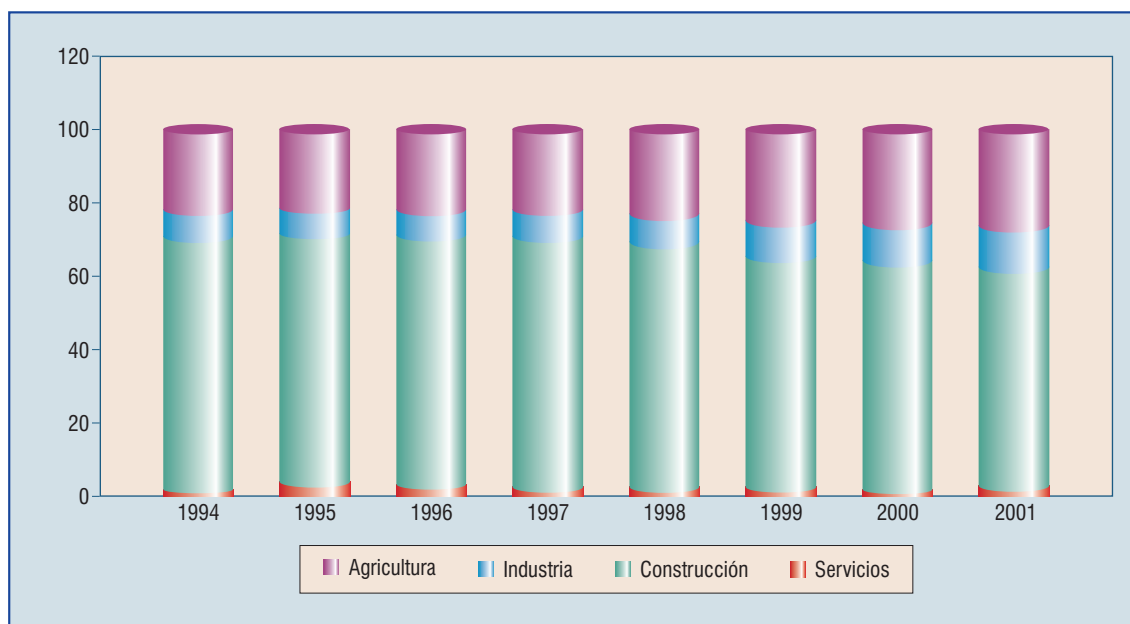
Fuente: Boletín de estadísticas sociales y laborales. MTAS.

Enfermedades laborales



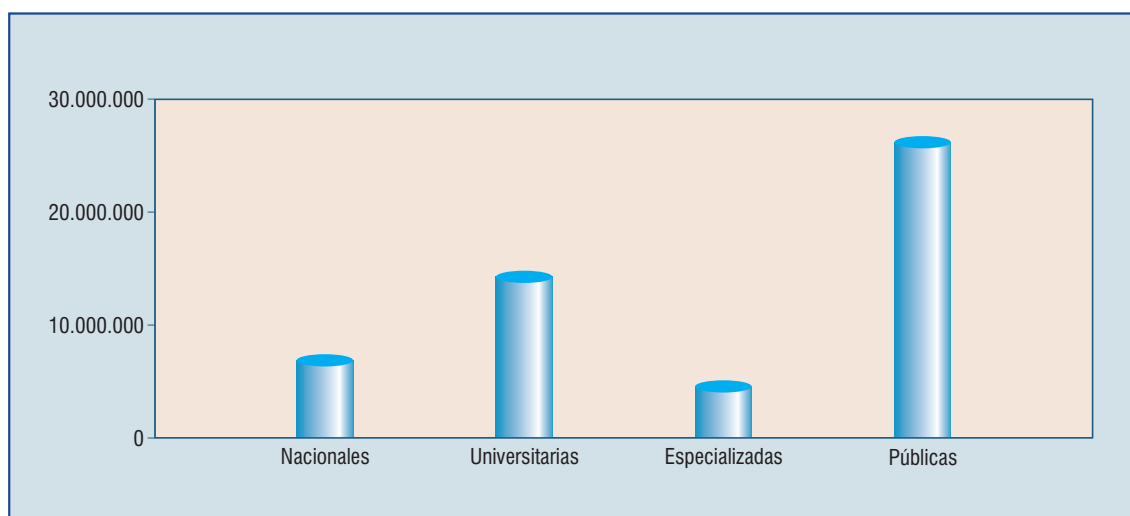
Fuente: Boletín de estadísticas sociales y laborales. MTAS.

Total de enfermedades profesionales por sector de actividad



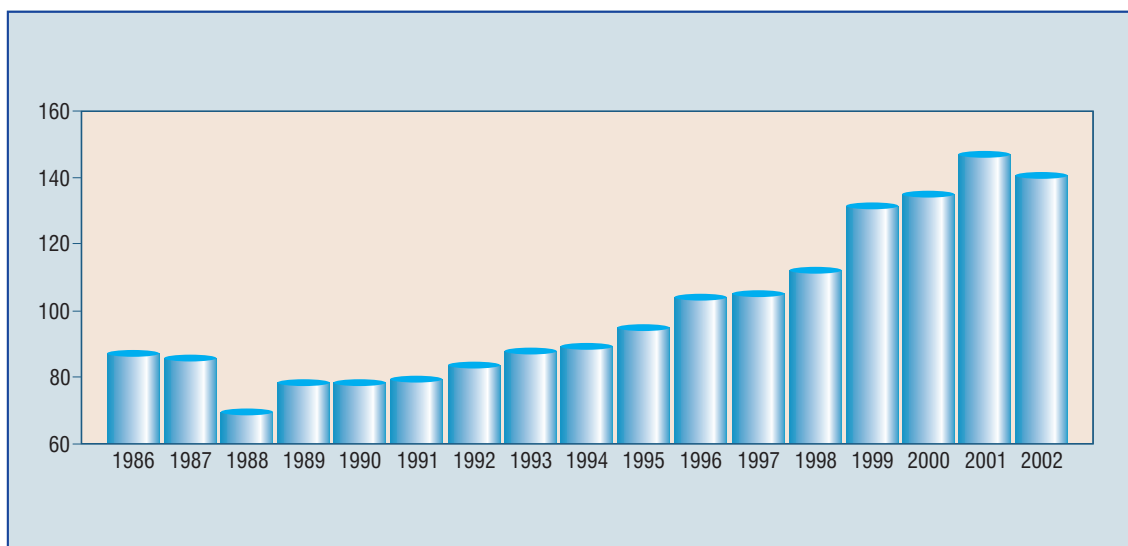
Fuente: Boletín de estadísticas sociales y laborales. MTAS.

Bibliotecas. Resumen nacional. Préstamos efectuados (documentos y copias) (2000)



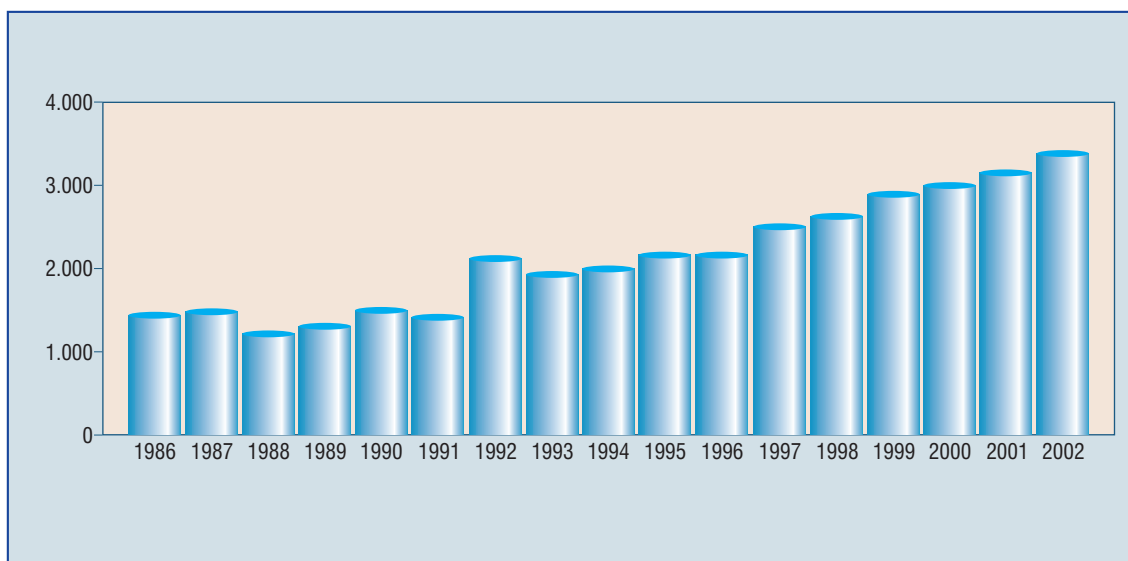
Fuente: Anuario Estadístico de España. 2002-2003. INE.

Resumen indicadores de cinematografía millones (espectadores)

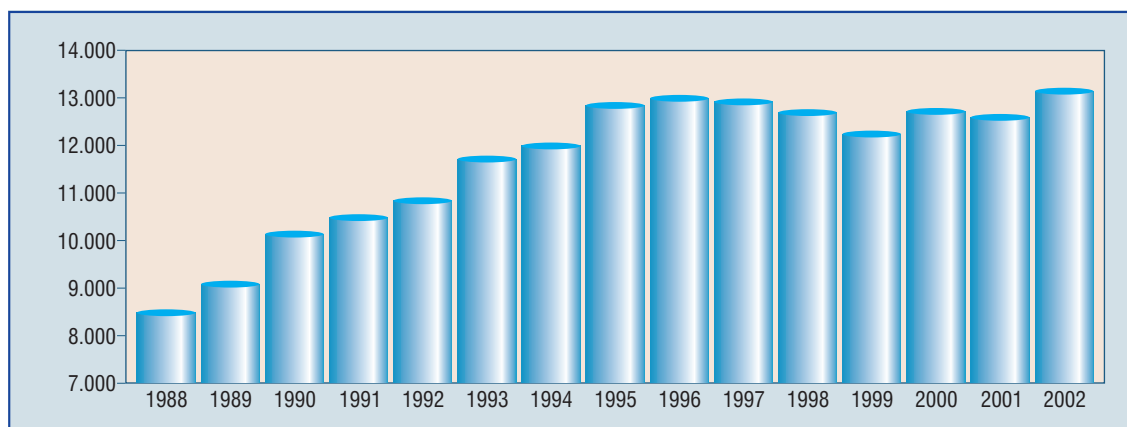


Fuente: Anuario Estadístico de España 2002-2003. INE.

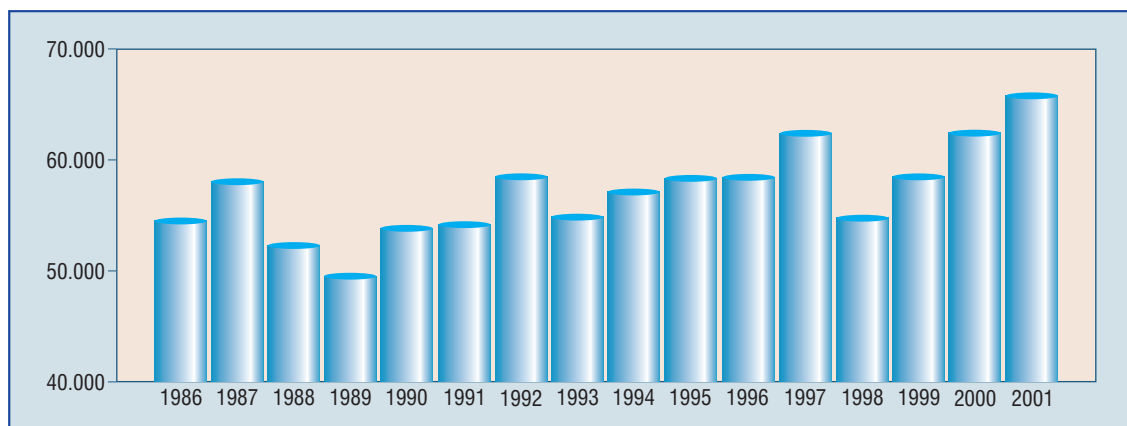
Número de títulos por materia (Ciencias Médicas, Higiene Pública)



Fuente: Anuario Estadístico de España 2002-2003. INE..

Medios de comunicación. Evolución de la audiencia (diarios)

Fuente: Anuario Estadístico de España 2002-2003. INE.

Licencias federativas (montañismo-escalada)

Fuente: Anuario Estadístico de España 2002-2003. INE.

4. Medio ambiente

Para la sociedad humana, como para todos los seres vivos, el medio ambiente es el espacio físico en el que desarrolla sus actividades y permite o propicia su evolución. No hay alternativa saludable posible, ni tampoco supervivencia a largo plazo, que no pase por la salvaguarda del medio ambiente. El hombre tiene una enorme debilidad que no tienen el resto de los seres vivos: su capacidad transformadora y depredadora le concede poder suficiente para destruir su hábitat, su medio de vida. Sólo la especie humana puede superar y romper la cadena trófica y biológica natural, consumiendo recursos y energía en menos tiempo del que el propio ecosistema necesita para reproducirlos.

Si es cierto que los niveles de salud de las poblaciones están condicionados por su nivel de desarrollo económico, no lo es menos que el progreso se sustenta sobre la capacidad, aún no demostrada por las sociedades avanzadas, de conservar las condiciones naturales y ambientales que permitan ese desarrollo a largo plazo. Cuando ésto no ocurre, el mecanismo homeostático presente en todo ecosistema conduce a los organismos vivos a tratar de adaptarse a las transformaciones del medio. Pero la capacidad de las especies para realizar esta adaptación es limitada y al intentar traspasar este límite los individuos enferman en unos casos y mueren en otros.

La utilización de la energía por parte del hombre va a aumentando en todo el mundo cada vez más deprisa que la población; la utilización de la energía se duplica cada diez o doce años. El proceso de formación del petróleo ha durado millones de años, pero las existencias pueden agotarse en menos de un siglo si el ritmo de consumo no disminuye. La demanda mundial de petróleo se duplica cada diez años. El gas natural desaparece más rápidamente y su uso se duplica cada seis años. Si no aparecen nuevos yacimientos, en menos de cincuenta años se habrán agotado. Las reservas de minerales conocidas durarán menos de cien años. La energía hidráulica renovable proporciona solamente una cuarentava parte de la energía total consumida.

Desde hace millones de años y de forma natural, muchos metales contaminantes, como el mercurio, el plomo o el cadmio, son arrastrados por la lluvia y los ríos hacia los mares en pequeñas cantidades. Actualmente el hombre ha multiplicado por diez esos vertidos. Esto mata o daña a los peces y las especies que viven en el mar, pero también a quienes consumen pescado u otros alimentos obtenidos en estas aguas. El nitrógeno y el fósforo vertidos por el hombre en los campos y los mares en forma de fertilizantes, detergentes y aguas residuales, contaminan los ríos y los océanos sin que se conozca el límite de su capacidad de regeneración. La población está expuesta a riesgos derivados de los restos de nitratos y pesticidas, y a la contaminación del agua, especialmente en zonas donde el agua potable proviene de depósitos subterráneos poco profundos.

El petróleo derramado en los mares por los accidentes de los barcos es sólo una cincuentava parte del que reciben por otras vías. Durante muchos años varias naciones estuvieron depositando desperdicios procedentes de reactores nucleares en barriles depositados en el fondo de los océanos. Esta basura radiactiva tiene una vida mínima de mil años, más que la de los barriles, algunos de los cuales ya se han roto. Los lugares con residuos peligrosos y las centrales nucleares plantean riesgos importantes para la salud y constituyen un lastre medioambiental. Entre los impactos graves que conllevan, son innegables la menor esperanza de vida, la mayor incidencia de ciertas enfermedades neoplásicas y los perjuicios graves para los ecosistemas.

Los países en desarrollo, además de compartir la mayoría de los problemas generados por el primer mundo, tienen otras dificultades medioambientales no menos graves. La mala calidad del agua es responsable de 1,7 millones de muertes por año, en su mayoría provocadas por diarreas infecciosas. La carencia de hierro ocasiona 800.000 muertes por año y 2.000 millones de personas sufren esta insuficiencia en el mundo. El humo de los combustibles sólidos (leña, carbón...) causa enormes daños a la salud. A falta de ventilación adecuada, el humo, con elementos contaminantes, es responsable de 35 % de las infecciones respiratorias, de 22 % de las enfermedades pulmonares crónicas y del 1,5 % de los cánceres de la tráquea y de los pulmones.

La contaminación del aire se cobra cada año cerca de 3 millones de vidas, un 90 % de ellas en los países en desarrollo. Las grandes ciudades de estos países, densamente pobladas y en rápido crecimiento, someten a sus poblaciones a niveles de contaminación atmosférica muy superiores a los recomendados por la OMS. La contaminación de la atmósfera en las grandes ciudades, procedente de calefacciones, vehículos y otras combustiones domésticas e industriales se ve agravada por el microclima que se crea sobre ellas. Un tercio de la humanidad vive en ciudades y la población urbana aumenta al doble de velocidad que la población mundial.

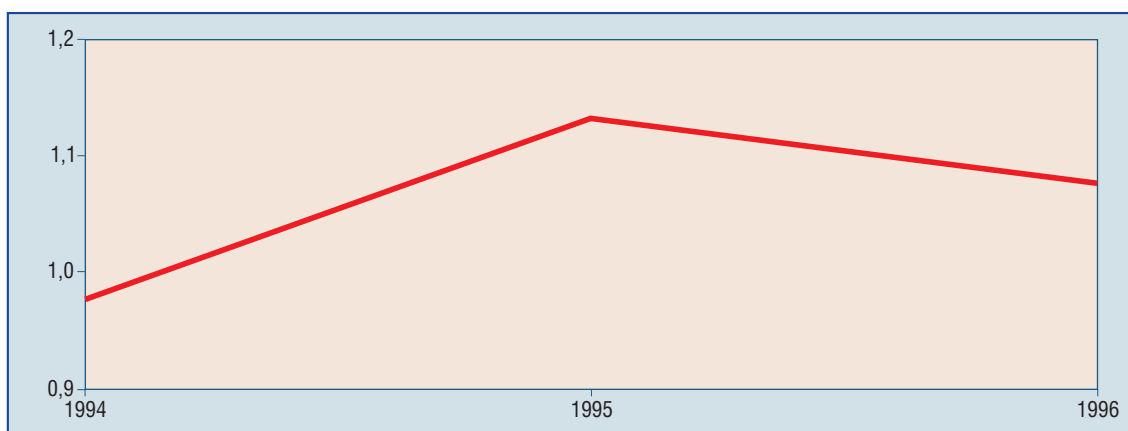
Según la Agencia Europea de Medio Ambiente (AEMA), es posible que la materia particulada de algunos contaminantes atmosféricos cause, anualmente, entre 40.000 y 150.000 muertes de adultos en las ciudades de la UE. Asimismo, una proporción del aumento de la incidencia del cáncer de piel puede atribuirse a la intensificación de la radiación debida a la reducción de la capa de ozono. La exposición de bajo nivel a una combinación de contaminantes presentes en la atmósfera, el agua, los alimentos, los productos de consumo y los edificios puede estar ejerciendo una fuerte influencia en los casos de asma, alergias respiratorias, intoxicaciones alimentarias, cánceres y algunas afecciones relacionadas con la inmunodepresión.

El aumento previsto en la producción de determinados productos químicos con efectos adversos conocidos para la salud humana y el incremento de residuos tóxicos agravarán el impacto sobre la salud. Se prevé que haya una mayor exposición al ruido, con los consiguientes efectos de problemas auditivos, de estrés desencadenante de hipertensión y aumento del riesgo de enfermedades cardiovasculares. Además, a pesar de la reducción prevista para las sustancias que agotan el ozono, la incidencia del cáncer de piel aumentará de forma pronunciada y alcanzará su máximo hacia el año 2055, a un ritmo 15 veces superior al de 1990.

El impacto medioambiental del uso de energía y de las emisiones de dióxido de carbono ha ido al mismo ritmo que la actividad económica o se ha desacompañado tan sólo levemente, y no hay indicios de que vayan a conseguirse mejoras de estos problemas fundamentales antes del año 2010. El uso creciente de energía conlleva inevitablemente más emisiones de dióxido de carbono, principal componente de los gases con efecto invernadero. Se prevé que las emisiones de gases responsables del efecto invernadero aumenten, en la UE, cerca de un 6 % entre 1990 y 2010. Las concentraciones atmosféricas de dióxido de carbono, metano y óxido nitroso podrían aumentar hasta un 45, 80 y 20 %, respectivamente. Para que se alcance una concentración de dióxido de carbono potencialmente sostenible hacia el año 2100, que consistirá en estabilizar el nivel al de 1990, se requiere una reducción global anual de las emisiones de CO₂ de entre un 50 y un 70 %.

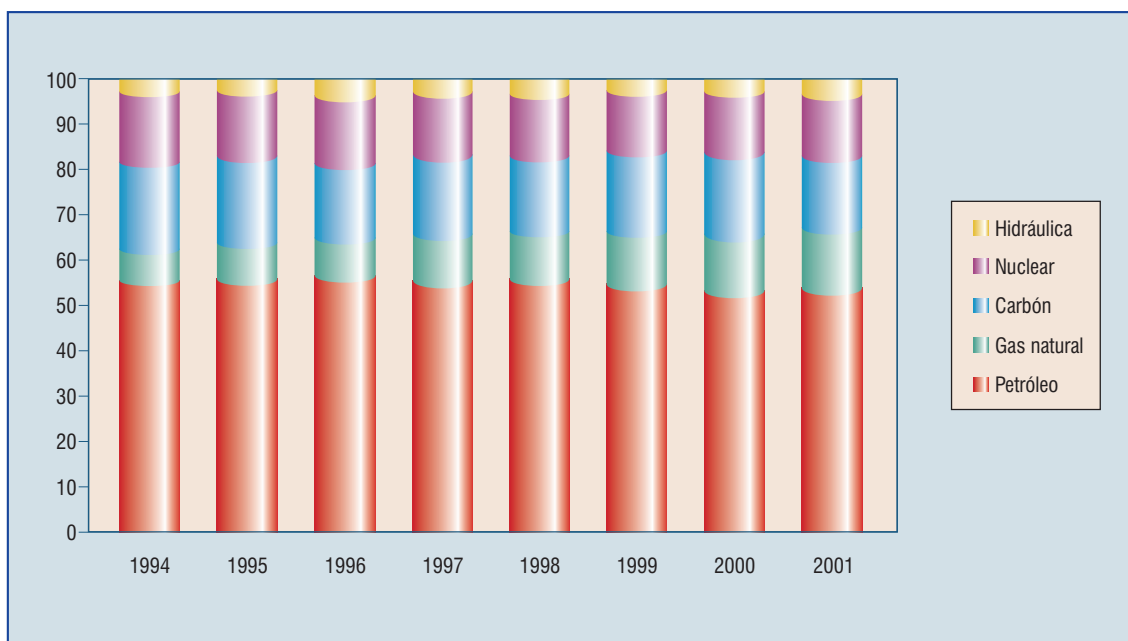
El resultado de todo ello es un aumento considerable de muchos tipos de contaminación y la posibilidad de cambios climáticos de imprevisibles consecuencias. La Agencia Europea de Medio Ambiente estima que en la mayor parte de los problemas, ha habido un progreso insuficiente hacia la recuperación de la salud medioambiental o desarrollos subyacentes desfavorables. En consecuencia, la situación del medio ambiente en la Unión Europea sigue siendo preocupante. La contaminación del aire y del agua, el ruido, las emisiones químicas, la contaminación alimentaria y el agotamiento del ozono seguirán siendo en los próximos años los principales problemas relacionados con la salud humana para los países avanzados.

Indicadores generales de medio ambiente (gasto en medio ambiente: porcentaje del PIBpm)

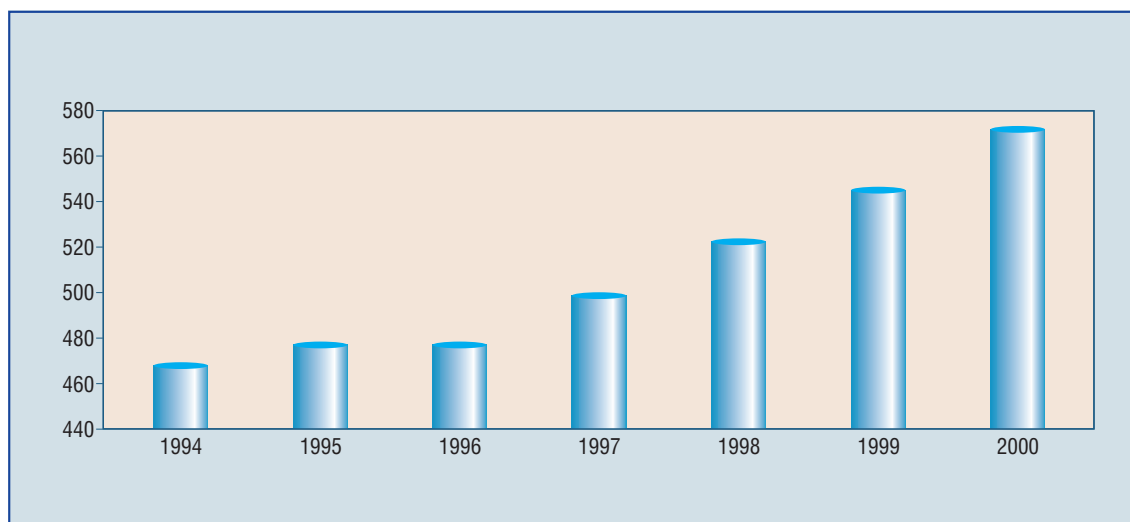


Fuente: Indicadores Sociales de España. INE. 2003.

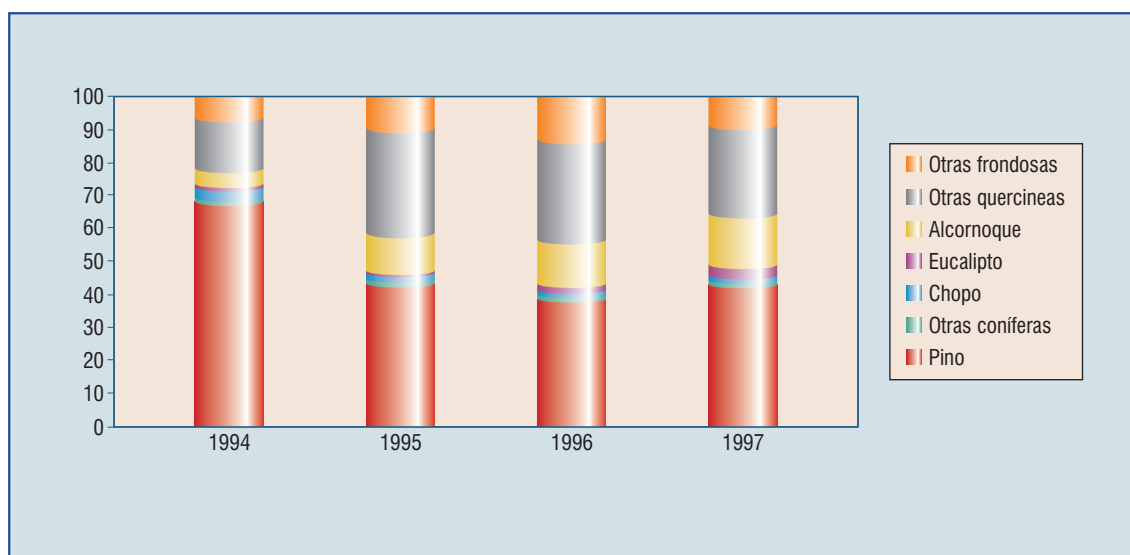
Distribución porcentual por fuentes de energía



Fuente: Indicadores Sociales de España. INE. 2003.

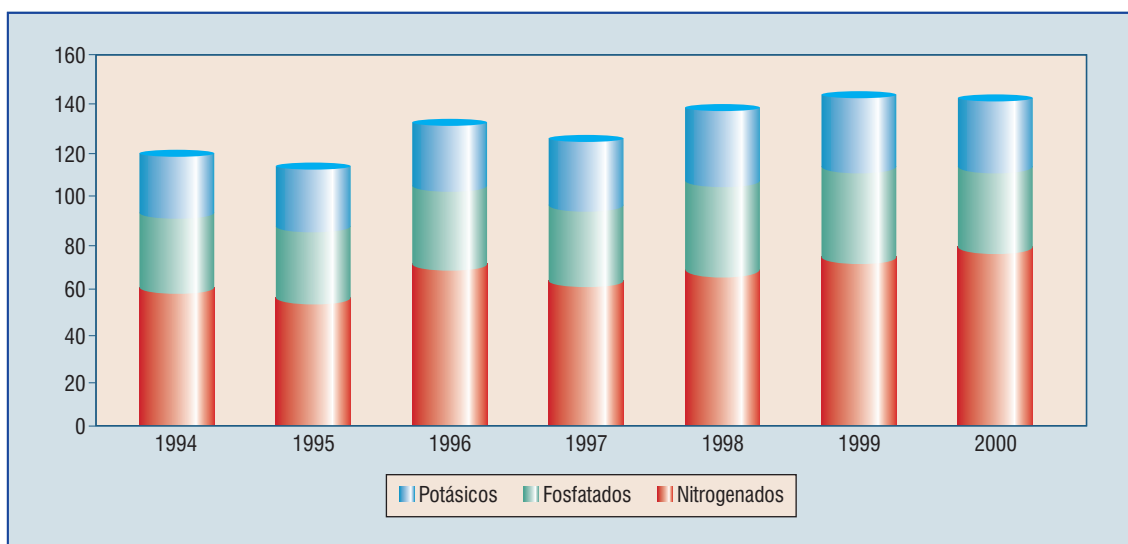
Transporte por ferrocarril (millones de viajeros)

Fuente: Indicadores Sociales de España. INE. 2003.

Reforestación forestal (distribución porcentual según especies)

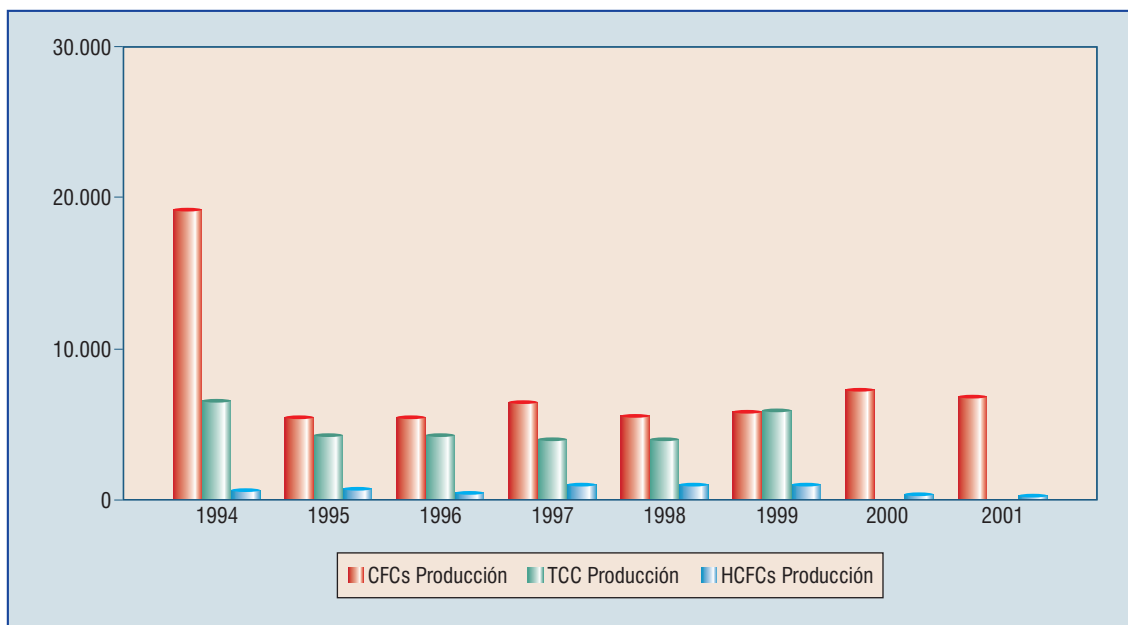
Fuente: Indicadores Sociales de España. INE. 2003.

Consumo de fertilizantes (kg/ha de superficie fertilizable)



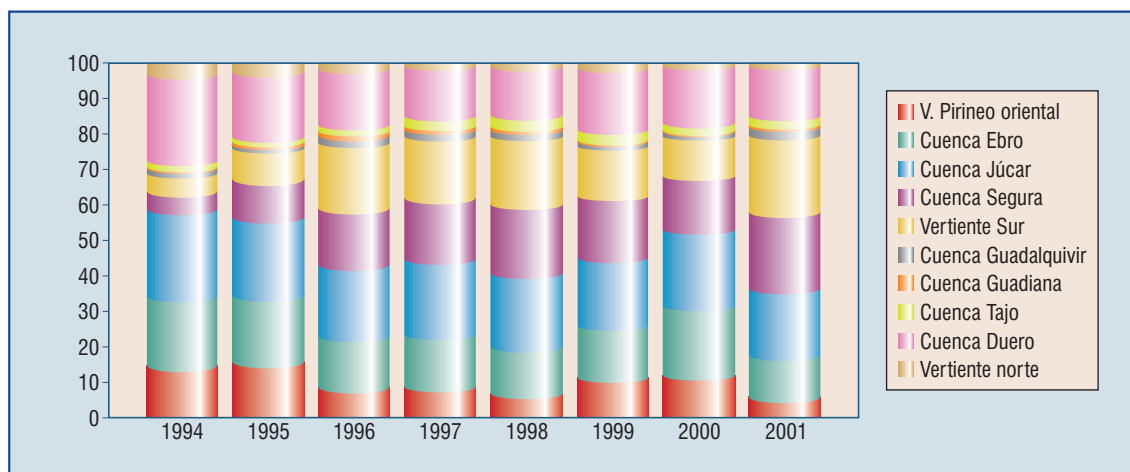
Fuente: Indicadores Sociales de España. INE. 2003.

Producción de sustancias que agotan la capa de ozono



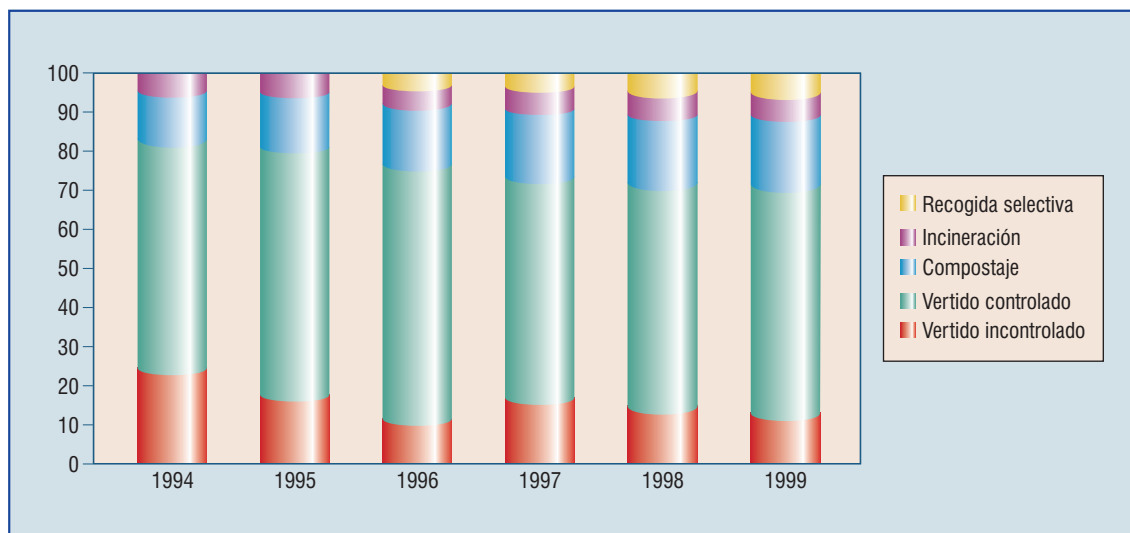
Fuente: Indicadores Sociales de España. INE. 2003.

Agua embalsada a fin de año (distribución por cuencas)



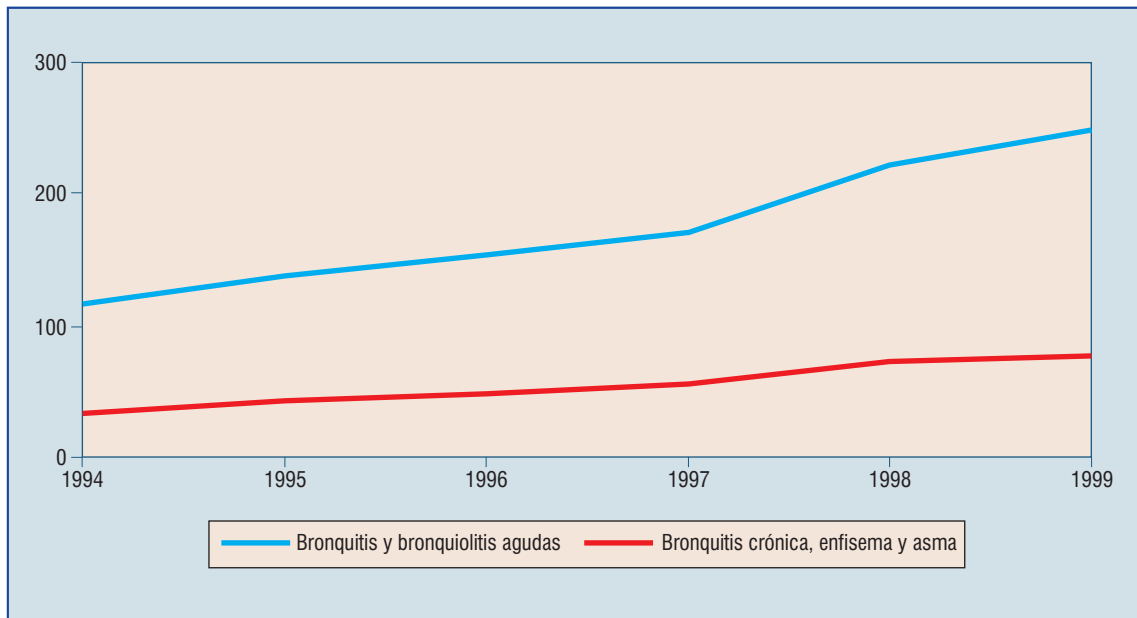
Fuente: Indicadores Sociales de España. INE. 2003.

Sistemas de eliminación de residuos sólidos urbanos (distribución porcentual)



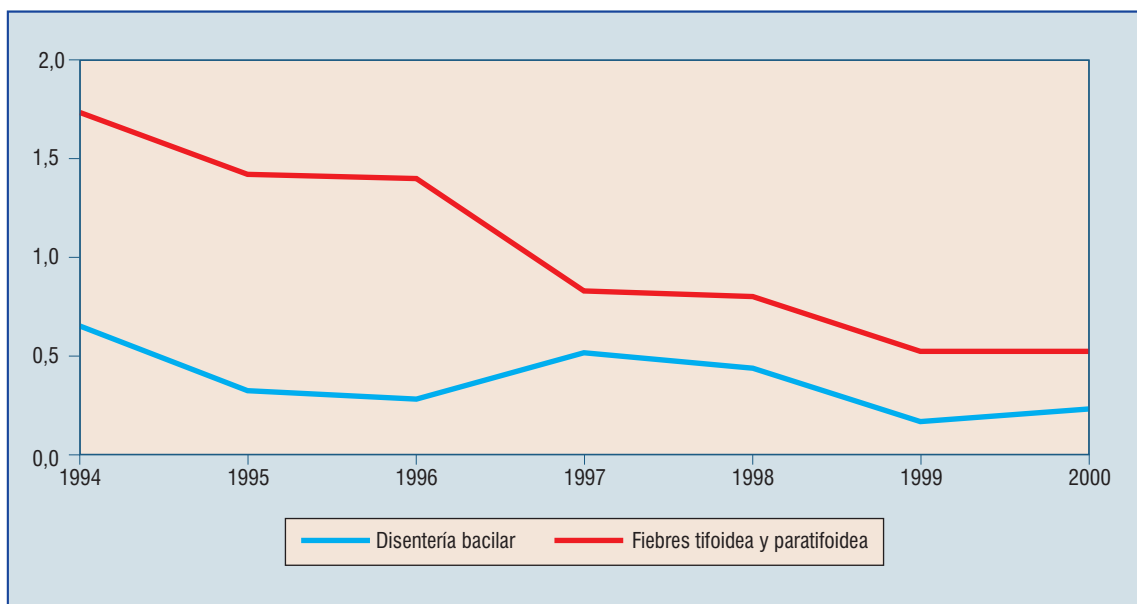
Fuente: Indicadores Sociales de España. INE. 2003.

Enfermedades atribuibles a la contaminación atmosférica (tasas por 100.000 habitantes)



Fuente: Indicadores Sociales de España. INE. 2003.

Enfermedades de transmisión hídrica de declaración obligatoria (tasas por 100.000 habitantes)



Fuente: Indicadores Sociales de España. INE. 2003.

CAPÍTULO 5

Recursos y actividades del sistema sanitario

1. Recursos humanos

En las sociedades desarrolladas, denominamos sistema sanitario al conjunto organizado de recursos humanos y materiales que, dotados de cierta tecnología, tratan de conservar y mejorar la salud de sus miembros, reduciendo los riesgos para los mismos y minimizando los daños provocados por agentes externos o internos a la comunidad. Así pues, recursos humanos, medios materiales, organización y tecnología, entendida ésta como conjunto de conocimientos, técnicas y equipos, son los elementos de los que depende esencialmente el desarrollo del sistema sanitario. Dentro de este sistema sanitario es posible identificar diferentes subsistemas de producción, distribución, financiación o comunicación de los servicios y la actividad sanitarios.

Desde esta perspectiva, la calidad de la producción de un sistema sanitario depende de una compleja relación entre sus diferentes elementos, sin la cual, la mera dimensión o grado de cualquiera de ellos resulta irrelevante. Por ello, un sistema socio-sanitario que privilegie la prevención y la higiene, reduzca la accidentalidad, minimice los riesgos, proteja el medio ambiente y evite los hábitos sociales nocivos, manteniendo un escaso personal sanitario, puede llegar a ser notablemente más saludable que otro que no acometa tales políticas y disponga de un ejército de terapeutas. Sin embargo, en el modelo de desarrollo de los países avanzados se utilizan más recursos en curar la enfermedad que en evitarla. Esto conduce a valorar la calidad de los sistemas sanitarios en función de la dimensión cuantitativa de cada uno de los elementos del sistema, lo que se ha convertido en una tradición en el análisis comparado de los sistemas sanitarios.

La cuantificación del personal sanitario como indicador del desarrollo de los sistemas sanitarios solamente nos informa sobre el potencial productivo o terapéutico de un sistema sanitario, pero no es idóneo como indicador de salud o de desarrollo sanitario efectivos. Una simple racionalización de recursos humanos puede hacer que el número de profesionales necesario sea menor. Parecido comentario cabría hacer respecto al indicador del número de médicos en relación al número de camas, que vincula la cantidad de profesionales con los recursos materiales asignados al sistema sanitario, si bien debe reconocerse que los indicadores de capacidad asistencial, como los reseñados, aportan una referencia importante sobre el desarrollo de un sistema sanitario. Un reciente estu-

dio británico señala que el porcentaje de médicos por cama hospitalaria puede funcionar, junto con el número de hospitalizados que se producen por urgencias, como indicador de la tasa de mortalidad en los hospitales.

La complejidad de los recursos humanos se pone de relieve en la interacción de dos procesos sociales esenciales: la educación y la actividad laboral o profesional, como dos sistemas institucionales diferentes y complementarios. El sistema educativo se encarga de formar recursos humanos sanitarios en un proceso de aprendizaje técnico-práctico y cultural que configura y caracteriza a las distintas profesiones relacionadas con la salud. El trabajo o desempeño profesional se desarrolla en los diferentes niveles y organizaciones de los sistemas de salud en relación con la prestación de servicios sanitarios a la población. La profesionalización es un proceso social que se construye sobre ámbitos de conocimiento e influencia definidos por los grupos de profesionales, capaces de imponer reglas de comportamiento y actuación a sus miembros y de obtener regímenes especiales de tratamiento de sus asuntos en el conjunto de la sociedad.

En la mayoría de los países desarrollados, el sector sanitario desempeña un papel muy importante en el ámbito productivo; en España supone un 5,45 % (2000) de la población activa. Las tres cuartas partes del personal sanitario trabajan en centros hospitalarios. El empleo sanitario tiene una alta tasa de feminidad, circunstancia que no es privativa de nuestro país, sino que es común en este sector en casi todos los países. En España, un 70 % de los trabajadores de servicios sociales y salud son mujeres, desproporción achacable a las actividades farmacéuticas y de enfermería, ya que tanto entre el colectivo médico como entre odontólogos y veterinarios predomina el género masculino. Un desequilibrio que tiende a corregirse, al estar creciendo la tasa de feminidad entre los médicos y menguando entre ATS y farmacéuticos. En los últimos decenios, tanto el número de médicos, como el de dentistas, enfermeras, farmacéuticos, y el de otras profesiones sanitarias se ha incrementado sensiblemente en los países desarrollados.

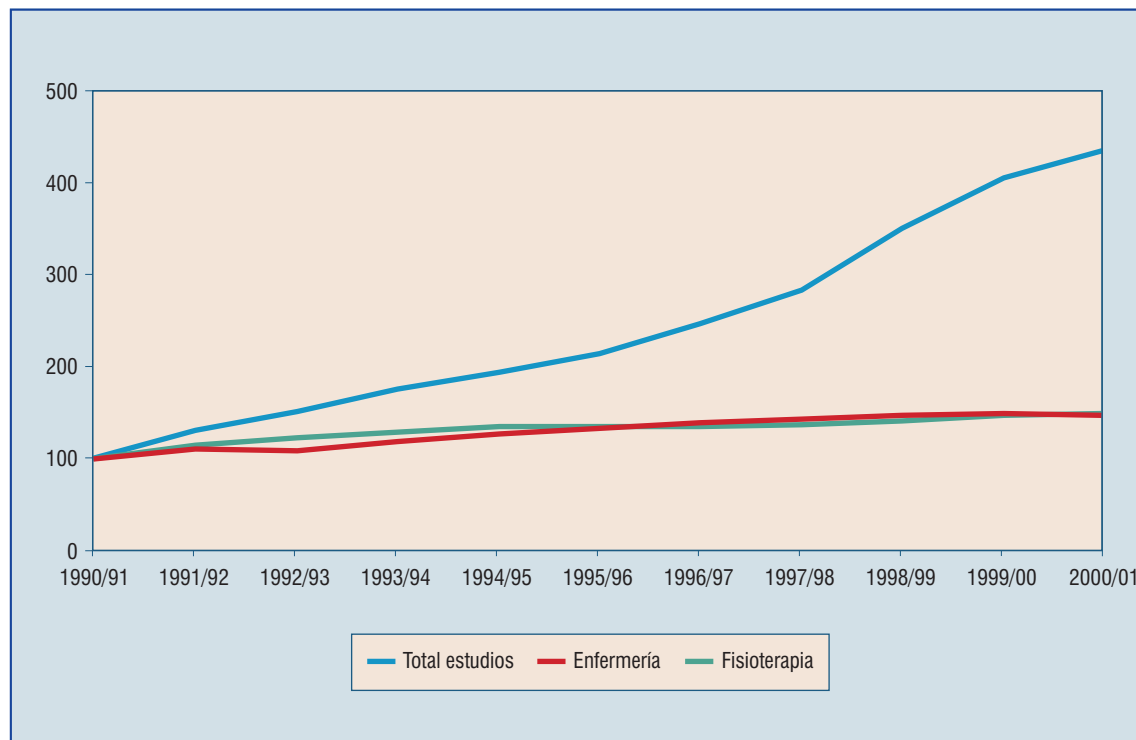
En España, la controversia respecto a la cantidad adecuada de médicos está muy ligada a la capacidad de absorción del sector sanitario y a las propias necesidades internas del sistema público nacional de salud. Asimismo, algunas alegaciones sobre el supuesto exceso de médicos, no se hacen a partir de criterios de mejora de calidad de la asistencia sanitaria, sino desde la perspectiva de las oportunidades laborales o profesionales de los futuros médicos. Hablar de médicos del sistema sanitario debe traducirse por médicos en activo ejerciendo la medicina, en el ámbito público o en el privado. La inversión educativa que realiza el Estado y la sociedad en la preparación de nuevas generaciones de médicos es suficientemente importante (superior a unos 200.000 euros por médico) como para no asumir excesivos riesgos en cuanto al posible excedente de los mismos.

El largo periodo de tiempo necesario para la formación de los médicos proporciona una cierta rigidez a la estructura profesional de la medicina. Esta inflexibilidad aumenta en la medida en que se incrementa la especialización y la duración de la preparación. En España, la especialización más abierta y concurrida con gran diferencia sobre las demás es la Medicina Familiar y Comunitaria, se-

guida por la Pediatría, la Estomatología y la Medicina Interna. Otras especialidades también dominantes en colegiados son la Anestesiología y Reanimación, Cirugía General y Aparato Digestivo, Medicina del Trabajo, Obstetricia y Ginecología. El exceso de especialización, conjugado con la dificultad de maniobrar en el corto plazo en la planificación de recursos humanos, sugiere un reforzamiento del papel de la atención primaria y una recomposición de la oferta de dichos recursos, frenando toda sobreespecialización que pueda conducir a carencias asistenciales o a bolsas de paro en personal médico altamente cualificado.

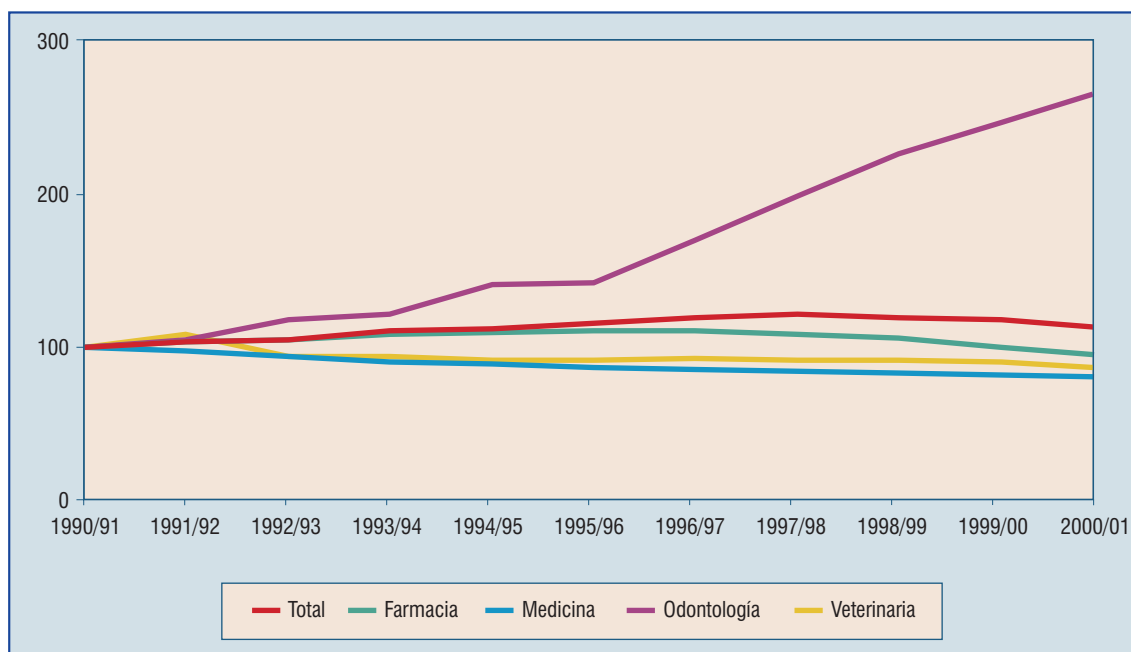
España tiene actualmente más médicos por base poblacional que cualquier otro país de la Unión Europea, exceptuando Italia. En el año 2000, España tenía 3,3 médicos en activo por 1.000 habitantes, por encima de países de la OCDE como Japón, Canadá o Reino Unido que no superan los 3 médicos por 1.000 habitantes. La tasa se eleva a 4,2 por 1.000 si consideramos al total de médicos titulados, ocupando España la segunda posición entre todos los países de la Unión Europea. Pese a ello, el colectivo médico ha crecido algo menos que el resto de profesionales sanitarios. Entre 1994 y 2000 la tasa por 100.000 habitantes subió una media de 1,3 anual en los médicos, mientras la de los diplomados en enfermería lo hacía en un 2,9, la de los farmacéuticos en un 3,5 y la de los odontólogos en un 4,4. En general, se trata de un incremento más que proporcional al número de camas.

Alumnos matriculados en estudios de primer ciclo



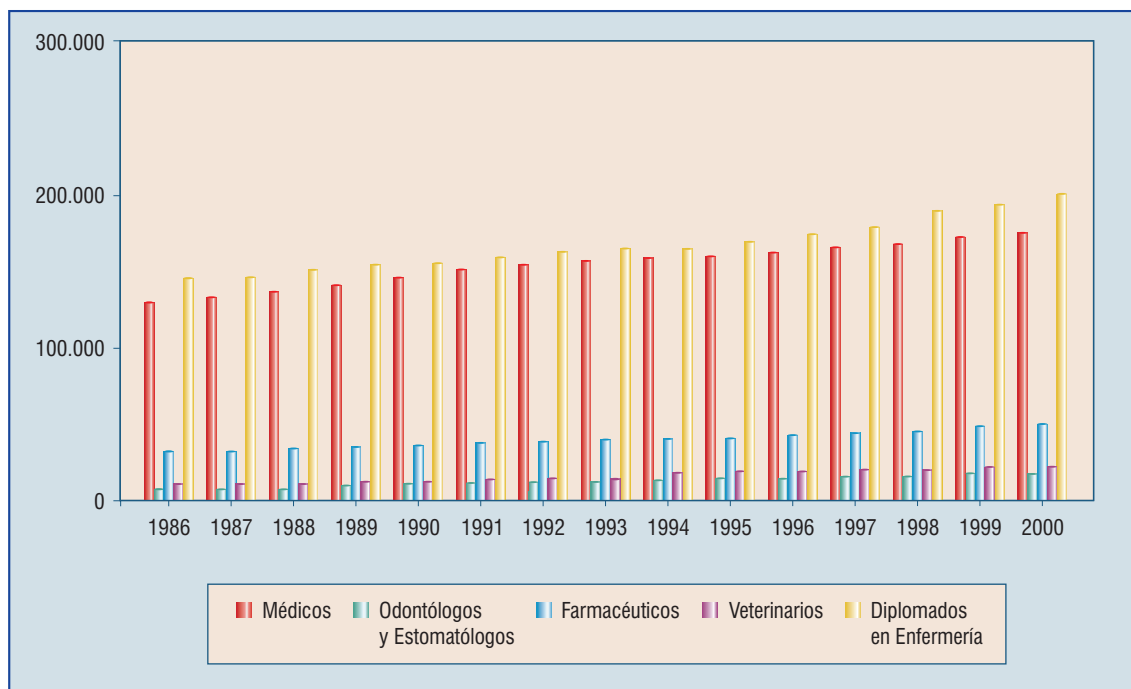
Fuente: INE. Número índice.

Alumno matriculado en estudios de primer y segundo ciclo



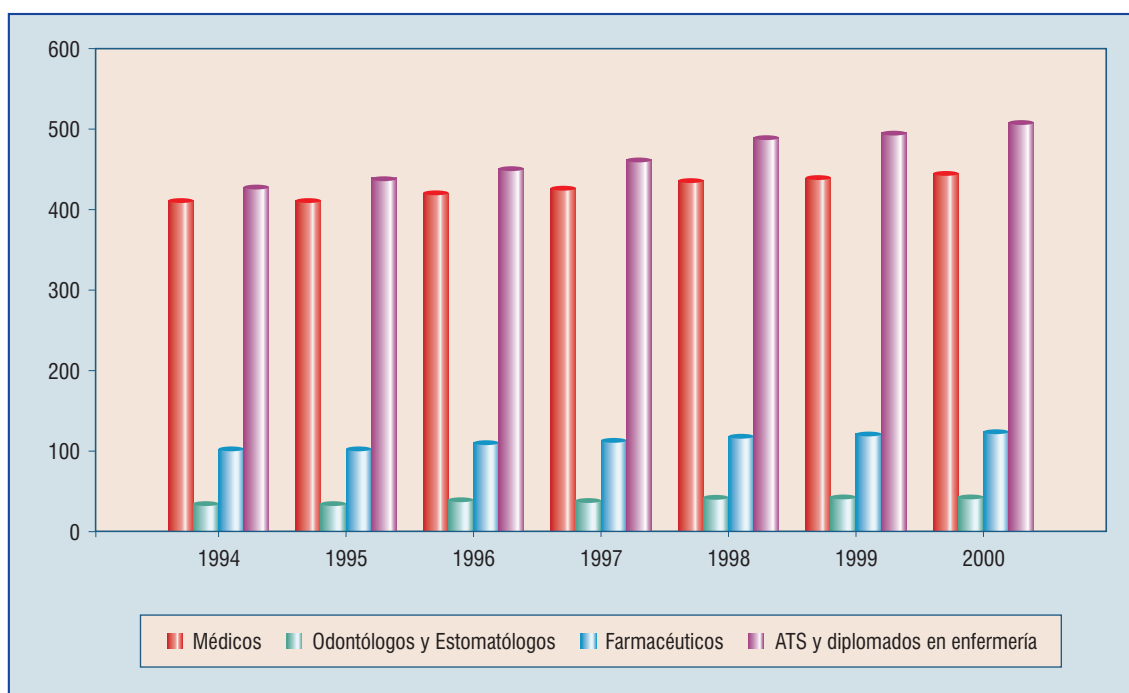
Fuente: INE. Número índice.

Profesionales sanitarios colegiados



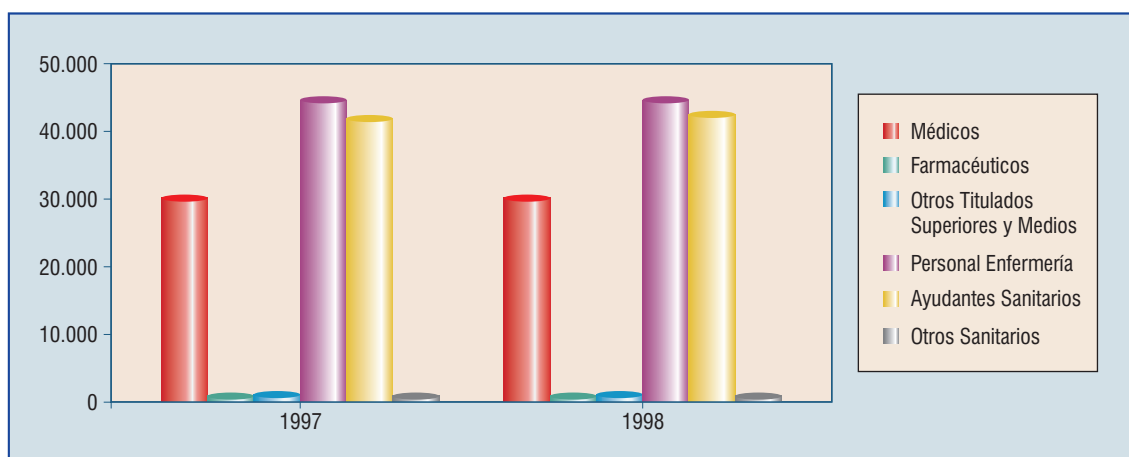
Fuente: INE.

Profesionales sanitarios colegiados por 100.000 habitantes



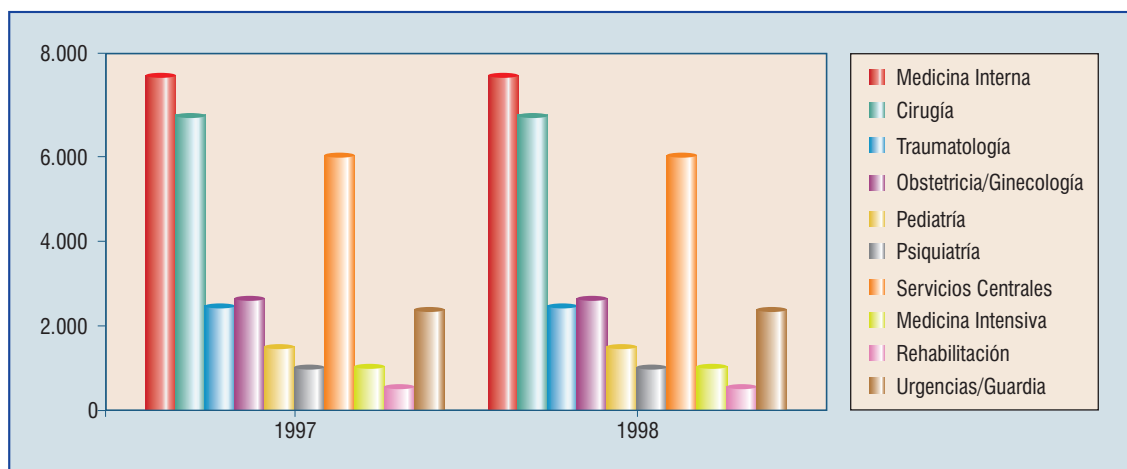
Fuente: INE.

Profesionales sanitarios en establecimientos sanitarios



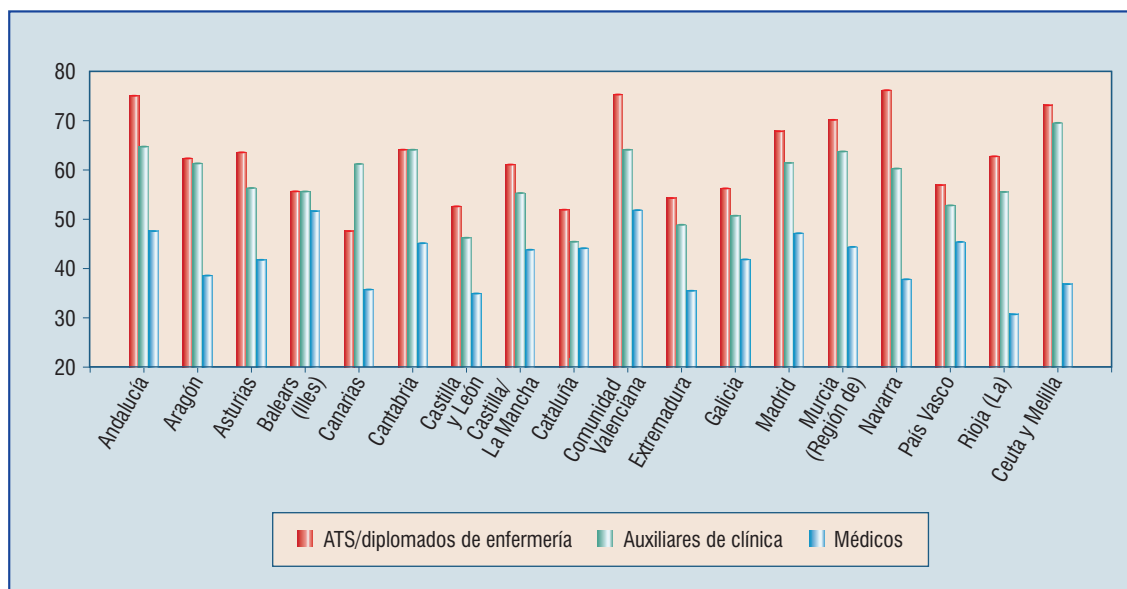
Fuente: ESRI. MSC.

Médicos en establecimientos sanitarios en régimen de internado



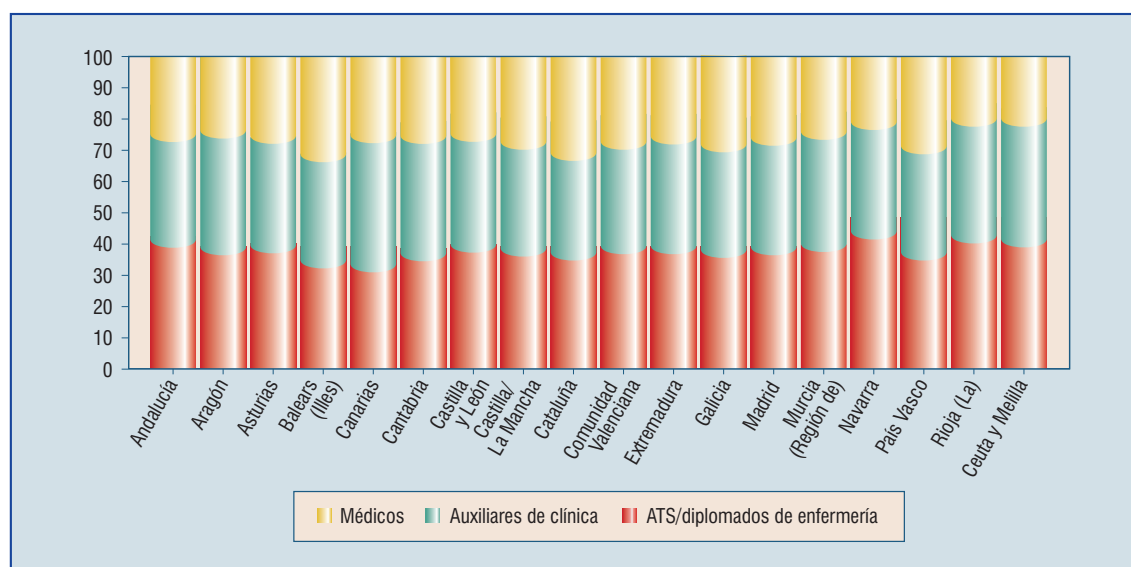
Fuente: ESRI. MSC.

Personal hospitalario por 100 camas en funcionamiento (1997)



Fuente: EIH. MSC.

Personal hospitalario por 100 camas en funcionamiento (1997)



Fuente: EIH. MSC.

2. Recursos materiales

La generalización de los procedimientos de asepsia y anestesia, la profesionalización de la medicina y el desarrollo de la logística asistencial a los heridos de guerra trajeron consigo, a mediados del siglo XIX, la ruptura de la institución hospitalaria de carácter asilar y caritativa y su sustitución por una concepción hospitalaria orientada hacia la especialización y la asistencia terapéutica. A su vez, el rápido avance de la tecnología médico-curativa y la progresiva exigencia social y política de asistencia a extensos grupos poblacionales han determinado la necesidad de adecuación de las estructuras sanitarias a una creciente demanda de servicios.

La estructura y dimensión de las instalaciones y el equipamiento sanitarios tiene una importancia decisiva tanto en el uso efectivo que se haga de los recursos, como en la configuración del propio sistema. Si la determinación de los recursos humanos sanitarios ofrece dificultades para su adecuación a cada situación y momento, más problemático aún resulta la versatilidad y adaptabilidad de la infraestructura material. También el tamaño y las características funcionales de los centros son importantes en cuanto se refiere a la capacidad técnica de la infraestructura sanitaria. Los servicios hospitalarios se modulan alrededor de centros de unas 400 camas. En España, las dos terceras partes de las camas hospitalarias, más de cien mil, se encuentran en centros de tamaño superior a las 200 camas.

De vital importancia para la calidad y eficiencia de los recursos humanos y materiales es el desarrollo de sistemas de información tecnológicamente avanzados que permitan agilizar la gestión de

procesos en la asistencia sanitaria, mejorando las transferencias de partes, informes, facturas, etc. La generalización de la ofimática y la telemática propicia la rapidez y seguridad en la recogida, custodia, tratamiento y transmisión de datos e informaciones. El uso de redes de comunicación vía Intranet e Internet puede permitir una optimización de la gestión del conocimiento de enorme valor en materias de diagnóstico, historiales clínicos, información al paciente, indicadores, documentación, etc., facilitando la comunicación interna y externa. Cuanto mayor es el grado de descentralización de una organización, mejor debe ser el sistema de información entre unas y otras unidades. El ejercicio descentralizado de las competencias sanitarias autonómicas no debiera, pues, suponer un detrimento u obstáculo para una información homogeneizada y de calidad que permita medir y comparar los resultados de la gestión sanitaria y la salud pública en los distintos espacios territoriales.

La aprobación de la Ley General de Sanidad (LGS) supuso una importante transformación en el panorama sanitario español, al agrupar en un único dispositivo todos los recursos sanitarios y asistenciales públicos existentes sobre la base de los de la Seguridad Social, y al integrar las políticas y actividades de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad junto a las prestaciones médicas y farmacéuticas. Al amparo de lo previsto en esta Ley las diferentes Comunidades Autónomas han ido aprobando sus respectivas normas, en las que, manteniendo los principios básicos de la LGS, establecen la ordenación de sus recursos y la estructura de los servicios autonómicos de salud. Concluido el proceso de transferencias sanitarias, todas las Comunidades Autónomas han asumido la gestión de los correspondientes hospitales públicos, creando y desarrollando órganos especiales para encargarse los diferentes servicios asistenciales, tanto sanitarios como sociales.

Esta organización descentralizada permite adecuar mejor los recursos sanitarios a las características sociales, demográficas y culturales de cada región, y facilita un mejor desarrollo de los recursos sanitarios en el país. Pese a ello existen algunas diferencias derivadas de la heterogénea disponibilidad de recursos humanos y materiales, de la desigual demanda de servicios en unas y otras poblaciones y de la distinta gestión realizada por las respectivas autoridades sanitarias de las comunidades. No es expuesto suponer que esta combinación de elementos puede, en un futuro no muy distante, incrementar las diferencias entre los distintos territorios, tanto en términos de calidad de la atención sanitaria, como de salud de la población, máxime si consideramos que las diferencias de desarrollo socioeconómico tienden siempre a reforzar la desigualdad.

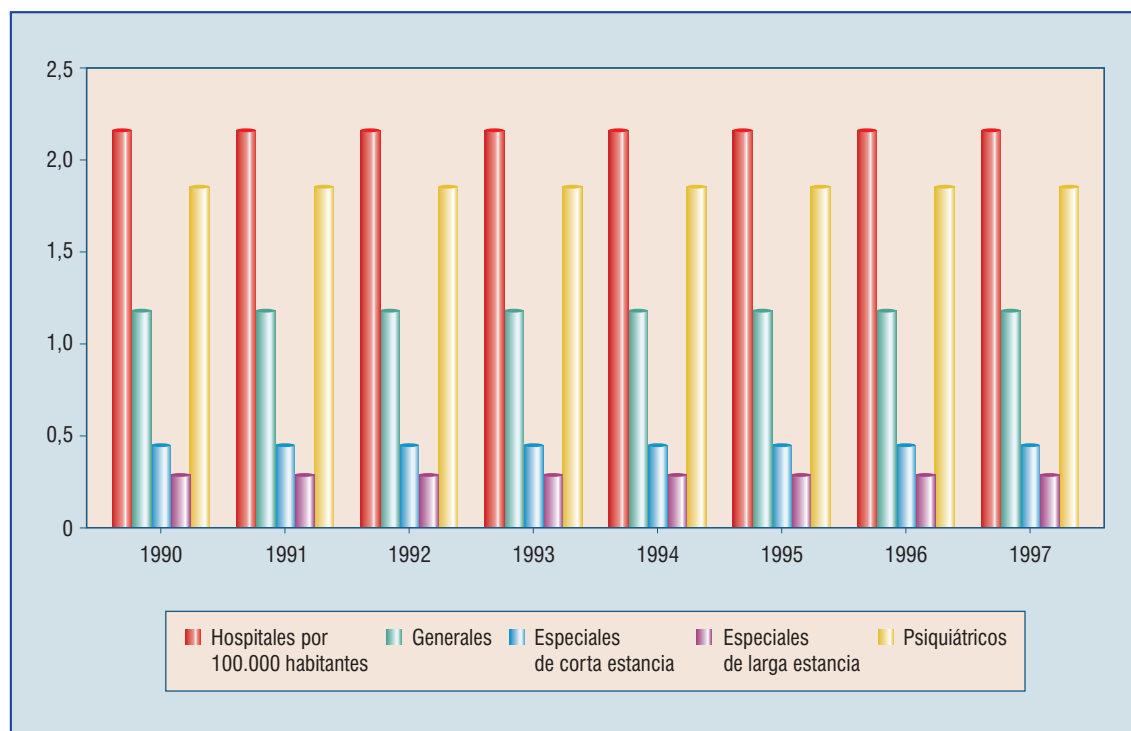
Según los datos del Catálogo Nacional de Hospitales, a 31 de diciembre de 2002, en España había 783 hospitales, de los que algo menos del 40 % eran públicos. Los sistemas públicos autonómicos gestionan o administran 300 hospitales, con 107.042 camas, lo que supone las dos terceras partes del total de camas instaladas en nuestro país (158.500). Esto representa una tasa de cuatro camas por 1.000 habitantes, de las que 0,5 corresponden a camas de media y larga estancia. Del total de camas instaladas en el territorio nacional casi la mitad se sitúan en las comunidades autónomas de Andalucía, Cataluña y Madrid. Sin embargo, en relación a la población, la comunidad andaluza, presenta una tasa de 3.2 camas por 1.000 habitantes, sólo superior a las de Castilla-La Mancha (3.16) y la Comunidad Valenciana (3.1) En este sentido, las comunidades mejor dotadas son las de Canarias, Cataluña y Cantabria.

Sin embargo, el crecimiento de la consulta y la asistencia externas y el progreso de la actividad quirúrgica sin ingreso han restado alguna importancia al número de camas como indicador de

desarrollo sanitario. Por el contrario, cobra relieve e importancia como medida del potencial sanitario el equipamiento en medios técnicos para el diagnóstico y la terapia. El equipamiento de alta tecnología médica también difiere en las diferentes comunidades: Navarra, Baleares, Madrid presentan tasas de disponibilidad de equipos de alta tecnología sanitaria superiores a la media nacional. La coordinación estatal o ínterterritorial debe evitar que la competencia y la competitividad político-sanitarias orientadas a una gestión más eficiente de los recursos humanos y materiales sanitarios pueda traducirse en un desigual acceso de los ciudadanos a la asistencia sanitaria y a la salud.

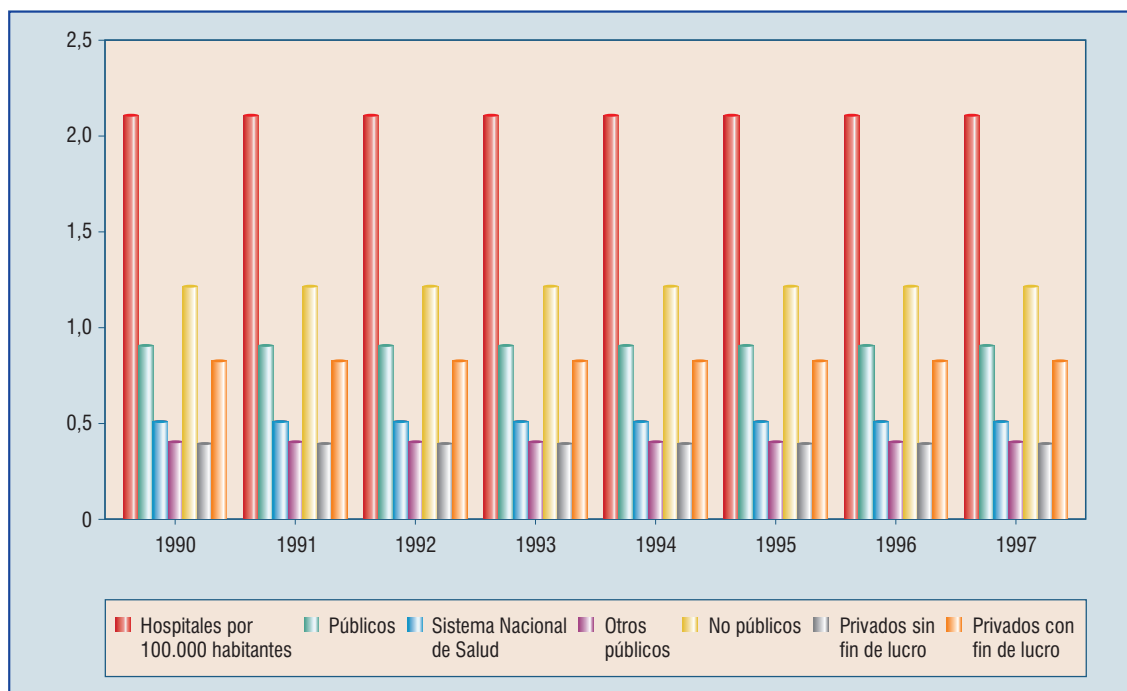
No es posible recoger aquí, ni tan siquiera por vía de alusión, el enorme contingente de recursos materiales, de uno u otro tipo, que precisa un sistema sanitario para su correcto funcionamiento. Inmuebles, quirófanos, ambulancias, servicios, laboratorios, equipos radiológicos y de rehabilitación, material médico, medicamentos, entre otros muchos elementos, intervienen en el proceso clínico, contribuyendo positiva o negativamente en la actuación diagnóstica y terapéutica. El alto coste de la mayoría de los equipamientos técnicos sanitarios y su rápida obsolescencia, derivada del continuo avance tecnológico, obligan a una intensiva utilización de los mismos. A ellos se suman otros productos y servicios de carácter intermedio, demandados por el propio proceso clínico (comidas, limpieza, lavandería, etc.) y que generalmente son producidos o prestados por empresas y organizaciones ajenas a los centros hospitalarios o situadas en su interior.

Hospitales por 100.000 habitantes según la finalidad



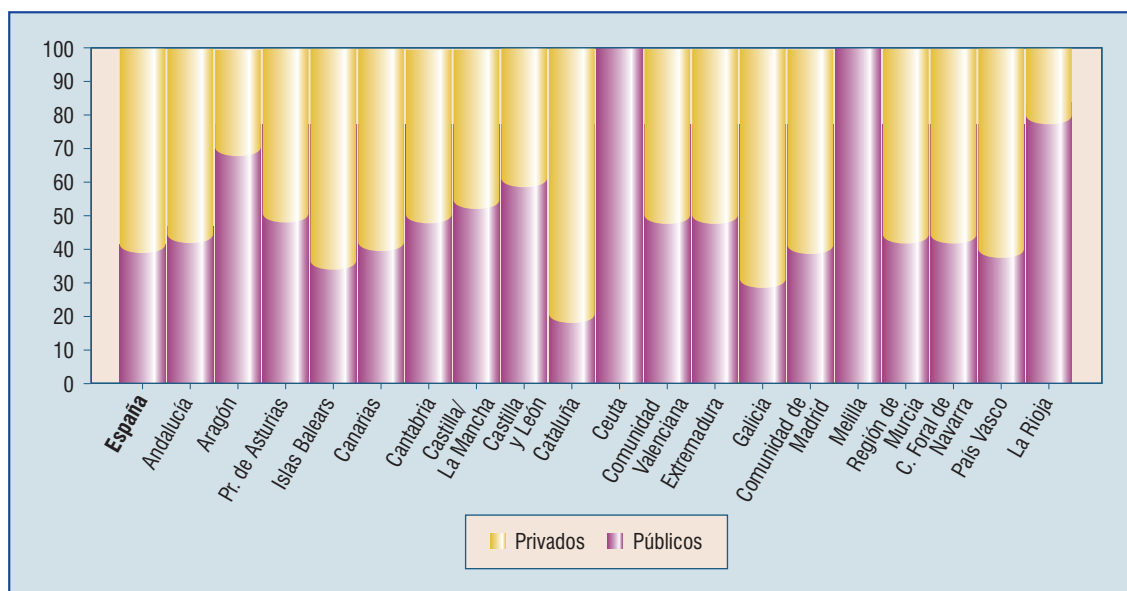
Fuente: ESRI. MSC.

Hospitales por 100.000 habitantes según la naturaleza jurídica



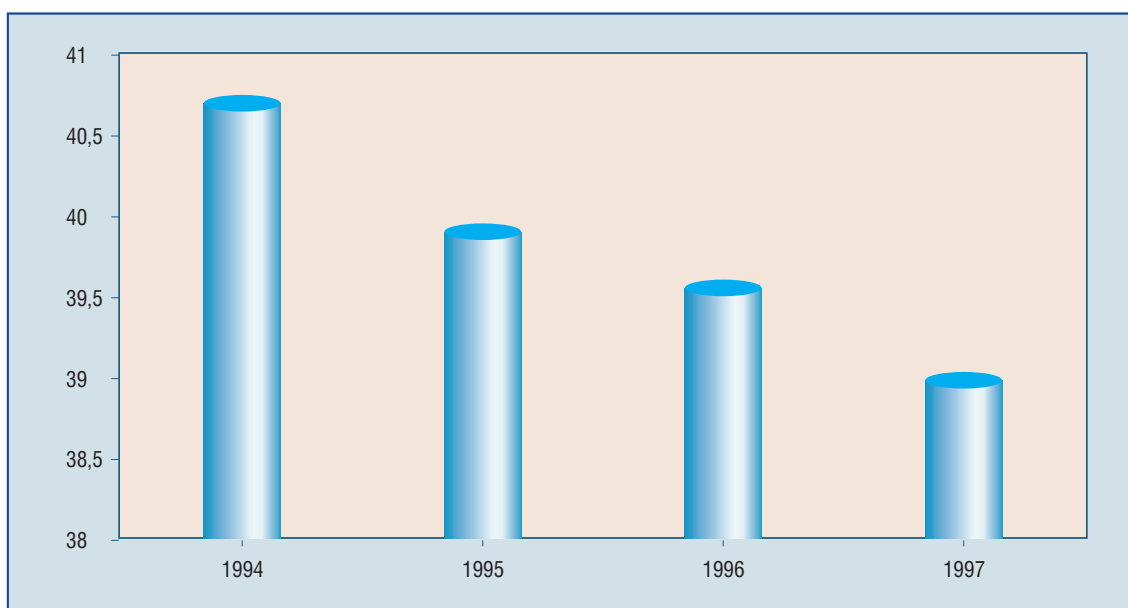
Fuente: ESRI. MSC.

Hospitales según tipo de propiedad año 2000



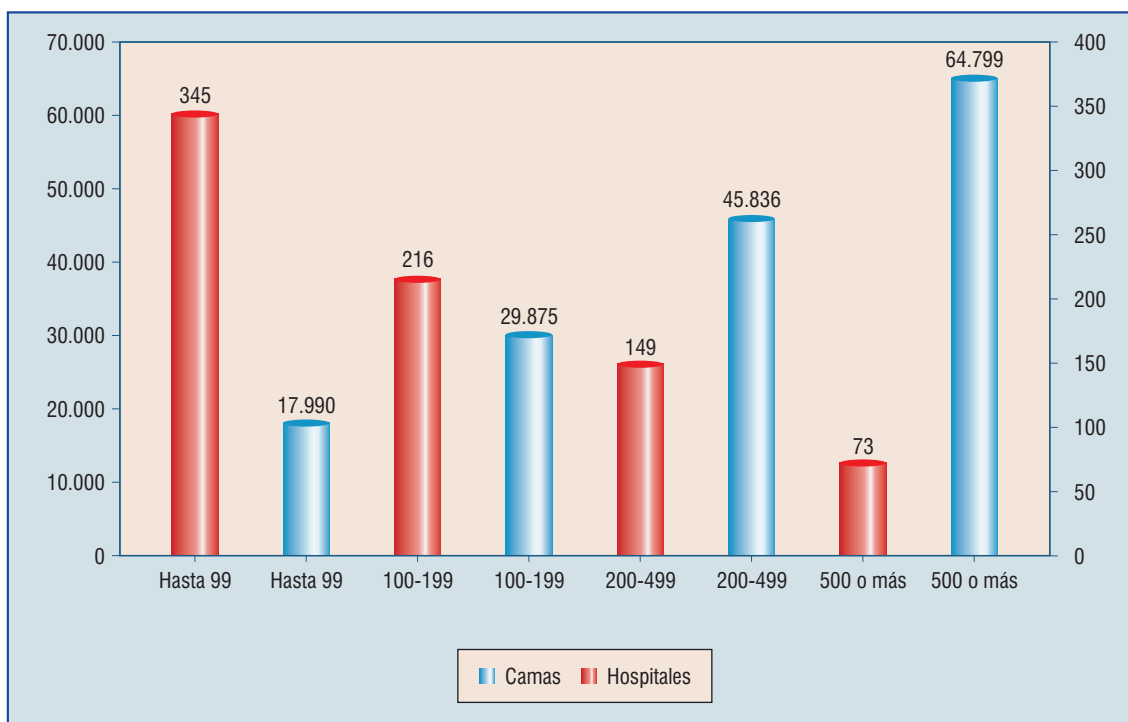
Fuente: MSC.

Camas por 10.000 habitantes



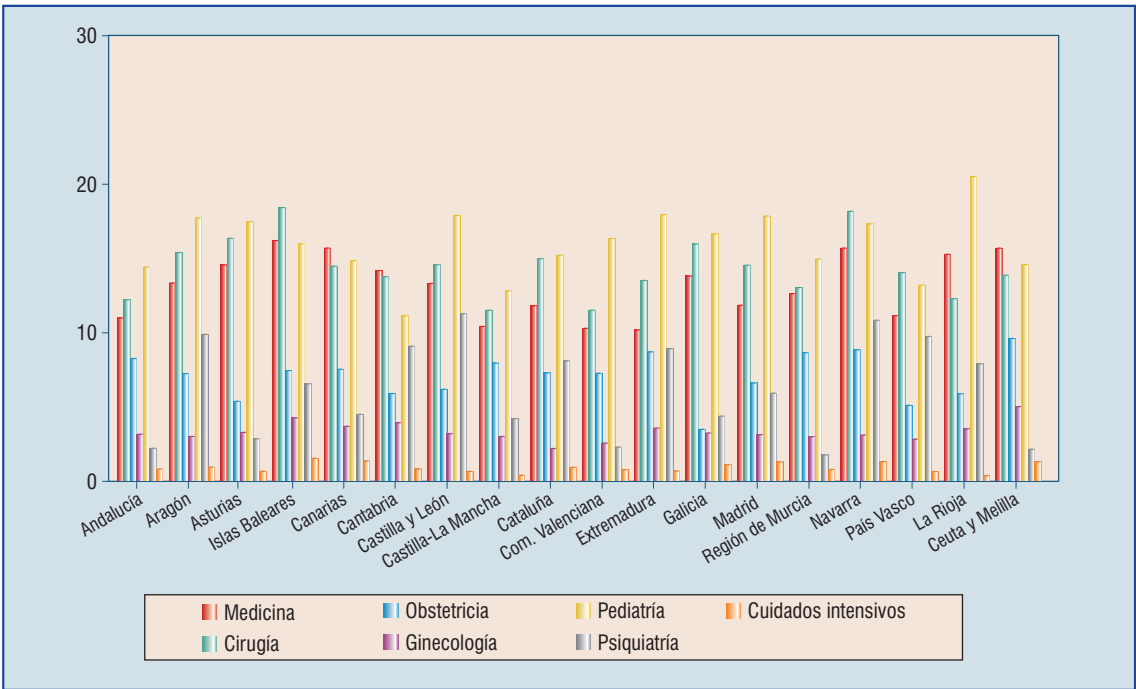
Fuente: ESRI. MSC.

Hospitales y camas según tamaño



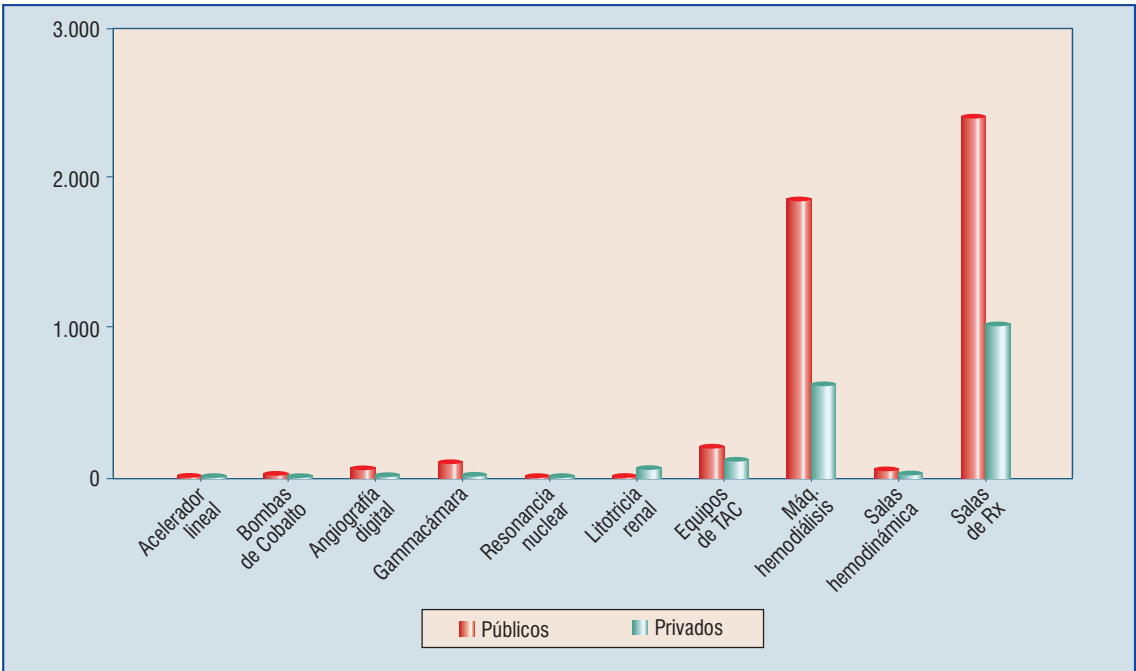
Fuente: ESRI. MSC.

Camas según actividad asistencia por 10.000 habitantes



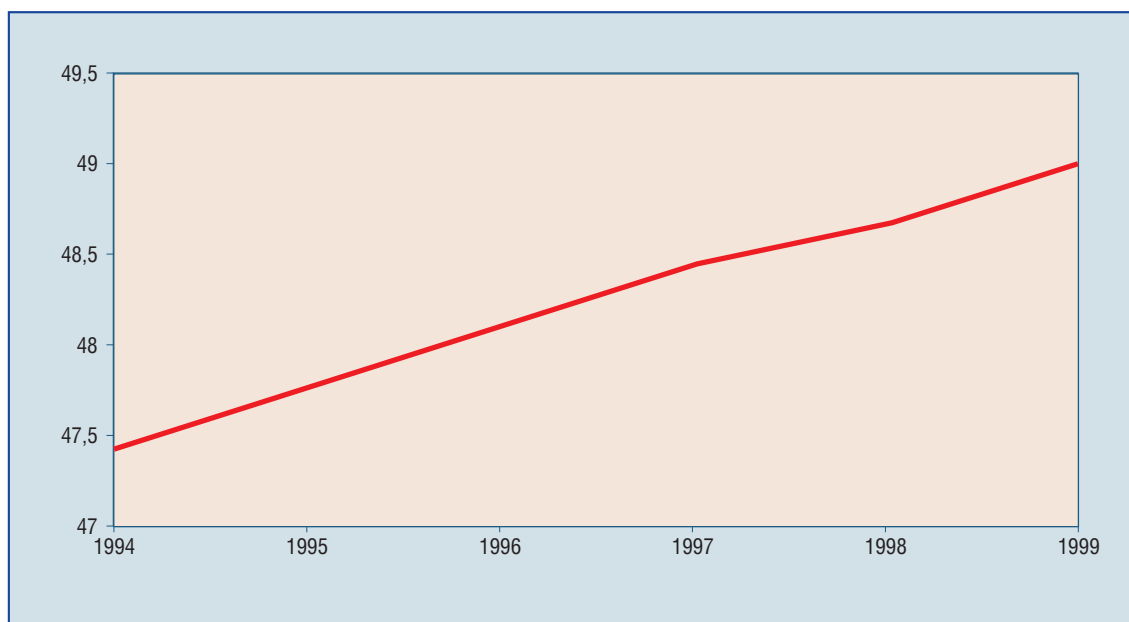
Fuente: ESRI. MSC. 1997.

Dotación tecnológica en funcionamiento



Fuente: ESRI. MSC.

Equipamientos e infraestructuras (oficinas de farmacia por 100.000 habitantes)



Fuente: Indicadores Sociales de España 2003. INE.

3. Utilización de servicios sanitarios y actividades preventivas

Nuestro actual sistema de cobertura sanitaria pública tiene su origen en los primeros años de la posguerra, con la creación en 1942 del Seguro Obligatorio de Enfermedad. Este Seguro Obligatorio, financiado a través de las contribuciones a la seguridad social, era restrictivo, por lo que la cobertura sanitaria apenas alcanzaba a uno de cada cinco españoles. Se emplearon veinticinco años en conseguir que la cobertura contra la enfermedad llegara a la mitad de los españoles a mediados de los años sesenta. En 1975, cuatro de cada cinco españoles estaba ya protegido en materia de salud y en 1985 dicha protección alcanzaba al 95 % de la población. A partir de 1991, la asistencia sanitaria cubre a más del 99,5 de los españoles, es decir, a la práctica totalidad de la población española, incluida la inmigrante.

La universalidad del sistema sanitario público ha limitado el desarrollo de la cobertura sanitaria privada, que actualmente alcanza a un 10,3 % de la población, en su mayoría de nivel alto de renta, absorbiendo una quinta parte del gasto total sanitario. El carácter irrenunciable de la protección pública conlleva la duplicidad de cobertura en la mayoría de los casos en que se opta por la atención sanitaria privada. La interpenetración entre ambos sectores hace que exista una utilización desigual de la asistencia prestada por los mismos, recayendo la demanda de

servicios sanitarios de mayor coste sobre el sector público y quedando concentrada la demanda de sanidad privada sobre la consulta ambulatoria y la atención especializada extrahospitalaria.

El modelo sanitario público español se basa en dos niveles asistenciales: la Atención Primaria y la Atención Especializada. La Atención Primaria se presta mediante un sistema público integrado que cuenta con sus propios centros y personal, encargándose de canalizar y dar acceso a la asistencia especializada. Los establecimientos básicos son los Centros de Salud, en los que trabajan Equipos de Atención Primaria, integrados por médicos, enfermeros, auxiliares de clínica y personal administrativo. En algunos centros existen además equipos de apoyo para atención bucodental, salud mental y otros servicios sanitarios complementarios. La Atención Especializada se presta en hospitales y centros médicos de especialidades, en su mayoría de titularidad pública, si bien, con carácter complementario participan, también, centros privados vinculados mediante conciertos con los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas.

La Atención Primaria comprende la asistencia de medicina general y pediatría, así como los programas de prevención de las enfermedades, promoción de la salud, educación sanitaria y rehabilitación. La Atención Especializada, ambulatoria u hospitalaria, comprende todas las especialidades médicas y quirúrgicas para procesos agudos y reagudización de crónicos. Existe además un dispositivo para la atención sanitaria de Urgencias y Emergencias Médicas, dotado con medios de transporte terrestres y aéreos.

El contenido de las prestaciones asistenciales es común para todo el sistema, incluyendo asistencia médica general en régimen ordinario y de urgencia, especialidades médicas y quirúrgicas en régimen ambulatorio, tratamiento y estancia en centros sanitarios con administración gratuita de fármacos e implantación de prótesis, prestación farmacéutica extrahospitalaria con aportación de una parte menor de su precio de venta por parte del trabajador en activo. También incluye la rehabilitación, el transporte de enfermos y otras prestaciones como vehículos de inválidos, oxigenoterapia domiciliaria, etc.

A pesar de la cobertura universal de la atención sanitaria en el ámbito personal, existen algunas lagunas o carencias de ámbito material no cubiertas por la asistencia sanitaria y cuya importancia depende en buena medida de la extensión o amplitud de la propia demanda, pero también de la intensidad u oportunidad con que la sociedad o sus agentes lo requieren. Así, mientras algunas prestaciones oftalmológicas y la asistencia bucodental son prácticamente ignoradas por la salud pública, excepto en algunas acciones preventivas dirigidas a la población infantil, parece existir mayor presión sobre la cobertura sanitaria pública para la prestación de servicios de reproducción asistida, bien sea por inseminación artificial o por fecundación *in vitro*, tratamiento de la disfunción eréctil para enfermos crónicos u operaciones quirúrgicas de cambio de sexo.

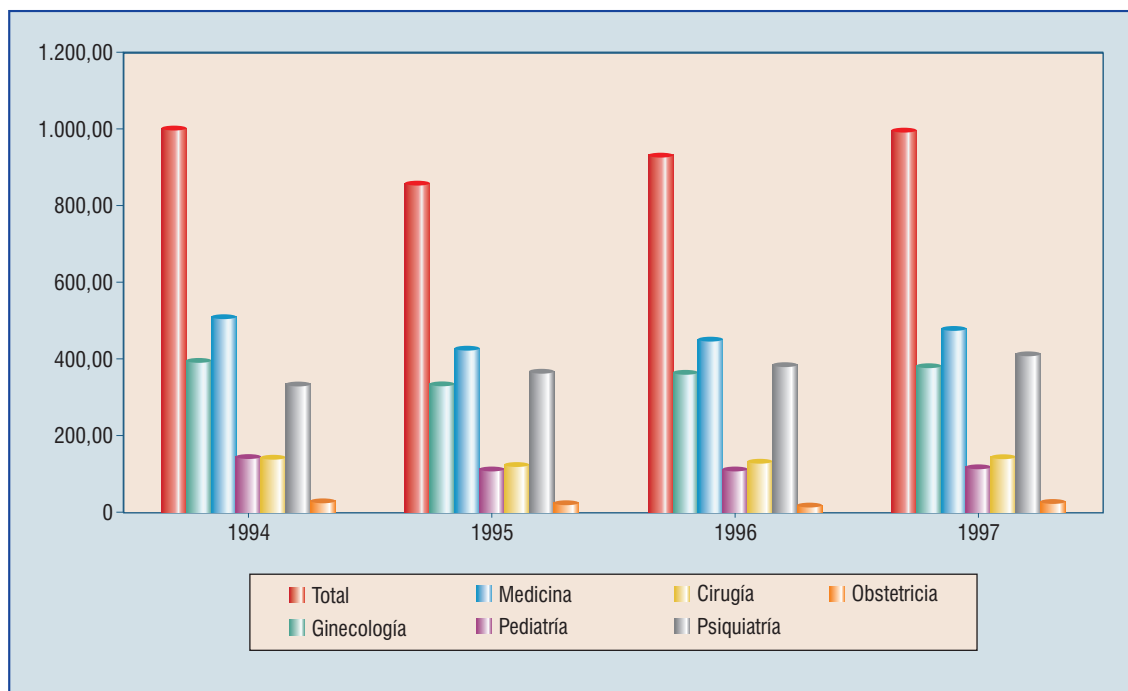
Las pautas temporales de utilización de camas hospitalarias son bastante homogéneas en lo que se refiere a las tasas anuales de ingreso (entre 900 y 1.300 por 10.000 habitantes) y de ocupa-

ción (entre 70 y 90 camas sobre 100), sin embargo las tasas de ingreso (entre 600 y 1.500, por 10.000 habitantes) y la duración de las estancias (9 a 19 días) son muy variables. En ausencia de epidemias, catástrofes o alteraciones importantes de la salud pública, las pautas de utilización de las camas hospitalarias en las grandes poblaciones son bastante homogéneas, ya que dependen básicamente del nivel de salud colectivo. Incluso los valores de utilización hospitalaria inadecuada en España oscilan entre el 20 y el 40% de las estancias, no existiendo grandes diferencias en este sentido entre Europa y Estados Unidos. Una de las prácticas indebidas más frecuentes en España es la utilización inadecuada de los servicios de urgencia, en unos casos por iniciativa propia del paciente y para evitar la mayor incomodidad y dilación del nivel ambulatorio externo, y en otros, por causas imputables a la propia organización sanitaria.

El usuario de la sanidad pública española es hiperfrecuentador de los servicios de salud, especialmente de las consultas de atención primaria. Este uso intensivo de los servicios sanitarios tiene una doble consecuencia: por un lado, permite a los usuarios ser buenos conocedores de estos servicios y les hace especialmente sensible a los problemas de atención clínica y sanitaria; por otro, les lleva a ser bastante exigentes en cuanto a la calidad esperada. Esta situación se refuerza y hace patente si observamos que, en la atención externa, los pacientes menos satisfechos con la atención recibida son los que más acuden a las consultas, signo inequívoco de que el paciente español tiene un mayor carácter de usuario adscrito al sistema sanitario público que de cliente que exige, elige y cambia. En España, la frecuentación media es de 6 visitas por habitante y año, cifra que supera las 3 visitas establecidas como estándar por la OMS.

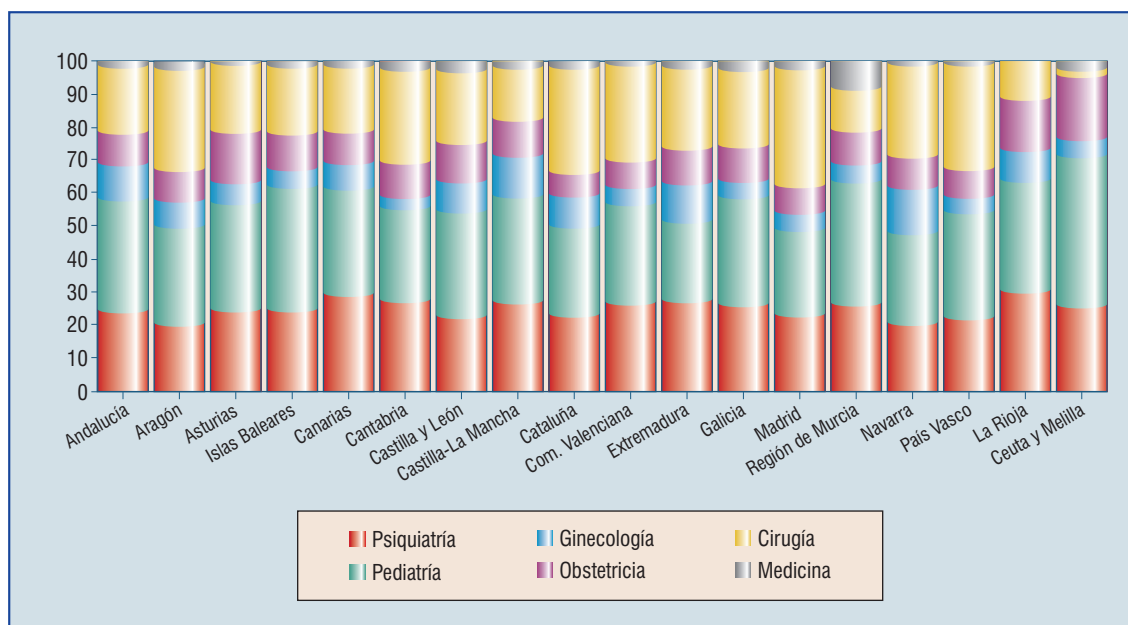
El exceso de demanda en la atención sanitaria, tanto si dicho exceso puede considerarse hiperfrecuentación como si no, trae consigo el inconveniente de las demoras, bien sea para atención especializada, bien para intervención quirúrgica. Las listas de espera constituyen uno de los mayores problemas en un sistema sanitario público, en primer lugar porque retrasa la recuperación parcial o total de la salud que debe traer aparejada toda intervención sanitaria; en segundo lugar porque constituye una de las causas más reiteradas de insatisfacción por parte de los pacientes y usuarios; por último, porque su persistencia supone la conformidad con una constante inadecuación entre la demanda sanitaria y el nivel de calidad de la prestación pública de servicios. Desde el punto de vista sociopolítico, las listas de espera vienen siendo una fuente permanente y creciente de críticas hacia la eficacia del sistema nacional de salud y lo seguirán siendo, si no se corrigen, hacia los sistemas públicos autonómicos, máxime si consideramos que el envejecimiento de la población y la inmigración incrementará en los próximos años la demanda sanitaria.

Atención hospitalaria: consultas externas por 1.000 habitantes



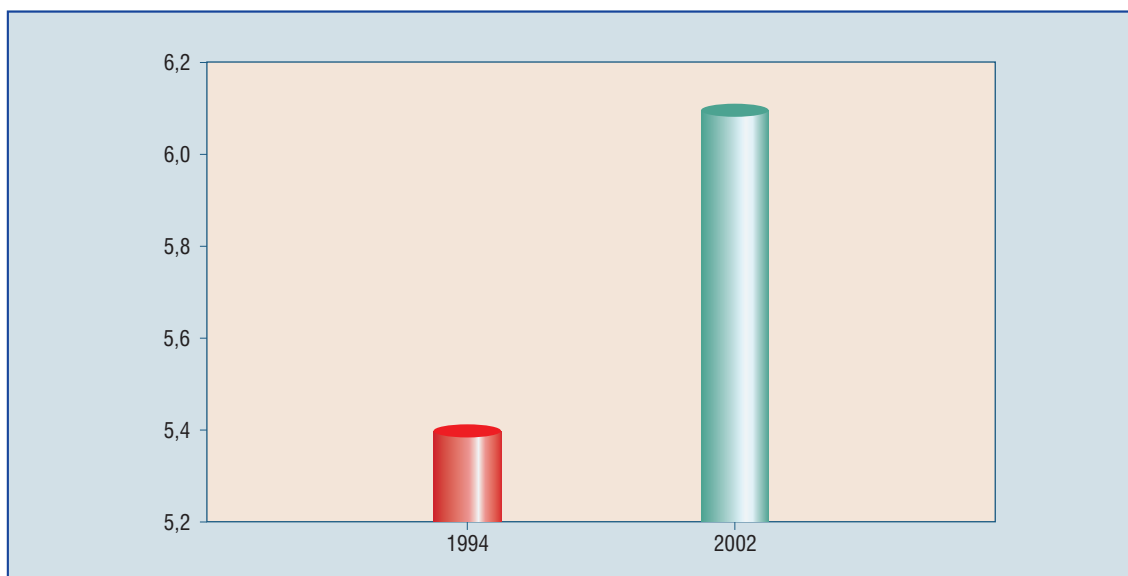
Fuente: ESRI. MSC.

Consultas externas por 1.000 habitantes según tipo de asistencia



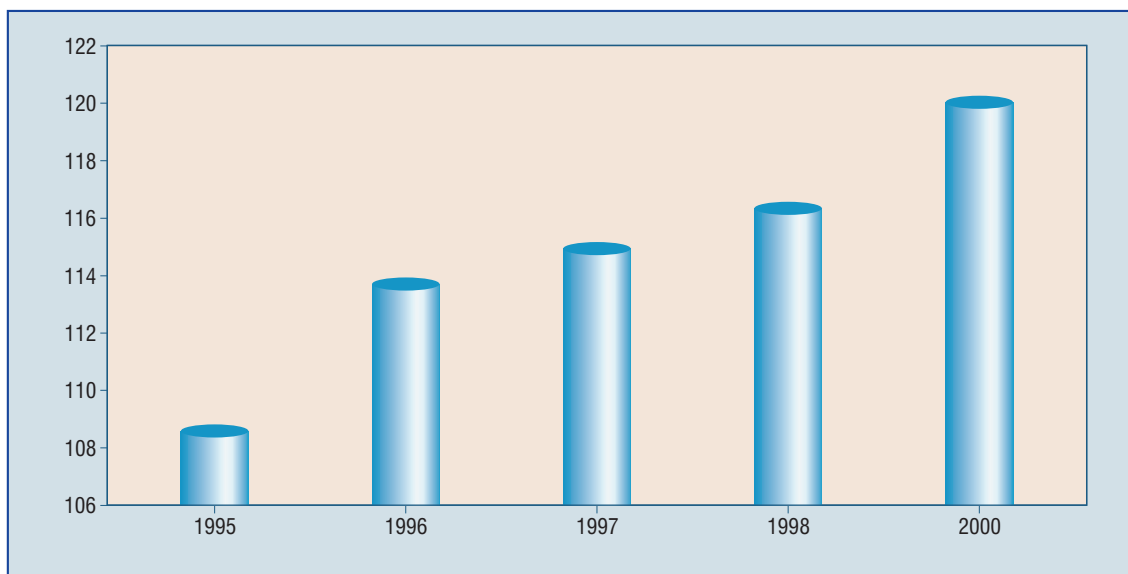
Fuente: ESRI. MSC. 1997.

Evolución del número de consultas por habitante y año al médico del primer nivel de atención en el SNS



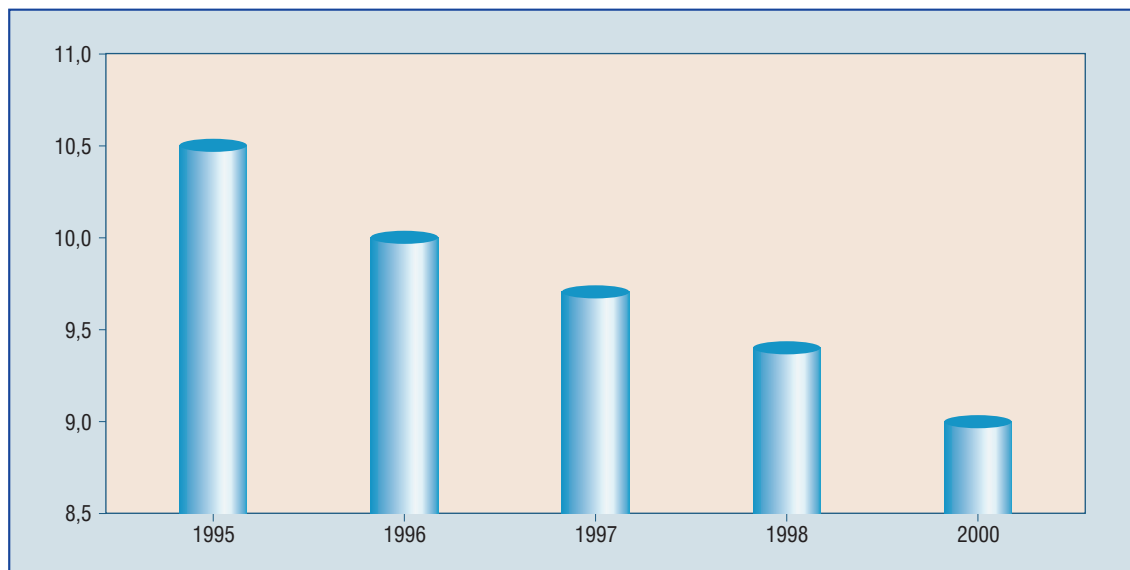
Fuente: MSC.

Altas hospitalarias por 1.000 habitantes



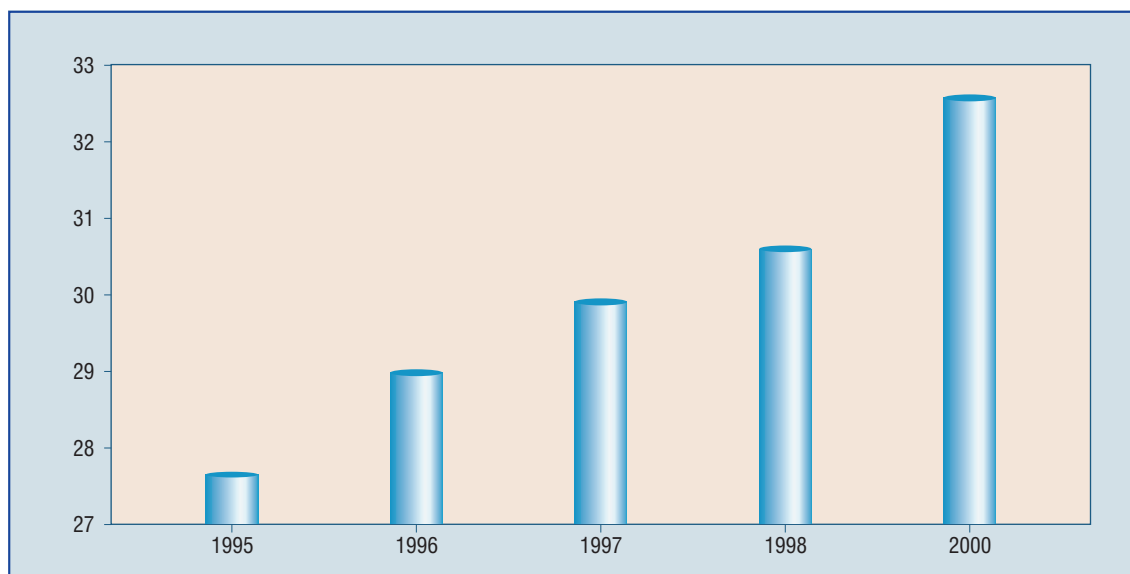
Fuente: ESRI. MSC.

Estancia media hospitalaria en días



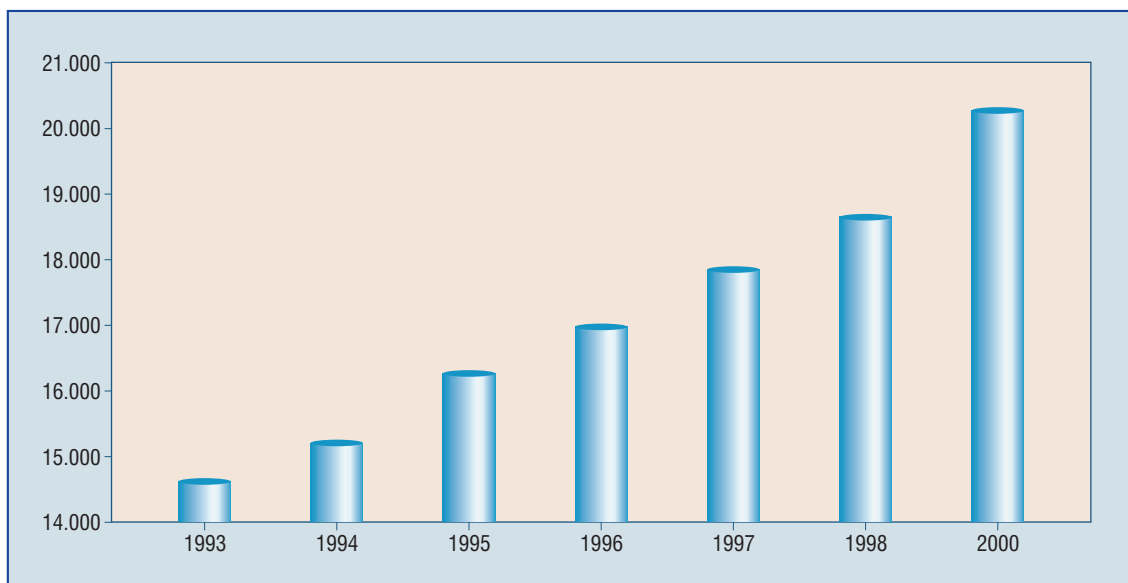
Fuente: ESRI. MSC.

Índice de rotación hospitalaria



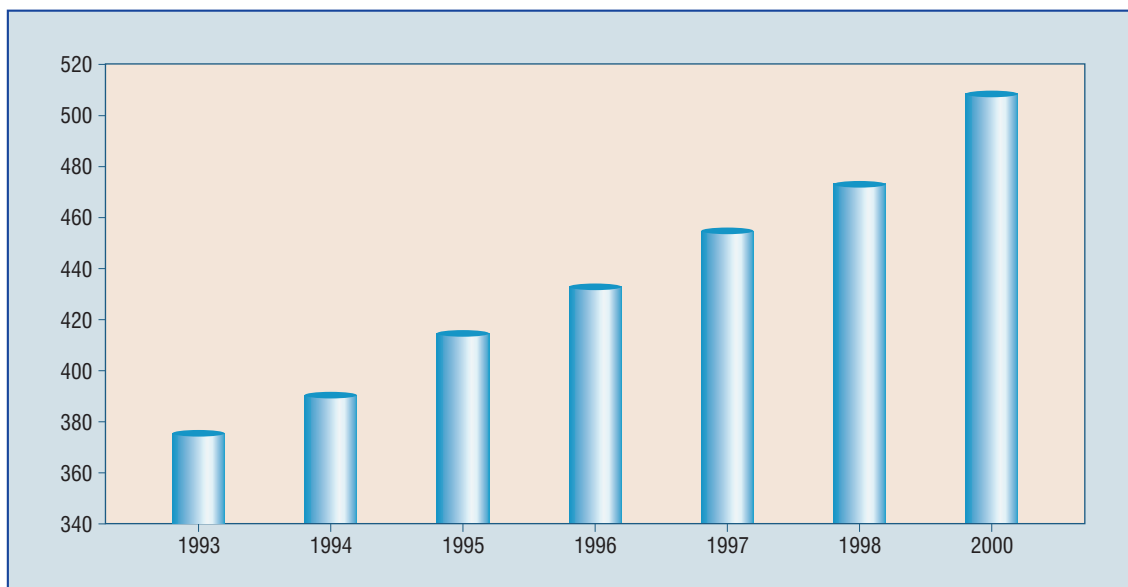
Fuente: ESRI. MSC.

Evolución de las urgencias hospitalarias



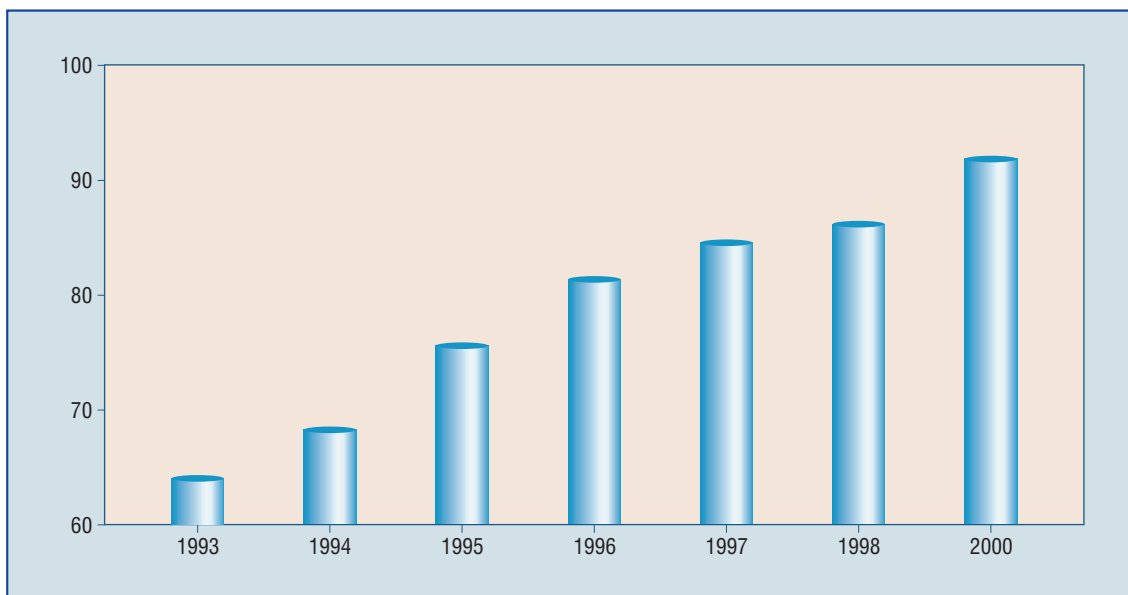
Fuente: ESRI. MSC.

Evolución de las urgencias hospitalarias por 1.000 habitantes



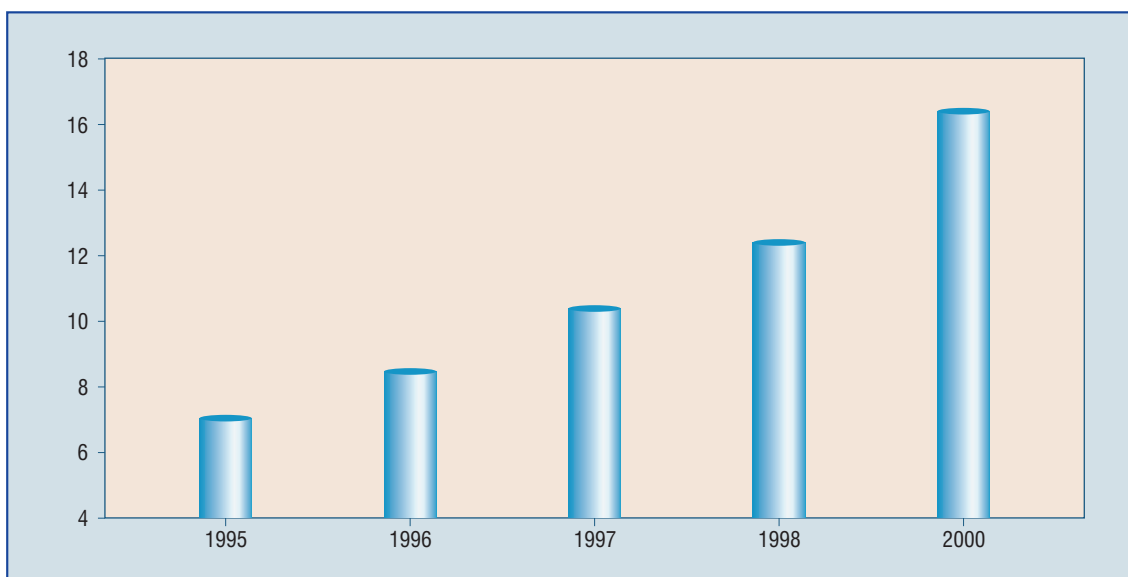
Fuente: ESRI. MSC.

Actos quirúrgicos por 1.000 habitantes.



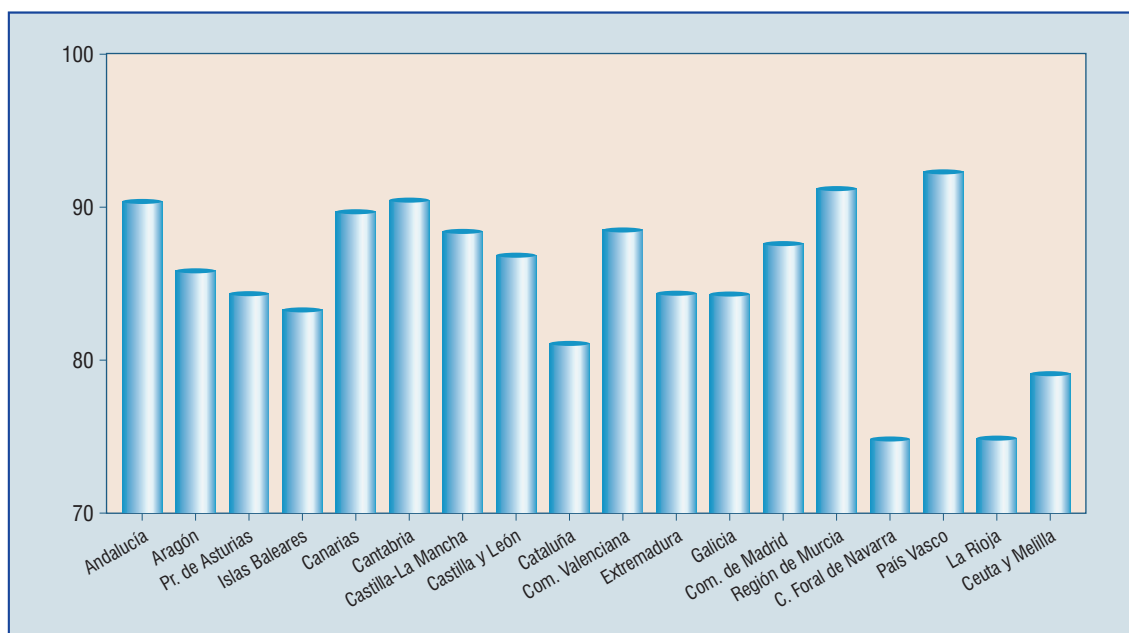
Fuente: ESRI. MSC.

Porcentaje de cirugía mayor ambulatoria



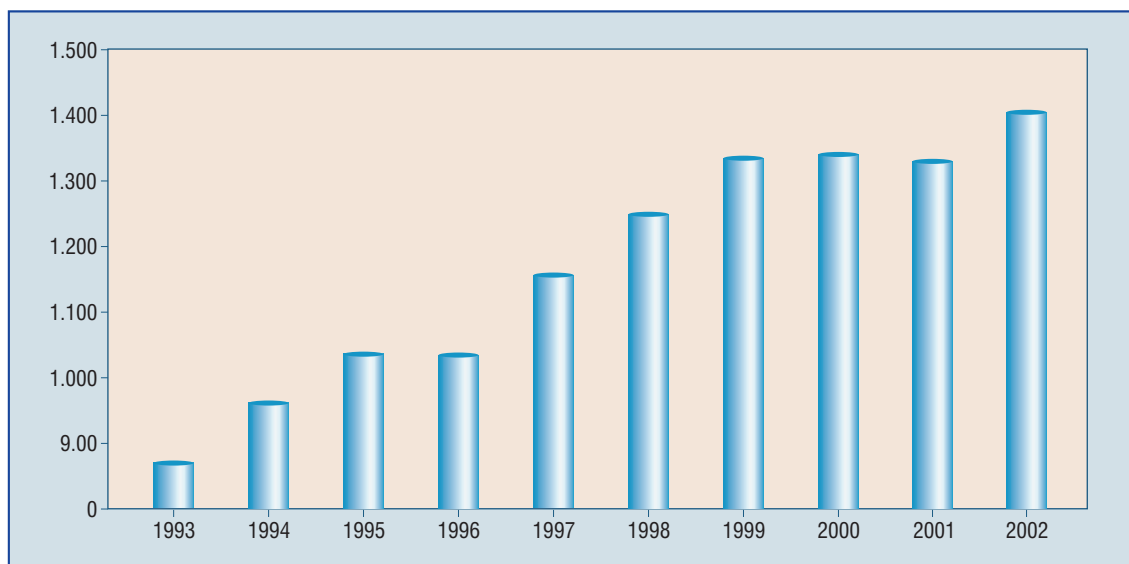
Fuente: ESRI. MSC.

Porcentaje de partos normales sobre el total



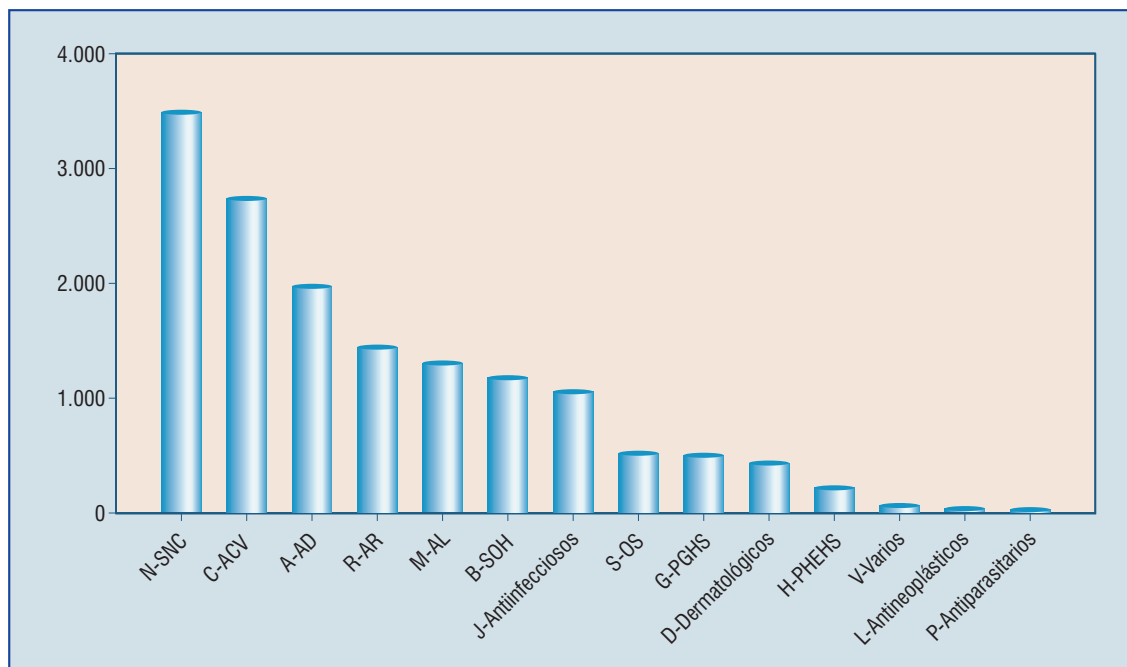
Fuente: INE.

Evolución del número de donantes



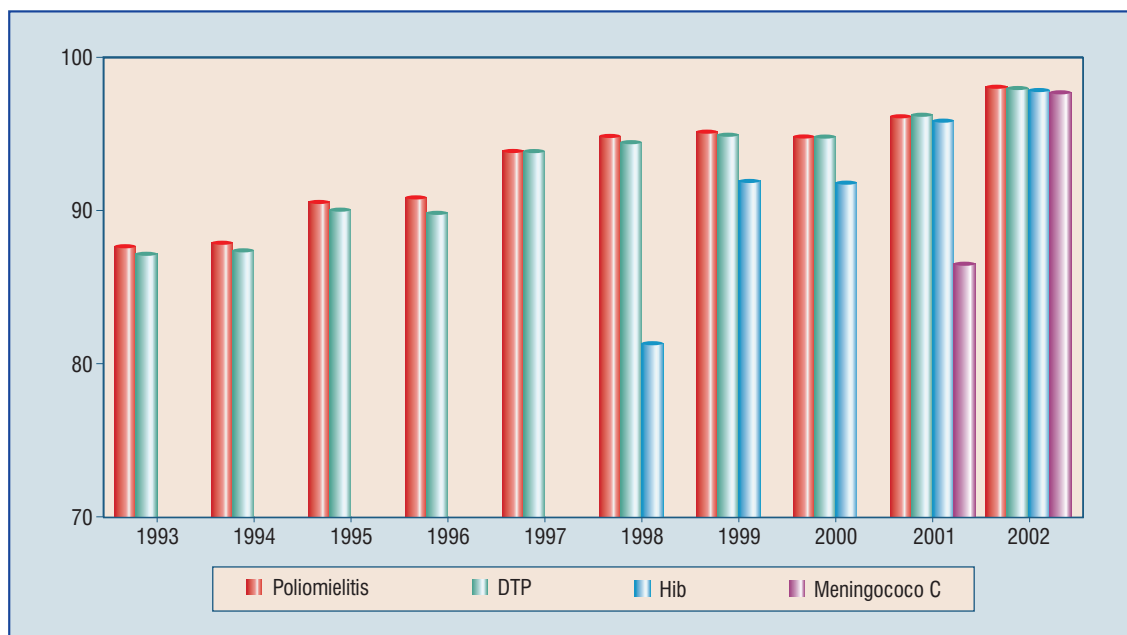
Fuente: MSC. Organización Nacional de Transplantes.

Consumo de medicamentos por 1.000 habitantes mediante receta de la SS en farmacias



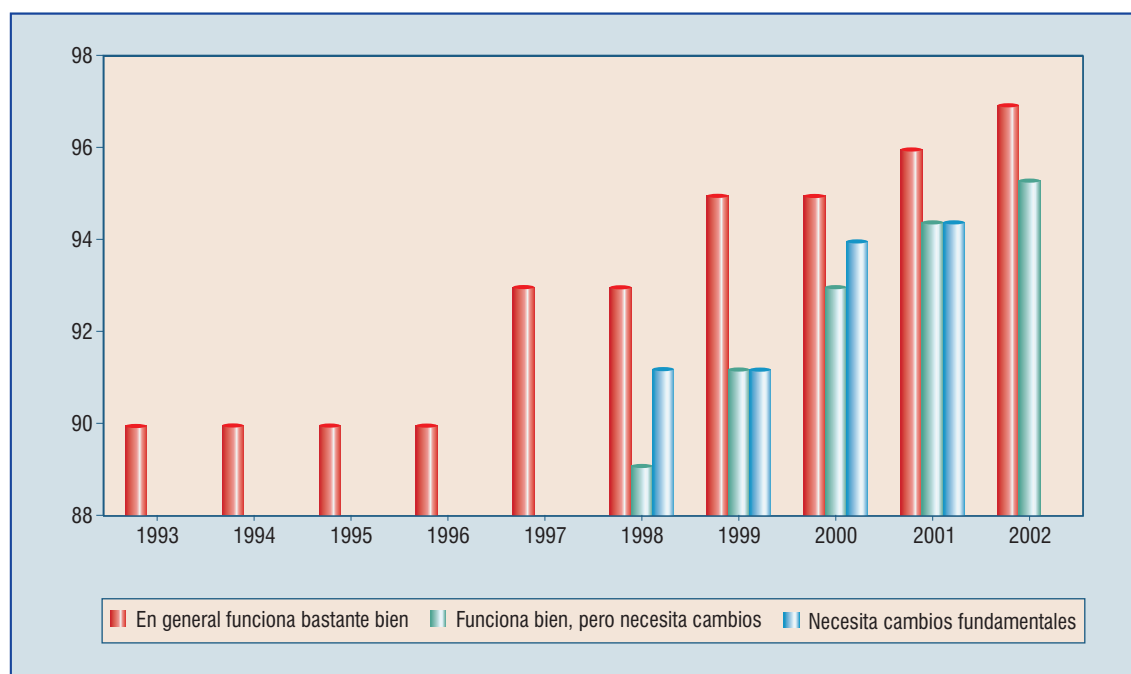
Fuente: MSC. Año 2001.

Evolución de la cobertura vacunal en niños menores de 1 año



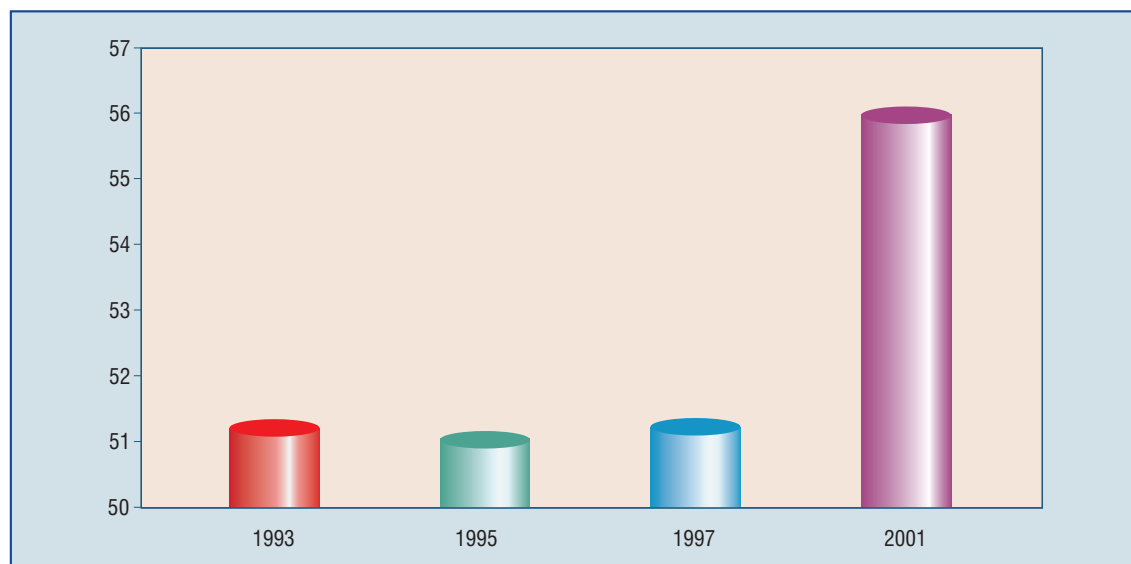
Fuente: MSC.

Evolución de la cobertura vacunal en niños mayores de 1 año y menores de 2 años



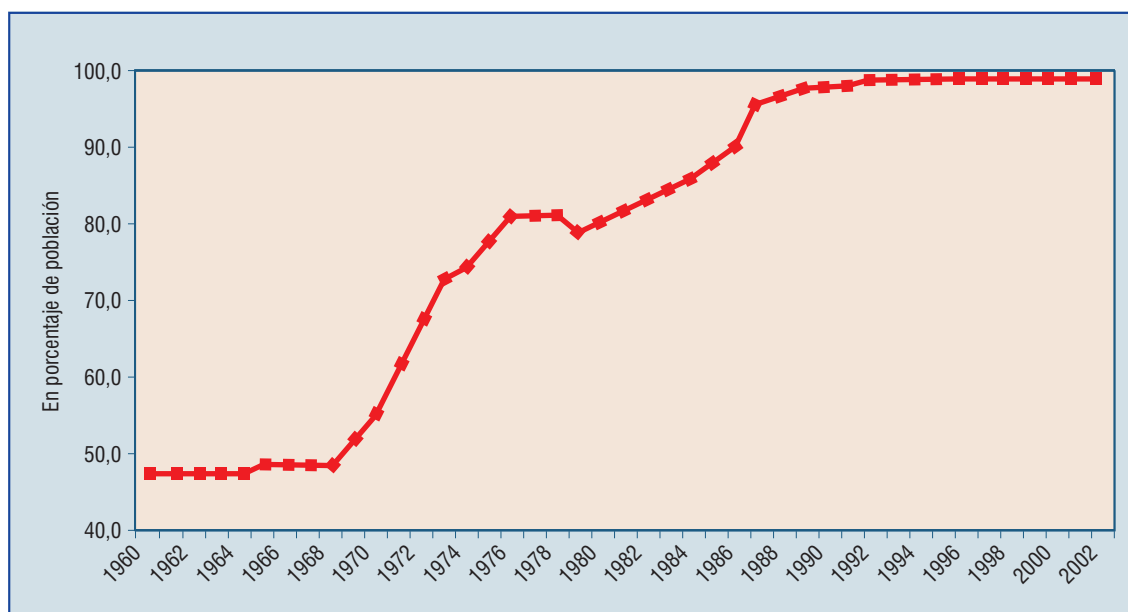
Fuente: MSC.

Evolución del porcentaje de mayores de 65 años vacunados de la gripe



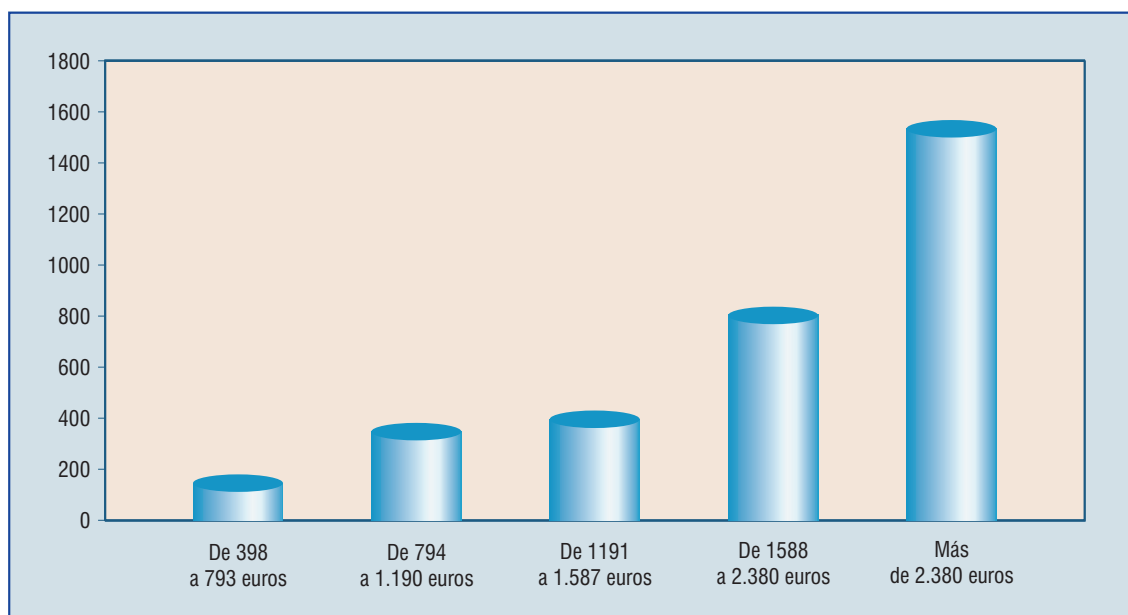
Fuente: Encuesta Nacional de Salud.

Cobertura sanitaria



Fuente: Eco-sanidad 2003, OCDE.

Cobertura sanitaria privada según ingresos mensuales (en miles de personas)



Fuente: Panel de Hogares de la UE. INE.

4. Satisfacción

Las relaciones entre los usuarios de la asistencia sanitaria y las personas e instituciones que la prestan son casi siempre complejas. En ellas tienen cabida relaciones de muy diversa índole, desde las que se establecen entre beneficiarios, pacientes o familiares y las diferentes entidades y órganos con funciones esencialmente administrativas, hasta las que tiene lugar entre el paciente de una intervención quirúrgica y el equipo médico, pasando por una extensa gama de instancias de atención y gestión sanitaria (consultas, prescripciones, traslados, análisis, trámites, etc.). Tampoco son ajenas a este entramado de relaciones entre la sanidad y sus usuarios, las que vinculan a personas, entidades o empresas cuya intervención se produce desde otras instancias institucionales u organizativas como son los establecimientos farmacéuticos, las mutuas y aseguradoras, los fabricantes de equipo electromédico y equipamiento sanitario o los diferentes proveedores hospitalarios.

La respuesta del sistema sanitario a las diferentes demandas de los usuarios no es siempre homogénea en términos de nivel asistencial, institucional, territorial e incluso personal o profesional. No sólo existen diferencias derivadas de la diversidad de centros y profesionales que prestan asistencia sanitaria, sino que dentro de un mismo acto o una misma relación sanitaria intervienen diversos elementos cuya confluencia produce un resultado global no siempre atribuible en la misma medida a todos los vectores que lo causan. El comportamiento o actuación médicas, la dotación de los servicios sanitarios, los medios técnicos y humanos disponibles o los eventuales problemas organizativos influyen, ocasional o permanentemente, en la respuesta sanitaria y también en su posible percepción. Por ello, es necesaria cierta prudencia en la interpretación del universo de visiones, ideas, actitudes y opiniones forjadas en torno a la asistencia sanitaria.

La satisfacción o insatisfacción de los usuarios de la asistencia sanitaria pueden venir de muy diversas fuentes. Los motivos más comunes que se recogen y analizan en las encuestas de satisfacción son el trato a los pacientes, la escasez de médicos o personal sanitario, la rigidez o insuficiencia de los horarios de consulta, la imposibilidad de elección de los médicos, las listas de espera, los tiempos de espera en consulta, la falta de medios técnicos o humanos, la masificación y el exceso de burocracia y papeleo. Otras cuestiones también recogidas en encuestas y estudios, aunque con menor frecuencia, son la duración de las consultas, la dificultad para obtener citas previa por teléfono, la idoneidad de las prescripciones y tratamientos, etc.

Dado el enorme peso del sector público en nuestro sistema sanitario, muchas de las opiniones vertidas en las encuestas de satisfacción están orientadas a aspectos comunes a todas las instancias públicas, circunstancia que no invalida dichas opiniones. También debe tenerse en cuenta que las opiniones de los encuestados, en la medida en que son consecuencia de sus propias apreciaciones, reflejan esencialmente la forma y manera en que los usuarios, pacientes y familiares, viven y perciben el funcionamiento del sistema sanitario. Con toda la consideración que los resultados de cualquier encuesta bien realizada deben merecer, no puede tampoco olvidarse que la calidad percibida por los usuarios no es el único criterio, ni seguramente el más importante, para valorar la idoneidad o calidad global de un sistema sanitario. En la mayoría de los casos, muchos indicadores básicos para la salud pública, como las tasas de mortalidad, las medidas de prevención o la efectividad, permanecen ocultos a la visión de los pacientes.

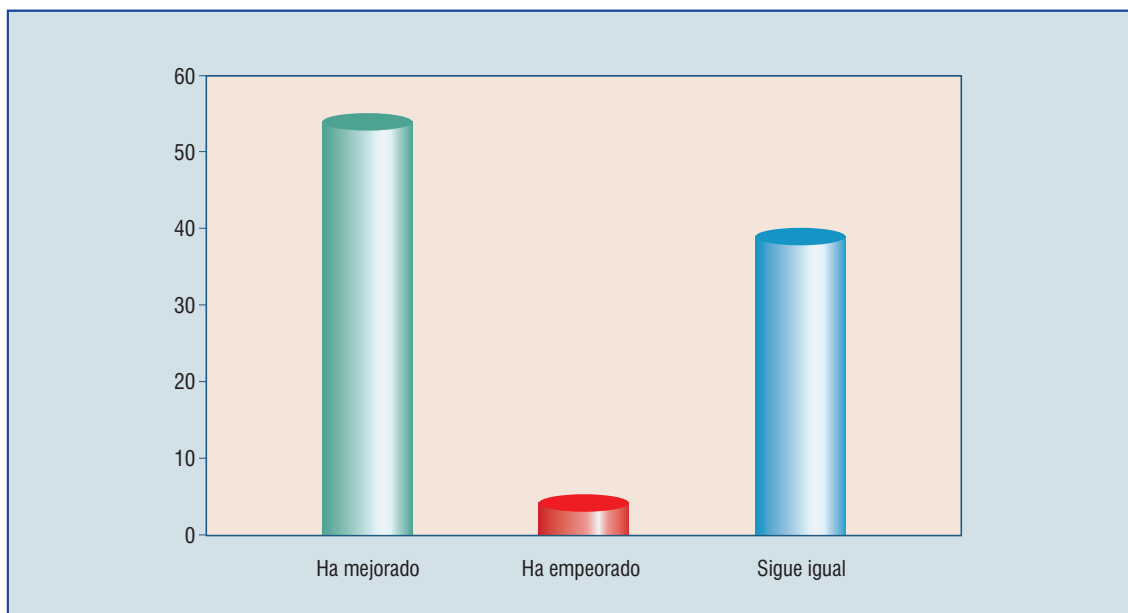
Por otra parte, la satisfacción del usuario y de los propios profesionales de la sanidad tiene un valor específico que no viene dado por su mayor o menor aptitud como indicador de calidad. El objetivo central de todo sistema sanitario es reducir la mortalidad, la morbilidad y mejorar la salud y el bienestar de los ciudadanos. Desde tal perspectiva, el sentimiento de seguridad y la satisfacción de las expectativas sobre el cuidado de la salud son vectores importantes para generar dicho bienestar. Por tanto, los criterios de calidad técnica establecidos objetivamente por la oferta sanitaria deberán ser complementados con los criterios subjetivos de satisfacción expresados por la demanda de los servicios de salud. El grado de satisfacción colectiva y las expectativas de cara al futuro no sólo permiten contrastar la validez de algunos indicadores de eficiencia, sino que posibilitan la orientación de las acciones de mejora y las políticas sanitarias hacia el incremento de la satisfacción de los diferentes actores.

Tratándose de opiniones, la satisfacción de los encuestados depende tanto de la realidad observada por aquellos como de sus propias características socioeconómicas y clínicas. Así pues, las valoraciones están influenciadas por la edad, el sexo, el nivel educativo y económico y, por supuesto, por el estado de salud y los resultados de las acciones sanitarias que el individuo experimenta como sujeto. Esta doble determinación de la satisfacción no sólo no desautoriza ninguna de las valoraciones que proporcionan los individuos consultados, sino que aporta un enorme caudal informativo sobre la vivencia de la acción sanitaria y del proceso terapéutico por parte de los diferentes tipos de pacientes en diversos estados o situaciones de atención o tratamiento sanitario. El análisis de las influencias de las distintas variables sociodemográficas de los usuarios en la conformación de las opiniones y en la satisfacción respecto a los servicios sanitarios es un instrumento de enorme utilidad para poder mejorar su salud y su bienestar.

En España, tanto a nivel de Atención Primaria como Especializada, periódicamente se realizan encuestas para medir el grado de satisfacción con el sistema sanitario. Desde hace una década, se viene recogiendo la opinión de los ciudadanos que utilizan los servicios del primer nivel asistencial. Las dimensiones de satisfacción que se exploran se refieren a la accesibilidad a los servicios, el trato recibido, la valoración de los profesionales y del estado material de los centros, la atención a domicilio y la atención de urgencia. Según el indicador global de la Encuesta de Atención Primaria del año 2001, la atención recibida ha sido valorada positivamente por los encuestados, ya que el 88.8 % se mostró satisfecho con la atención recibida en su Centro de Salud.

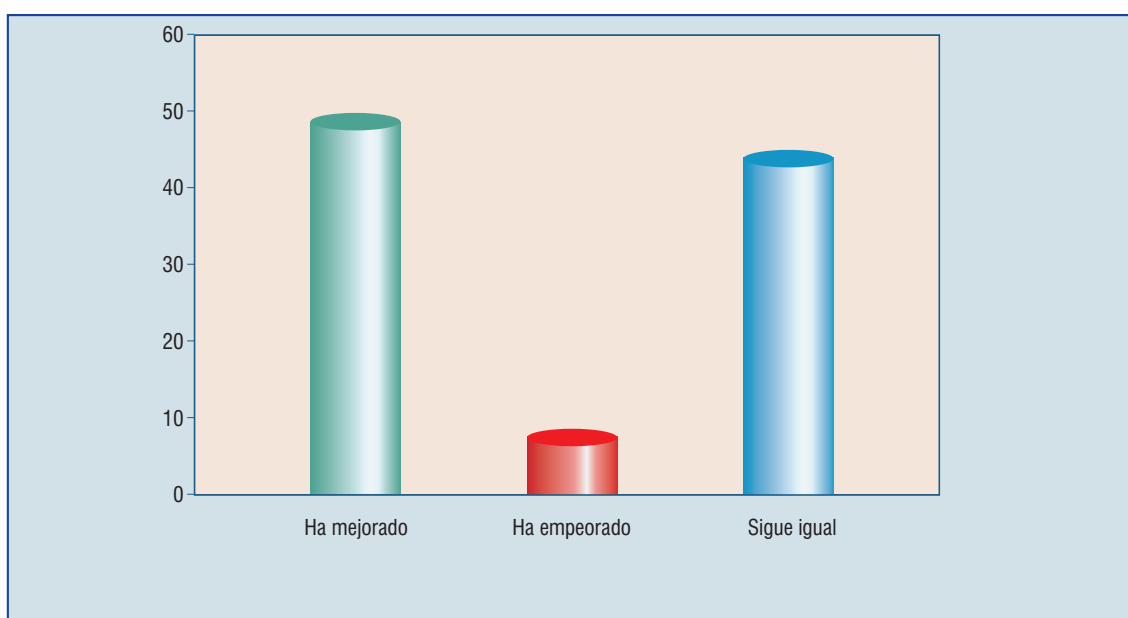
El continuo satisfacción-insatisfacción admite grados; el español se muestra paciente, pero exigente. Según el Barómetro de Salud de 2002 realizado por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), los españoles otorgan una nota de 5,9 sobre diez a los servicios sanitarios. Dentro de este aprobado, destaca la buena opinión sobre los profesionales sanitarios y la introducción de nuevas tecnologías, pero se detecta insatisfacción con las trabas burocráticas, la falta de información y las listas de espera. Aunque España ocupa uno de los primeros puestos en el indicador global de eficiencia de la OMS, sus usuarios sitúan al sistema sanitario español entre las últimas posiciones de Europa. De hecho, el 73,5 % reconocen que en la actualidad son mucho más exigentes que hace diez años en lo relativo a servicios de salud. La demanda social combinada de calidad y satisfacción parece indicar que la fortaleza de los sistemas públicos de salud, va a depender cada vez más y en mayor medida, de la satisfacción que los ciudadanos obtengan con la atención sanitaria que reciben.

Opinión sobre los servicios asistenciales: atención primaria



Fuente: MSC. Barómetro sanitario 2002.

Opinión sobre los servicios asistenciales: atención especializada ambulatoria



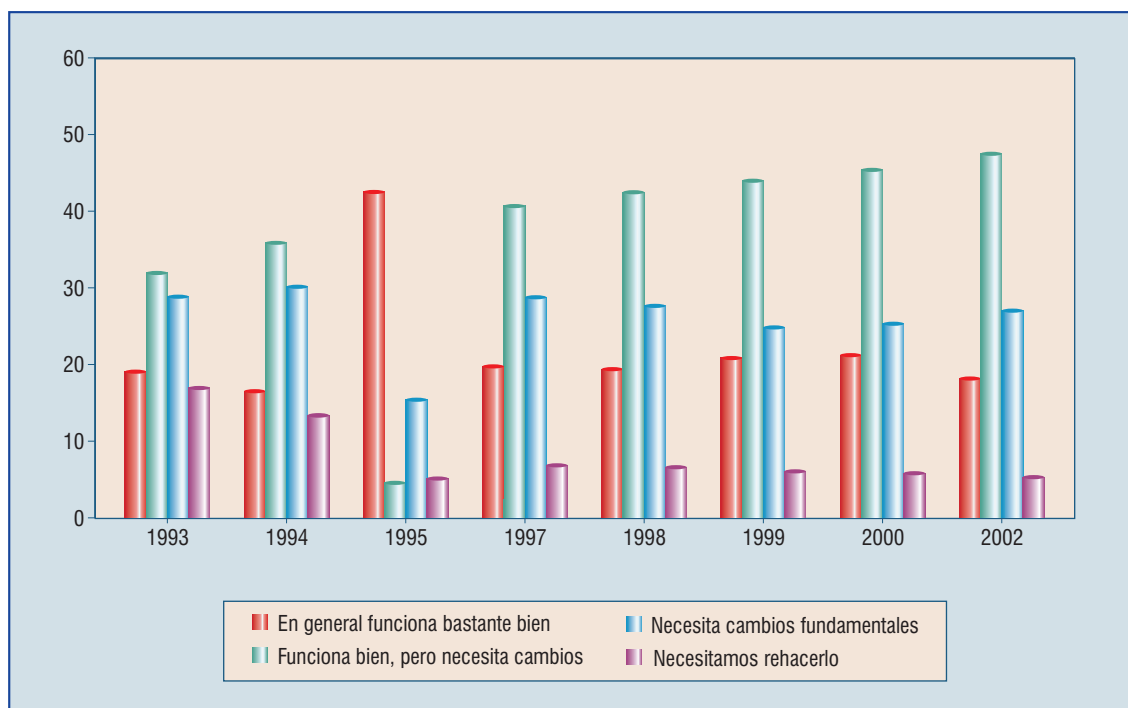
Fuente: MSC. Barómetro Sanitario 2002.

Opinión sobre los servicios asistenciales: atención especializada hospitalaria



Fuente: MSC. Barómetro Sanitario 2002.

Opinión sobre el sistema sanitario



Fuente: MSC. Barómetros Sanitarios.

CAPÍTULO 6

Financiación y actividad económica del sistema sanitario

1. Gasto en Sanidad

Uno de los aspectos claves de la sanidad es su coste, tanto para los usuarios como para el sector público. Las crecientes demandas por parte de los pacientes y de la sociedad se enfrentan a escenarios macroeconómicos de reducción de gasto público. Por este motivo, el control del gasto en sanidad se convierte en pieza esencial para conseguir mantener unas cuentas equilibradas. Sin embargo, las presiones sobre el gasto son cada vez mayores. Por este motivo, el aumento del gasto sanitario, los problemas de financiación del sistema sanitario, la insuficiencia de la oferta con relación a una demanda potencialmente ilimitada que genera inevitables listas de espera, la calidad de la atención sanitaria, el modelo de sistema sanitario y el peso del Estado y del mercado en el mismo son aspectos que están muy presentes en la opinión pública y que, por tanto, condicionan las decisiones de los políticos y gestores.

En España, de 1960 a 2001 el porcentaje del gasto sanitario total como porcentaje del PIB pasó del 1,5 al 7,5. Por tanto, en poco más de 40 años el peso del gasto en sanidad se ha quintuplicado en nuestro país. Las razones para esta evolución son diversas:

1. El crecimiento de la población y su envejecimiento. El mayor número de habitantes y la mayor esperanza de vida, debida en parte a la propia efectividad de la asistencia sanitaria, hace que el gasto sanitario crezca de forma considerable.
2. La extensión de la cobertura de los servicios sanitarios. A medida que los sistemas nacionales de salud proporcionan servicios a un porcentaje mayor de la población, el gasto crece. En España, en 1960, la cobertura alcanzaba al 50 % de la población, mientras que en 2001 este porcentaje llegaba al 99,9 %.
3. La mayor preferencia del bien salud con relación al resto de los bienes por parte de los individuos.

4. Un incremento de los precios relativos de los servicios y productos sanitarios. Si la inflación en el sector sanitario es superior al incremento medio de los precios, entonces el peso de dicho sector crece en términos del PIB.
5. El uso más intensivo de nuevas tecnologías más costosas.
6. Nuevas enfermedades y cambio en el patrón de la morbilidad de las ya existentes.

Si descomponemos el gasto sanitario (7,5 % del PIB) entre público y privado, encontramos que el gasto público representa el 5,40 % del PIB, mientras que el gasto privado suma el 2,10 % del PIB restante. Estos datos sugieren que la intervención del sector público es muy importante en la prestación de servicios sanitarios. Este hecho, unido al fuerte incremento de esta clase de gasto en los últimos 40 años, hace que gran parte del presupuesto público se dedique a sanidad. Por este motivo, en una época donde el equilibrio presupuestario de las cuentas públicas se está erigiendo en una garantía de crecimiento económico, el control del gasto sanitario es una preocupación fundamental de las economías industrializadas. De hecho, en los últimos años han proliferado en los países occidentales muchas iniciativas legislativas cuyo fin era la reducción o el freno al crecimiento del gasto sanitario.

En España esta evolución se refleja en el peso que ambos componentes tienen sobre el gasto total sanitario. El gasto público representaba, en los primeros años setenta, menos del 60 % del gasto total en sanidad. Sin embargo, de 1968 a 1983 el gasto público pasa a representar el 85 % del gasto total, debido al aumento de la cobertura desde 1970 en adelante. Esta tendencia se invierte en los años noventa, en los que el peso del sector privado es cada vez mayor, llegándose a situar en cerca del 30 % del gasto sanitario total en el año 2001.

Por otra parte, tanto los gastos públicos como los privados se pueden descomponer en gastos corrientes o de consumo y en gastos en formación de capital o inversión. De esta forma podemos apreciar la parte del gasto que incrementa el stock de capital. El principal componente del gasto sanitario, ya sea este privado o público, son los gastos corrientes o de consumo. Por tanto, parece que en el sector sanitario la formación de capital fijo representa una pequeña porción del gasto público y es prácticamente irrelevante en el caso del sector privado.

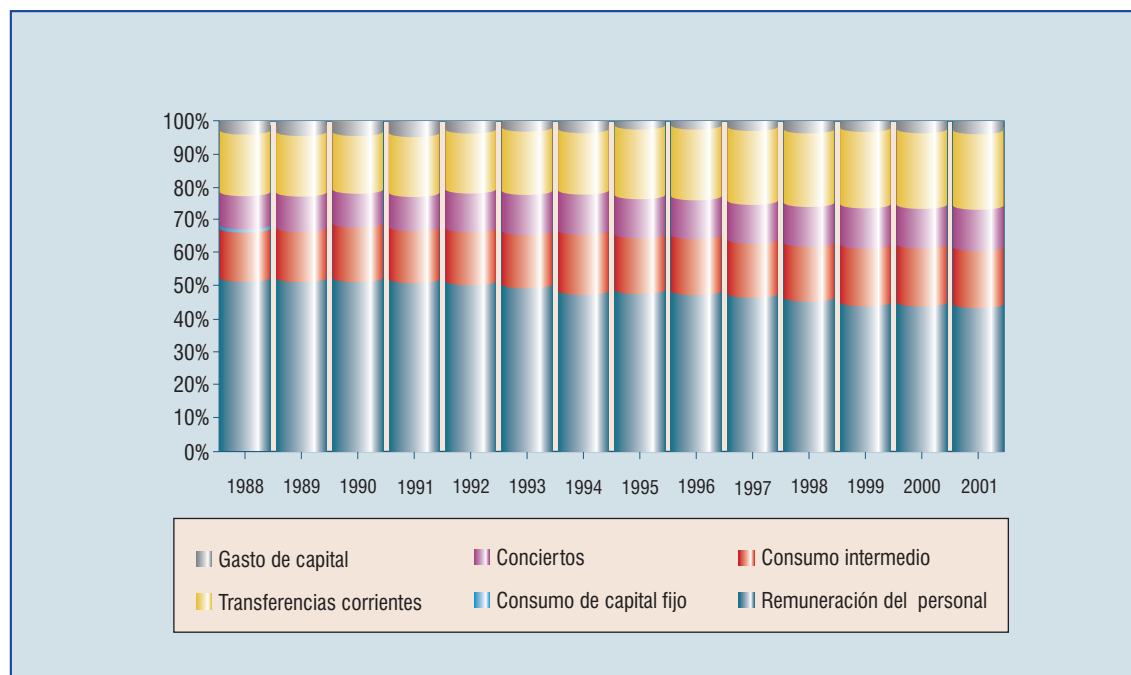
Desde un punto de vista funcional, la distribución del gasto parece bastante estable en los últimos tiempos, ya que en 1985 la atención especializada representaba el 55,5 % y la atención primaria el 39,6 %, siendo esos porcentajes muy similares en 2001: la asistencia especializada, un 56,1 % y la atención primaria, un 40,8 %.

Uno de los componentes que más crecimiento ha experimentado a lo largo de los últimos años es el gasto farmacéutico. En 1994 el gasto farmacéutico de la Seguridad Social ascendía a 4.082 millones de euros, mientras que en la año 2001 suponía 7.445.92 millones de euros, lo que implica una tasa de crecimiento del 82 % en tan sólo siete años. Esta evolución ha supuesto que el gasto farmacéutico por habitante se incrementase en dicho periodo en más de 80 euros. Este incremento ha introducido una fuerte presión para el gasto sanitario público, ya que el gasto farmacéutico público representa en España el 80% del total del gasto en medicamentos, lo que implica que el

peso de la farmacia en el presupuesto sanitario sea nada menos que del 24 %. Por ello, no es de extrañar las distintas medidas que se han adoptado en los últimos tiempos para intentar frenar el crecimiento de esta partida, fundamental para el control del gasto sanitario público: fomento de la prescripción de genéricos, adopción del sistema de precios de referencia, utilización de visados por parte de las servicios regionales de salud, etc.

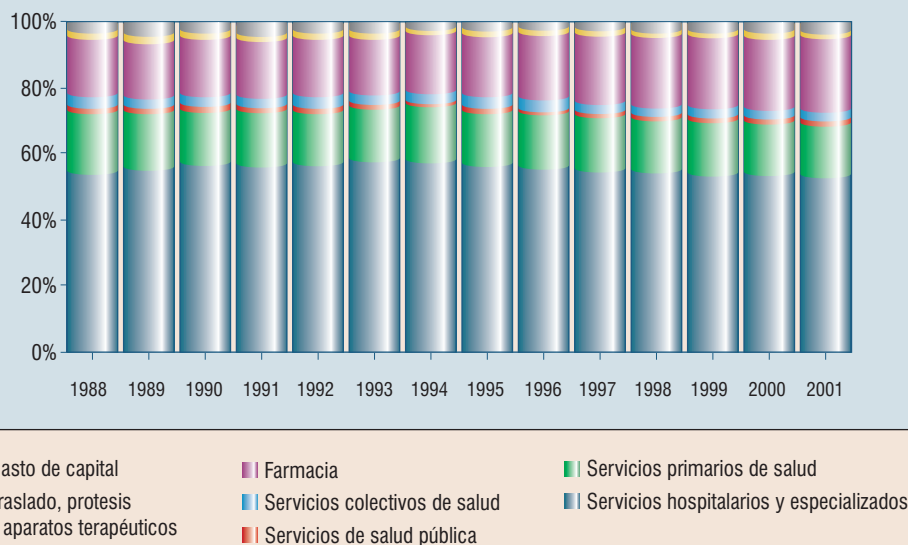
En resumen, existe una tendencia al crecimiento del gasto sanitario en los últimos 40 años. La previsible evolución futura es de continuidad en dicha tendencia debido al envejecimiento poblacional. Los diferentes análisis sobre la explicación de los factores determinantes en el crecimiento del gasto sanitario en España señalan que el incremento de la cobertura y la inflación general son los causantes del incremento en el periodo 1981-1990, mientras que la prestación real media a partir de los noventa es el factor de mayor importancia sobre la tasa de variación del gasto sanitario público. Por tanto, la preocupación por la financiación del gasto, así como las consideraciones de la eficiencia pasan a ser centrales en el nuevo escenario de total descentralización de la asistencia sanitaria que nuestro sistema presenta desde el año 2002.

Evolución del gasto público en sanidad (clasificación económica)



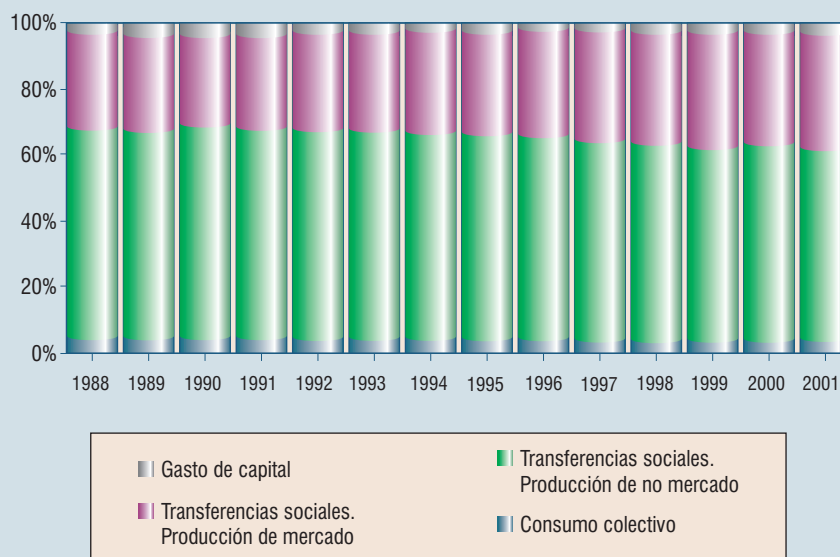
Fuente: Cuentas satélite del gasto sanitario público. 1991-1996. MSC. 1999. Unidad: porcentaje sobre el total

Evolución del gasto público en sanidad (clasificación funcional)



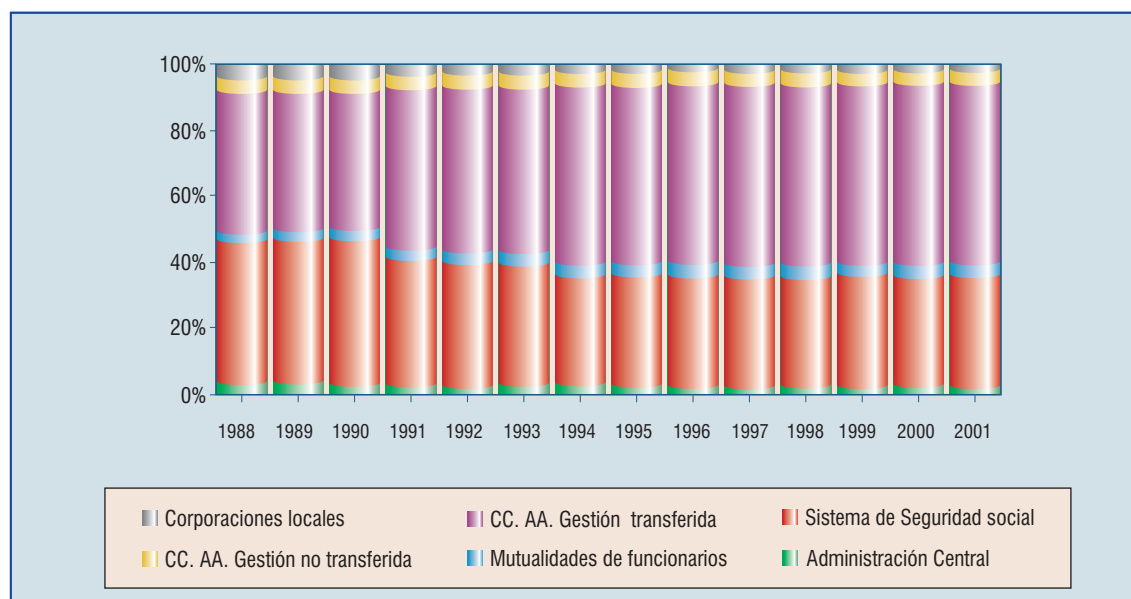
Fuente: Cuentas satélite del gasto sanitario público. MSC. 2004. Unidad: porcentaje sobre el total.

Evolución del gasto público en sanidad (agregados de contabilidad nacional)



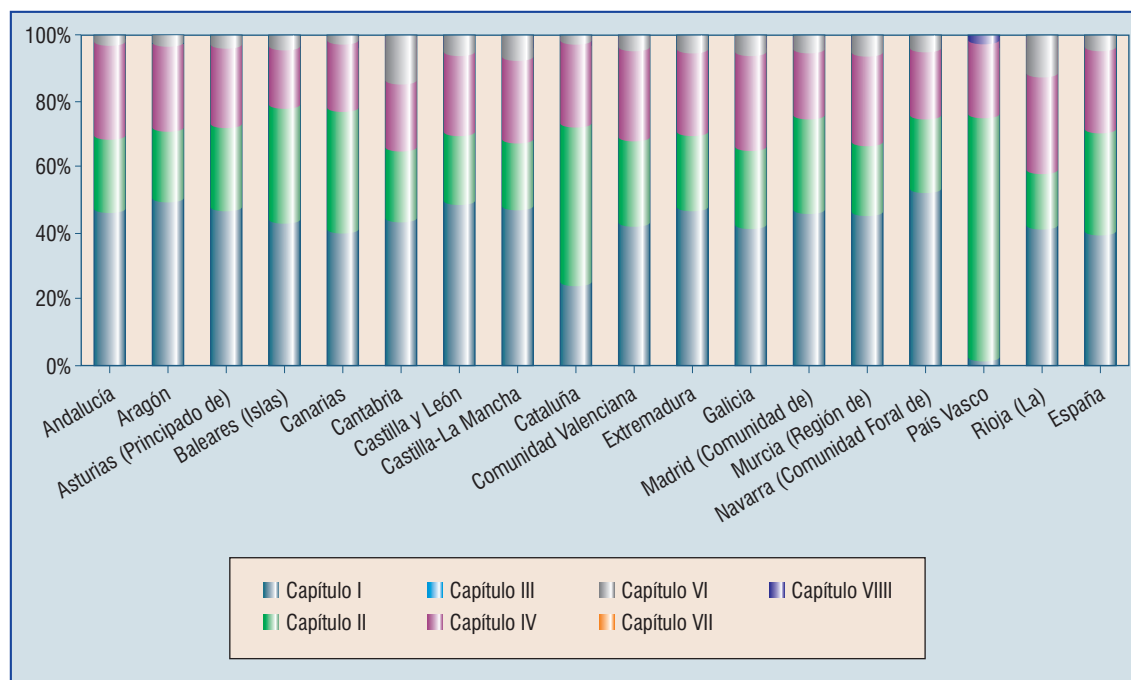
Fuente: Cuentas satélite del gasto sanitario público. MSC. 2004. Unidad: porcentaje sobre el total.

Evolución del gasto público en sanidad (distribución sectorial)



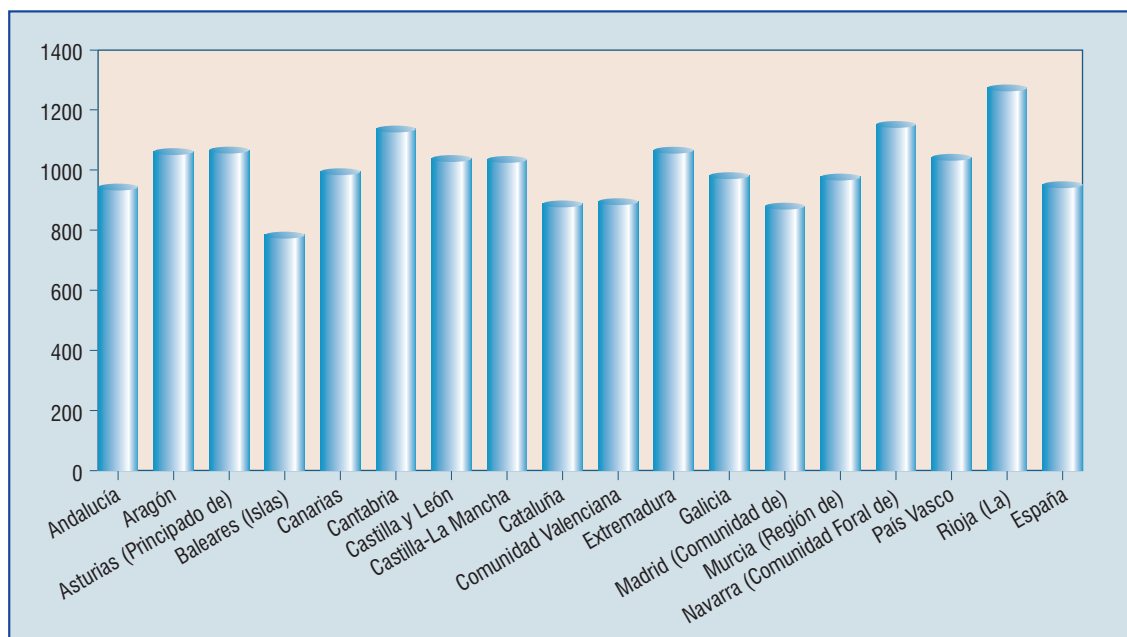
Fuente: Fuente: Cuentas satélite del gasto sanitario público. MSC. 2004. Unidad: porcentaje sobre el total.

Distribución económica del presupuesto del SNS. 2004



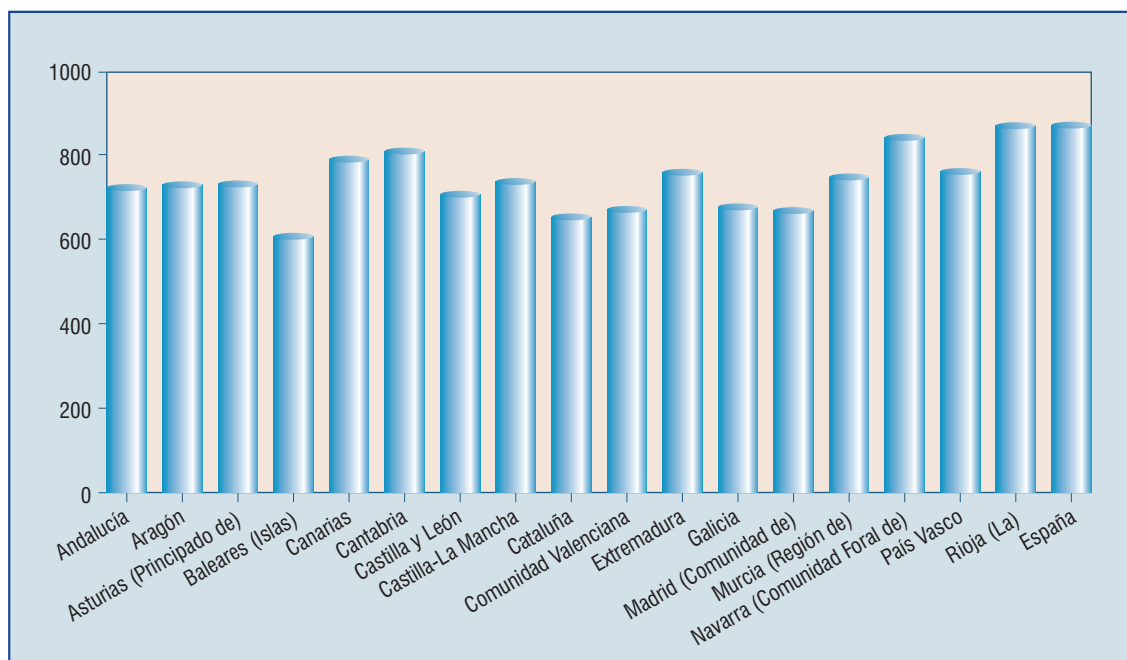
Fuente: Recursos Económicos del Sistema Nacional de Salud. Datos y cifras. Avance 2004. MSC. Unidad: porcentaje sobre el total.

Presupuesto del S.N.S. per cápita y CC.AA. Año 2004



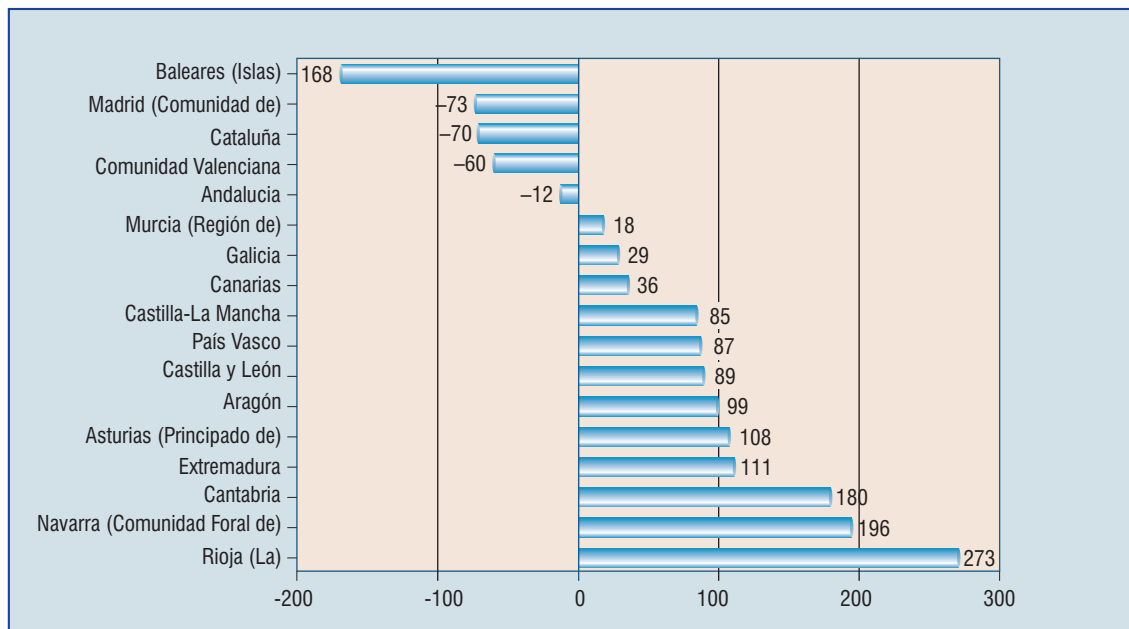
Fuente: Recursos Económicos del Sistema Nacional de Salud. Datos y cifras. Avance 2004. MSC. Unidad: euros/habitante.

Presupuesto del SNS per cápita y CC.AA ponderado por personas mayores de 65 años. 2004



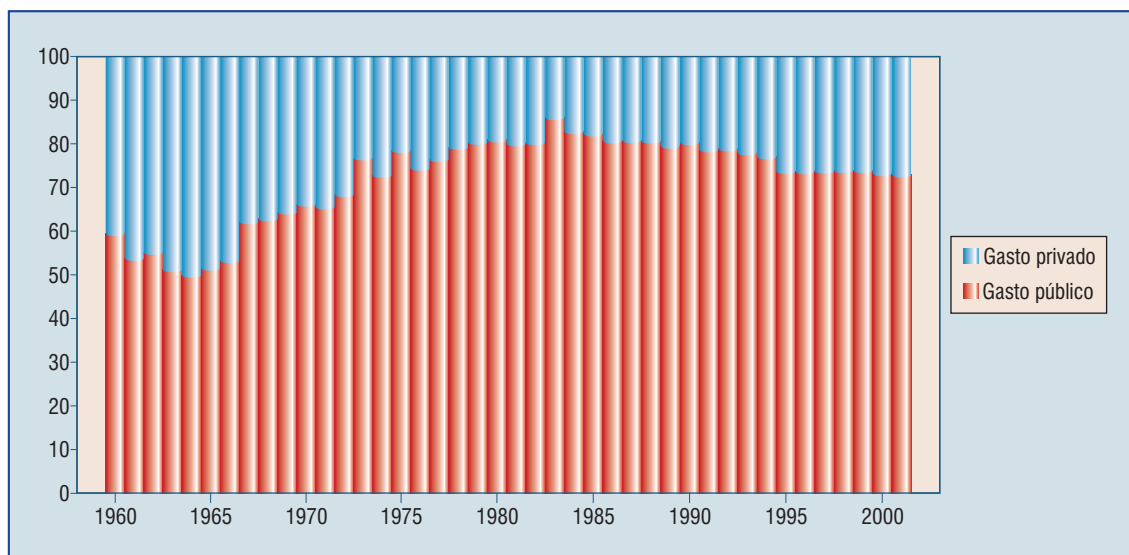
Fuente: Recursos Económicos del Sistema Nacional de Salud. Datos y cifras. Avance 2004. MSC. Unidad: euros/habitante.

Desviaciones del presupuesto inicial per cápita por CC.AA con relación a la media. 2004



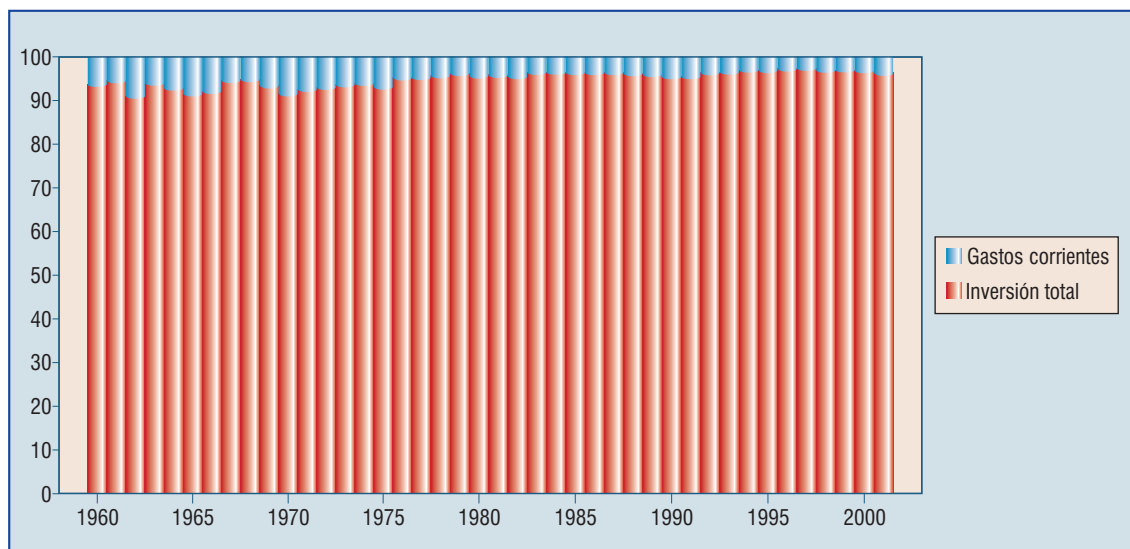
Fuente: Recursos Económicos del Sistema Nacional de Salud. Datos y cifras. Avance 2004. MSC. Unidad: euros/habitante

Evolución del gasto total en sanidad, según sector



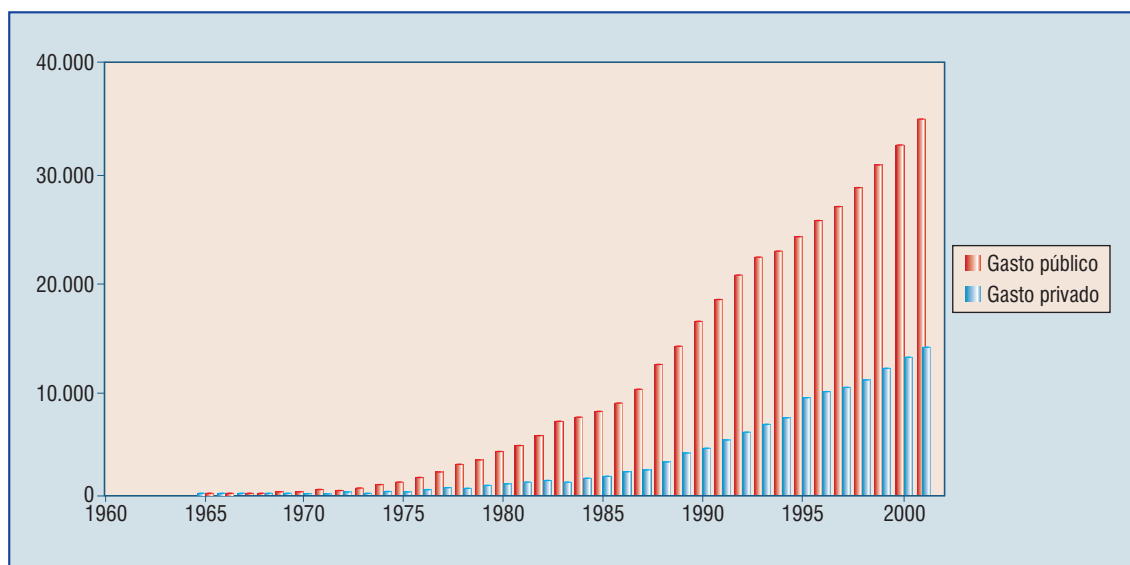
Fuente: Eco-Salud OCDE 2003. Unidad: porcentaje sobre el total.

Evolución del gasto total en sanidad, en porcentaje del PIB



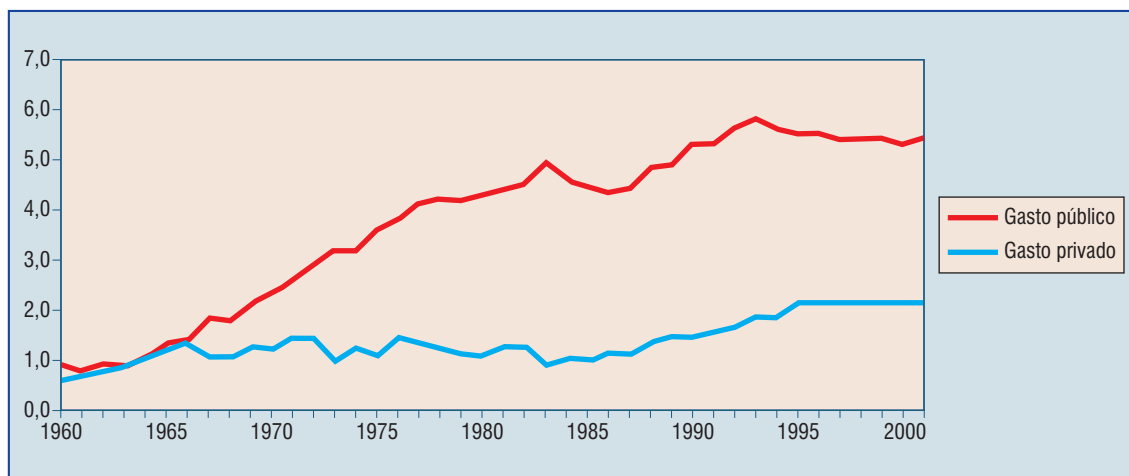
Fuente: Eco-Salud OCDE 2003. Unidad: porcentaje sobre el total.

Evolución del gasto total en sanidad



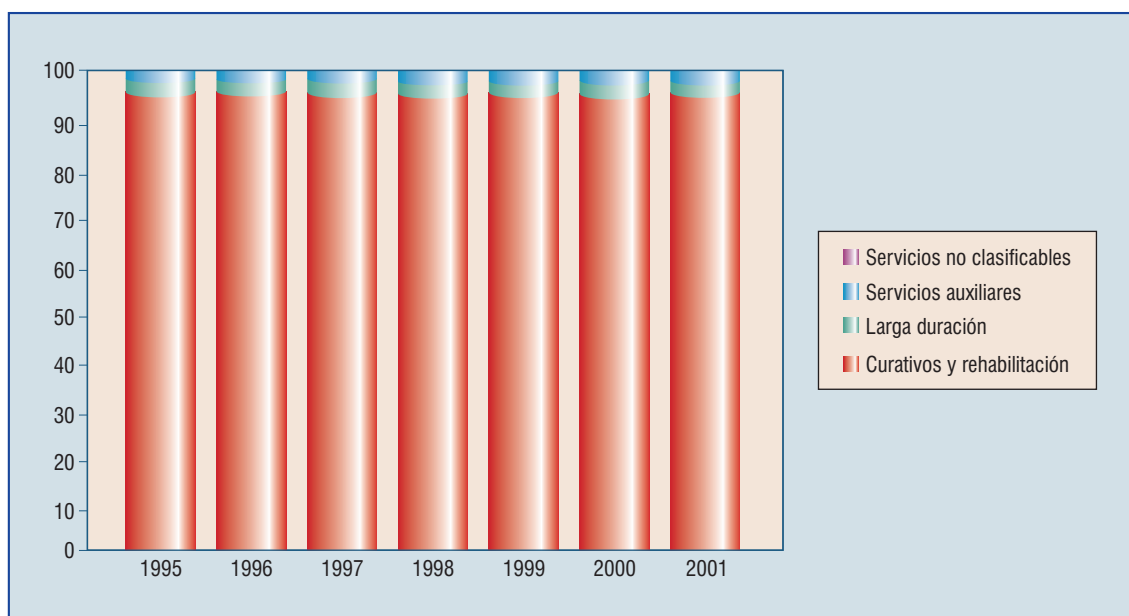
Fuente: Eco-Salud OCDE 2003. Unidad: millones de euros.

Evolución del gasto total en sanidad, en porcentaje del PIB



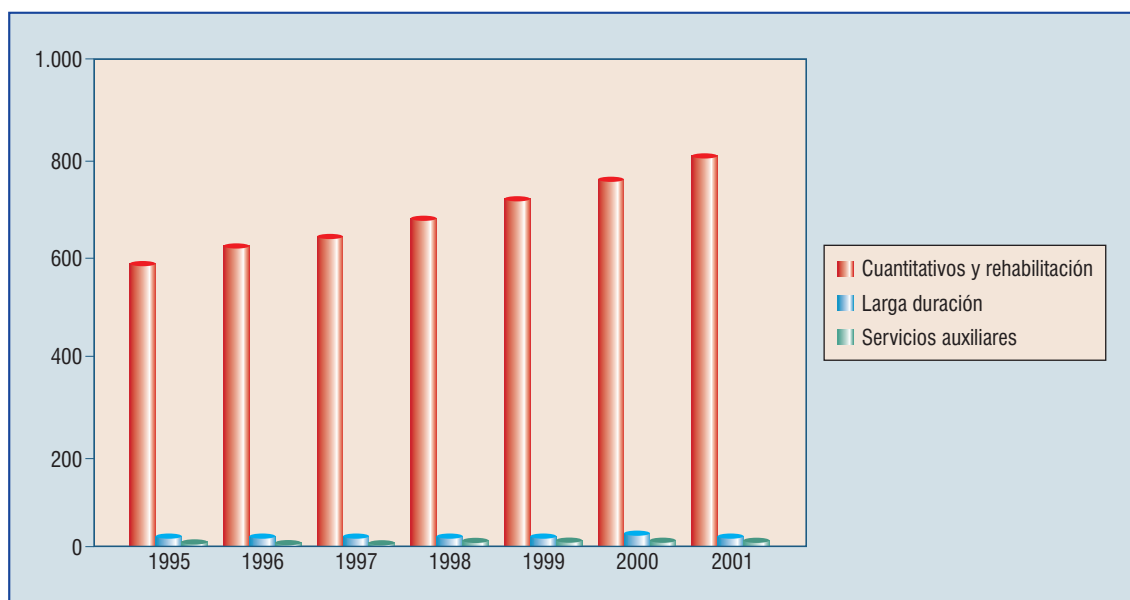
Fuente: Eco-Salud OCDE 2003. Unidad: en porcentaje del PIB.

Gasto sanitario por funciones



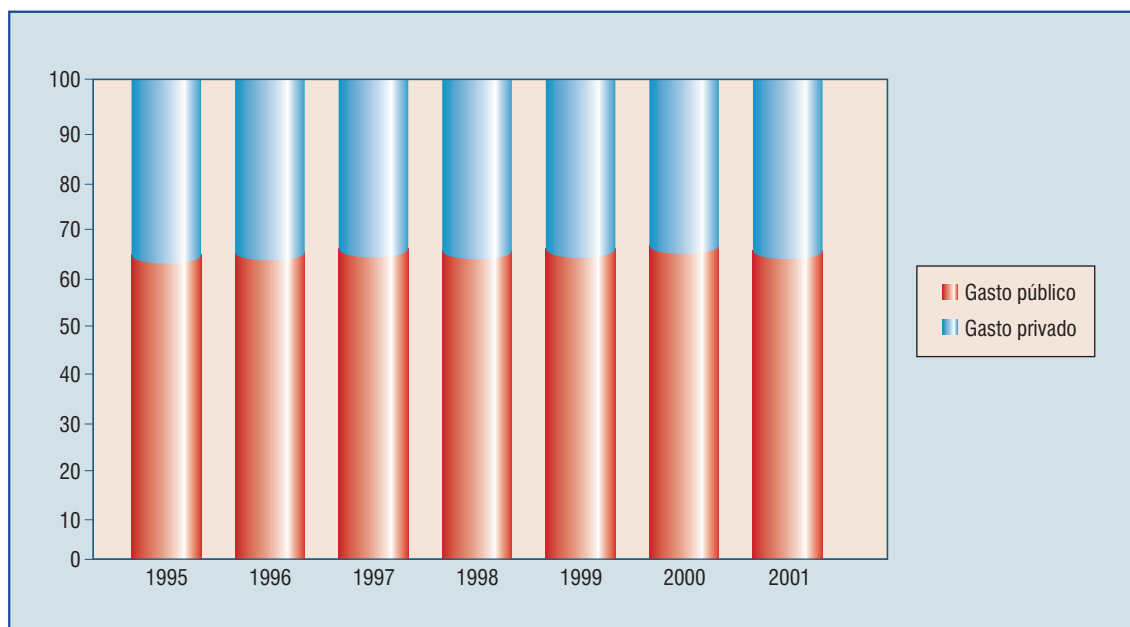
Fuente: Eco-Salud OCDE 2003. Unidad: porcentaje sobre el total.

Gasto sanitario por funciones



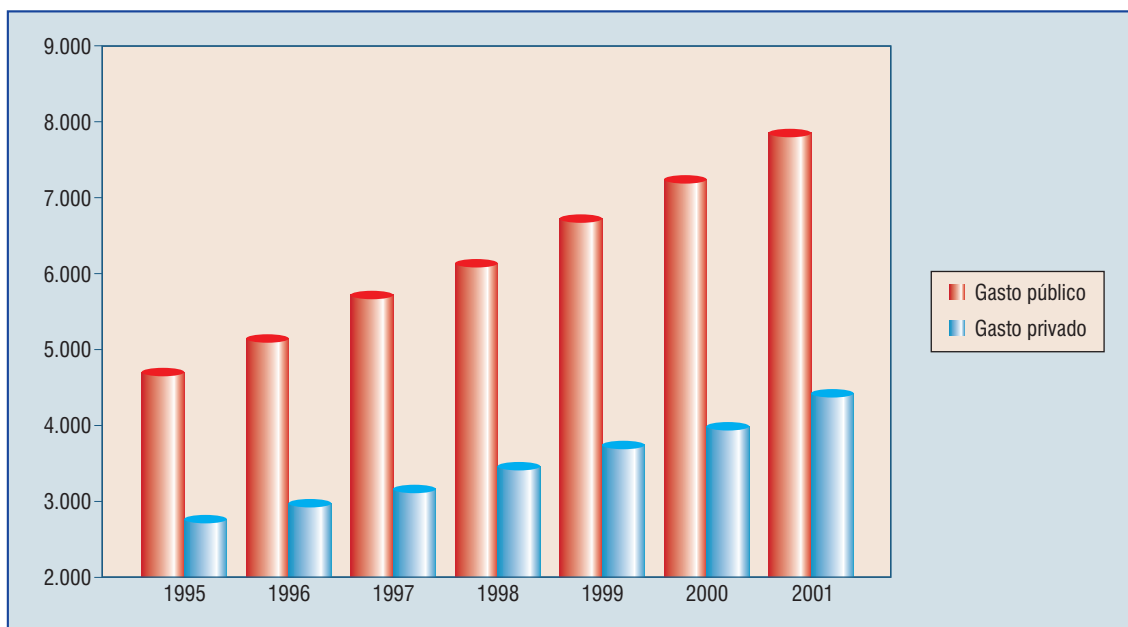
Fuente: Eco-Salud OCDE 2003. Unidad: euros per cápita.

Gasto total en bienes médicos



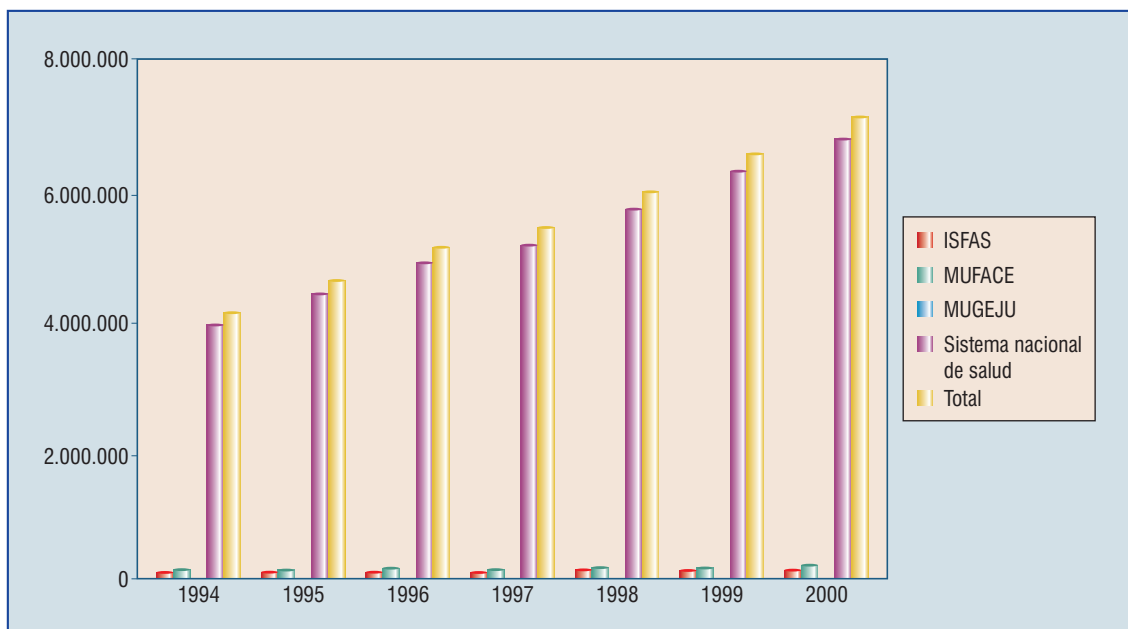
Fuente: Eco-Salud OCDE 2003. Unidad: millones de euros.

Gasto total en bienes médicos



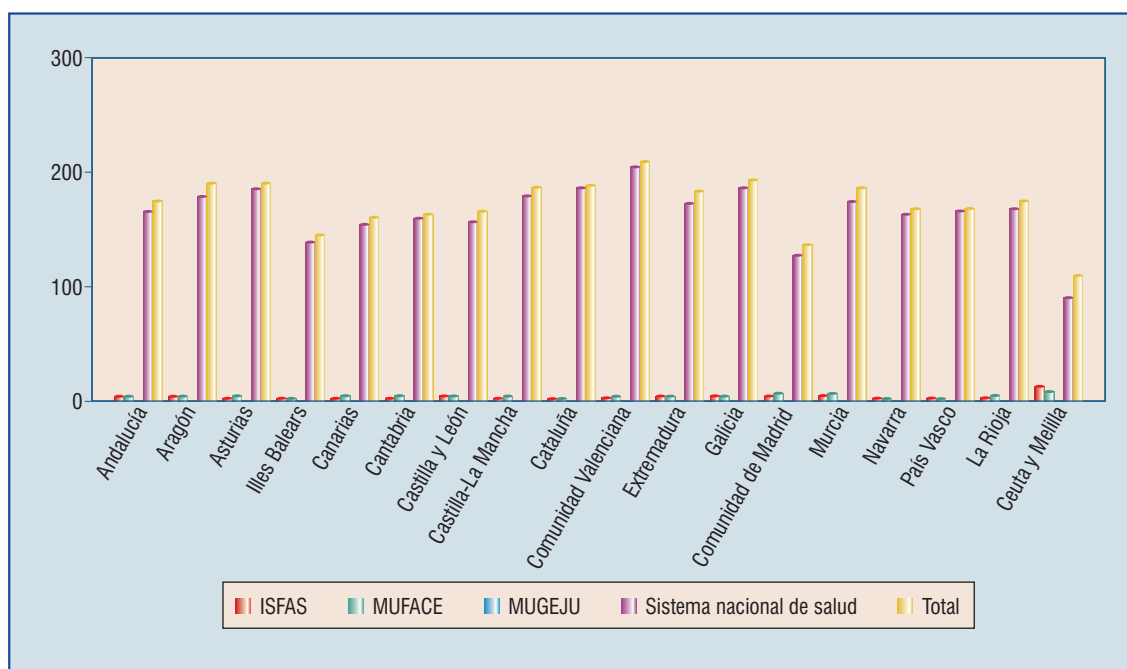
Fuente: Eco-Salud OCDE 2003. Unidad: millones de euros.

Gasto farmacéutico



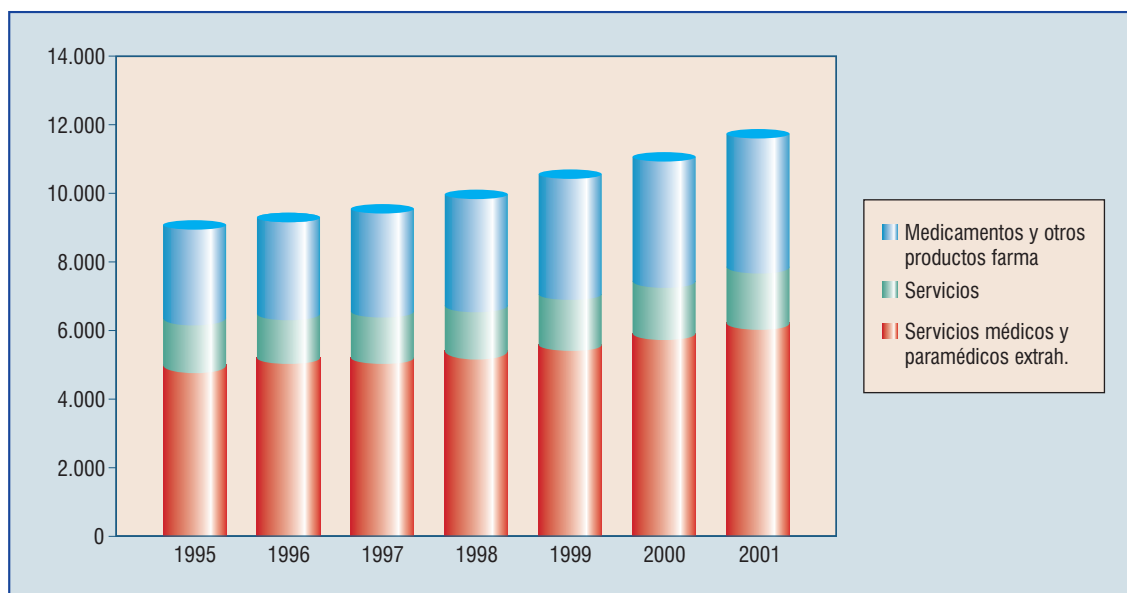
Fuente: Indicadores Sociales de España 2003. INE. Unidad: miles de euros.

Gasto farmacéutico en el año 2000



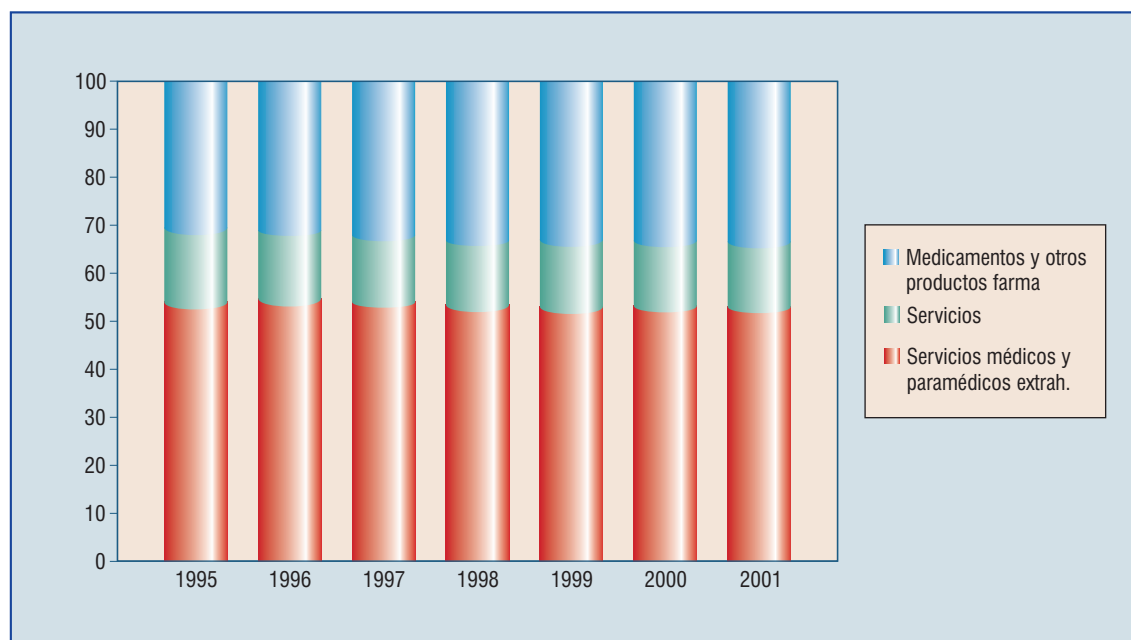
Fuente: Indicadores Sociales de España 2003. INE. Unidad: euros por habitante.

Consumo privado en sanidad



Fuente: Contabilidad Nacional de España 2003. INE. Unidad: millones de euros de 1995.

Consumo privado en sanidad



Fuente: Contabilidad Nacional de España 2003. INE. Unidad: porcentaje sobre el total.

2. Financiación de la atención sanitaria

En España, la financiación del gasto sanitario es mayoritariamente pública, aunque en los últimos diez años el peso del sector privado se ha incrementado de forma importante. Así en 1991, el 77 % de la financiación del gasto sanitario era pública mientras que el 23 % correspondía a fuentes privadas. Diez años más tarde, estos porcentajes eran del 71 y el 29 % respectivamente, con lo que la financiación privada ha incrementado su participación en más de 6 puntos porcentuales. Entre las fuentes de financiación pública, se aprecia como los impuestos han ido sustituyendo progresivamente a las cotizaciones sociales alcanzando el 90% del total de dicha financiación. Respecto a la financiación privada, tanto el gasto de los hogares como el de los seguros privados han crecido de forma similar, manteniendo su participación estable respecto al total de la misma.

En términos de financiación por habitante, la financiación pública ha pasado de 469 euros por habitante en 1991 a 869 euros por habitante en 2001, mientras que la financiación privada ha pasado de 136 euros por habitante a 347, duplicando en dicho periodo la tasa de crecimiento de la financiación pública.

En cuanto a la financiación pública, el año 2002 ha supuesto un cambio sustancial en la financiación pública de la sanidad, con la entrada en vigor del nuevo acuerdo de financiación autonómica aprobado por el Consejo de Política Fiscal y Financiera (CPFF) en julio de 2001. Un aspecto

esencial de este acuerdo es la integración por primera vez de la financiación sanitaria en la financiación general. De forma paralela, el año 2002 ha supuesto la finalización del proceso de transferencias de los servicios sanitarios del Insalud a las comunidades autónomas (CCAA) que se inició en 1981. En este nuevo marco, el papel del Ministerio de Sanidad y Consumo ha cambiado sustancialmente, ya que ha dejado de ser el responsable de la gestión y pasa a centrarse en su papel de regulador, lo que ha obligado a reforzar los mecanismos de coordinación del sistema.

Para comprender la magnitud del cambio del nuevo sistema de financiación, baste recordar que los presupuestos sanitarios son en España los segundos en importancia y cuantía, tras el gasto destinado a la educación. Una vez finalizado el proceso de transferencias en las diez comunidades autónomas que aún no tenían las competencias en esta materia, la sanidad se ha convertido en el centro de todas las políticas autonómicas, un hecho que así reflejan sus presupuestos para 2002. El cambio en el modelo de financiación ha supuesto que las comunidades que gestionan su sanidad por primera vez en 2002 han visto incrementada de forma considerable la partida presupuestaria dedicada a sanidad, ya que la asunción de dichas competencias significaba también la absorción de todos los recursos humanos (personal sanitario y no sanitario) y materiales del Insalud (hospitales, centros de salud, etcétera), además de sus funciones y responsabilidades.

El nuevo sistema toma como año base el ejercicio de 1999 e integra la actual financiación de los tres bloques competenciales existentes: las competencias comunes, la gestión de los servicios sanitarios de la Seguridad Social y la gestión de los servicios sociales de la Seguridad Social. El sistema estableció la financiación del año base correspondiente a los tres bloques de servicios y posteriormente estima las necesidades totales de financiación, en términos de homogeneidad competencial, mediante la aplicación de las variables sociodemográficas y distributivas y de las ponderaciones y modulaciones financieras que se establecen.

El nuevo sistema establece dos tipos de recursos, de dentro y de fuera, para financiar las necesidades estimadas en cada comunidad. Los recursos dentro del sistema son: las tasas afectas a los servicios traspasados, los impuestos que ya habían sido cedidos anteriormente, los impuestos cedidos en este acuerdo y el Fondo de Suficiencia, que viene a sustituir a la Participación de Ingresos del Estado y que sirve de mecanismo de cierre del sistema. Fuera del sistema se encuentran el Fondo de Compensación Interterritorial (FCI), que añade un nuevo elemento a su composición al permitir dotar fondos para gastos corrientes que generen las inversiones del propio FCI, y las asignaciones de nivelación, creadas para corregir situaciones especiales que puedan desequilibrar la prestación de servicios públicos fundamentales a un nivel adecuado.

En cuanto a la financiación de la sanidad, existen dos nuevos elementos: el principio de afectación y el fondo específico para sanidad. El primero tiene como objetivo establecer obligatoriamente un presupuesto mínimo para sanidad en cada comunidad autónoma. El segundo obedece a la necesidad de establecer una reserva para que la Administración General del Estado pueda financiar directamente la implantación o el desarrollo de determinadas políticas que coadyuven a lograr una mayor eficiencia en el gasto sanitario.

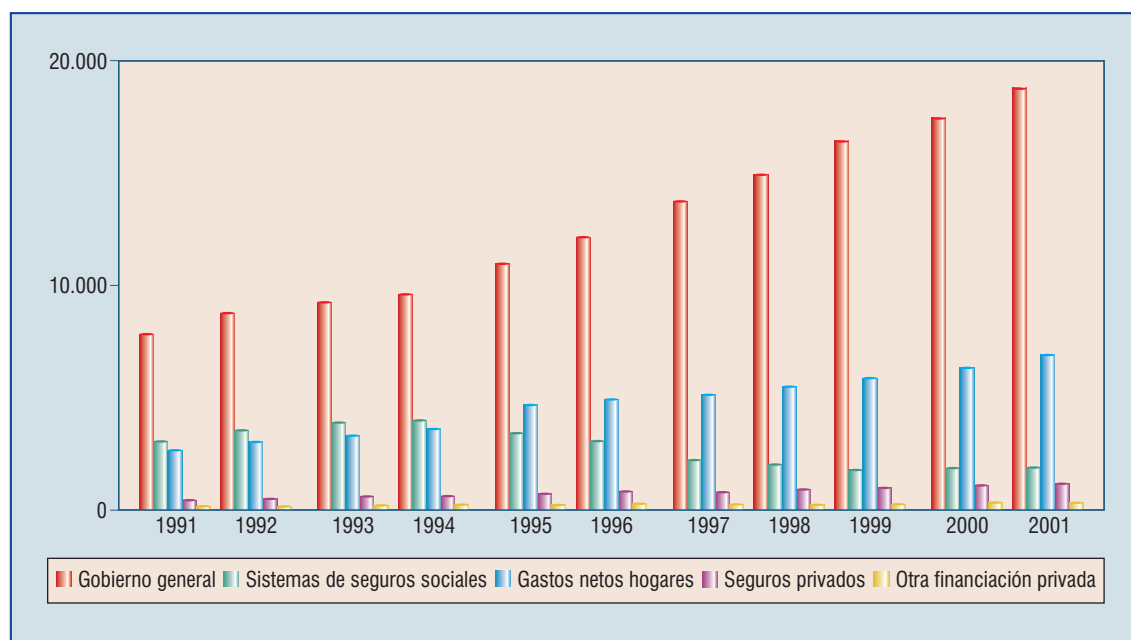
Por tanto, en el nuevo modelo pueden existir diferencias entre el gasto sanitario per capita en las comunidades autónomas. De hecho, para el año 2002 dicho gasto se encuentra en un intervalo

que varía entre los 943,80 euros que Asturias dedica a la salud de cada ciudadano y los 752,44 euros de las Islas Baleares. Para conseguir una mayor equidad el llamado Fondo de Suficiencia, previsto en la nueva Ley de Financiación Autonómica, contribuirá a cubrir las diferencias entre las necesidades de gasto de cada comunidad autónoma y su capacidad fiscal.

Otro aspecto esencial a la hora de abordar la financiación del gasto sanitario es, tal como comentamos en el apartado anterior, el creciente aumento del mismo en la práctica totalidad de los países industrializados. Este hecho está llevando a los diferentes gobiernos a adoptar una serie de reformas y medidas que permitan mantener el crecimiento del gasto sanitario en tasas sostenibles a medio y largo plazo. Las líneas comunes de las reformas llevadas a cabo son:

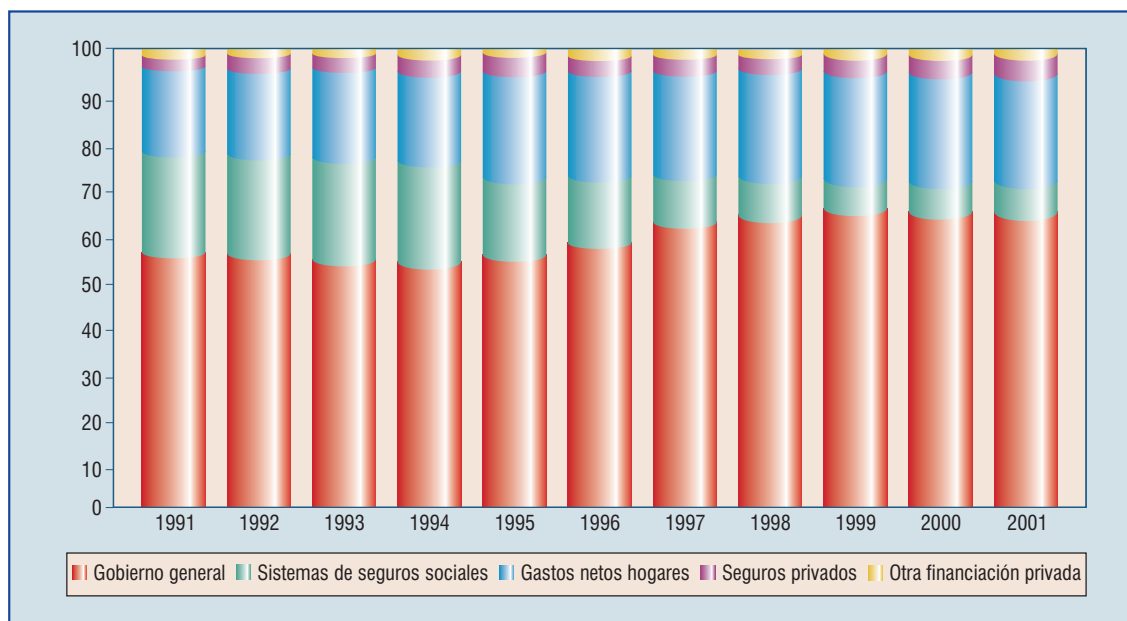
1. Separación entre financiación y suministro de la atención sanitaria.
2. Fomentar la idea de que la financiación debe seguir al paciente y no a la inversa.
3. Introducción de mejoras en la contratación entre comparadores y proveedores de atención sanitaria.
4. Introducción de competencia en la provisión y/o contratación de atención sanitaria.
5. Reforzar el papel de la atención primaria como filtro del sistema y el de sus profesionales como gestores del estado de salud de los pacientes.
6. Fomentar la participación del paciente y sus relaciones con otros agentes del sistema.

Financiación del gasto sanitario



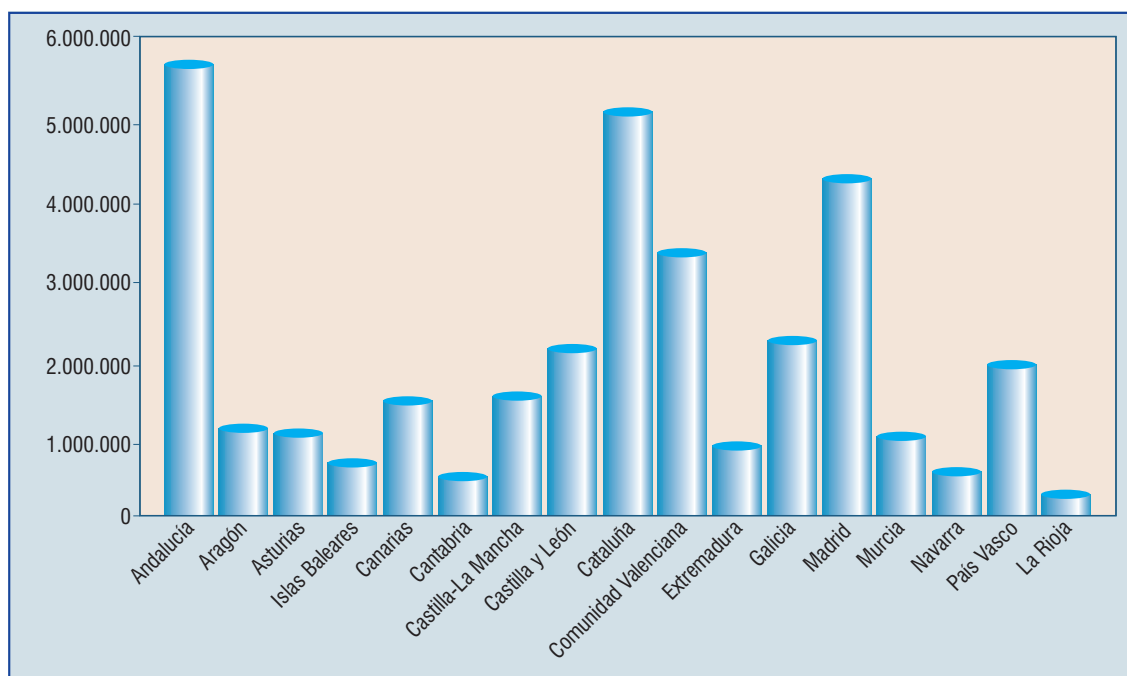
Fuente: Eco-Salud 2003. OCDE. Unidad: millones de euros.

Financiación del gasto sanitario



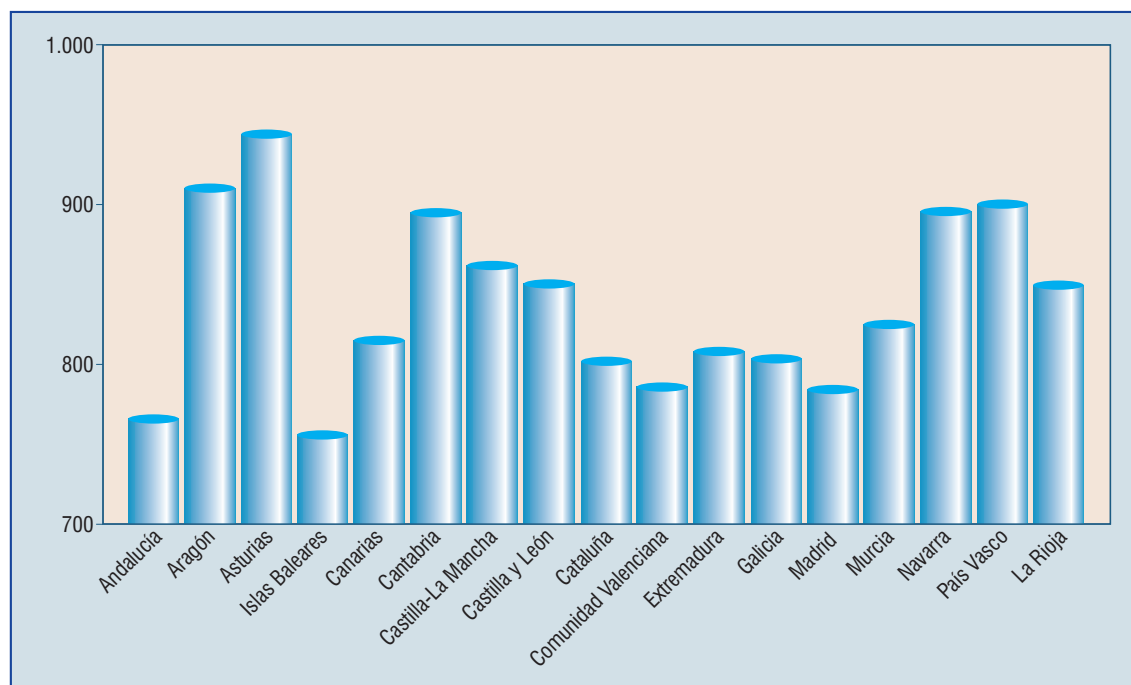
Fuente: Eco-salud 2003 OCDE. Unidad: porcentaje sobre el total.

Gasto sanitario en miles de euros (2002)



Fuente: Presupuestos de Comunidades Autónomas. 2002.

Gasto sanitario por habitante en euros (2002)



Fuente: Presupuestos de Comunidades Autónomas e INE. 2002.

3. La actividad productiva y económica del sector sanitario

La actividad productiva del sector sanitario se centra básicamente en tres aspectos: la producción de servicios sanitarios, la producción de productos farmacéuticos y la producción de aparatos terapéuticos. Respecto a la producción de servicios sanitarios deberíamos distinguir entre aquella destinada a la venta y aquella realizada por los servicios sanitarios públicos. Hay que señalar que para la determinación de una determinada actividad sanitaria como actividad de mercado se utiliza la regla del 50 %, que se refiere al ratio de las ventas en porcentaje de los costes de producción, ya que si este ratio supera el 50 % se considera como sanidad destinada a la venta, independientemente de la titularidad de la sociedad que realice la actividad.

Si analizamos la evolución del Valor Añadido Bruto (VAB) de la producción de sanidad en sus dos vertientes: destinada a la venta y no destinada a la venta, el VAB creado por la sanidad no destinada a la venta es bastante superior al de la sanidad destinada al mercado. Sin embargo, en los últimos años, el peso de este componente se incrementa, llegando a representar el 50 % del VAB de la sanidad no destinada a la venta. Con relación al conjunto de la economía, el VAB en 2001 de la producción de salud destinada a la venta y la no destinada a la venta, representaban respectivamen-

te el 1,80 y 3,10 % del PIB total, cifras ligeramente inferiores a las que se obtenían en 1995, que eran de 1,83 y 3,35 % respectivamente.

Dentro de la producción de la sanidad no destinada a la venta destaca el crecimiento que han tenido los seguros sanitarios. Baste citar que en los últimos años el crecimiento total del aseguramiento privado siempre ha estado por encima del 8 %. En el año 2002, último del que se disponen datos podemos comprobar como la tasa de crecimiento anual se ha situado en el 9,58 %, tasa que alcanza el 17,25 % en el caso de los seguros dentales, mostrando como el aseguramiento privado es cada vez más complementario al público y que crece más allí donde las coberturas públicas no llegan. Estos datos originan que en España las compañías de seguros sanitarios cuenten con 6.746.785 asegurados, lo que supone unos ingresos por primas de 3.042,5 millones de euros.

Sin embargo, el efecto de la producción de sanidad en la economía no se limita a la producción mencionada anteriormente, ya que para obtenerla es necesaria la utilización de consumos intermedios de otros sectores económicos, lo que contribuye a generar valor añadido en dichos sectores. Sin embargo, en términos generales la sanidad suele considerarse como un sector independiente del resto de los sectores, ya que el crecimiento que éste registra no se transmite al resto de la economía ya que sus relaciones intersectoriales son escasas. De hecho, estos sectores (sanidad destinada a la venta y sanidad no destinada a la venta) suelen considerarse como sectores de producción primaria final, ya que adquieren una pequeña cantidad de consumos intermedios al resto de los sectores y, de manera simultánea, su producción se destina prácticamente a la demanda final, motivo por el que sólo una pequeña parte tiene como destino otros sectores productivos.

Por último, señalar que en la producción relacionada con la sanidad no se recogen únicamente los servicios de sanidad sino que también habría que incluir la producción de fármacos y de aparatos terapéuticos. Si analizamos la producción dentro de la industria farmacéutica hay que distinguir dos tipos de empresas: las que se dedican a la fabricación de materias primas y las que obtienen especialidades farmacéuticas. En 2001, la producción total asciende a 7.662 millones de euros, de los cuales 1.388 millones corresponden a la fabricación de materias primas, el 18,12 % del total, y los 6.274 millones restantes a la producción de especialidades farmacéuticas, el 81,88 %. La aportación del sector farmacéutico al total de la industria química es superior al 20 % del total.

Ahora bien, aunque el número de empresas se ha reducido desde 1993, la concentración del mercado ha aumentado de forma importante desde 1994 al año 2002. En 1994, el porcentaje que los 10 primeros laboratorios representaban sobre el total del mercado expresado en valores era del 28,13 %, mientras que ese porcentaje alcanzaba el 26,06 % si estaba referido a unidades. En el año 2002, estos mismos ratios se situaban en el 40,88 y en el 35,98 % respectivamente, lo que supone un aumento de la concentración del mercado farmacéutico español. Por tanto, estos datos sugieren que la estructura industrial hacia la que se está evolucionando es a un número menor de empresas, de las cuales las más importantes acumulan una mayor porción de las ventas, tanto en valores como en unidades. Si realizamos esta misma comparación con los 25 primeros laboratorios, vemos cómo

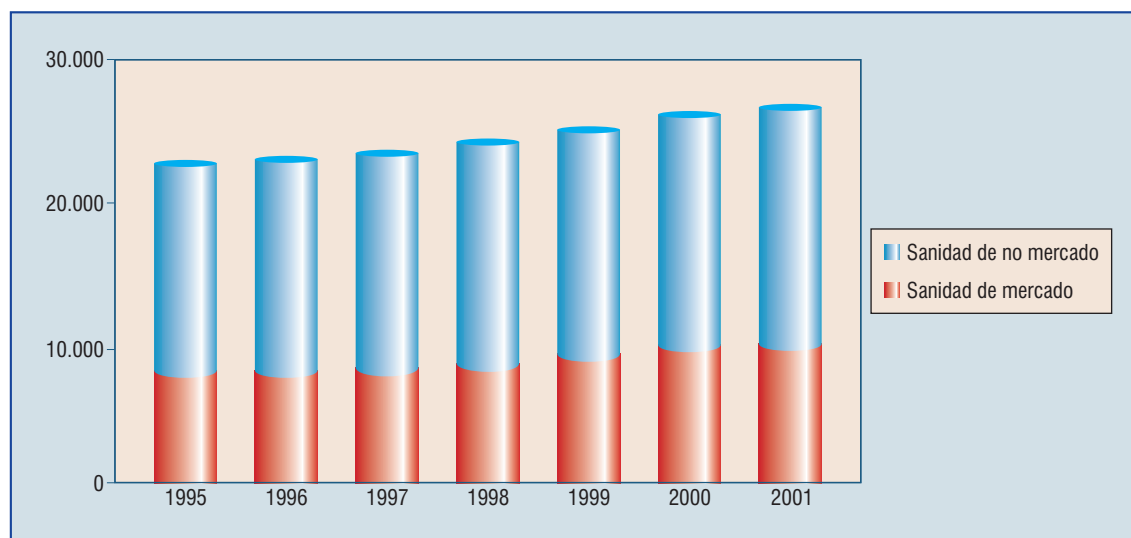
la tendencia a la concentración es aún mayor, llegando a representar éstos, en 2002, el 68,8 % del mercado medido en valores y el 60,29 % en unidades.

Desde un punto de vista temporal, la producción del sector farmacéutico se ha incrementado de forma considerable desde 1980, en que su valor ascendía únicamente a 1.096 millones de euros. Uno de los aspectos que conviene destacar, es que el peso de los dos tipos de producción se ha mantenido prácticamente constante a lo largo de 20 años, ya que el porcentaje que en 1983 representaba la producción de materias primas era del 19,39 % y el de las especialidades del 80,61 %. Por el contrario, el peso de la producción del sector farmacéutico sobre el total de la producción química se ha incrementado notablemente, ya que en 1980 representaba únicamente el 11,84 %, lo que implica un peso cada vez mayor en el producto nacional.

Otro aspecto importante dentro de la producción de atención sanitaria son los precios. En términos generales, la evolución del grupo de medicina y conservación de la salud evoluciona similarmente al índice general. Sin embargo, al desagregar el índice comprobamos que la evolución del precio de los servicios médicos es muy superior a la media, mientras que la de los medicamentos es inferior. Esta evolución, sin embargo, es engañosa, ya que el precio de los medicamentos que se refleja en el IPC es el precio de mercado, fuertemente intervenido y regulado, y no el precio al coste de los factores, que presenta una evolución superior a la media.

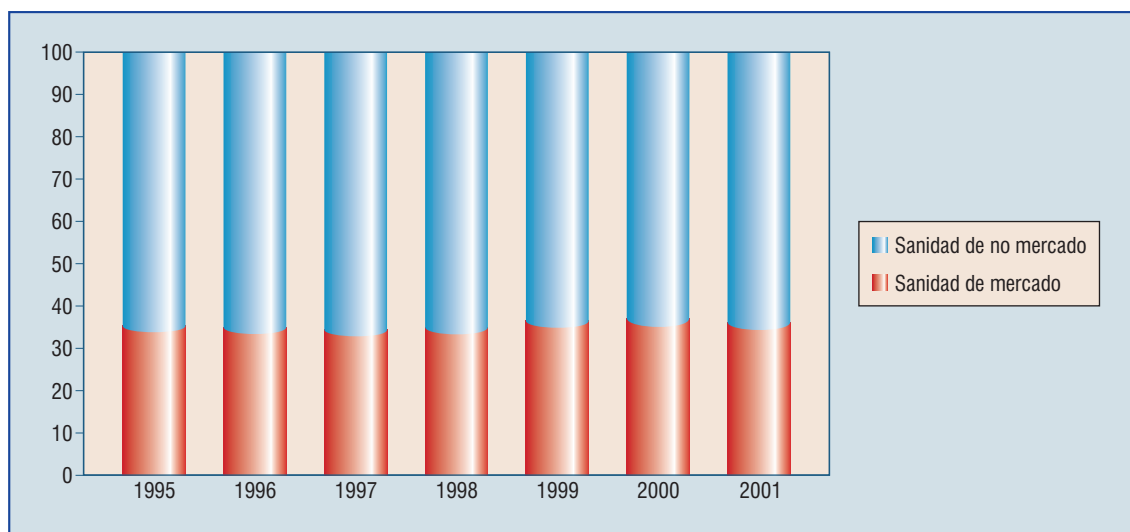
En relación al crecimiento nominal del gasto sanitario, el principal causante de la inflación es el crecimiento de los precios del VAB, debido básicamente al aumento en la remuneración de asalariados. En segundo lugar, se encontraría la variación de los precios en los gastos de capital, aunque su importancia es escasa, ya que su peso específico sobre el total del gasto sanitario es más bien escaso.

Valor añadido bruto de la producción de servicios sanitarios



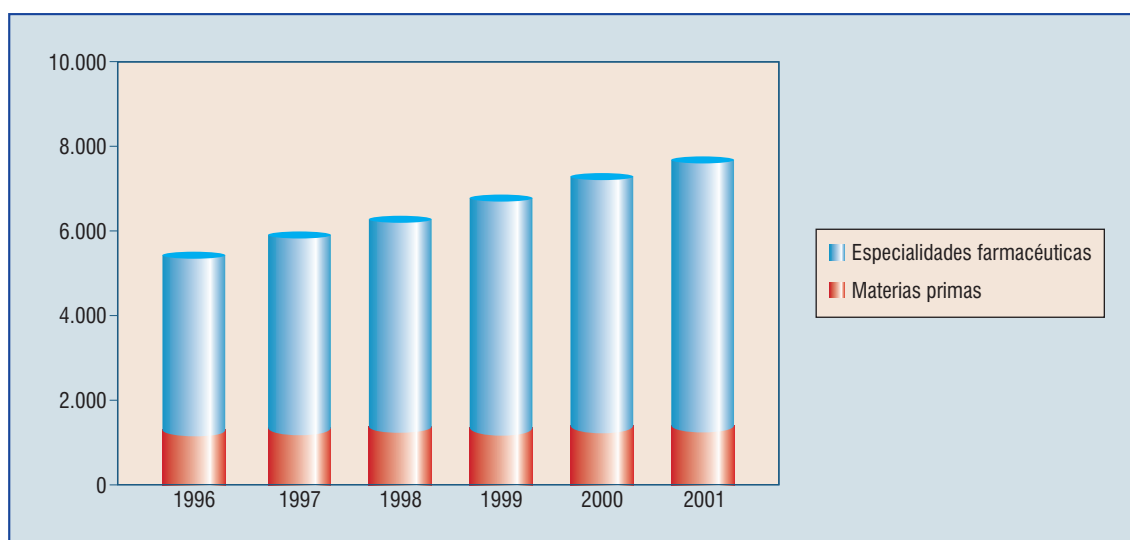
Fuente: Contabilidad Nacional de España 2003. INE. Unidad: millones de euros de 1995.

Valor añadido bruto de la producción de servicios sanitarios



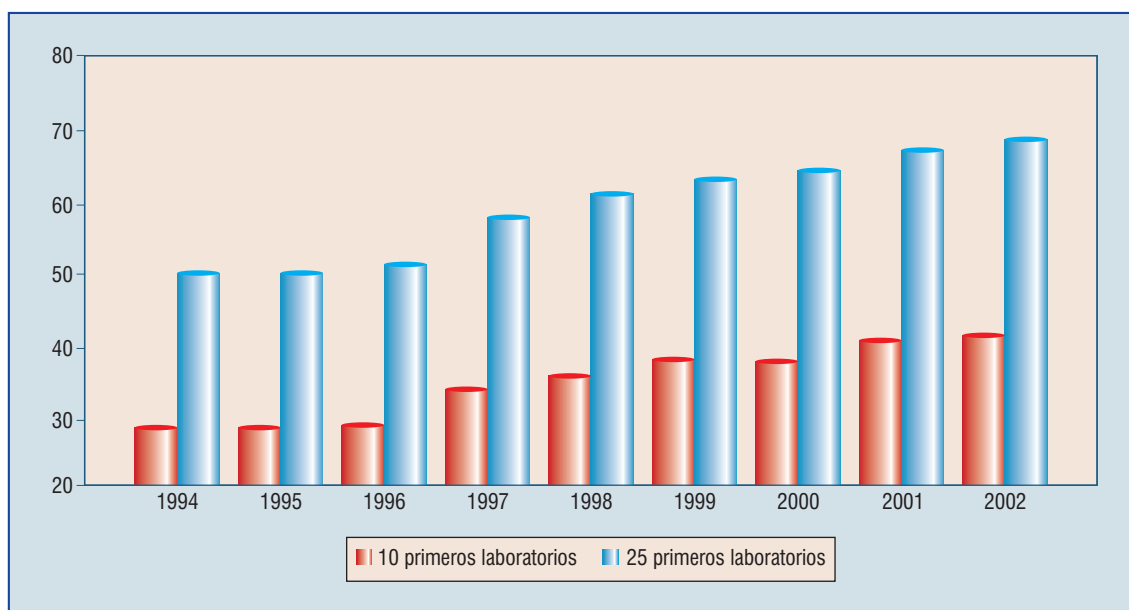
Fuente: Contabilidad Nacional de España 2003. INE. Unidad: millones de euros de 1995.

Producción farmacéutica



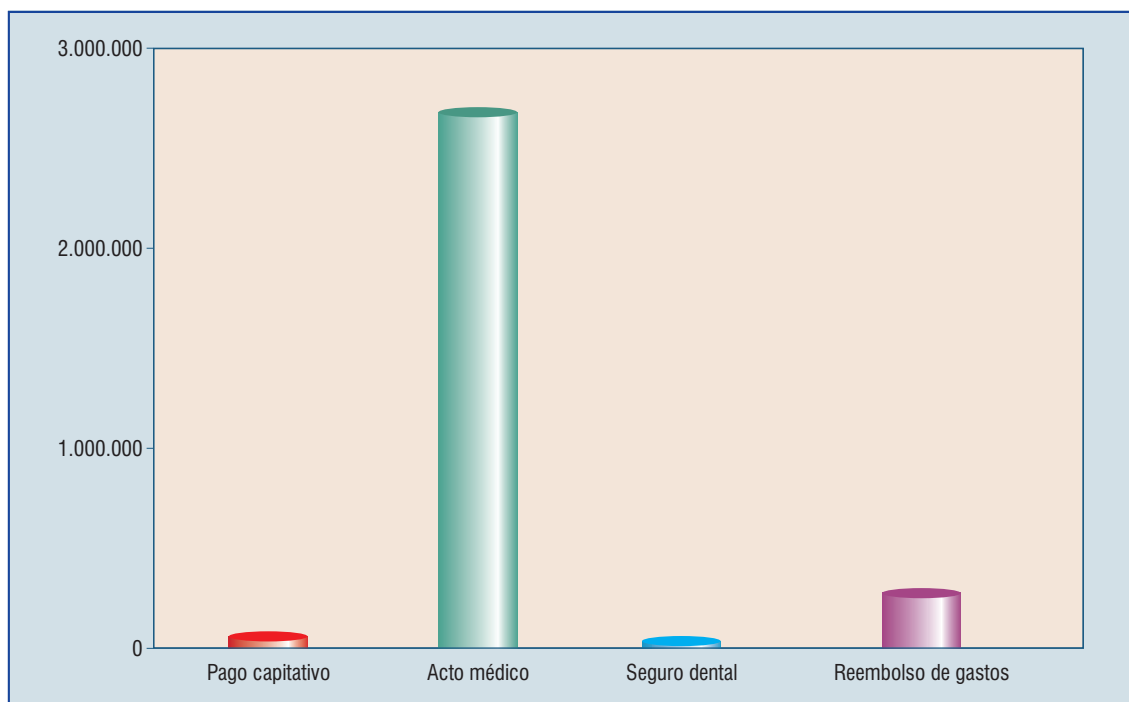
Fuente: Farmaindustria. 2003 Unidad: millones de euros a PVL.

Índice de concentración del mercado farmacéutico español



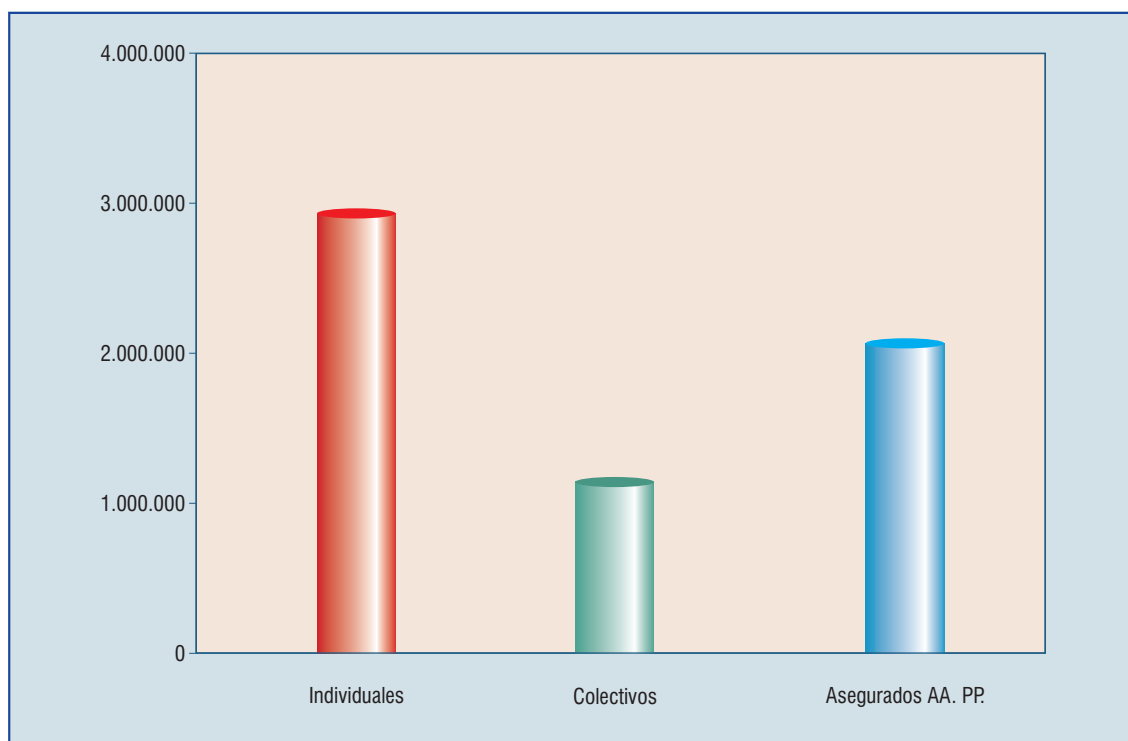
Fuente: IMS. Unidad: millones de euros a PVL.

Primas de asistencia familiar sanitaria por modalidad. 2002



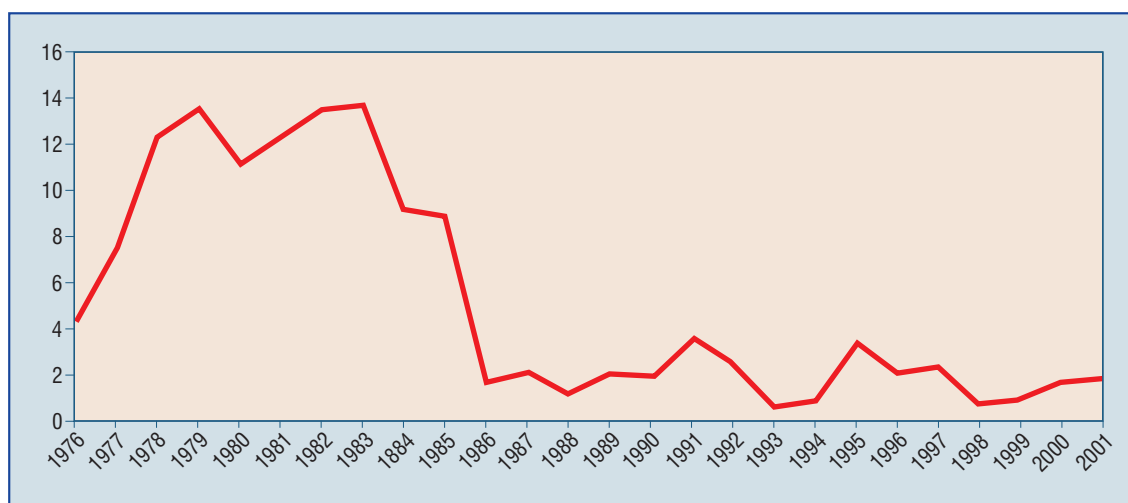
Fuente: UNESPA. Unidad: miles de euros.

Número de asegurados por tipo de póliza. 2002



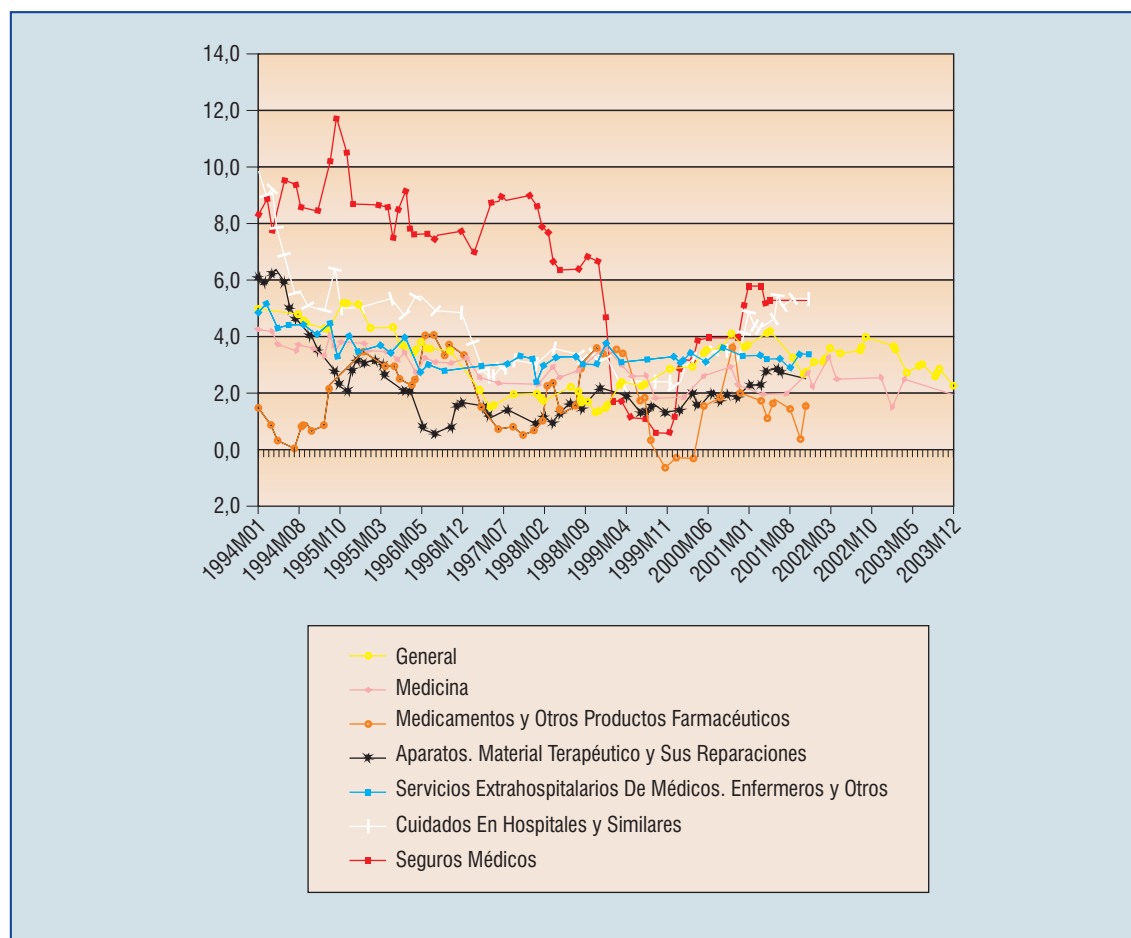
Fuente: UNESPA.

Índice de Precios Industriales. Productos farmacéuticos y químicos de consumo



Fuente: INE. Unidad: tasa de variación interanual.

Evolución del IPC. Grupo Medicina. Variación anual



Fuente: IPC. INE

4. Investigación y gastos en I+D+I

Uno de los elementos diferenciadores del sector salud es el hecho de que las actividades de investigación científica y desarrollo tecnológico constituyen una de las principales fuentes de competitividad de las empresas y es el principal determinante de la estructura del mercado. Por otro lado, la investigación biomédica es una actividad necesaria para cualquier estrategia que tenga como meta la mejora de la salud de los ciudadanos, ya que su objetivo es la mejora de la calidad de vida de los ciudadanos a través de la mejora de salud.

La investigación biomédica abarca numerosas áreas y facetas y es llevada a cabo desde un punto de vista multidisciplinar. Las especialidades en las que mejor posicionada esta España son hematología, oncología, enfermedades infecciosas, neurología, gastroenterología y hepatología.

La importancia de las ciencias médicas en el gasto en I + D es muy significativa. Del total del gasto en I + D llevado a cabo en nuestro país a lo largo de 2001, el 14,3 % corresponde a ciencias médicas. Esta cifra se duplica si incluimos la investigación biomédica y en ciencias de la salud, que abarcan campos más amplios de ciencias de la vida y la industria biotecnológica y sanitaria. Este dinamismo también se puede constatar si estudiamos la dotación del Programa de Investigación Sanitaria cifrada para el 2004 en 220 millones de euros, lo que implica una tasa de variación real del 7 %.

Por otro lado, para la industria farmacéutica la diferenciación de los productos, fuente fundamental de la competencia del sector, depende en gran medida de la obtención de nuevos principios activos que permitan elaborar medicamentos más efectivos, seguros y novedosos. Por este motivo, la capacidad de innovación de las empresas resulta un elemento clave, circunstancia por la que el sector farmacéutico se caracteriza por ser uno de los sectores más intensivos en I + D.

Estas características del proceso de I + D hacen que la inmensa mayoría de las innovaciones se concentren en las empresas dedicadas a la fabricación de especialidades farmacéuticas, mientras que aquellas orientadas a la fabricación de materias primas centran su esfuerzo innovador en mejoras de proceso, más que en nuevos productos.

Este esfuerzo investigador se traduce en unos altos costes, tanto en términos materiales como de tiempo por nuevo medicamento. El proceso completo de I + D es largo, 8-12 años, y costoso, entre 350-650 millones de dólares. El proceso consta de tres etapas diferenciadas: la obtención del principio activo, la etapa preclínica y la etapa clínica. De estas tres etapas, las dos primeras se suelen llevar a cabo en los laboratorios propios de las empresas, mientras que la tercera, la más larga y costosa, se suele realizar en hospitales o centros de investigación externos a la empresa. Por todo ello, las empresas innovadoras necesitan un capital humano altamente cualificado, motivo por el que las retribuciones son la partida más importante del gasto en I + D del sector farmacéutico.

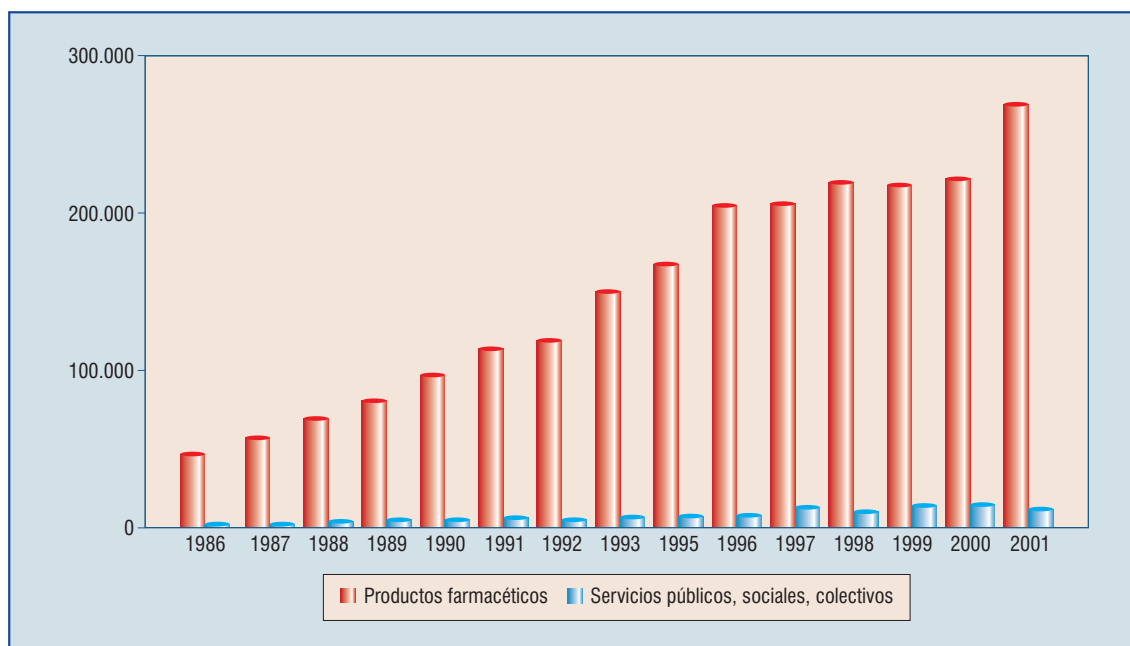
Por otro lado, la decisión por parte de las empresas de llevar a cabo proyectos de I + D implica la asunción de riesgos elevados. La probabilidad de fracaso en los procesos de obtención de nuevas especialidades farmacéuticas a partir de principios activos nuevos es alta, lo que hace que las empresas que llevan a cabo estas investigaciones deban diversificar sus riesgos para compensar eventuales fracasos en alguna de sus líneas de investigación. Sin embargo, una vez obtenido un resultado positivo es necesario que la innovación se vea protegida por un sistema de patentes que facilite a la empresa el retorno de su inversión. En este sentido, en España hay que distinguir dos periodos, ya que, hasta octubre de 1992, la única patente existente era la de procedimiento, lo que permitía la copia de los medicamentos originales. Esta medida, tenía como objetivo proteger a las empresas nacionales, a costa de desincentivar la inversión en I + D por parte de las empresas instaladas en nuestro país. A partir de octubre de 1992, se protege no sólo el procedimiento sino también el producto, lo que ha supuesto un cambio en la protección de las innovaciones en productos químicos y farmacéuticos.

Hay que distinguir entre dos formas básicas que tienen las empresas de llevar a cabo actividades de investigación y desarrollo. En primer lugar, pueden realizar dichas actividades en centros de investigación y laboratorios propios, lo que da lugar a gastos intramuros o internos en I+D, o bien adquirir servicios de I+D de forma externa a la empresa, lo que origina gastos externos en I+D, mediante convenios, contratos u otras formas de acuerdo con centros de investigación u otras empresas. En el caso del sector farmacéutico, una de las características clave es la gran inversión que éste realiza en I+D, tanto en gastos internos como externos.

Las principales líneas que resumen la actividad de I+D del sector farmacéutico en España son las siguientes:

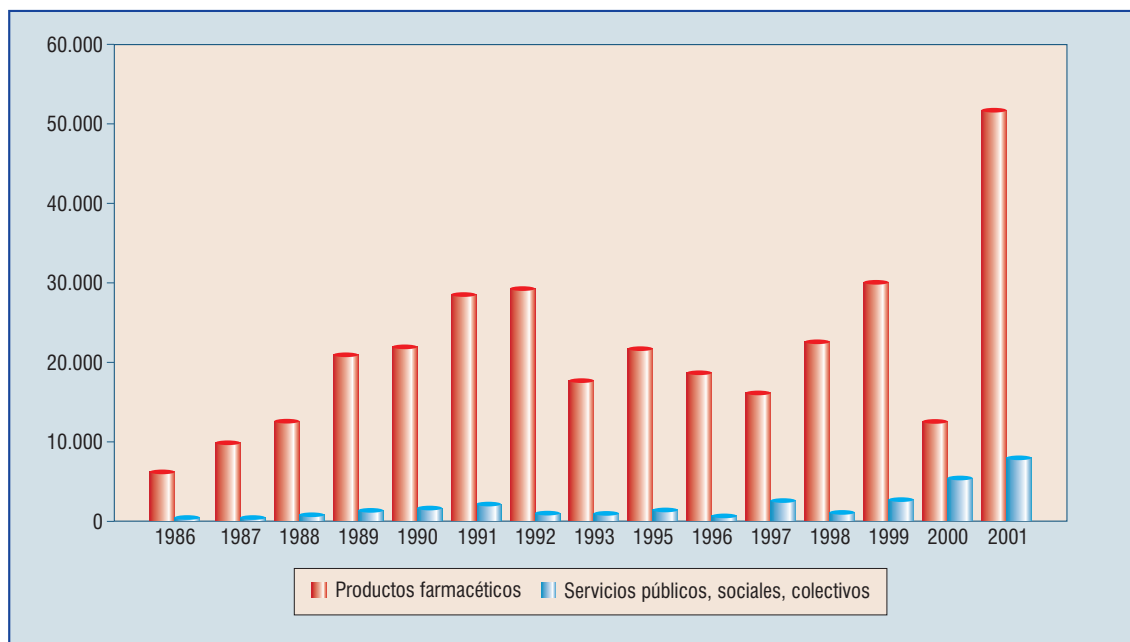
- ▶ El sector farmacéutico español está a la cabeza de los sectores nacionales en gasto interno y externo en I+D, siendo el segundo en cada una de las dos modalidades.
- ▶ Dentro del gasto interno en I+D la partida más importante son las retribuciones del personal, ya que las actividades en I+D del sector son intensivas en trabajo altamente cualificado.
- ▶ La dependencia tecnológica del sector se ha incrementado en los últimos años.
- ▶ En el contexto internacional, la intensidad en el gasto en I+D de la industria farmacéutica española es baja. El gasto en I+D del sector farmacéutico en España representa únicamente el 1,15 % del gasto total del sector en la OCDE.
- ▶ En cuanto al resultado de la actividad en I+D, el número de patentes registradas en España así como su importancia cualitativa es bajo en comparación a los países de nuestro entorno.
- ▶ España es el noveno país del mundo en cuanto al registro de nuevos principios activos, lo que representa un porcentaje del 2,1 % del total mundial en el periodo 1990-1999.
- ▶ La investigación completa en I+D es llevada a cabo en España por las grandes empresas de capital autóctono, siendo su repercusión internacional reducida.
- ▶ Las multinacionales, concentran su investigación en la etapa clínica, en las fases II y III, motivo por el que las patentes obtenidas en España son reducidas y normalmente de bajo valor añadido.

Gastos corrientes en I + D por rama de actividad



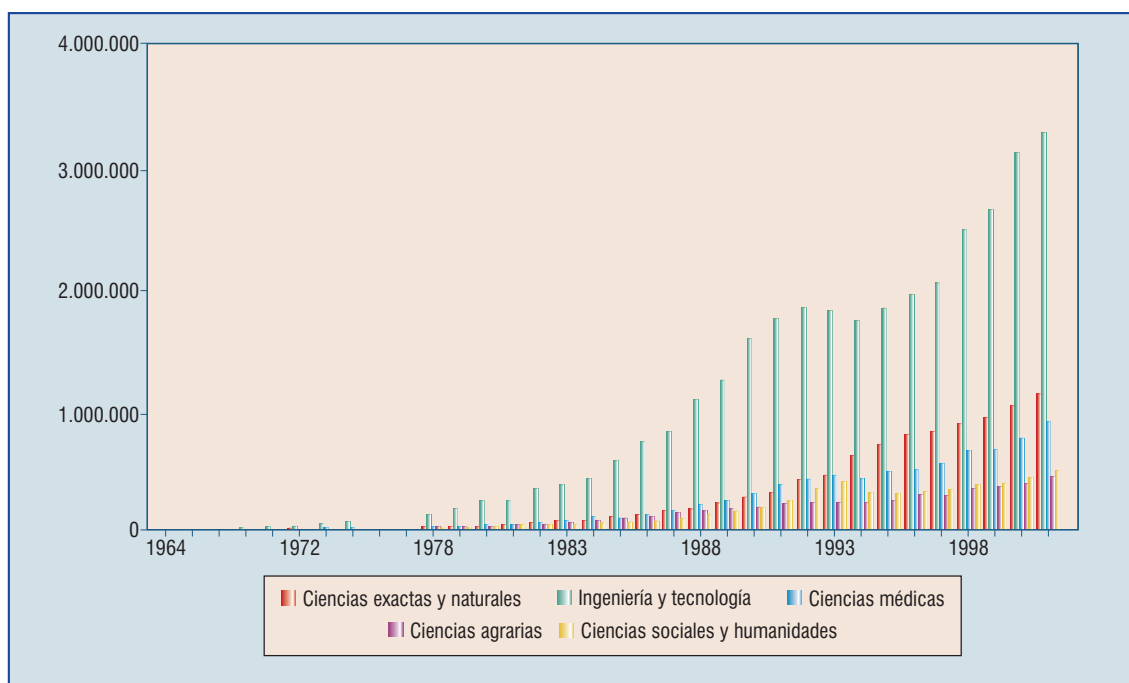
Fuente: INE. Unidades: miles de euros.

Gastos en capital en I + D por rama de actividad



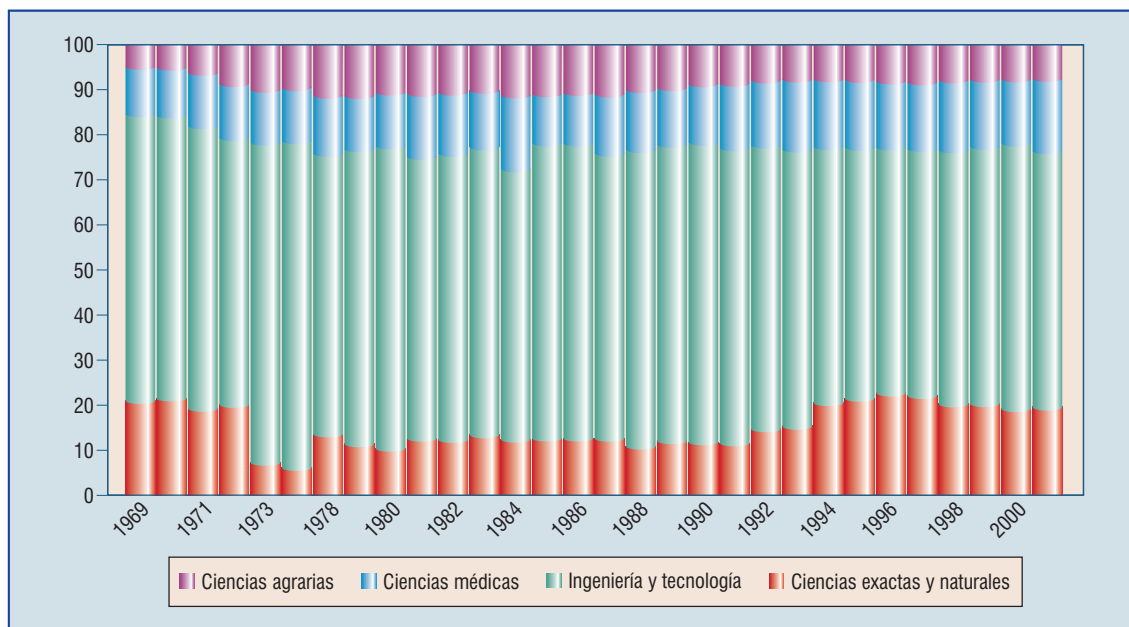
Fuente: INE. Unidad: miles de euros.

Gastos totales internos en I + D por disciplina científica



Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Unidad: miles de euros.

Gastos totales internos en I + D por disciplina científica



Fuente: INE. Unidad: porcentaje sobre el total.

Anexo

1. Fichas de las encuestas utilizadas

En este apartado recogeremos las fichas de las operaciones estadísticas que han servido como base para la elaboración del SISAN. De esta forma, el lector interesado en consultar la fuente original puede obtener la información básica sobre la encuesta de forma simple y rápida. En la ficha se detalla el organismo responsable y la forma de difusión de los resultados, aspectos que permiten su localización y posible consulta posterior.

Todas las fichas han sido obtenidas de la página web del Instituto Nacional de Estadística, motivo por el que la fuente de información de todas ellas es el propio INE. En este anexo, presentamos las fichas en función de los capítulos del propio SISAN, motivo por el que si una encuesta se ha utilizado en más de un capítulo, se incorpora únicamente en el primero de los que se ha utilizado y se omite en los siguientes para evitar repeticiones.

Estas fichas también se pueden encontrar en la publicación electrónica, en la que, junto a ellas, se han introducido en cada capítulo dos tipos de materiales adicionales: una recopilación de notas metodológicas de las encuestas y un glosario con las definiciones de los principales términos empleados. De esta forma, se pretenden cubrir los aspectos metodológicos y, al igual que en el caso de los datos, presentar agrupados en una única publicación los aspectos metodológicos más importantes de las encuestas sanitarias.

Capítulo 1. Demografía y población

Censo de Población

30243

▸ Servicio responsable	Instituto Nacional de Estadística (INE).
▸ Unidad ejecutora	Subdirección General de Censos y Padrón (Dirección General de Procesos e Infraestructura Estadística).
▸ Participación de otros organismos	CC.AA. (Andalucía, Aragón, Canarias, Cataluña, Comunidad Valenciana, Galicia, Illes Balears, Madrid, Navarra, País Vasco), D.G. del Catastro (MH).
▸ Clase de operación	Estadísticas propiamente dichas, con resultados agregados en tablas.
▸ Sector o tema	Demografía y población.
▸ Subsector o subtema	Estructura y situación de la población.
▸ Nivel de desagregación	Municipal o inferior.
▸ Metodología de la recogida de datos	Obtención de datos estadísticos mediante censo o enumeración completa.
▸ Forma de recogida de datos	Autoenumeración, sea por correo o de cualquier otra forma.
▸ Objetivo general	Recuento de la población y conocimiento de su estructura.
▸ Variables de estudio	Edad, sexo, nacionalidad, situación de residencia, estado civil, lugar de nacimiento, variables migratorias, estudios en curso, nivel de instrucción, relación con la actividad económica, rama de actividad, profesión, situación profesional, condición socioeconómica, nupcialidad y fecundidad.
▸ Variables de clasificación	Relaciones de parentesco, zona, tamaño del municipio, estructura de los hogares y núcleos familiares.
▸ Tipo de difusión	Publicaciones monográficas de población y hogares en papel y electrónicos, ficheros de microdatos, CD-ROM, internet (www.ine.es).
▸ Periodicidad de la difusión	Decenal.
▸ Periodicidad de la recogida de datos	Decenal.
▸ Unidades	Personas físicas.
▸ Fuente administrativa (en su caso)	No aplicable.
▸ Figura en el Plan Estadístico Nacional 2001-2004	Sí - 3541.
▸ Legislación Estadística Comunitaria relacionada con esta operación	

Movimiento natural de la población (resultados provisionales)

30301

▶ Servicio responsable	Instituto Nacional de Estadística (INE).
▶ Unidad ejecutora	Subdirección General de Censos y Padrón (Dirección General de Procesos e Infraestructura Estadística).
▶ Participación de otros organismos	CC.AA. (todas), Registros Civiles (MJ).
▶ Clase de operación	Estadísticas propiamente dichas, con resultados agregados en tablas.
▶ Sector o tema	Demografía y población.
▶ Subsector o subtema	Movimientos de la población.
▶ Nivel de desagregación	Municipios mayores de 50.000 habitantes.
▶ Metodología de la recogida de datos	Obtención mediante enumeración completa de datos administrativos originales.
▶ Forma de recogida de datos	Transcripción de documento administrativo, cualquiera que sea la forma de cumplimentar éste.
▶ Objetivo general	Obtención de resultados provisionales del movimiento natural de la población para su publicación anual.
▶ Variables de estudio	Nacimientos, muertes fetales tardías, matrimonios, defunciones.
▶ Variables de clasificación	Sexo, lugar de inscripción.
▶ Tipo de difusión	"Movimiento natural de la población española: resultados provisionales", internet (www.ine.es).
▶ Periodicidad de la difusión	Anual.
▶ Periodicidad de la recogida de datos	Mensual.
▶ Unidades	Partos, matrimonios, defunciones.
▶ Fuente administrativa (en su caso)	Libros de inscripción del Registro Civil.
▶ Figura en el Plan Estadístico Nacional 2001-2004	Sí - 3549.
▶ Legislación Estadística Comunitaria relacionada con esta operación	

MNP: Nacimientos**30304**

▸ Servicio responsable	Instituto Nacional de Estadística (INE).
▸ Unidad ejecutora	Subdirección General de Censos y Padrón (Dirección General de Procesos e Infraestructura Estadística).
▸ Participación de otros organismos	CC.AA. (todas), Registros Civiles (MJ).
▸ Clase de operación	Estadísticas propiamente dichas, con resultados agregados en tablas.
▸ Sector o tema	Demografía y población.
▸ Subsector o subtema	Movimientos de la población.
▸ Nivel de desagregación	Municipal o inferior.
▸ Metodología de la recogida de datos	Obtención mediante enumeración completa de datos administrativos originales.
▸ Forma de recogida de datos	Transcripción de documento administrativo, cualquiera que sea la forma de cumplimentar éste.
▸ Objetivo general	Obtención de los resultados definitivos de nacimientos para su publicación anual.
▸ Variables de estudio	Nacimientos.
▸ Variables de clasificación	Edad de los padres, sexo, lugar de residencia, tiempo de gestación, peso del nacido, orden del nacimiento, profesión de la madre, profesión del padre, lugar de inscripción.
▸ Tipo de difusión	"Movimiento natural de la población española", internet (www.ine.es), a petición de usuario.
▸ Periodicidad de la difusión	Anual.
▸ Periodicidad de la recogida de datos	Mensual.
▸ Unidades	Nacidos.
▸ Fuente administrativa (en su caso)	Libros de inscripción del Registro Civil.
▸ Figura en el Plan Estadístico Nacional 2001-2004	Sí - 3549.
▸ Legislación Estadística Comunitaria relacionada con esta operación	

MNP: Partos**30303**

▶ Servicio responsable	Instituto Nacional de Estadística (INE).
▶ Unidad ejecutora	Subdirección General de Censos y Padrón (Dirección General de Procesos e Infraestructura Estadística).
▶ Participación de otros organismos	CC.AA. (todas), Registros Civiles (MJ).
▶ Clase de operación	Estadísticas propiamente dichas, con resultados agregados en tablas.
▶ Sector o tema	Demografía y población.
▶ Subsector o subtema	Movimientos de la población.
▶ Nivel de desagregación	Municipal o inferior.
▶ Metodología de la recogida de datos	Obtención mediante enumeración completa de datos administrativos originales.
▶ Forma de recogida de datos	Transcripción de documento administrativo, cualquiera que sea la forma de cumplimentar éste.
▶ Objetivo general	Obtención de los resultados definitivos de partos para su publicación anual.
▶ Variables de estudio	Partos.
▶ Variables de clasificación	Edad de los padres, multiplicidad, maduridad, normalidad, residencia de la madre, vitalidad, sexo, asistencia sanitaria.
▶ Tipo de difusión	"Movimiento natural de la población española", internet (www.ine.es), a petición de usuario.
▶ Periodicidad de la difusión	Anual.
▶ Periodicidad de la recogida de datos	Mensual.
▶ Unidades	Partos.
▶ Fuente administrativa (en su caso)	Libros de inscripción del Registro Civil.
▶ Figura en el Plan Estadístico Nacional 2001-2004	Sí - 3549.
▶ Legislación Estadística Comunitaria relacionada con esta operación	

MNP: Defunciones**30306**

▸ Servicio responsable	Instituto Nacional de Estadística (INE).
▸ Unidad ejecutora	Subdirección General de Censos y Padrón (Dirección General de Procesos e Infraestructura Estadística).
▸ Participación de otros organismos	CC.AA. (todas), Registros Civiles (MJ).
▸ Clase de operación	Estadísticas propiamente dichas, con resultados agregados en tablas.
▸ Sector o tema	Demografía y población.
▸ Subsector o subtema	Movimientos de la población.
▸ Nivel de desagregación	Municipal o inferior.
▸ Metodología de la recogida de datos	Obtención mediante enumeración completa de datos administrativos originales.
▸ Forma de recogida de datos	Transcripción de documento administrativo, cualquiera que sea la forma de cumplimentar éste.
▸ Objetivo general	Obtención de los resultados definitivos de defunciones para su publicación anual.
▸ Variables de estudio	Defunciones.
▸ Variables de clasificación	Edad, sexo, estado civil, profesión, lugar de residencia, lugar del fallecimiento.
▸ Tipo de difusión	“Movimiento natural de la población española”, internet (www.ine.es), a petición de usuario.
▸ Periodicidad de la difusión	Anual.
▸ Periodicidad de la recogida de datos	Mensual.
▸ Unidades	Defunciones.
▸ Fuente administrativa (en su caso)	Libros de inscripción del Registro Civil.
▸ Figura en el Plan Estadístico Nacional 2001-2004	Sí - 3549.
▸ Legislación Estadística Comunitaria relacionada con esta operación	

MNP: Muertes Fetales Tardías**30305**

▶ Servicio responsable	Instituto Nacional de Estadística (INE).
▶ Unidad ejecutora	Subdirección General de Censos y Padrón (Dirección General de Procesos e Infraestructura Estadística).
▶ Participación de otros organismos	CC.AA. (todas), Registros Civiles (MJ).
▶ Clase de operación	Estadísticas propiamente dichas, con resultados agregados en tablas.
▶ Sector o tema	Demografía y población.
▶ Subsector o subtema	Movimientos de la población.
▶ Nivel de desagregación	Municipal o inferior.
▶ Metodología de la recogida de datos	Obtención mediante enumeración completa de datos administrativos originales.
▶ Forma de recogida de datos	Transcripción de documento administrativo, cualquiera que sea la forma de cumplimentar éste.
▶ Objetivo general	Obtención de los resultados definitivos de las muertes fetales tardías para su publicación anual.
▶ Variables de estudio	Muertes fetales tardías.
▶ Variables de clasificación	Edad de los padres, sexo, normalidad del parto, tiempo de gestación, número de nacimientos anteriores, peso, maduración, normalidad.
▶ Tipo de difusión	“Movimiento natural de la población española”, internet (www.ine.es), a petición de usuario.
▶ Periodicidad de la difusión	Anual.
▶ Periodicidad de la recogida de datos	Mensual.
▶ Unidades	Partos, muertes fetales tardías.
▶ Fuente administrativa (en su caso)	Libros de inscripción del Registro Civil.
▶ Figura en el Plan Estadístico Nacional 2001-2004	Sí - 3549.
▶ Legislación Estadística Comunitaria relacionada con esta operación	

MNP: Matrimonios**30302**

▸ Servicio responsable	Instituto Nacional de Estadística (INE).
▸ Unidad ejecutora	Subdirección General de Censos y Padrón (Dirección General de Procesos e Infraestructura Estadística).
▸ Participación de otros organismos	CC.AA. (todas), Registros Civiles (MJ).
▸ Clase de operación	Estadísticas propiamente dichas, con resultados agregados en tablas.
▸ Sector o tema	Demografía y población.
▸ Subsector o subtema	Movimientos de la población.
▸ Nivel de desagregación	Municipal o inferior.
▸ Metodología de la recogida de datos	Obtención mediante enumeración completa de datos administrativos originales.
▸ Forma de recogida de datos	Transcripción de documento administrativo, cualquiera que sea la forma de cumplimentar éste.
▸ Objetivo general	Obtención de los resultados definitivos de matrimonios para su publicación anual.
▸ Variables de estudio	Matrimonios.
▸ Variables de clasificación	Edades, sexo, estado civil anterior, profesión, lugar de residencia, forma de celebración.
▸ Tipo de difusión	“Movimiento natural de la población española”, internet (www.ine.es), a petición de usuario.
▸ Periodicidad de la difusión	Anual.
▸ Periodicidad de la recogida de datos	Mensual.
▸ Unidades	Matrimonios y cónyuges.
▸ Fuente administrativa (en su caso)	Libros de inscripción del Registro Civil.
▸ Figura en el Plan Estadístico Nacional 2001-2004	Sí - 3549.
▸ Legislación Estadística Comunitaria relacionada con esta operación	

Variaciones Residenciales

30307

▶ Servicio responsable	Instituto Nacional de Estadística (INE).
▶ Unidad ejecutora	Subdirección General de Censos y Padrón (Dirección General de Procesos e Infraestructura Estadística).
▶ Participación de otros organismos	Ayuntamientos.
▶ Clase de operación	Estadísticas propiamente dichas, con resultados agregados en tablas
▶ Sector o tema	Demografía y población.
▶ Subsector o subtema	Movimientos de la población.
▶ Nivel de desagregación	Provincial.
▶ Metodología de la recogida de datos	Obtención mediante enumeración completa de datos administrativos originales.
▶ Forma de recogida de datos	Transcripción de documento administrativo, cualquiera que sea la forma de cumplimentar éste.
▶ Objetivo general	Estudio de las migraciones entre municipios del territorio nacional y aquellas con origen en el extranjero.
▶ Variables de estudio	Migración.
▶ Variables de clasificación	Sexo, lugar y fecha de nacimiento, título académico, nacionalidad, municipios de alta y baja, fecha de inscripción (fecha de alta).
▶ Tipo de difusión	"Migraciones", banco de datos, ficheros anonimizados, internet (www.ine.es)
▶ Periodicidad de la difusión	Anual.
▶ Periodicidad de la recogida de datos	Mensual.
▶ Unidades	Personas que se dan de alta en el padrón de un municipio procedentes de otro en el que causan baja.
▶ Fuente administrativa (en su caso)	Padrón municipal continuo.
▶ Figura en el Plan Estadístico Nacional 2001-2004	Sí - 3550.
▶ Legislación Estadística Comunitaria relacionada con esta operación	

Encuesta de Migraciones

30311

▸ Servicio responsable	Instituto Nacional de Estadística (INE).
▸ Unidad ejecutora	Subdirección General de Estadísticas Laborales y Sociales (Dirección General de Productos Estadísticos).
▸ Participación de otros organismos	No.
▸ Clase de operación	Estadísticas propiamente dichas, con resultados agregados en tablas.
▸ Sector o tema	Demografía y población.
▸ Subsector o subtema	Movimientos de la población.
▸ Nivel de desagregación	Agrupaciones de comunidades autónomas.
▸ Metodología de la recogida de datos	Obtención de datos estadísticos mediante enumeración por muestreo.
▸ Forma de recogida de datos	Formas mixtas.
▸ Objetivo general	Obtención de información sobre migración interior y llegadas del extranjero en los aspectos demográfico y de relación con la actividad.
▸ Variables de estudio	Migración.
▸ Variables de clasificación	Sexo, edad, estado civil, estudios, situación de actividad, rama de actividad, ocupación, situación profesional, origen y destino.
▸ Tipo de difusión	"Encuesta de migraciones", ficheros anonimizados.
▸ Periodicidad de la difusión	Anual.
▸ Periodicidad de la recogida de datos	Semanal.
▸ Unidades	Personas residentes en hogar familiar.
▸ Fuente administrativa (en su caso)	No aplicable.
▸ Figura en el Plan Estadístico Nacional 2001-2004	Sí - 3551.
▸ Legislación Estadística Comunitaria relacionada con esta operación	

Datos Estadísticos sobre Población Extranjera en España

68005

▶ Servicio responsable	Delegación del Gobierno para la Extranjería y la Inmigración (MI).
▶ Unidad ejecutora	Observatorio Permanente de la Inmigración.
▶ Participación de otros organismos	No.
▶ Clase de operación	Estadísticas propiamente dichas, con resultados agregados en tablas.
▶ Sector o tema	Demografía y población.
▶ Subsector o subtema	Estructura y situación de la población.
▶ Nivel de desagregación	Provincial.
▶ Metodología de la recogida de datos	Obtención mediante enumeración completa de datos administrativos originales.
▶ Forma de recogida de datos	Transcripción de documento administrativo, cualquiera que sea la forma de cumplimentar éste.
▶ Objetivo general	Conocimiento del volumen y características de los extranjeros que viven en España.
▶ Variables de estudio	Extranjeros con tarjeta o permiso de residencia en vigor.
▶ Variables de clasificación	Grupo de edad, continente y nacionalidad, régimen de residencia, tipo de permiso de residencia.
▶ Tipo de difusión	"Anuario de extranjería" (MI), "Migraciones" (INE).
▶ Periodicidad de la difusión	Anual.
▶ Periodicidad de la recogida de datos	Trimestral.
▶ Unidades	Extranjeros con tarjeta o permiso de residencia en vigor.
▶ Fuente administrativa (en su caso)	Tarjetas y Permisos de residencia.
▶ Figura en el Plan Estadístico Nacional 2001-2004	Sí - 3547.
▶ Legislación Estadística Comunitaria relacionada con esta operación	

Emigración Asistida

63007

▸ Servicio responsable	Subsecretaría de Trabajo y Asuntos Sociales (MTAS).
▸ Unidad ejecutora	Subdirección General de Estadísticas Sociales y Laborales (Secretaría General Técnica).
▸ Participación de otros organismos	Consulados españoles en el extranjero (MAE).
▸ Clase de operación	Estadísticas propiamente dichas, con resultados agregados en tablas.
▸ Sector o tema	Demografía y población.
▸ Subsector o subtema	Movimientos de la población.
▸ Nivel de desagregación	Provincial.
▸ Metodología de la recogida de datos	Obtención mediante formulario estadístico individual con base en un acto administrativo.
▸ Forma de recogida de datos	Transcripción de documento administrativo, cualquiera que sea la forma de cumplimentar éste.
▸ Objetivo general	Obtención y difusión de datos relativos al flujo de emigración asistida al extranjero.
▸ Variables de estudio	Emigración asistida, ofertas y demandas de empleo, bajas consulares.
▸ Variables de clasificación	Destino, origen y tiempo de permanencia, edad y sexo.
▸ Tipo de difusión	“Estadística de emigración asistida”, “Anuario de estadísticas laborales y de asuntos sociales”, internet (www.mtas.es).
▸ Periodicidad de la difusión	Anual.
▸ Periodicidad de la recogida de datos	Mensual.
▸ Unidades	Emigrantes asistidos por el MTAS.
▸ Fuente administrativa (en su caso)	Formulario administrativo.
▸ Figura en el Plan Estadístico Nacional 2001-2004	Sí - 3552.
▸ Legislación Estadística Comunitaria relacionada con esta operación	

Capítulo 2. Aspectos socio-económicos

Enseñanza Universitaria

(Centros, Matrícula, Graduados y Personal Docente y No Docente)

30405

▶ Servicio responsable	Instituto Nacional de Estadística (INE).
▶ Unidad ejecutora	Subdirección General de Estadísticas Laborales y Sociales (Dirección General de Productos Estadísticos).
▶ Participación de otros organismos	No.
▶ Clase de operación	Estadísticas propiamente dichas, con resultados agregados en tablas.
▶ Sector o tema	Educación.
▶ Subsector o subtema	Actividad del sistema educativo.
▶ Nivel de desagregación	Universidades.
▶ Metodología de la recogida de datos	Obtención mediante formulario estadístico individual con base en un acto administrativo.
▶ Forma de recogida de datos	Transcripción de documento administrativo, cualquiera que sea la forma de cumplimentar éste.
▶ Objetivo general	Conocimiento del sistema educativo español en el nivel universitario e información relativa a las pruebas de acceso.
▶ Variables de estudio	Alumnado matriculado y que termina los estudios, tipo de estudio, duración, profesorado, personal no docente, centros.
▶ Variables de clasificación	Titularidad del centro, tipo de centro, régimen de contratación, tipo de nombramiento, sexo y edad.
▶ Tipo de difusión	Anuario, "Estadística de la enseñanza superior en España", "España en cifras", internet (www.ine.es).
▶ Periodicidad de la difusión	Anual.
▶ Periodicidad de la recogida de datos	Anual.
▶ Unidades	Centros universitarios.
▶ Fuente administrativa (en su caso)	Documentación administrativa de cada universidad.
▶ Figura en el Plan Estadístico Nacional 2001-2004	Sí - 3309.
▶ Legislación Estadística Comunitaria relacionada con esta operación	

Encuesta de Población Activa (EPA)

30308

▸ Servicio responsable	Instituto Nacional de Estadística (INE).
▸ Unidad ejecutora	Subdirección General de Estadísticas Laborales y Sociales (Dirección General de Productos Estadísticos).
▸ Participación de otros organismos	No.
▸ Clase de operación	Estadísticas propiamente dichas, con resultados agregados en tablas.
▸ Sector o tema	Trabajo, ingresos y costes salariales.
▸ Subsector o subtema	Mercado de trabajo.
▸ Nivel de desagregación	Provincial.
▸ Metodología de la recogida de datos	Obtención de datos estadísticos mediante enumeración por muestreo.
▸ Forma de recogida de datos	Formas mixtas.
▸ Objetivo general	Obtención de resultados sobre los ocupados, los parados y los inactivos.
▸ Variables de estudio	Relación con la actividad.
▸ Variables de clasificación	Edad, sexo, estado civil, nacionalidad, estudios, rama de actividad, ocupación, situación profesional, tipo de contrato, horas trabajadas.
▸ Tipo de difusión	"Encuesta de población activa: principales resultados, resultados detallados, tablas anuales", anuario, "Cifras INE", "Boletín mensual de estadística", internet (www.ine.es), banco de datos, ficheros anonimizados y peticiones a medida, "Estimaciones mensuales de los principales indicadores del mercado laboral".
▸ Periodicidad de la difusión	Trimestral, mensual.
▸ Periodicidad de la recogida de datos	Semanal.
▸ Unidades	Hogares familiares y personas residentes en hogar familiar principal.
▸ Fuente administrativa (en su caso)	No aplicable.
▸ Figura en el Plan Estadístico Nacional 2001-2004	Sí - 3601.
▸ Legislación Estadística Comunitaria relacionada con esta operación	Reglamento del Consejo n.º 0577/1998.

Movimiento Laboral Registrado

59021

▶ Servicio responsable	Secretaría General de Empleo (MTAS).
▶ Unidad ejecutora	Subdirección General de Informática y Estadística (Instituto Nacional de Empleo).
▶ Participación de otros organismos	CC.AA.
▶ Clase de operación	Estadísticas propiamente dichas, con resultados agregados en tablas.
▶ Sector o tema	Trabajo, ingresos y costes salariales.
▶ Subsector o subtema	Mercado de trabajo.
▶ Nivel de desagregación	Municipal o inferior.
▶ Metodología de la recogida de datos	Obtención mediante enumeración completa de datos administrativos originales.
▶ Forma de recogida de datos	Transcripción de documento administrativo, cualquiera que sea la forma de cumplimentar éste.
▶ Objetivo general	Obtención y difusión de datos sobre el movimiento laboral registrado y Servicios públicos de empleo.
▶ Variables de estudio	Demandas de empleo (parados registrados y no parados), contratos registrados, ofertas y colocaciones.
▶ Variables de clasificación	Edad, sexo, tipo de contrato, tipo de jornada, duración, actividad económica, aplicación y estudios, causas de exclusión del paro registrado.
▶ Tipo de difusión	"Boletín de estadísticas laborales", "Anuario de estadísticas laborales y de asuntos sociales", "Banco de datos de series laborales", "Estadística de empleo" (INEM), "Estadística de contratos registrados" (INEM), "Series estadísticas" (INEM), "Estadística por municipios" (INEM), "Estadística de empleo por oficinas de empleo" (INEM), internet (www.mtas.es).
▶ Periodicidad de la difusión	Anual, mensual.
▶ Periodicidad de la recogida de datos	Mensual.
▶ Unidades	Demandantes de empleo, puestos ofertados, contratos registrados.
▶ Fuente administrativa (en su caso)	Documentación administrativa del INEM.
▶ Figura en el Plan Estadístico Nacional 2001-2004	Sí - 3610.
▶ Legislación Estadística Comunitaria relacionada con esta operación	

Encuesta de Estructura Salarial

30133

▸ Servicio responsable	Instituto Nacional de Estadística (INE).
▸ Unidad ejecutora	Subdirección General de Estadísticas Laborales y Sociales (Dirección General de Productos Estadísticos).
▸ Participación de otros organismos	Tesorería General de la Seguridad Social (MTAS).
▸ Clase de operación	Estadísticas propiamente dichas, con resultados agregados en tablas.
▸ Sector o tema	Trabajo, ingresos y costes salariales.
▸ Subsector o subtema	Ingresos y costes salariales.
▸ Nivel de desagregación	Autonómica.
▸ Metodología de la recogida de datos	Obtención de datos estadísticos mediante enumeración por muestreo.
▸ Forma de recogida de datos	Formas mixtas.
▸ Objetivo general	Conocimiento de la distribución de los salarios en función de las características individuales y colectivas.
▸ Variables de estudio	Salarios mensuales y anuales.
▸ Variables de clasificación	Rama de actividad, sexo, ocupación, titulación, tipo de contrato, antigüedad.
▸ Tipo de difusión	Publicación monográfica.
▸ Periodicidad de la difusión	Cuatrienal.
▸ Periodicidad de la recogida de datos	Cuatrienal.
▸ Unidades	Trabajadores asalariados.
▸ Fuente administrativa (en su caso)	No aplicable.
▸ Figura en el Plan Estadístico Nacional 2001-2004	Sí - 3619.
▸ Legislación Estadística Comunitaria relacionada con esta operación	Reglamento del Consejo n.º 0530/1999.

Encuesta de Coste Laboral

30132

▶ Servicio responsable	Instituto Nacional de Estadística (INE).
▶ Unidad ejecutora	Subdirección General de Estadísticas Laborales y Sociales (Dirección General de Productos Estadísticos).
▶ Participación de otros organismos	Tesorería General de la Seguridad Social (Gerencia de Informática) (MTAS).
▶ Clase de operación	Estadísticas propiamente dichas, con resultados agregados en tablas.
▶ Sector o tema	Trabajo, ingresos y costes salariales.
▶ Subsector o subtema	Ingresos y costes salariales.
▶ Nivel de desagregación	Autonómica.
▶ Metodología de la recogida de datos	Utilización conjunta de datos estadísticos y administrativos.
▶ Forma de recogida de datos	Formas mixtas.
▶ Objetivo general	Estimación del coste de la mano de obra y sus componentes.
▶ Variables de estudio	Coste de la mano de obra por conceptos, tiempo de trabajo.
▶ Variables de clasificación	Tamaño del establecimiento por número de trabajadores, ramas de actividad.
▶ Tipo de difusión	"Encuesta de coste laboral".
▶ Periodicidad de la difusión	Cuatrienal.
▶ Periodicidad de la recogida de datos	Cuatrienal.
▶ Unidades	Centros de cotización a la Seguridad Social.
▶ Fuente administrativa (en su caso)	Documentos de cotización -tc-1 de la Seguridad Social.
▶ Figura en el Plan Estadístico Nacional 2001-2004	Sí - 3618.
▶ Legislación Estadística Comunitaria relacionada con esta operación	Reglamento del Consejo n.º 0530/1999.

Contabilidad Nacional Trimestral de España. Base 2000**30013**

▸ Servicio responsable	Instituto Nacional de Estadística (INE).
▸ Unidad ejecutora	Subdirección General de Cuentas Nacionales (Dirección General de Productos Estadísticos).
▸ Participación de otros organismos	No.
▸ Clase de operación	Elaboración de síntesis y de análisis con resultados procedentes de diversas fuentes.
▸ Sector o tema	Cuentas económicas.
▸ Subsector o subtema	Contabilidad Nacional.
▸ Nivel de desagregación	Nacional.
▸ Metodología de la recogida de datos	Obtención de estadísticas derivadas de otros resultados estadísticos.
▸ Forma de recogida de datos	No aplicable.
▸ Objetivo general	Elaboración del sistema de Cuentas Trimestrales de España según la metodología establecida en el Sistema Europeo de Cuentas Nacionales y Regionales SEC-1995.
▸ Variables de estudio	Principales agregados con datos brutos, corregidos de estacionalidad, calendario y ciclo-tendencia: valores añadidos a precios básicos y PIB a precios del mercado, gastos en consumo final y consumo final efectivo, formación bruta de capital, exportaciones e importaciones, remuneración de asalariados, excedente de explotación/rentas mixtas e impuestos sobre la producción y las importaciones netos de subvenciones, población, empleo, puestos de trabajo y horas trabajadas. Únicamente con datos brutos: saldo de rentas primarias con el resto del mundo, renta nacional a precios de mercado, renta disponible, ahorro, capacidad, necesidad de financiación de la nación y cuentas simplificadas de los sectores institucionales.
▸ Variables de clasificación	Ramas de actividad, sectores institucionales, economía nacional y resto del mundo.
▸ Tipo de difusión	Publicación monográfica.
▸ Periodicidad de la difusión	Trimestral.
▸ Periodicidad de la recogida de datos	No aplicable.
▸ Unidades	No aplicable.
▸ Fuente administrativa	No aplicable.
▸ Figura en el Plan Estadístico Nacional 2001-2004	Sí - 3812.
▸ Legislación Estadística Comunitaria relacionada con esta operación	Reglamento del Consejo n.º 2223/1996.

Índice de Precios de Consumo (IPC)

30138

▶ Servicio responsable	Instituto Nacional de Estadística (INE).
▶ Unidad ejecutora	Subdirección General de Precios y Presupuestos Familiares (Dirección General de Productos Estadísticos).
▶ Participación de otros organismos	No.
▶ Clase de operación	Estadísticas presentadas principalmente en forma de índices.
▶ Sector o tema	Nivel, calidad y condiciones de vida.
▶ Subsector o subtema	Consumo y distribución de la renta.
▶ Nivel de desagregación	Provincial.
▶ Metodología de la recogida de datos	Obtención de datos estadísticos mediante enumeración por muestreo.
▶ Forma de recogida de datos	Formas mixtas.
▶ Objetivo general	Medición de la evolución de los precios de consumo mediante la obtención de índices sintéticos de distinto nivel de agregación.
▶ Variables de estudio	Precios de consumo por tipos de gastos.
▶ Variables de clasificación	
▶ Tipo de difusión	Boletín mensual, "Anuario estadístico", "Boletín de trimestral de coyuntura", hoja informativa, internet (www.ine.es).
▶ Periodicidad de la difusión	Mensual.
▶ Periodicidad de la recogida de datos	Mensual.
▶ Unidades	Operaciones de venta al por menor de bienes y servicios en establecimientos o trabajadores autónomos.
▶ Fuente administrativa (en su caso)	No aplicable.
▶ Figura en el Plan Estadístico Nacional 2001-2004	Sí - 3642.
▶ Legislación Estadística Comunitaria relacionada con esta operación	

Encuesta Continua de Presupuestos Familiares (ECPF)

30437

▸ Servicio responsable	Instituto Nacional de Estadística (INE).
▸ Unidad ejecutora	Subdirección General de Precios y Presupuestos Familiares (Dirección General de Productos Estadísticos).
▸ Participación de otros organismos	No.
▸ Clase de operación	Estadísticas propiamente dichas, con resultados agregados en tablas.
▸ Sector o tema	Nivel, calidad y condiciones de vida.
▸ Subsector o subtema	Consumo y distribución de la renta.
▸ Nivel de desagregación	Autonómica.
▸ Metodología de la recogida de datos	Obtención de datos estadísticos mediante enumeración por muestreo.
▸ Forma de recogida de datos	Formas mixtas.
▸ Objetivo general	Evolución trimestral de los gastos de los hogares, estructura y distribución de los mismos. Información para la estimación del consumo privado de la Contabilidad Nacional y para el cambio de base del IPC.
▸ Variables de estudio	Gastos de consumo de los hogares por bienes y servicios en términos monetarios, consumo en cantidades físicas de determinados bienes alimenticios y tabaco, ingresos de los hogares. Tamaño del municipio, tamaño y composición del hogar, nivel de ingresos del hogar, características personales (edad, situación de la actividad, nivel de estudios, situación profesional, ocupación).
▸ Variables de clasificación	
▸ Tipo de difusión	"Encuesta continua de presupuestos familiares", internet (www.ine.es/inebase/cgi/um).
▸ Periodicidad de la difusión	Trimestral.
▸ Periodicidad de la recogida de datos	Trimestral.
▸ Unidades	Hogares privados que residen en vivienda familiar principal.
▸ Fuente administrativa (en su caso)	No aplicable.
▸ Figura en el Plan Estadístico Nacional 2001-2004	Sí - 3645.
▸ Legislación Estadística Comunitaria relacionada con esta operación	

Panel de Hogares de la Unión Europea (PHOGUE)

30442

▶ Servicio responsable	Instituto Nacional de Estadística (INE).
▶ Unidad ejecutora	Subdirección General de Precios y Presupuestos Familiares (Dirección General de Productos Estadísticos).
▶ Participación de otros organismos	Eurostat.
▶ Clase de operación	Estudios longitudinales (paneles).
▶ Sector o tema	Nivel, calidad y condiciones de vida.
▶ Subsector o subtema	Condiciones y calidad de vida.
▶ Nivel de desagregación	Nacional.
▶ Metodología de la recogida de datos	Obtención de datos estadísticos mediante enumeración por muestreo.
▶ Forma de recogida de datos	Entrevista personal directa.
▶ Objetivo general	Investigación sobre distintos aspectos del nivel, condiciones de vida de los hogares y sus cambios.
▶ Variables de estudio	Ingresos del hogar y de los miembros del mismo, condiciones de vida, evolución en el tiempo del nivel y condiciones de vida.
▶ Variables de clasificación	Geográficas, demográficas, económicas, sociales.
▶ Tipo de difusión	Publicaciones de Eurostat, publicación monográfica, internet (www.ine.es/inebase/cgi/um).
▶ Periodicidad de la difusión	Anual.
▶ Periodicidad de la recogida de datos	Anual.
▶ Unidades	Hogares privados que residen en vivienda familiar principal.
▶ Fuente administrativa (en su caso)	No aplicable.
▶ Figura en el Plan Estadístico Nacional 2001-2004	Sí - 3646.
▶ Legislación Estadística Comunitaria relacionada con esta operación	

Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de Información y Comunicación en los Hogares

30450

▸ Servicio responsable	Instituto Nacional de Estadística (INE).
▸ Unidad ejecutora	Subdirección General de Estadísticas Laborales y Sociales (Dirección General de Productos Estadísticos).
▸ Participación de otros organismos	CC.AA. (Cataluña, Navarra, País Vasco), Comisión del Mercado de las Telecomunicaciones.
▸ Clase de operación	Estadísticas propiamente dichas, con resultados agregados en tablas.
▸ Sector o tema	Nivel, calidad y condiciones de vida.
▸ Subsector o subtema	Condiciones y calidad de vida.
▸ Nivel de desagregación	Autonómica.
▸ Metodología de la recogida de datos	Obtención de datos estadísticos mediante enumeración por muestreo.
▸ Forma de recogida de datos	Entrevista personal directa.
▸ Objetivo general	Conocer el equipamiento y uso de las nuevas tecnologías en los hogares (internet, correo electrónico, comercio electrónico).
▸ Variables de estudio	Datos demográficos, composición del hogar, situación laboral, ingresos, equipamiento (teléfono, TV, ordenador, internet), grado de utilización de nuevas tecnologías (ordenador, internet, comercio electrónico).
▸ Variables de clasificación	Sexo, edad, habitat, formas de acceso a internet, lugar de acceso, uso del ordenador, lugar de uso, gasto en comercio electrónico, etc.
▸ Tipo de difusión	Publicación monográfica (papel, disquete).
▸ Periodicidad de la difusión	Anual.
▸ Periodicidad de la recogida de datos	Anual.
▸ Unidades	Hogar familiar, personas.
▸ Fuente administrativa (en su caso)	No aplicable.
▸ Figura en el Plan Estadístico Nacional 2001-2004	Sí - 3653.
▸ Legislación Estadística Comunitaria relacionada con esta operación	

Indicadores Sociales

30444

▶ Servicio responsable	Instituto Nacional de Estadística (INE).
▶ Unidad ejecutora	Subdirección General de Estadísticas Laborales y Sociales (Dirección General de Productos Estadísticos).
▶ Participación de otros organismos	No.
▶ Clase de operación	Elaboración de síntesis y de análisis con resultados procedentes de diversas fuentes.
▶ Sector o tema	Nivel, calidad y condiciones de vida.
▶ Subsector o subtema	Análisis, síntesis y recopilaciones en el ámbito social.
▶ Nivel de desagregación	Provincial.
▶ Metodología de la recogida de datos	Obtención de estadísticas derivadas de otros resultados estadísticos.
▶ Forma de recogida de datos	No aplicable.
▶ Objetivo general	Medida concisa del bienestar de la población y de los factores que lo condicionan y su comparación en el tiempo, entre grupos sociales y entre territorios.
▶ Variables de estudio	Población, familia, educación, trabajo, ciencia y tecnología, renta distribución y consumo, protección social, salud, vivienda, medio ambiente, cultura y ocio, cohesión social.
▶ Variables de clasificación	Distribución temporal, grupos sociales, distribución geográfica.
▶ Tipo de difusión	Publicación monográfica.
▶ Periodicidad de la difusión	Irregular.
▶ Periodicidad de la recogida de datos	No aplicable.
▶ Unidades	No aplicable.
▶ Fuente administrativa (en su caso)	No aplicable.
▶ Figura en el Plan Estadístico Nacional 2001-2004	Sí - 3652.
▶ Legislación Estadística Comunitaria relacionada con esta operación	

Afiliación de Trabajadores a la Seguridad Social

58015

▸ Servicio responsable	Subsecretaría de Trabajo y Asuntos Sociales (MTAS).
▸ Unidad ejecutora	Subdirección General de Estadísticas Sociales y Laborales (Secretaría General Técnica).
▸ Participación de otros organismos	(Tesorería General de la Seguridad Social).
▸ Clase de operación	Estadísticas propiamente dichas, con resultados agregados en tablas
▸ Sector o tema	Protección social y servicios sociales.
▸ Subsector o subtema	Seguridad social contributiva.
▸ Nivel de desagregación	Provincial.
▸ Metodología de la recogida de datos	Obtención mediante enumeración completa de datos administrativos originales.
▸ Forma de recogida de datos	Transcripción de documento administrativo, cualquiera que sea la forma de cumplimentar éste.
▸ Objetivo general	Obtención y difusión de datos sobre trabajadores afiliados y movimientos de altas y bajas de afiliación al sistema de la Seguridad Social.
▸ Variables de estudio	Afiliados, altas y bajas de afiliación.
▸ Variables de clasificación	Régimen de Seguridad Social, sexo, edad y grupo de cotización, actividad económica, nacionalidad.
▸ Tipo de difusión	"Boletín de estadísticas laborales", "Anuario de estadísticas laborales y de asuntos sociales", "Banco de datos de series laborales", internet (www.mtas.es).
▸ Periodicidad de la difusión	Anual, mensual.
▸ Periodicidad de la recogida de datos	Mensual.
▸ Unidades	Trabajadores afiliados a la Seguridad Social.
▸ Fuente administrativa (en su caso)	Formulario de afiliación.
▸ Figura en el Plan Estadístico Nacional 2001-2004	Sí - 3404.
▸ Legislación Estadística Comunitaria relacionada con esta operación	

Prestaciones por Desempleo

58021

▶ Servicio responsable	Subsecretaría de Trabajo y Asuntos Sociales (MTAS).
▶ Unidad ejecutora	Subdirección General de Estadísticas Sociales y Laborales (Secretaría General Técnica).
▶ Participación de otros organismos	(INEM).
▶ Clase de operación	Estadísticas propiamente dichas, con resultados agregados en tablas.
▶ Sector o tema	Protección social y servicios sociales.
▶ Subsector o subtema	Otras prestaciones económicas.
▶ Nivel de desagregación	Provincial.
▶ Metodología de la recogida de datos	Obtención mediante enumeración completa de datos administrativos originales.
▶ Forma de recogida de datos	Transcripción de documento administrativo, cualquiera que sea la forma de cumplimentar éste.
▶ Objetivo general	Obtención y difusión de datos relativos a las prestaciones por desempleo.
▶ Variables de estudio	Beneficiarios de prestaciones por desempleo, cuantía media de la prestación.
▶ Variables de clasificación	Tipo, duración, causa del derecho o de acceso a la prestación, sexo y edad, periodos reconocidos/consumidos, capitalización prestaciones, causa de baja.
▶ Tipo de difusión	“Boletín de estadísticas laborales”, “Anuario de estadísticas laborales y de asuntos sociales”, “Banco de datos de series laborales”, “Estadística del subsidio por desempleo de trabajadores eventuales agrarios”, internet (www.mtas.es) y (www.inem.es).
▶ Periodicidad de la difusión	Anual, mensual.
▶ Periodicidad de la recogida de datos	Mensual.
▶ Unidades	Beneficiarios de prestaciones.
▶ Fuente administrativa (en su caso)	Documentación administrativa del INEM.
▶ Figura en el Plan Estadístico Nacional 2001-2004	Sí - 3408.
▶ Legislación Estadística Comunitaria relacionada con esta operación	

Pensiones Contributivas del Sistema de la Seguridad Social

58017

▸ Servicio responsable	Secretaría de Estado de la Seguridad Social (MTAS).
▸ Unidad ejecutora	Subdirección General de Estudios Económicos (Instituto Nacional de la Seguridad Social).
▸ Participación de otros organismos	No.
▸ Clase de operación	Estadísticas propiamente dichas, con resultados agregados en tablas.
▸ Sector o tema	Protección social y servicios sociales.
▸ Subsector o subtema	Seguridad social contributiva.
▸ Nivel de desagregación	Provincial.
▸ Metodología de la recogida de datos	Obtención mediante enumeración completa de datos administrativos originales.
▸ Forma de recogida de datos	Transcripción de documento administrativo, cualquiera que sea la forma de cumplimentar éste.
▸ Objetivo general	Obtención y difusión de datos en materia de pensiones contributivas y movimientos (altas y bajas).
▸ Variables de estudio	Pensiones contributivas, altas y bajas e importes correspondientes.
▸ Variables de clasificación	Régimen de la Seguridad Social, clase, sexo, edad, tramos de importes.
▸ Tipo de difusión	"Boletín de estadísticas laborales", "Anuario de estadísticas laborales y de asuntos sociales", "Banco de datos de series laborales", internet (www.mtas.es).
▸ Periodicidad de la difusión	Anual, mensual.
▸ Periodicidad de la recogida de datos	Mensual.
▸ Unidades	Pensiones contributivas de la Seguridad Social.
▸ Fuente administrativa (en su caso)	Expediente de la pensión.
▸ Figura en el Plan Estadístico Nacional 2001-2004	Sí - 3406.
▸ Legislación Estadística Comunitaria relacionada con esta operación	

Pensiones no Contributivas

64049

▶ Servicio responsable	Secretaría General de Asuntos Sociales (MTAS).
▶ Unidad ejecutora	Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMERSO).
▶ Participación de otros organismos	CC.AA.
▶ Clase de operación	Estadísticas propiamente dichas, con resultados agregados en tablas.
▶ Sector o tema	Protección social y servicios sociales.
▶ Subsector o subtema	Otras prestaciones económicas.
▶ Nivel de desagregación	Provincial.
▶ Metodología de la recogida de datos	Obtención mediante enumeración completa de datos administrativos originales.
▶ Forma de recogida de datos	Transcripción de documento administrativo, cualquiera que sea la forma de cumplimentar éste.
▶ Objetivo general	Obtención y difusión de datos relativos a beneficiarios de pensiones no contributivas de la Seguridad Social, establecidas por la Ley 26/1990.
▶ Variables de estudio	Pensiones no contributivas e importes correspondientes.
▶ Variables de clasificación	Clase de pensión, edad, sexo, número de convivientes y grado de minusvalía.
▶ Tipo de difusión	"Boletín de estadísticas laborales", "Anuario de estadísticas laborales y de asuntos sociales", "Banco de datos de series laborales", internet (www.mtas.es).
▶ Periodicidad de la difusión	Mensual.
▶ Periodicidad de la recogida de datos	Mensual.
▶ Unidades	Beneficiarios de pensión no contributiva.
▶ Fuente administrativa (en su caso)	Formulario administrativo de beneficiario de la pensión.
▶ Figura en el Plan Estadístico Nacional 2001-2004	Sí - 3411.
▶ Legislación Estadística Comunitaria relacionada con esta operación	

Pensiones Asistenciales

58019

▸ Servicio responsable	Secretaría de Estado de la Seguridad Social (MTAS).
▸ Unidad ejecutora	Dirección General de Ordenación Económica de la Seguridad Social.
▸ Participación de otros organismos	CC.AA.
▸ Clase de operación	Estadísticas propiamente dichas, con resultados agregados en tablas.
▸ Sector o tema	Protección social y servicios sociales.
▸ Subsector o subtema	Otras prestaciones económicas.
▸ Nivel de desagregación	Provincial.
▸ Metodología de la recogida de datos	Obtención mediante enumeración completa de datos administrativos originales.
▸ Forma de recogida de datos	Transcripción de documento administrativo, cualquiera que sea la forma de cumplimentar éste.
▸ Objetivo general	Obtención y difusión de datos relativos a beneficiarios de pensiones asistenciales a ancianos y enfermos del Fondo Nacional de Asistencia Social (Real Decreto 2620/1981).
▸ Variables de estudio	Pensiones e importes.
▸ Variables de clasificación	Clase de prestación.
▸ Tipo de difusión	"Boletín de estadísticas laborales", "Anuario de estadísticas laborales y de asuntos sociales", "Banco de datos de series laborales", internet (www.mtas.es).
▸ Periodicidad de la difusión	Mensual.
▸ Periodicidad de la recogida de datos	Mensual.
▸ Unidades	Beneficiarios de pensiones asistenciales y pensiones asistenciales.
▸ Fuente administrativa (en su caso)	Formulario administrativo de las comunidades autónomas.
▸ Figura en el Plan Estadístico Nacional 2001-2004	Sí - 3412.
▸ Legislación Estadística Comunitaria relacionada con esta operación	

Pensiones Asistenciales a Emigrantes

63012

▶ Servicio responsable	Subsecretaría de Trabajo y Asuntos Sociales (MTAS)
▶ Unidad ejecutora	Subdirección General de Estadísticas Sociales y Laborales (Secretaría General Técnica)
▶ Participación de otros organismos	No
▶ Clase de operación	Estadísticas propiamente dichas, con resultados agregados en tablas
▶ Sector o tema	Protección social y servicios sociales
▶ Subsector o subtema	Otras prestaciones económicas
▶ Nivel de desagregación	Nacional
▶ Metodología de la recogida de datos	Obtención mediante enumeración completa de datos administrativos originales
▶ Forma de recogida de datos	Transcripción de documento administrativo, cualquiera que sea la forma de complementar éste
▶ Objetivo general	Obtención y difusión de datos relativos a beneficiarios de las pensiones asistenciales para españoles residentes en el extranjero que habiendo alcanzado la edad de jubilación, carecen de recursos económicos.
▶ Variables de estudio	Beneficiarios de pensiones e importe de las mismas
▶ Variables de clasificación	Sexo, edad, estado civil y país de residencia de los beneficiarios
▶ Tipo de difusión	"Anuario de estadísticas laborales y de asuntos sociales", internet (www.mtas.es)
▶ Periodicidad de la difusión	Anual
▶ Periodicidad de la recogida de datos	Mensual
▶ Unidades	Beneficiarios de pensiones asistenciales a españoles residentes en el extranjero
▶ Fuente administrativa (en su caso)	Fichero de gestión de pensiones asistenciales.
▶ Figura en el Plan Estadístico Nacional 2001-2004	Sí - 3415.
▶ Legislación Estadística Comunitaria relacionada con esta operación	

Pensiones del Sistema de Clases Pasivas**31141**

▸ Servicio responsable	Secretaría de Estado de Presupuestos y Gastos (MH).
▸ Unidad ejecutora	Subdirección General de Gestión de Clases Pasivas (Dirección General de Costes de Personal y Pensiones Públicas).
▸ Participación de otros organismos	No.
▸ Clase de operación	Estadísticas propiamente dichas, con resultados agregados en tablas.
▸ Sector o tema	Protección social y servicios sociales.
▸ Subsector o subtema	Clases pasivas.
▸ Nivel de desagregación	Provincial.
▸ Metodología de la recogida de datos	Obtención mediante enumeración completa de datos administrativos originales.
▸ Forma de recogida de datos	Transcripción de documento administrativo, cualquiera que sea la forma de cumplimentar éste.
▸ Objetivo general	Análisis de las pensiones de clases pasivas.
▸ Variables de estudio	Pensiones, importes totales y medios.
▸ Variables de clasificación	Edad, sexo, tipo de pensión.
▸ Tipo de difusión	A petición de usuario.
▸ Periodicidad de la difusión	Mensual.
▸ Periodicidad de la recogida de datos	Continua.
▸ Unidades	Pensiones.
▸ Fuente administrativa (en su caso)	Solicitud de pensión por edad o invalidez.
▸ Figura en el Plan Estadístico Nacional 2001-2004	Sí - 3407.
▸ Legislación Estadística Comunitaria relacionada con esta operación	

Beneficiarios de Prestaciones Socioeconómicas a Minusválidos

64043

▶ Servicio responsable	Secretaría General de Asuntos Sociales (MTAS).
▶ Unidad ejecutora	Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO).
▶ Participación de otros organismos	CC.AA.
▶ Clase de operación	Estadísticas propiamente dichas, con resultados agregados en tablas.
▶ Sector o tema	Protección social y servicios sociales.
▶ Subsector o subtema	Otras prestaciones económicas.
▶ Nivel de desagregación	Provincial.
▶ Metodología de la recogida de datos	Obtención mediante enumeración completa de datos administrativos originales.
▶ Forma de recogida de datos	Transcripción de documento administrativo, cualquiera que sea la forma de cumplimentar éste.
▶ Objetivo general	Obtención y difusión de datos relativos a beneficiarios de las prestaciones previstas en la Ley de Integración Social de Minusválidos (Real Decreto 383/84).
▶ Variables de estudio	Beneficiarios e importes.
▶ Variables de clasificación	Edad, sexo, tipo de subsidio o prestación, tipo de minusvalía.
▶ Tipo de difusión	"Boletín de estadísticas laborales", "Anuario de estadísticas laborales y de asuntos sociales", "Banco de datos de series laborales", internet (www.mtas.es).
▶ Periodicidad de la difusión	Mensual.
▶ Periodicidad de la recogida de datos	Mensual.
▶ Unidades	Beneficiarios de ayudas concedidas.
▶ Fuente administrativa (en su caso)	Formulario administrativo del IMSERSO.
▶ Figura en el Plan Estadístico Nacional 2001-2004	Sí - 3416.
▶ Legislación Estadística Comunitaria relacionada con esta operación	

Estadísticas Integradas de Protección Social en términos SEEPROS**58022**

▸ Servicio responsable	Subsecretaría de Trabajo y Asuntos Sociales (MTAS).
▸ Unidad ejecutora	Subdirección General de Estadísticas Sociales y Laborales (Secretaría General Técnica).
▸ Participación de otros organismos	No.
▸ Clase de operación	Elaboración de síntesis y de análisis con resultados procedentes de diversas fuentes.
▸ Sector o tema	Protección social y servicios sociales.
▸ Subsector o subtema	Análisis, síntesis y recopilaciones de protección y asistencia social.
▸ Nivel de desagregación	Nacional.
▸ Metodología de la recogida de datos	Obtención de estadísticas derivadas de otros resultados estadísticos.
▸ Forma de recogida de datos	No aplicable.
▸ Objetivo general	Obtención y difusión de datos que permitan comparaciones entre países sobre extensión e intensidad de la protección social y su financiación.
▸ Variables de estudio	Cotizaciones, aportaciones públicas, otros ingresos, prestaciones, gastos de administración, otros gastos, beneficiarios de las prestaciones.
▸ Variables de clasificación	Sector de procedencia de los ingresos, función y tipo de prestación de los gastos.
▸ Tipo de difusión	"Anuario de estadísticas laborales y de asuntos sociales", internet (www.mtas.es).
▸ Periodicidad de la difusión	Anual.
▸ Periodicidad de la recogida de datos	No aplicable.
▸ Unidades	No aplicable.
▸ Fuente administrativa (en su caso)	No aplicable.
▸ Figura en el Plan Estadístico Nacional 2001-2004	Sí - 3418.
▸ Legislación Estadística Comunitaria relacionada con esta operación	

Capítulo 3. Estado de salud

Defunciones según la Causa de Muerte

30417

▶ Servicio responsable	Instituto Nacional de Estadística (INE).
▶ Unidad ejecutora	Subdirección General de Estadísticas Laborales y Sociales (Dirección General de Productos Estadísticos).
▶ Participación de otros organismos	CC.AA. (todas), Registros Civiles (MJ).
▶ Clase de operación	Estadísticas propiamente dichas, con resultados agregados en tablas.
▶ Sector o tema	Salud.
▶ Subsector o subtema	Estado de salud y factores condicionantes.
▶ Nivel de desagregación	Provincial.
▶ Metodología de la recogida de datos	Obtención mediante formulario estadístico individual con base en un acto administrativo.
▶ Forma de recogida de datos	Transcripción de documento administrativo, cualquiera que sea la forma de cumplimentar éste.
▶ Objetivo general	Conocimiento del fenómeno de la mortalidad atendiendo a la causa básica de la defunción, distinguiendo entre muertes fetales tardías y el resto y suministrar información para la construcción de indicadores de salud.
▶ Variables de estudio	Personas fallecidas y muertes fetales tardías.
▶ Variables de clasificación	Causa de la defunción, sexo, edad, mes de fallecimiento, profesión, provincia de residencia y de fallecimiento, semanas de gestación.
▶ Tipo de difusión	“Defunciones según la causa de muerte”, publicación electrónica y publicación en papel.
▶ Periodicidad de la difusión	Anual.
▶ Periodicidad de la recogida de datos	Mensual.
▶ Unidades	Defunciones.
▶ Fuente administrativa (en su caso)	Libros de defunción del Registro Civil, certificado médico oficial de defunción.
▶ Figura en el Plan Estadístico Nacional 2001-2004	Sí - 3378.
▶ Legislación Estadística Comunitaria relacionada con esta operación	

Encuesta de Morbilidad Hospitalaria

30414

▸ Servicio responsable	Instituto Nacional de Estadística (INE).
▸ Unidad ejecutora	Subdirección General de Estadísticas Laborales y Sociales (Dirección General de Productos Estadísticos).
▸ Participación de otros organismos	CC.AA., MD.
▸ Clase de operación	Estadísticas propiamente dichas, con resultados agregados en tablas.
▸ Sector o tema	Salud.
▸ Subsector o subtema	Personal, recursos económicos y actividades del sistema sanitario.
▸ Nivel de desagregación	Provincial.
▸ Metodología de la recogida de datos	Obtención mediante enumeración por muestreo de datos administrativos.
▸ Forma de recogida de datos	Transcripción de documento administrativo, cualquiera que sea la forma de cumplimentar éste.
▸ Objetivo general	Conocimiento de la morbilidad atendida en hospitales según el diagnóstico definitivo.
▸ Variables de estudio	Enfermos dados de alta, estancias causadas, edad media.
▸ Variables de clasificación	Diagnóstico definitivo, sexo y edad, estado civil, motivo del ingreso, urgencia del ingreso, provincia de residencia, provincia de hospitalización.
▸ Tipo de difusión	Publicación electrónica.
▸ Periodicidad de la difusión	Anual.
▸ Periodicidad de la recogida de datos	Anual, mensual, quincenal.
▸ Unidades	Enfermos dados de alta o fallecidos en hospital.
▸ Fuente administrativa (en su caso)	Libro de registro de enfermos, base de datos CMBD.
▸ Figura en el Plan Estadístico Nacional 2001-2004	Sí - 3371.
▸ Legislación Estadística Comunitaria relacionada con esta operación	

Enfermedades de Declaración Obligatoria

54063

▶ Servicio responsable	Secretaría General de Sanidad (MSC).
▶ Unidad ejecutora	Centro Nacional de Epidemiología (Instituto de Salud Carlos III).
▶ Participación de otros organismos	CC.AA.
▶ Clase de operación	Estadísticas propiamente dichas, con resultados agregados en tablas.
▶ Sector o tema	Salud.
▶ Subsector o subtema	Vigilancia epidemiológica.
▶ Nivel de desagregación	Municipal o inferior.
▶ Metodología de la recogida de datos	Obtención mediante elaboración de resúmenes estadísticos con base en datos administrativos.
▶ Forma de recogida de datos	Transcripción de documento administrativo, cualquiera que sea la forma de cumplimentar éste.
▶ Objetivo general	Vigilancia epidemiológica, detección de la ocurrencia anormal de las enfermedades de declaración obligatoria para la adopción de medidas de control.
▶ Variables de estudio	Enfermedad, localización geográfica (provincial y/o municipal), fecha de los primeros síntomas, factores de riesgo, edad, sexo.
▶ Variables de clasificación	
▶ Tipo de difusión	"Boletín epidemiológico semanal", internet (www.isciii.es).
▶ Periodicidad de la difusión	Semanal.
▶ Periodicidad de la recogida de datos	Semanal.
▶ Unidades	Colectivo de enfermos asistidos por el médico que notifica.
▶ Fuente administrativa (en su caso)	Declaración numérica de datos epidemiológicos básicos de enfermedades de declaración obligatoria.
▶ Figura en el Plan Estadístico Nacional 2001-2004	Sí - 3375.
▶ Legislación Estadística Comunitaria relacionada con esta operación	Decisión del Parlamento Europeo y del Consejo n.º 2119/1998.

Estadística Estatal de SIDA**54064**

▸ Servicio responsable	Secretaría General de Sanidad (MSC).
▸ Unidad ejecutora	Centro Nacional de Epidemiología (Instituto de Salud Carlos III).
▸ Participación de otros organismos	CC.AA.
▸ Clase de operación	Estadísticas propiamente dichas, con resultados agregados en tablas.
▸ Sector o tema	Salud.
▸ Subsector o subtema	Vigilancia epidemiológica.
▸ Nivel de desagregación	Provincial.
▸ Metodología de la recogida de datos	Obtención mediante enumeración completa de datos administrativos originales.
▸ Forma de recogida de datos	Transcripción de documento administrativo, cualquiera que sea la forma de cumplimentar éste.
▸ Objetivo general	Conocimiento del número de casos de SIDA y sus factores de riesgo.
▸ Variables de estudio	Número de casos, factores de riesgo, edad, sexo.
▸ Variables de clasificación	
▸ Tipo de difusión	"Boletín epidemiológico semanal", internet (www.msc.es/sida/epidemiologia) (www.isciii.es).
▸ Periodicidad de la difusión	Trimestral.
▸ Periodicidad de la recogida de datos	Continua.
▸ Unidades	Enfermos de SIDA.
▸ Fuente administrativa (en su caso)	Registro nacional de casos de SIDA.
▸ Figura en el Plan Estadístico Nacional 2001-2004	Sí - 3376.
▸ Legislación Estadística Comunitaria relacionada con esta operación	Decisión del Parlamento Europeo y del Consejo n.º 2119/1998.

Encuesta Nacional de Salud

54009

▶ Servicio responsable	Secretaría General de Sanidad (MSC).
▶ Unidad ejecutora	Instituto de Información Sanitaria (Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud).
▶ Participación de otros organismos	INE.
▶ Clase de operación	Estadísticas propiamente dichas, con resultados agregados en tablas.
▶ Sector o tema	Salud.
▶ Subsector o subtema	Estado de salud y factores condicionantes.
▶ Nivel de desagregación	Autonómica.
▶ Metodología de la recogida de datos	Obtención de datos estadísticos mediante enumeración por muestreo.
▶ Forma de recogida de datos	Entrevista personal directa.
▶ Objetivo general	Información acerca de morbilidad percibida, utilización de servicios sanitarios, comportamiento y hábitos de vida y actividades preventivas.
▶ Variables de estudio	Autovaloración del estado de salud, limitación de la actividad, uso de servicios sanitarios y de medicamentos, hábitos de vida, cobertura sanitaria.
▶ Variables de clasificación	Edad, sexo, tamaño del hábitat, nivel de estudios, ocupación y status socioeconómico.
▶ Tipo de difusión	"Encuesta nacional de salud de España", internet (www.msc.es/salud/epidemiologia).
▶ Periodicidad de la difusión	Bienal.
▶ Periodicidad de la recogida de datos	Bienal.
▶ Unidades	Personas físicas.
▶ Fuente administrativa (en su caso)	No aplicable.
▶ Figura en el Plan Estadístico Nacional 2001-2004	Sí - 3381.
▶ Legislación Estadística Comunitaria relacionada con esta operación	

Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud

30418

▸ Servicio responsable	Instituto Nacional de Estadística (INE).
▸ Unidad ejecutora	Subdirección General de Estadísticas Laborales y Sociales (Dirección General de Productos Estadísticos).
▸ Participación de otros organismos	IMSERO (MTAS), ONCE.
▸ Clase de operación	Estadísticas propiamente dichas, con resultados agregados en tablas.
▸ Sector o tema	Salud.
▸ Subsector o subtema	Estado de salud y factores condicionantes.
▸ Nivel de desagregación	Provincial.
▸ Metodología de la recogida de datos	Obtención de datos estadísticos mediante enumeración por muestreo.
▸ Forma de recogida de datos	Entrevista personal directa.
▸ Objetivo general	Estimación del número de personas con alguna discapacidad y cuáles son éstas.
▸ Variables de estudio	Personas y número de discapacidades y deficiencias, causas de las deficiencias, severidad de las discapacidades, ayudas recibidas y solicitadas, utilización de los servicios sociales y sanitarios, valoración del estado de salud, hábitos de vida, accidentalidad, victimación.
▸ Variables de clasificación	Edad, sexo, tipo de discapacidad, de deficiencia, de minusvalía, ingresos familiares, nivel de estudios.
▸ Tipo de difusión	Publicaciones electrónicas y en papel.
▸ Periodicidad de la difusión	Irregular.
▸ Periodicidad de la recogida de datos	Irregular.
▸ Unidades	Hogares y personas físicas.
▸ Fuente administrativa (en su caso)	No aplicable.
▸ Figura en el Plan Estadístico Nacional 2001-2004	Sí - 3379.
▸ Legislación Estadística Comunitaria relacionada con esta operación	

Capítulo 4. Determinantes de la salud

Indicadores de Salud

54023

▶ Servicio responsable	Secretaría General de Sanidad (MSC).
▶ Unidad ejecutora	Instituto de Información Sanitaria (Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud).
▶ Participación de otros organismos	No
▶ Clase de operación	Elaboración de síntesis y de análisis con resultados procedentes de diversas fuentes.
▶ Sector o tema	Salud.
▶ Subsector o subtema	Análisis, síntesis y recopilaciones de salud.
▶ Nivel de desagregación	Autonómica.
▶ Metodología de la recogida de datos	Obtención de estadísticas derivadas de otros resultados estadísticos.
▶ Forma de recogida de datos	No aplicable.
▶ Objetivo general	Información sobre la evolución del estado de salud.
▶ Variables de estudio	Mortalidad, autovaloración del estado de salud, discapacidad, morbilidad, factores de riesgo, natalidad, consumo de medicamentos.
▶ Variables de clasificación	Nivel socioeconómico, edad, sexo, nivel de estudios.
▶ Tipo de difusión	Publicación monográfica, internet (www.msc.es/salud/epidemiologia).
▶ Periodicidad de la difusión	Trienal.
▶ Periodicidad de la recogida de datos	No aplicable.
▶ Unidades	No aplicable.
▶ Fuente administrativa (en su caso)	No aplicable.
▶ Figura en el Plan Estadístico Nacional 2001-2004	Sí - 3386.
▶ Legislación Estadística Comunitaria relacionada con esta operación	

Accidentes de Trabajo

58012

▸ Servicio responsable	Subsecretaría de Trabajo y Asuntos Sociales (MTAS).
▸ Unidad ejecutora	Subdirección General de Estadísticas Sociales y Laborales (Secretaría General Técnica).
▸ Participación de otros organismos	CC.AA.
▸ Clase de operación	Estadísticas propiamente dichas, con resultados agregados en tablas.
▸ Sector o tema	Trabajo, ingresos y costes salariales.
▸ Subsector o subtema	Relaciones laborales y otros aspectos del trabajo.
▸ Nivel de desagregación	Provincial.
▸ Metodología de la recogida de datos	Obtención mediante enumeración completa de datos administrativos originales.
▸ Forma de recogida de datos	Transcripción de documento administrativo, cualquiera que sea la forma de cumplimentar éste.
▸ Objetivo general	Obtención y difusión de datos sobre accidentes de trabajo.
▸ Variables de estudio	Accidentes de trabajo, jornadas no trabajadas, gravedad del accidente, recaídas, accidentes sin baja.
▸ Variables de clasificación	Actividad económica del centro, ocupación del trabajador, lugar del accidente, forma en que se produjo, tipo de contrato, tipo de lesión sufrida por el accidentado, causa del alta, agente materia causante, tamaño de la empresa, sexo y edad del trabajador, antigüedad en el puesto de trabajo.
▸ Tipo de difusión	"Estadística de accidentes de trabajo", "Boletín de estadísticas laborales", "Anuario de estadísticas laborales y de asuntos sociales", "Banco de datos de series laborales", a petición de usuario, internet (www.mtas.es).
▸ Periodicidad de la difusión	Anual, trimestral, mensual.
▸ Periodicidad de la recogida de datos	Mensual.
▸ Unidades	Accidentes de trabajo.
▸ Fuente administrativa (en su caso)	Partes de accidentes de trabajo y relaciones de altas o fallecimientos y de accidentes sin baja.
▸ Figura en el Plan Estadístico Nacional 2001-2004	Sí - 3616.
▸ Legislación Estadística Comunitaria relacionada con esta operación	Recomendación de la Comisión n.º 0670/2003.

Enfermedades Profesionales

63013

▶ Servicio responsable	Subsecretaría de Trabajo y Asuntos Sociales (MTAS).
▶ Unidad ejecutora	Subdirección General de Estadísticas Sociales y Laborales (Secretaría General Técnica).
▶ Participación de otros organismos	CC.AA.
▶ Clase de operación	Estadísticas propiamente dichas, con resultados agregados en tablas.
▶ Sector o tema	Trabajo, ingresos y costes salariales.
▶ Subsector o subtema	Relaciones laborales y otros aspectos del trabajo.
▶ Nivel de desagregación	Provincial.
▶ Metodología de la recogida de datos	Obtención mediante enumeración completa de datos administrativos originales.
▶ Forma de recogida de datos	Transcripción de documento administrativo, cualquiera que sea la forma de cumplimentar éste.
▶ Objetivo general	Obtención y difusión de datos sobre enfermedades profesionales.
▶ Variables de estudio	Enfermedades profesionales con baja médica, enfermedad sin baja, gravedad de la enfermedad.
▶ Variables de clasificación	Actividad económica, ocupación del trabajador, tipo de enfermedad.
▶ Tipo de difusión	“Boletín de estadísticas laborales”, “Anuario de estadísticas laborales y asuntos sociales”, “Banco de datos de series laborales”, a petición de usuario, internet (www.mtas.es).
▶ Periodicidad de la difusión	Anual, trimestral, mensual.
▶ Periodicidad de la recogida de datos	Mensual.
▶ Unidades	Enfermedades profesionales.
▶ Fuente administrativa (en su caso)	Partes de enfermedad profesional.
▶ Figura en el Plan Estadístico Nacional 2001-2004	Sí - 3625.
▶ Legislación Estadística Comunitaria relacionada con esta operación	Recomendación de la Comisión n.º 0670/2003.

Encuesta de Calidad de Vida en el Trabajo

58029

▸ Servicio responsable	Subsecretaría de Trabajo y Asuntos Sociales (MTAS).
▸ Unidad ejecutora	Subdirección General de Estadísticas Sociales y Laborales (Secretaría General Técnica).
▸ Participación de otros organismos	No.
▸ Clase de operación	Estadísticas propiamente dichas, con resultados agregados en tablas.
▸ Sector o tema	Nivel, calidad y condiciones de vida.
▸ Subsector o subtema	Condiciones y calidad de vida.
▸ Nivel de desagregación	Nacional.
▸ Metodología de la recogida de datos	Obtención de datos estadísticos mediante enumeración por muestreo.
▸ Forma de recogida de datos	Entrevista personal directa.
▸ Objetivo general	Obtener información sobre las situaciones y actividades que se producen en el entorno de trabajo y sobre las percepciones personales que los trabajadores tienen de sus condiciones y relaciones laborales, así como de la satisfacción con su trabajo.
▸ Variables de estudio	Niveles de valoración de la organización y participación en el trabajo, integración en la empresa, formación laboral, movilidad, término de satisfacción laboral, conciliación de vida familiar y laboral.
▸ Variables de clasificación	Sexo, edad, nivel de estudios, ocupación, actividad económica, tamaño de municipio, tamaño de la empresa.
▸ Tipo de difusión	"Encuesta de calidad de vida en el trabajo", "Anuario de estadísticas laborales y de asuntos sociales", internet (www.mtas.es).
▸ Periodicidad de la difusión	Anual.
▸ Periodicidad de la recogida de datos	Anual.
▸ Unidades	Población ocupada de 16 y más años que reside en viviendas familiares.
▸ Fuente administrativa (en su caso)	No aplicable.
▸ Figura en el Plan Estadístico Nacional 2001-2004	Sí - 3649.
▸ Legislación Estadística Comunitaria relacionada con esta operación	

Encuesta de Empleo del Tiempo

30447

▶ Servicio responsable	Instituto Nacional de Estadística (INE).
▶ Unidad ejecutora	Subdirección General de Estadísticas Laborales y Sociales (Dirección General de Productos Estadísticos).
▶ Participación de otros organismos	CC.AA. (Andalucía, Cataluña, Galicia, Navarra).
▶ Clase de operación	Estadísticas propiamente dichas, con resultados agregados en tablas.
▶ Sector o tema	Nivel, calidad y condiciones de vida.
▶ Subsector o subtema	Condiciones y calidad de vida.
▶ Nivel de desagregación	Nacional.
▶ Metodología de la recogida de datos	Obtención de datos estadísticos mediante enumeración por muestreo.
▶ Forma de recogida de datos	Autoenumeración, sea por correo o de cualquier otra forma.
▶ Objetivo general	Conocimiento de las actividades realizadas por las personas: actividad de producción de bienes y servicios (renumeradas y no remuneradas), distribución de las responsabilidades familiares del hogar, participación de la población en actividades culturales y de ocio, tiempo empleado en transporte y en otras actividades.
▶ Variables de estudio	Nivel, estructura y distribución del tiempo de la población en diferentes actividades, porcentaje de personas que realizan distintas actividades y duración promedio y agregada de las mismas.
▶ Variables de clasificación	Edad, sexo, estudios, ingresos, situación actividad, composición y tipo de hogar.
▶ Tipo de difusión	Publicación monográfica.
▶ Periodicidad de la difusión	Irregular.
▶ Periodicidad de la recogida de datos	Semanal.
▶ Unidades	Personas que residen en hogar familiar y hogares familiares.
▶ Fuente administrativa (en su caso)	No aplicable.
▶ Figura en el Plan Estadístico Nacional 2001-2004	Sí - 3648.
▶ Legislación Estadística Comunitaria relacionada con esta operación	

Observatorio Español sobre Drogas

72001

▸ Servicio responsable	Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (MI).
▸ Unidad ejecutora	Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
▸ Participación de otros organismos	CC.AA.
▸ Clase de operación	Estadísticas propiamente dichas, con resultados agregados en tablas.
▸ Sector o tema	Salud.
▸ Subsector o subtema	Estado de salud y factores condicionantes.
▸ Nivel de desagregación	Municipal o inferior.
▸ Metodología de la recogida de datos	Obtención mediante enumeración completa de datos administrativos originales.
▸ Forma de recogida de datos	Transcripción de documento administrativo, cualquiera que sea la forma de cumplimentar éste.
▸ Objetivo general	Obtención de datos sobre la evolución temporal del consumo de opiáceos y cocaína.
▸ Variables de estudio	Personas que inician tratamiento ambulatorio por dependencia, episodios de urgencia hospitalaria, droga principal, droga secundaria, muertes por reacción aguda tras consumo.
▸ Variables de clasificación	
▸ Tipo de difusión	Publicación monográfica.
▸ Periodicidad de la difusión	Anual.
▸ Periodicidad de la recogida de datos	Anual.
▸ Unidades	Personas físicas, episodios asistenciales, muertes por consumo de opiáceos o cocaína.
▸ Fuente administrativa (en su caso)	Documentación sanitaria.
▸ Figura en el Plan Estadístico Nacional 2001-2004	Sí - 3380.
▸ Legislación Estadística Comunitaria relacionada con esta operación	Reglamento del Consejo n.º 0302/1993.

Capítulo 5. Recursos y actividades del sistema sanitario

Profesionales Sanitarios Colegiados

30416

▶ Servicio responsable	Instituto Nacional de Estadística (INE).
▶ Unidad ejecutora	Subdirección General de Estadísticas Laborales y Sociales (Dirección General de Productos Estadísticos).
▶ Participación de otros organismos	No.
▶ Clase de operación	Estadísticas propiamente dichas, con resultados agregados en tablas.
▶ Sector o tema	Salud.
▶ Subsector o subtema	Personal, recursos económicos y actividades del sistema sanitario.
▶ Nivel de desagregación	Provincial.
▶ Metodología de la recogida de datos	Obtención mediante elaboración de resúmenes estadísticos con base en datos administrativos.
▶ Forma de recogida de datos	Transcripción de documento administrativo, cualquiera que sea la forma de cumplimentar éste.
▶ Objetivo general	Información del número de médicos, odontólogos y estomatólogos, farmacéuticos, veterinarios, ayudantes técnicos sanitarios y diplomados en enfermería.
▶ Variables de estudio	Colegiados por especialidad.
▶ Variables de clasificación	Sexo, lugar de residencia.
▶ Tipo de difusión	Boletín, anuario.
▶ Periodicidad de la difusión	Anual.
▶ Periodicidad de la recogida de datos	Anual.
▶ Unidades	Colegios profesionales.
▶ Fuente administrativa (en su caso)	Registro de colegiados.
▶ Figura en el Plan Estadístico Nacional 2001-2004	No.
▶ Legislación Estadística Comunitaria relacionada con esta operación:	

Indicadores Hospitalarios

30415

▸ Servicio responsable	Instituto Nacional de Estadística (INE).
▸ Unidad ejecutora	Subdirección General de Estadísticas Laborales y Sociales (Dirección General de Productos Estadísticos).
▸ Participación de otros organismos	MSC.
▸ Clase de operación	Elaboración de síntesis y de análisis con resultados procedentes de diversas fuentes.
▸ Sector o tema	Salud.
▸ Subsector o subtema	Análisis, síntesis y recopilaciones de salud.
▸ Nivel de desagregación	Autonómica.
▸ Metodología de la recogida de datos	Obtención de estadísticas derivadas de otros resultados estadísticos.
▸ Forma de recogida de datos	No aplicable.
▸ Objetivo general	Obtención de índices hospitalarios que permitan evaluar el funcionamiento del sector, y análisis de su evolución.
▸ Variables de estudio	Indicadores de: dotación, personal, funcionamiento, técnicas de diagnóstico y asistenciales, fallecimientos, necropsias, urgencias.
▸ Variables de clasificación	Finalidad del centro, dependencia jurídica, capacidad, tipo de asistencia, régimen económico de los enfermos, categoría y vinculación del personal.
▸ Tipo de difusión	Publicación monográfica.
▸ Periodicidad de la difusión	Anual.
▸ Periodicidad de la recogida de datos	No aplicable.
▸ Unidades	No aplicable.
▸ Fuente administrativa (en su caso)	No aplicable.
▸ Figura en el Plan Estadístico Nacional 2001-2004	Sí - 3385.
▸ Legislación Estadística Comunitaria relacionada con esta operación	

Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado

30123

▶ Servicio responsable	Secretaría General de Sanidad (MSC).
▶ Unidad ejecutora	Instituto de Información Sanitaria (Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud).
▶ Participación de otros organismos	CC.AA., MD.
▶ Clase de operación	Estadísticas propiamente dichas, con resultados agregados en tablas.
▶ Sector o tema	Salud.
▶ Subsector o subtema	Personal, recursos económicos y actividades del sistema sanitario.
▶ Nivel de desagregación	Provincial.
▶ Metodología de la recogida de datos	Obtención de datos estadísticos mediante censo o enumeración completa.
▶ Forma de recogida de datos	Autoenumeración, sea por correo o de cualquier otra forma.
▶ Objetivo general	Información de la actividad asistencial, económica y docente de centros hospitalarios y características estructurales.
▶ Variables de estudio	Establecimientos, dotación de personal, enfermos, estancias, consultas, técnicas de diagnóstico.
▶ Variables de clasificación	
▶ Tipo de difusión	Publicación monográfica.
▶ Periodicidad de la difusión	Anual.
▶ Periodicidad de la recogida de datos	Anual.
▶ Unidades	Centros hospitalarios.
▶ Fuente administrativa (en su caso)	No aplicable.
▶ Figura en el Plan Estadístico Nacional 2001-2004	Sí - 3372.
▶ Legislación Estadística Comunitaria relacionada con esta operación	

Explotación Estadística del Conjunto Mínimo Básico de Datos Hospitalarios

54011

▸ Servicio responsable	Secretaría General de Sanidad (MSC).
▸ Unidad ejecutora	Instituto de Información Sanitaria (Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud).
▸ Participación de otros organismos	CC.AA.
▸ Clase de operación	Estadísticas propiamente dichas, con resultados agregados en tablas.
▸ Sector o tema	Salud.
▸ Subsector o subtema	Personal, recursos económicos y actividades del sistema sanitario.
▸ Nivel de desagregación	Nacional.
▸ Metodología de la recogida de datos	Obtención mediante formulario estadístico individual con base en un acto administrativo.
▸ Forma de recogida de datos	Transcripción de documento administrativo, cualquiera que sea la forma de cumplimentar éste.
▸ Objetivo general	Conocimiento de los procesos de hospitalización.
▸ Variables de estudio	Fechas de ingreso y alta, diagnóstico principal y secundarios, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, destino y situación al alta, claves de historia clínica y hospital, financiación de la asistencia.
▸ Variables de clasificación	Edad, sexo, residencia.
▸ Tipo de difusión	Publicación monográfica, internet (www.msc.es/cmbd).
▸ Periodicidad de la difusión	Anual.
▸ Periodicidad de la recogida de datos	Anual, trimestral.
▸ Unidades	Enfermos dados de alta o fallecidos en hospital.
▸ Fuente administrativa (en su caso)	Historia clínica de cada paciente.
▸ Figura en el Plan Estadístico Nacional 2001-2004	Sí - 3374.
▸ Legislación Estadística Comunitaria relacionada con esta operación	

Estadística de Centros de Extracción y Trasplante de Órganos, Tejidos y Médula Ósea

45006

▶ Servicio responsable	Secretaría General de Sanidad (MSC).
▶ Unidad ejecutora	Organización Nacional de Trasplantes (Instituto Nacional de Gestión Sanitaria).
▶ Participación de otros organismos	CC.AA.
▶ Clase de operación	Estadísticas propiamente dichas, con resultados agregados en tablas.
▶ Sector o tema	Salud.
▶ Subsector o subtema	Personal, recursos económicos y actividades del sistema sanitario.
▶ Nivel de desagregación	Provincial.
▶ Metodología de la recogida de datos	Obtención mediante formulario estadístico individual con base en un acto administrativo.
▶ Forma de recogida de datos	Transcripción de documento administrativo, cualquiera que sea la forma de cumplimentar éste.
▶ Objetivo general	Conocimiento de la actividad de los centros de extracción y trasplante de órganos, tejidos y médula ósea.
▶ Variables de estudio	Extracciones realizadas, tipo de órganos, viabilidad de los órganos, trasplantes realizados, centro extractor, autorización judicial, centro transplantador, donante vivo o muerto, causa de pérdida del donante.
▶ Variables de clasificación	Edad y sexo de donantes y receptores, residencia del receptor.
▶ Tipo de difusión	Publicación monográfica, internet (www.msc.es/ont).
▶ Periodicidad de la difusión	Anual.
▶ Periodicidad de la recogida de datos	Anual.
▶ Unidades	Organos humanos.
▶ Fuente administrativa (en su caso)	Formulario administrativo.
▶ Figura en el Plan Estadístico Nacional 2001-2004	No.
▶ Legislación Estadística Comunitaria relacionada con esta operación	

Estadística Estatal de Actividad de Centros de Transfusión Sanguínea y Bancos de Sangre

54008

▸ Servicio responsable	Secretaría General de Sanidad (MSC).
▸ Unidad ejecutora	Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología (Dirección General de Salud Pública).
▸ Participación de otros organismos	CC.AA.
▸ Clase de operación	Estadísticas propiamente dichas, con resultados agregados en tablas.
▸ Sector o tema	Salud.
▸ Subsector o subtema	Personal, recursos económicos y actividades del sistema sanitario.
▸ Nivel de desagregación	Autonómica.
▸ Metodología de la recogida de datos	Obtención de datos estadísticos mediante censo o enumeración completa.
▸ Forma de recogida de datos	Autoenumeración, sea por correo o de cualquier otra forma.
▸ Objetivo general	Información sobre la actividad de los bancos de sangre para el seguimiento del Plan nacional de hemoterapia y satisfacción de los requerimientos internacionales.
▸ Variables de estudio	Extracción, fraccionamiento, transfusión, sangre y plasma no utilizados.
▸ Variables de clasificación	
▸ Tipo de difusión	Publicación monográfica, internet (www.msc.es/salud/epidemiologia).
▸ Periodicidad de la difusión	Anual.
▸ Periodicidad de la recogida de datos	Anual.
▸ Unidades	Bancos de sangre.
▸ Fuente administrativa (en su caso)	No aplicable.
▸ Figura en el Plan Estadístico Nacional 2001-2004	No.
▸ Legislación Estadística Comunitaria relacionada con esta operación	

Interrupciones Voluntarias del Embarazo

54021

▶ Servicio responsable	Secretaría General de Sanidad (MSC).
▶ Unidad ejecutora	Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología (Dirección General de Salud Pública).
▶ Participación de otros organismos	CC.AA.
▶ Clase de operación	Estadísticas propiamente dichas, con resultados agregados en tablas.
▶ Sector o tema	Salud.
▶ Subsector o subtema	Estado de salud y factores condicionantes.
▶ Nivel de desagregación	Provincial.
▶ Metodología de la recogida de datos	Obtención mediante formulario estadístico individual con base en un acto administrativo.
▶ Forma de recogida de datos	Transcripción de documento administrativo, cualquiera que sea la forma de cumplimentar éste.
▶ Objetivo general	Información sobre características sociodemográficas y sobre las condiciones sanitarias en que se realizan las interrupciones voluntarias del embarazo, características de las mujeres que se someten a una interrupción y de los centros en que se realizan.
▶ Variables de estudio	Motivos, semanas de gestación, método empleado.
▶ Variables de clasificación	Tipo de centro sanitario, métodos anticonceptivos utilizados anteriormente, número de hijos y de abortos anteriores.
▶ Tipo de difusión	Soporte informático, publicación monográfica, internet (www.msc.es/salud/epidemiologia).
▶ Periodicidad de la difusión	Anual.
▶ Periodicidad de la recogida de datos	Trimestral.
▶ Unidades	Pacientes.
▶ Fuente administrativa (en su caso)	Notificación de interrupción voluntaria del embarazo.
▶ Figura en el Plan Estadístico Nacional 2001-2004	Sí - 3382.
▶ Legislación Estadística Comunitaria relacionada con esta operación	

Vacunaciones Sistemáticas

54022

▸ Servicio responsable	Secretaría General de Sanidad (MSC).
▸ Unidad ejecutora	Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología (Dirección General de Salud Pública).
▸ Participación de otros organismos	CC.AA.
▸ Clase de operación	Estadísticas propiamente dichas, con resultados agregados en tablas.
▸ Sector o tema	Salud.
▸ Subsector o subtema	Estado de salud y factores condicionantes.
▸ Nivel de desagregación	Provincial.
▸ Metodología de la recogida de datos	Obtención mediante elaboración de resúmenes estadísticos con base en datos administrativos.
▸ Forma de recogida de datos	Transcripción de documento administrativo, cualquiera que sea la forma de cumplimentar éste.
▸ Objetivo general	Conocimiento de las vacunaciones realizadas en la población, en lo que se refiere al calendario de vacunaciones.
▸ Variables de estudio	Clase de vacuna, dosis administradas.
▸ Variables de clasificación	Edad.
▸ Tipo de difusión	A petición de usuario.
▸ Periodicidad de la difusión	Anual.
▸ Periodicidad de la recogida de datos	Anual.
▸ Unidades	Unidades sanitarias.
▸ Fuente administrativa (en su caso)	Documentación administrativa.
▸ Figura en el Plan Estadístico Nacional 2001-2004	No.
▸ Legislación Estadística Comunitaria relacionada con esta operación	

Capítulo 6.

Financiación y actividad económica del sistema sanitario

Cuentas Satélites del Gasto Sanitario Público

54012

▶ Servicio responsable	Secretaría General de Sanidad (MSC).
▶ Unidad ejecutora	Subdirección General de Análisis Económico y Fondo de Cohesión (Dirección General de Cohesión del Sistema Nacional de Salud y Alta Inspección).
▶ Participación de otros organismos	CC.AA.
▶ Clase de operación	Estadísticas propiamente dichas, con resultados agregados en tablas.
▶ Sector o tema	Salud.
▶ Subsector o subtema	Análisis, síntesis y recopilaciones de salud.
▶ Nivel de desagregación	Autonómica.
▶ Metodología de la recogida de datos	Obtención mediante elaboración de resúmenes estadísticos con base en datos administrativos.
▶ Forma de recogida de datos	Transcripción de documento administrativo, cualquiera que sea la forma de cumplimentar éste.
▶ Objetivo general	Obtención de la cifra agregada de gasto público en sanidad; clasificación por agregados de contabilidad nacional, clasificación económica, funcional y por sector de gasto; territorialización del gasto público en sanidad; y aproximación metodológica a las Cuentas de Salud de la OCDE.
▶ Variables de estudio	Clasificación económica y funcional de los gastos.
▶ Variables de clasificación	Servicios suministrados, agentes ejecutores del gasto.
▶ Tipo de difusión	Publicación monográfica.
▶ Periodicidad de la difusión	Anual.
▶ Periodicidad de la recogida de datos	Anual.
▶ Unidades	Agentes o centros gestores que realizan operaciones de gasto o financiación de las actividades sanitarias públicas.
▶ Fuente administrativa (en su caso)	Liquidación presupuestaria.
▶ Figura en el Plan Estadístico Nacional 2001-2004	Sí - 3387.
▶ Legislación Estadística Comunitaria relacionada con esta operación:	Reglamento del Consejo n.º 2223/1996.

Consumo Farmacéutico en el Sistema Nacional de Salud**54042**

▸ Servicio responsable	Subsecretaría de Sanidad y Consumo (MSC).
▸ Unidad ejecutora	Subdirección General de Estudios y Análisis Económicos (Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios).
▸ Participación de otros organismos	CC.AA. (Servicios de Salud), INGESA.
▸ Clase de operación	Estadísticas propiamente dichas, con resultados agregados en tablas.
▸ Sector o tema	Salud.
▸ Subsector o subtema	Medicamentos y otros productos sanitarios.
▸ Nivel de desagregación	Provincial.
▸ Metodología de la recogida de datos	Obtención mediante enumeración completa de datos administrativos originales.
▸ Forma de recogida de datos	Transcripción de documento administrativo, cualquiera que sea la forma de cumplimentar éste.
▸ Objetivo general	Información sobre el consumo de productos farmacéuticos en el Sistema Nacional de Salud, prescritos en receta oficial de la Seguridad Social y dispensados a través de las oficinas de farmacia.
▸ Variables de estudio	Grupo terapéutico, producto farmacéutico, unidades dispensadas, coste, tipo de aportación del usuario, grupo de prestación y laboratorio.
▸ Variables de clasificación	
▸ Tipo de difusión	A petición de usuario.
▸ Periodicidad de la difusión	Anual, mensual.
▸ Periodicidad de la recogida de datos	Anual, mensual.
▸ Unidades	Productos farmacéuticos adquiridos a través de las oficinas de farmacia con receta oficial de la Seguridad Social en el Sistema Nacional de Salud.
▸ Fuente administrativa (en su caso)	Receta oficial de la Seguridad Social.
▸ Figura en el Plan Estadístico Nacional 2001-2004	Sí - 3384.
▸ Legislación Estadística Comunitaria relacionada con esta operación	

Contabilidad Nacional de España. Base 2000

30012

▶ Servicio responsable	Instituto Nacional de Estadística (INE).
▶ Unidad ejecutora	Subdirección General de Cuentas Nacionales (Dirección General de Productos Estadísticos).
▶ Participación de otros organismos	No.
▶ Clase de operación	Elaboración de síntesis y de análisis con resultados procedentes de diversas fuentes.
▶ Sector o tema	Cuentas económicas.
▶ Subsector o subtema	Contabilidad Nacional.
▶ Nivel de desagregación	Nacional.
▶ Metodología de la recogida de datos	Obtención de estadísticas derivadas de otros resultados estadísticos.
▶ Forma de recogida de datos	No aplicable.
▶ Objetivo general	Elaboración del sistema de Cuentas Nacionales de España, según la metodología establecida en el Sistema Europeo de Cuentas Nacionales y Regionales SEC-95.
▶ Variables de estudio	Todas las que figuran en la secuencia de cuentas, tablas y cuadros que propone el SEC-1995 y, en especial, las que se presentan en el anexo B del Reglamento SEC-1995: operaciones de bienes y servicios, de distribución y financieras, otros flujos, activos y pasivos; cuentas corrientes, de acumulación y balances, tablas de origen y de destino e input-output, población, empleo, puestos de trabajo y horas trabajadas, clasificaciones cruzadas de las cuentas de producción, clasificaciones de gasto por finalidad.
▶ Variables de clasificación	Sectores institucionales, ramas de actividad, economía nacional y resto del mundo.
▶ Tipo de difusión	"Contabilidad Nacional de España. Base 2000".
▶ Periodicidad de la difusión	Anual.
▶ Periodicidad de la recogida de datos	No aplicable.
▶ Unidades	No aplicable.
▶ Fuente administrativa (en su caso)	No aplicable.
▶ Figura en el Plan Estadístico Nacional 2001-2004	Sí - 3811.
▶ Legislación Estadística Comunitaria relacionada con esta operación	Reglamento del Consejo n.º 2223/1996.

2. Instalación de los CDs

Esta aplicación ha sido desarrollada en HTML por lo que es necesario un navegador (Internet Explorer o Netscape Navigator) para su visualización. Si la versión de su navegador es inferior a la 4.0 deberá actualizar el navegador.

Algunas páginas son muy pesadas por lo que le rogamos paciencia, sobre todo si su ordenador no es muy actual o poco potente.

Puede acceder a la página de inicio pulsando dos veces sobre el icono "default.htm" que está en la misma carpeta que este fichero. Haciendo esto se abrirán dos páginas:

La primera de ellas es la aplicación en si misma y se abre a pantalla completa para facilitar la visualización. Si desea volver a ella directamente o no visualizarla a pantalla completa puede abrir la pagina "index.htm" que está en la misma carpeta."

La otra página, oculta tras la primera, le facilita el acceso a la página de Internet dedicada a las actualizaciones y además le permite instalar un icono en el escritorio y menu de inicio/programas.

En realidad crea un acceso directo por lo que no ocupará apenas espacio en su disco duro. Por contra deberá introducir su CD en el lector desde el que realizó la instalación cada vez que desee acceder a la aplicación. Puede desinstalar esta aplicación en cualquier momento desde el panel de control.

Si tiene dificultades puede ponerse en contacto con nosotros en la siguiente dirección "www.sisan.info" donde también dispone del SISAN "on line". Del mismo modo, puede ponerse en contacto a través del correo electrónico sisan@fgcasal.org.

3. Índice de tablas de los CDs

Capítulo 1. Demografía y población

1. Población
 - 1.1. Población de hecho
 - 1.1.1. Por Provincias
 - 1.1.2. Por Comunidades Autónomas
 - 1.1.3. Comunidad y sus provincias
 - 1.2. Población de derecho
 - 1.2.1. Por Provincias
 - 1.2.2. Por Comunidades Autónomas
 - 1.2.3. Comunidad y sus provincias
 - 1.3. Población desde 1996
 - 1.3.1. Por Provincias
 - 1.3.2. Por Comunidades Autónomas
 - 1.3.3. Comunidad y sus provincias
 - 1.4. Estimaciones intercensales de población
 - 1.4.1. Por Provincias
 - 1.4.2. Por Comunidades Autónomas
 - 1.4.3. Comunidad y sus provincias
 - 1.5. Proyecciones de población hasta 2005
 - 1.5.1. Por Provincias
 - 1.5.2. Por Comunidades Autónomas
 - 1.5.3. Comunidad y sus provincias
 - 1.5.4. España hasta 2050
 - 1.6. Población por edad
 - 1.6.1. Comunidades Autónomas (Una única tabla)
 - 1.7. Población por municipios
 - 1.7.1. Por Provincias
 - 1.8. Serie histórica de población (elaboración propia)
 - 1.8.1. Por Provincias
 - 1.8.2. Por Comunidades Autónomas
 - 1.8.3. Comunidad y sus provincias
2. Movimiento natural de población
 - 2.1. Nacimientos
 - 2.1.1. Nacimientos por lugar de residencia y provincia
 - 2.1.2. Nacimientos por lugar de residencia y comunidad autónoma
 - 2.1.3. Nacimientos por lugar de residencia por comunidad y provincia
 - 2.1.4. Nacimientos por lugar de registro y provincia
 - 2.1.5. Nacimientos por lugar de registro y comunidad
 - 2.2. Defunciones
 - 2.2.1. Defunciones por lugar de residencia y provincia
 - 2.2.2. Defunciones por lugar de residencia y comunidad
 - 2.2.3. Defunciones por lugar de residencia por comunidad y provincia

- 2.2.4. Defunciones por lugar de registro y provincia
 - 2.2.5. Defunciones por lugar de registro y comunidad
 - 2.2.6. Defunciones por edad y provincia
 - 2.2.7. Defunciones por edad y comunidad
 - 2.2.8. Defunciones en el primer año de vida y provincia
 - 2.2.9. Defunciones en el primer año de vida y comunidad
- 2.3. Matrimonios
 - 2.3.1. Por Provincias
 - 2.3.2. Por Comunidades Autónomas
 - 2.3.3. Comunidad y sus provincias
- 3. Migraciones
 - 3.1. Saldo migratorio interior
 - 3.2. Inmigraciones procedentes del extranjero clasificadas por CC.AA. de destino. Españoles
 - 3.3. Inmigraciones procedentes del extranjero clasificadas por país de procedencia. Españoles
 - 3.4. Inmigraciones procedentes del extranjero clasificadas por CC.AA. de destino. Extranjeros
 - 3.5. Inmigraciones procedentes del extranjero clasificadas por país de procedencia. Extranjeros
 - 3.6. Efectivo de extranjeros residentes en España clasificados por CC.AA. de residencia.
 - 3.7. Efectivo de extranjeros residentes en España clasificados por país de nacionalidad.
 - 3.8. Emigración asistida por CC.AA. de origen.
- 4. Indicadores demográficos básicos
 - 4.1. Tasa bruta de natalidad, por 1000 habitantes.
 - 4.1.1. Por provincias
 - 4.1.2. Por Comunidades Autónomas
 - 4.1.3. Comunidad y sus provincias
 - 4.2. Número medio de hijos por mujer.
 - 4.2.1. Por provincias
 - 4.2.2. Por Comunidades Autónomas
 - 4.2.3. Comunidad y sus provincias
 - 4.3. Edad media a la maternidad.
 - 4.3.1. Por provincias
 - 4.3.2. Por Comunidades Autónomas
 - 4.3.3. Comunidad y sus provincias
 - 4.4. Tasa bruta de mortalidad, por 1000 habitantes.
 - 4.4.1. Por provincias
 - 4.4.2. Por Comunidades Autónomas
 - 4.4.3. Comunidad y sus provincias
 - 4.5. Tasa de mortalidad infantil, por 1000 nacidos.
 - 4.5.1. Por provincias
 - 4.5.2. Por Comunidades Autónomas
 - 4.5.3. Comunidad y sus provincias
 - 4.6. Tasa bruta de nupcialidad, por 1000 habitantes.
 - 4.6.1. Por provincias
 - 4.6.2. Por Comunidades Autónomas
 - 4.6.3. Comunidad y sus provincias
 - 4.7. Edad media al primer matrimonio. Total nacional
 - 4.8. Crecimiento natural de población
 - 4.8.1. Resumen de evolución demográfica

- 4.8.2. Por provincias
- 4.8.3. Por Comunidades Autónomas
- 4.8.4. Comunidad y sus provincias
- 4.9. Estructura de la población según sexo y edad
 - 4.9.1. Por provincias
 - 4.9.2. Por Comunidades Autónomas
 - 4.9.3. Comunidad y sus provincias
- 4.10. Población menor de 15 años
 - 4.10.1. Por provincias
 - 4.10.2. Por Comunidades Autónomas
 - 4.10.3. Comunidad y sus provincias
- 4.11. Índice de juventud
 - 4.11.1. Por provincias
 - 4.11.2. Por Comunidades Autónomas
 - 4.11.3. Comunidad y sus provincias
- 4.12. Población de 16 a 64 años
 - 4.12.1. Por provincias
 - 4.12.2. Por Comunidades Autónomas
 - 4.12.3. Comunidad y sus provincias
- 4.13. Población de 65 y más años
 - 4.13.1. Por provincias
 - 4.13.2. Por Comunidades Autónomas
 - 4.13.3. Comunidad y sus provincias
- 4.14. Índice de dependencia demográfica
 - 4.14.1. Por provincias
 - 4.14.2. Por Comunidades Autónomas
 - 4.14.3. Comunidad y sus provincias
- 4.15. Densidad de población
 - 4.15.1. Por provincias
 - 4.15.2. Por Comunidades Autónomas
 - 4.15.3. Comunidad y sus provincias
- 4.16. Migraciones
 - 4.16.1. Migraciones interiores 1994-2001
 - 4.16.2. Emigrantes/100.000 habitantes
- 5. Notas metodológicas
 - 5.1. Fichas de las encuestas
 - 5.2. Metodología de las encuestas
 - 5.3. Glosario

Capítulo 2. Aspectos socio-económicos

- 1. Educación
 - 1.1. Analfabetismo declarado y población analfabeta o sin estudios.
 - 1.1.1. Analfabetismo declarado
 - 1.1.2. Proporción de población de 16 y más años analfabetas/sin estudios por CC.AA
 - 1.2. Educación infantil/preescolar

- 1.2.1. Resumen anual por unidades escolares, profesorado, alumnado matriculado y curso académico.
- 1.2.2. Unidades escolares (curso 1999-00) por CC.AA. y tipo de centro.
- 1.2.3. Alumnado matriculado (curso 1999-00) por CCAA y tipo de centro
- 1.3. Educación primaria/EGB
 - 1.3.1. Resumen anual por unidades escolares, profesorado, alumnado y curso académico.
 - 1.3.2. Unidades escolares (curso 1999-00) por CC.AA., tipo y titularidad del centro.
 - 1.3.3. Alumnado matriculado (curso 1999-00) por CCAA
- 1.4. Educación Secundaria y Formación Profesional
 - 1.4.1. Educación Secundaria (general) por titularidad del centro, alumnado matriculado y alumnado que terminó los estudios, sexo y curso académico.
 - 1.4.2. Alumnado de ESO por CC.AA. matriculado en 99-00.
 - 1.4.3. BUP y COU. Alumnado matriculado en el curso 1999-00 por CC.AA..
 - 1.4.4. Bachillerato LOGSE por CC.AA. alumnado matriculado 1999-00.
 - 1.4.5. Formación Profesional por alumnado matriculado y curso académico.
 - 1.4.6. Formación Profesional. Alumnado matriculado en el curso 1999-00 por CC.AA. y grado.
 - 1.4.7. Módulos Profesionales (Nivel II) por alumnado matriculado y curso académico.
 - 1.4.8. Módulos Profesionales (Nivel II). Alumnado matriculado en el curso 1999-00 por CC.AA.
- 1.5. Educación superior.
 - 1.5.1. Profesorado y su evolución por tipo de presentación, clase de enseñanzas y curso académico.
 - 1.5.2. Alumnado matriculado, clasificado por tipo de presentación, clase de enseñanzas y curso académico.
 - 1.5.3. Alumnado que terminó sus estudios, clasificado por tipo de presentación, clase de enseñanzas y curso académico.
 - 1.5.4. Alumnado matriculado por Comunidad autónoma y tipo de universidad en el curso 1999-00.
 - 1.5.5. Proporción de población de con estudios superiores por CC.AA.
- 2. Mercado de trabajo
 - 2.1. Encuesta de Población Activa
 - 2.1.1. Resultados nacionales
 - 2.1.1.1. Población de 16 y más años por sexo, grupos de edad (4) y relación con la actividad económica.
 - 2.1.1.2. Ocupados por sexo, sector económico y grupos de edad (4).
 - 2.1.1.3. Ocupados por sexo y situación profesional
 - 2.1.1.4. Ocupados por cuenta propia o ajena y sexo
 - 2.1.1.5. Ocupados por sector económico. Total de ocupados y trabajadores por cuenta ajena y sexo.
 - 2.1.1.6. Ocupados subempleados por sector económico (4) y sexo.
 - 2.1.1.7. Parados por sexo, sector económico (5) y grupo de edad (4).
 - 2.1.1.8. Parados por sexo, según hayan o no trabajado antes y tiempo de búsqueda de empleo.
 - 2.1.1.9. Inactivos por sexo y grupo de edad (5)
 - 2.1.1.10. Inactivos por sexo y situación de inactividad.
 - 2.1.1.11. Tasas de actividad, paro y empleo por sexo, distintos grupos de edad y tipo de tasa.
 - 2.1.1.12. Distribución porcentual de los activos por sector económico (5).
 - 2.1.1.13. Distribución porcentual, respecto al total de cada sexo de los activos por sector económico (5).
 - 2.1.1.14. Distribución porcentual, respecto al total de cada sexo de los parados por sector económico, sexo y grupo de edad.
 - 2.1.2. Resultados por CC.AA.
 - 2.1.2.1. Población de 16 y más años por sexo, grupo de edad, comunidad autónoma y relación con la actividad económica (5).
 - 2.1.2.2. Ocupados por comunidad autónoma, sexo, sector económico (4) y grupo de edad (4).
 - 2.1.2.3. Parados por comunidad autónoma y grupo de edad (4).

- 2.1.2.4. Parados por comunidad autónoma y sector económico (5).
- 2.1.2.5. Parados por comunidad autónoma y tiempo de búsqueda de empleo (5).
- 2.1.2.6. Inactivos por comunidad autónoma y situación de inactividad (5).
- 2.1.2.7. Tasas de actividad, empleo y paro por CC.AA., sexo y grupos de edad (4).
- 2.1.2.8. Tasas de actividad por nivel de estudios y CC.AA.
- 2.2. Paro registrado
 - 2.2.1. Paro registrado. Resumen nacional. (Medias anuales. Miles).
 - 2.2.2. Paro registrado por CCAA. (Miles).
- 2.3. Movimiento laboral registrado.
 - 2.3.1. Movimiento laboral registrado. Demandas, ofertas y colocaciones registradas.
 - 2.3.2. Contratos registrados según sexo y principales características.
 - 2.3.3. Demandas de trabajo registradas por CCAA.
- 2.4. Relaciones laborales
 - 2.4.1. Total convenios por datos básicos y año.
 - 2.4.2. Convenios de empresa y de otro ámbito por CCAA, clase de convenio, trabajadores afectados/aumento salarial pactado y año.
 - 2.4.3. Regulación de empleo: Expedientes terminados y trabajadores afectados por tipo/forma de terminación y año.
 - 2.4.4. Regulación de empleo por CCAA, año y trabajadores afectados/despeditos por expedientes autorizados.
 - 2.4.5. Permisos de trabajos concedidos a extranjeros en España.
 - 2.4.6. Permisos de trabajo concedidos a extranjeros por CCAA del centro de trabajo, año y sector de actividad.
 - 2.4.7. Número de huelgas y jornadas no trabajadas por motivo de huelga en España
 - 2.4.8. Jornadas no trabajadas por motivo de huelga por CCA
 - 2.4.9. Jornada efectiva media por trabajador por tipo de jornada, sector de actividad y año.
 - 2.4.10. Jornada efectiva media por trabajador por comunidad autónoma y año.
 - 2.4.11. Horas extraordinarias por sector de actividad, trabajador y año.
- 2.5. Costes laborales y salarios.
 - 2.5.1. Salario mínimo interprofesional por edad, euros y año.
 - 2.5.2. Coste salarial por sector de actividad, periodo, tipo de jornada y tipo de coste salarial.
- 3. Producción y renta nacional
 - 3.1. Contabilidad trimestral de España
 - 3.1.1. Demanda
 - 3.1.1.1. PIB. Demanda. Precios Corrientes. Niveles. (1980-2003)
 - 3.1.1.2. PIB. Demanda. Precios Corrientes. Variación interanual. (1980-2003)
 - 3.1.1.3. PIB. Demanda. Precios Corrientes. Variación respecto al trimestre anterior. (1980-2003)
 - 3.1.1.4. PIB. Demanda. Precios Constantes. Niveles. (1980-2003)
 - 3.1.1.5. PIB. Demanda. Precios Constantes. Variación interanual. (1980-2003)
 - 3.1.1.6. PIB. Demanda. Precios Constantes. Variación respecto al trimestre anterior. (1980-2003)
 - 3.1.2. Oferta
 - 3.1.2.1. PIB. Oferta. Precios Corrientes. Niveles. (1980-2003)
 - 3.1.2.2. PIB. Oferta. Precios Corrientes. Variación interanual. (1980-2003)
 - 3.1.2.3. PIB. Oferta. Precios Corrientes. Variación respecto al trimestre anterior. (1980-2003)
 - 3.1.2.4. PIB. Oferta. Precios Constantes. Niveles. (1980-2003)
 - 3.1.2.5. PIB. Oferta. Precios Constantes. Variación interanual. (1980-2003)
 - 3.1.2.6. PIB. Oferta. Precios Constantes. Variación respecto al trimestre anterior. (1980-2003)
 - 3.1.3. Renta
 - 3.1.3.1. PIB. Renta. Precios Corrientes. Niveles. (1980-2003)

- 3.1.3.2. PIB. Renta. Precios Corrientes. Variación interanual. (1980-2003)
 - 3.1.3.3. PIB. Renta. Precios Corrientes. Variación respecto al trimestre anterior. (1980-2003)
 - 3.1.4. Cuentas trimestrales de la economía Nacional a precios corrientes. (1995-2003)
 - 3.1.5. Cuentas trimestrales de la economía del Resto del Mundo a precios corrientes. (1995-2003)
 - 3.1.6. Población y empleo por ramas de actividad.
 - 3.1.6.1. Población y empleo por ramas de actividad. Niveles (1980-2003)
 - 3.1.6.2. Población y empleo por ramas de actividad. Variación interanual (1980-2003)
 - 3.1.6.3. Población y empleo por ramas de actividad. Variación respecto al trimestre anterior. (1980-2003)
 - 3.2. Contabilidad regional de España
 - 3.2.1. Producto interior bruto por comunidades autónomas. Base 1995. (1995-2002)
 - 3.2.2. Producto interior bruto por comunidades autónomas. Base 1986. (1980-1995).
 - 3.3. Producto interior bruto per cápita
4. Precios, tipos de interés y tipos de cambio
- 4.1. Índice de precios al consumo
 - 4.1.1. Nacional por Grupos COICOP. (1993-2003)
 - 4.1.2. Índice general por comunidades autónomas. (1993-2003)
 - 4.2. Tipos de interés
 - 4.3. Tipos de cambio
 - 4.3.1. Tipos de cambio del euro frente a las principales monedas
 - 4.3.2. Tipos de cambio efectivos. Competitividad de la economía española.
 - 4.3.3. Paridades de poder adquisitivo
 - 4.4. Indicadores de convergencia
 - 4.4.1. Precios y tipos de interés
 - 4.4.2. Déficit público y deuda pública
5. Hogares
- 5.1. Encuesta Continua de Presupuestos Familiares
 - 5.1.1. Hogares, personas por CCAA de residencia y tamaño medio del hogar.
 - 5.1.2. Hogares, personas por situación económica del hogar (ocupados) en el último trimestre y tamaño medio del hogar.
 - 5.1.3. Gasto real total y medios por grupos de gasto y índices de variación del gasto real medio por hogar.
 - 5.1.4. Gasto medio por persona y CC.AA de residencia
 - 5.2. Panel de Hogares de la Unión Europea (datos de España)
 - 5.2.1. Hogares por Comunidades Autónomas y régimen de tenencia de vivienda principal.
 - 5.2.2. Hogares por Comunidades Autónomas y determinadas instalaciones o servicios que poseen.
 - 5.2.3. Hogares por Comunidades Autónomas y determinados problemas que sufren.
 - 5.2.4. Hogares por Comunidades Autónomas y determinados bienes de equipamiento que disponen.
 - 5.2.5. Hogares por Comunidades Autónomas, determinados bienes de equipamiento que no disponen y si pueden permitírselo o no
 - 5.3. Tecnologías de la información en los hogares
 - 5.3.1. Equipamiento en telefonía fija de los hogares por Comunidades Autónomas, tipo de indicador y principales variables.
 - 5.3.2. Equipamiento de productos de tecnologías de información y comunicación. España. 2002.
 - 5.3.3. Acceso a Internet de los hogares por Comunidades Autónomas y principales magnitudes.
6. Protección social
- 6.1. Ingresos y gastos de protección social. 1991-2001

- 6.2. Indicadores básicos de prestaciones de protección social. 1992-2001
- 6.3. Trabajadores afiliados al sistema de la Seguridad Social en alta laboral según régimen. 1986-2001
- 6.4. Trabajadores afiliados al sistema de la Seguridad Social en alta laboral por comunidades autónomas. 1994-2001.
- 6.5. Trabajadores afiliados al sistema de la Seguridad Social en alta laboral, según régimen por comunidades autónomas. 2001
- 6.6. Número de pensiones contributivas del sistema de la Seguridad Social y pensión media según régimen y clase. 1991-2001
- 6.7. Número de pensiones contributivas en vigor según régimen por comunidades autónomas. 2001
- 6.8. Número de pensiones contributivas del sistema de la Seguridad Social en vigor según clase por comunidades autónomas. 1994-2001
- 6.9. Altas y bajas de pensiones contributivas según régimen y clase. 1991-2001
- 6.10. Pensiones asistenciales según clase por comunidades autónomas. 1993-2001
- 6.11. Importe medio de las pensiones no contributivas de la SS. 1994-2001
- 6.12. Beneficiarios según clase de prestación por desempleo por sexo y edad. 2001
- 6.13. Beneficiarios según clase de prestación por desempleo y comunidades autónomas. 1994-2001
- 6.14. Tasa de cobertura de la prestación por desempleo por comunidades autónomas. 1994-2001.
- 6.15. Beneficiarios de prestaciones sociales y económicas de la LISMI, según clase de prestación. 1991-2001
- 6.16. Beneficiarios de prestaciones sociales y económicas de la LISMI, según clase de prestación por comunidades autónomas. 1994-2001
- 6.17. Importe medio de las prestaciones de la LISMI
- 6.18. Gasto social en España
 - 6.18.1. Gasto social en España por conceptos. Precios corrientes
 - 6.18.2. Gasto social en España por conceptos. Precios constantes
 - 6.18.3. Gasto social en España por políticas. Precios corrientes
 - 6.18.4. Gasto social en España por políticas. Precios constantes
 - 6.18.5. Gasto social en España por grandes grupos de políticas. Precios corrientes
 - 6.18.6. Gasto social en España por políticas por grandes grupos de políticas. Precios constantes
7. Notas metodológicas
 - 7.1. Fichas de las encuestas
 - 7.2. Metodología de las encuestas
 - 7.3. Glosario

Capítulo 3. Estado de salud

1. Mortalidad
 - 1.1. Esperanza de vida e indicadores relacionados
 - 1.1.1. Evolución esperanza de vida por CC.AA
 - 1.1.2. Mapa. Esperanza de vida por CC.AA. Año 1999. Mujeres
 - 1.1.3. Mapa. Esperanza de vida por CC.AA. Año 1999. Hombres
 - 1.1.4. Esperanza de vida por CC.AA a determinadas edades año 1999.
 - 1.1.5. Esperanza de vida por grupo de edad
 - 1.1.6. Supervivientes según edades
 - 1.1.7. Probabilidad de muerte
 - 1.2. Indicadores generales de mortalidad
 - 1.2.1. Defunciones
 - 1.2.2. Edad media a la defunción

- 1.2.3. Tasas cruda de mortalidad
- 1.2.4. Tasa ajustada por edad
- 1.2.5. Indicadores generales de mortalidad infantil
- 1.3. Indicadores específicos de mortalidad
 - 1.3.1. Número de defunciones
 - 1.3.1.1. Por capítulo, total nacional y edad (CIE)
 - 1.3.1.1.1. Todas las causas. (001-E999). Ambos sexos
 - 1.3.1.1.1.1. Todas las causas. (001-E999). Ambos sexos
 - 1.3.1.1.1.2. Todas las causas. (001-E999). Hombres
 - 1.3.1.1.1.3. Todas las causas. (001-E999). Mujeres
 - 1.3.1.1.1.4. Estructura porcentual por edad. Año 1998. Ambos sexos
 - 1.3.1.1.2. Enfermedades infecciosas y parasitarias (001-139). Todas las edades.
 - 1.3.1.1.2.1. Evolución del número de defunciones por causa. 1980-1998
 - 1.3.1.1.2.2. Estructura porcentual por causa. Año 1998. Ambos sexos
 - 1.3.1.1.3. Tumores (140-239). Todas las edades.
 - 1.3.1.1.3.1. Evolución del número de defunciones por causa. 1980-1998
 - 1.3.1.1.3.2. Estructura porcentual por causa. Año 1998. Ambos sexos
 - 1.3.1.1.4. Tumores varones: Próstata y testículo (185,186). Todas las edades.
 - 1.3.1.1.4.1. Evolución del número de defunciones. 1980-1998
 - 1.3.1.1.5. Tumores mujeres: Mama, útero y ovario (174,179,180,182,183). Todas las edades.
 - 1.3.1.1.5.1. Evolución del número de defunciones. 1980-1998
 - 1.3.1.1.6. Enfermedades de las glándulas endocrinas, de la nutrición, del metabolismo y trastornos de la inmunidad (240-279). Todas las edades.
 - 1.3.1.1.6.1. Evolución del número de defunciones por causa. 1980-1998
 - 1.3.1.1.6.2. Estructura porcentual por causa. Año 1998. Ambos sexos
 - 1.3.1.1.7. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos (280-289). Todas las edades.
 - 1.3.1.1.7.1. Evolución del número de defunciones por causa. 1980-1998
 - 1.3.1.1.7.2. Estructura porcentual por causa. Año 1998. Ambos sexos
 - 1.3.1.1.8. Trastornos mentales (290-319). Todas las edades.
 - 1.3.1.1.8.1. Evolución del número de defunciones por causa. 1980-1998.
 - 1.3.1.1.8.2. Estructura porcentual por causa. Año 1998. Ambos sexos.
 - 1.3.1.1.9. Trastornos mentales. Psicosis orgánicas senil y presenil. Todas las edades.
 - 1.3.1.1.9.1. Evolución del número de defunciones por causa. 1980-1998.
 - 1.3.1.1.10. Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos (320-389). Todas las edades.
 - 1.3.1.1.10.1. Evolución del número de defunciones por causa. 1980-1998.
 - 1.3.1.1.10.2. Estructura porcentual por causa. Año 1998. Ambos sexos
 - 1.3.1.1.11. Enfermedades del aparato circulatorio (390-459). Todas las edades.
 - 1.3.1.1.11.1. Evolución del número de defunciones por causa. 1980-1998.
 - 1.3.1.1.11.2. Estructura porcentual por causa. Año 1998. Ambos sexos
 - 1.3.1.1.12. Enfermedades del aparato respiratorio (460-519). Todas las edades.
 - 1.3.1.1.12.1. Evolución del número de defunciones por causa. 1980-1998.
 - 1.3.1.1.12.2. Estructura porcentual por causa. Año 1998. Ambos sexos
 - 1.3.1.1.13. Enfermedades del aparato digestivo (520-579). Todas las edades.
 - 1.3.1.1.13.1. Evolución del número de defunciones por causa. 1980-1998.
 - 1.3.1.1.13.2. Estructura porcentual por causa. Año 1998. Ambos sexos

- 1.3.1.1.14. Enfermedades del aparato genitourinario (580-629), excepto hiperplasia de la próstata (600). Todas las edades.
 - 1.3.1.1.14.1. Evolución del número de defunciones por causa. 1980-1998.
 - 1.3.1.1.14.2. Estructura porcentual por causa. Año 1998. Ambos sexos
- 1.3.1.1.15. Enfermedades del aparato genitourinario varones: Hiperplasia de la próstata (600). Todas las edades.
 - 1.3.1.1.15.1. Evolución del número de defunciones por causa. 1980-1998.
- 1.3.1.1.16. Complicaciones del embarazo, del parto y del puerperio (630-676). Todas las edades.
 - 1.3.1.1.16.1. Evolución del número de defunciones por causa. 1980-1998.
- 1.3.1.1.17. Enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo (680-709). Todas las edades.
 - 1.3.1.1.17.1. Evolución del número de defunciones por causa. 1980-1998.
- 1.3.1.1.18. Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo (710-739). Todas las edades.
 - 1.3.1.1.18.1. Evolución del número de defunciones por causa. 1980-1998.
- 1.3.1.1.19. Anomalías congénitas (740-759). Todas las edades.
 - 1.3.1.1.19.1. Evolución del número de defunciones por causa. 1980-1998.
- 1.3.1.1.20. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal (760-779). Todas las edades.
 - 1.3.1.1.20.1. Evolución del número de defunciones por causa. 1980-1998.
 - 1.3.1.1.20.2. Estructura porcentual por causa. Año 1998.
- 1.3.1.1.21. Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos (780-799). Todas las edades.
 - 1.3.1.1.21.1. Evolución del número de defunciones por causa. 1980-1998.
- 1.3.1.1.22. Causas externas de traumatismos y envenenamientos (E800-E999). Todas las edades.
 - 1.3.1.1.22.1. Evolución del número de defunciones por causa. 1980-1998.
 - 1.3.1.1.22.2. Estructura porcentual por causa. Año 1998.
- 1.3.1.2. Por capítulo y comunidad autónoma (CIE)
 - 1.3.1.2.1. Todas las causas. (001-E999). Ambos sexos
 - 1.3.1.2.1.1. Todas las causas. (001-E999). Ambos sexos
 - 1.3.1.2.1.2. Todas las causas. (001-E999). Mujeres
 - 1.3.1.2.1.3. Todas las causas. (001-E999). Hombres
 - 1.3.1.2.2. Enfermedades infecciosas y parasitarias (001-139).
 - 1.3.1.2.2.1. Número de defunciones por causa. 1988. Todas las edades.
 - 1.3.1.2.2.2. Estructura porcentual por CC.AA. Año 1998. Ambos sexos y todas las edades.
 - 1.3.1.2.3. Tumores (140-239).
 - 1.3.1.2.3.1. Número de defunciones por causa. 1988. Todas las edades.
 - 1.3.1.2.3.2. Estructura porcentual por CC.AA. Año 1998. Ambos sexos y todas las edades.
 - 1.3.1.2.4. Tumores varones: Próstata y testículo (185,186)
 - 1.3.1.2.4.1. Número de defunciones por causa. 1988. Todas las edades.
 - 1.3.1.2.4.2. Estructura porcentual por CC.AA. Año 1998. Ambos sexos y todas las edades.
 - 1.3.1.2.5. Tumores mujeres: Mama, útero y ovario (174,179,180,182,183)
 - 1.3.1.2.5.1. Número de defunciones por causa. 1988. Todas las edades.
 - 1.3.1.2.5.2. Estructura porcentual por CC.AA. Año 1998. Ambos sexos y todas las edades.
 - 1.3.1.2.6. Enfermedades de las glándulas endocrinas, de la nutrición, del metabolismo y trastornos de la inmunidad (240-279).
 - 1.3.1.2.6.1. Número de defunciones por causa. 1988. Todas las edades.

- 1.3.1.2.6.2. Estructura porcentual por CC.AA. Año 1998. Ambos sexos y todas las edades.
- 1.3.1.2.7. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos (280-289)
 - 1.3.1.2.7.1. Número de defunciones por causa. 1988. Todas las edades.
 - 1.3.1.2.7.2. Estructura porcentual por CC.AA. Año 1998. Ambos sexos y todas las edades.
- 1.3.1.2.8. Trastornos mentales (290-319)
 - 1.3.1.2.8.1. Número de defunciones por causa. 1988. Todas las edades.
 - 1.3.1.2.8.2. Estructura porcentual por CC.AA. Año 1998. Ambos sexos y todas las edades.
- 1.3.1.2.9. Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos (320-389)
 - 1.3.1.2.9.1. Número de defunciones por causa. 1988. Todas las edades.
 - 1.3.1.2.9.2. Estructura porcentual por CC.AA. Año 1998. Ambos sexos y todas las edades.
- 1.3.1.2.10. Enfermedades del aparato circulatorio (390-459)
 - 1.3.1.2.10.1. Número de defunciones por causa. 1988. Todas las edades.
 - 1.3.1.2.10.2. Estructura porcentual por CC.AA. Año 1998. Ambos sexos y todas las edades.
- 1.3.1.2.11. Enfermedades del aparato respiratorio (460-519)
 - 1.3.1.2.11.1. Número de defunciones por causa. 1988. Todas las edades.
 - 1.3.1.2.11.2. Estructura porcentual por CC.AA. Año 1998. Ambos sexos y todas las edades.
- 1.3.1.2.12. Enfermedades del aparato digestivo (520-579)
 - 1.3.1.2.12.1. Número de defunciones por causa. 1988. Todas las edades.
 - 1.3.1.2.12.2. Estructura porcentual por CC.AA. Año 1998. Ambos sexos y todas las edades.
- 1.3.1.2.13. Enfermedades del aparato genitourinario (580-629), excepto hiperplasia de la próstata (600)
 - 1.3.1.2.13.1. Número de defunciones por causa. 1988. Todas las edades.
 - 1.3.1.2.13.2. Estructura porcentual por CC.AA. Año 1998. Ambos sexos y todas las edades.
- 1.3.1.2.14. Enfermedades del aparato genitourinario varones: Hiperplasia de la próstata (600)
 - 1.3.1.2.14.1. Número de defunciones por causa. 1988. Todas las edades.
 - 1.3.1.2.14.2. Estructura porcentual por CC.AA. Año 1998. Ambos sexos y todas las edades.
- 1.3.1.2.15. Complicaciones del embarazo, del parto y del puerperio (630-676)
 - 1.3.1.2.15.1. Número de defunciones por causa. 1988. Todas las edades.
 - 1.3.1.2.15.2. Estructura porcentual por CC.AA. Año 1998. Ambos sexos y todas las edades.
- 1.3.1.2.16. Enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo (680-709)
 - 1.3.1.2.16.1. Número de defunciones por causa. 1988. Todas las edades.
 - 1.3.1.2.16.2. Estructura porcentual por CC.AA. Año 1998. Ambos sexos y todas las edades.
- 1.3.1.2.17. Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo (710-739)
 - 1.3.1.2.17.1. Número de defunciones por causa. 1988. Todas las edades.
 - 1.3.1.2.17.2. Estructura porcentual por CC.AA. Año 1998. Ambos sexos y todas las edades.
- 1.3.1.2.18. Anomalías congénitas (740-759)
 - 1.3.1.2.18.1. Número de defunciones por causa. 1988. Todas las edades.

- 1.3.1.2.18.2. Estructura porcentual por CC.AA. Año 1998. Ambos sexos y todas las edades.
- 1.3.1.2.19. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal (760-779)
 - 1.3.1.2.19.1. Número de defunciones por causa. 1988. Todas las edades.
 - 1.3.1.2.19.2. Estructura porcentual por CC.AA. Año 1998. Ambos sexos y todas las edades.
- 1.3.1.2.20. Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos (780-799)
 - 1.3.1.2.20.1. Número de defunciones por causa. 1988. Todas las edades.
 - 1.3.1.2.20.2. Estructura porcentual por CC.AA. Año 1998. Ambos sexos y todas las edades.
- 1.3.1.2.21. Causas externas de traumatismos y envenenamientos (E800-E999)
 - 1.3.1.2.21.1. Número de defunciones por causa. 1988. Todas las edades.
 - 1.3.1.2.21.2. Estructura porcentual por CC.AA. Año 1998. Ambos sexos y todas las edades.
- 1.3.1.3. Por causa y sexo.
 - 1.3.1.3.1. Resultados nacionales.
 - 1.3.1.3.1.1. Número de defunciones de las 12 causas de muerte más importantes en el año 2000. Hombres.
 - 1.3.1.3.1.2. Número de defunciones en las 12 causas de muerte más importantes en el año 2000. Mujeres.
 - 1.3.1.3.2. Edad media a la defunción por causa.
 - 1.3.1.3.2.1. Evolución de la edad media a la defunción de las 12 causas de muerte más importantes en el año 2000. Hombres.
 - 1.3.1.3.2.2. Edad media a la defunción de las 12 causas de muerte más importantes en el año 2000. Hombres. Año 2000.
 - 1.3.1.3.2.3. Evolución de la edad media a la defunción de las 12 causas de muerte más importantes en el año 2000. Mujeres.
 - 1.3.1.3.2.4. Edad media a la defunción de las 12 causas de muerte más importantes en el año 2000. Mujeres. Año 2000.
 - 1.3.1.3.3. Por comunidad autónoma
 - 1.3.1.3.3.1. Número de defunciones de las 12 causas de muerte más importantes en el año 2000. Hombres.
 - 1.3.1.3.3.2. Número de defunciones en las 12 causas de muerte más importantes en el año 2000. Mujeres.
- 1.3.2. Tasas crudas de mortalidad (CIE). Resultados nacionales
 - 1.3.2.1. Por capítulo y sexo
 - 1.3.2.1.1. Hombres
 - 1.3.2.1.2. Mujeres
 - 1.3.2.2. Por causa y sexo
 - 1.3.2.2.1. Hombres. 12 causas de muerte más importantes en el año 2000.
 - 1.3.2.2.2. Mujeres. 12 causas de muerte más importantes en el año 2000.
 - 1.3.2.3. Por causa, sexo y grupo de edad.
 - 1.3.2.3.1. Hombres. Año 2000.
 - 1.3.2.3.2. Mujeres. Año 2000.
- 1.3.3. Tasas estandarizadas de mortalidad (CIE)
 - 1.3.3.1. Por capítulo y sexo
 - 1.3.3.1.1. Hombres
 - 1.3.3.1.2. Mujeres

- 1.3.3.2. Por causa y sexo
 - 1.3.3.2.1. Hombres. 12 causas de muerte más importantes en el año 2000.
 - 1.3.3.2.2. Mujeres. 12 causas de muerte más importantes en el año 2000.
 - 1.3.3.3. Por causa, sexo y CA.AA.
 - 1.3.3.3.1. Hombres. 12 causas de muerte más importantes en el año 2000.
 - 1.3.3.3.2. Mujeres. 12 causas de muerte más importantes en el año 2000.
 - 1.3.3.4. Tasas específicas por grupos de edad, sexo y año (quinquenio)
 - 1.3.3.4.1. Hombres
 - 1.3.3.4.2. Mujeres
 - 1.3.3.5. Tasas ajustadas y riesgo acumulado 0-74 años.
 - 1.3.3.5.1. Hombres
 - 1.3.3.5.2. Mujeres
 - 1.3.4. Años de vida perdidos (CIE)
 - 1.3.4.1. Por capítulo y sexo
 - 1.3.4.1.1. Hombres
 - 1.3.4.1.2. Mujeres
 - 1.3.4.2. Por causa y sexo.
 - 1.3.4.2.1. Hombres
 - 1.3.4.2.2. Mujeres
 - 1.3.5. Muertes por enfermedades sensibles a prevención primaria por 10.000 defunciones. Resultados nacionales y CC.AA.
 - 1.3.6. Muertes por enfermedades sensibles a cuidados médicos por 10.000 defunciones. Resultados nacionales y CC.AA.
 - 1.3.7. Enfermedades específicas
 - 1.3.7.1. Cáncer
 - 1.3.7.1.1. Defunciones
 - 1.3.7.1.1.1. Hombres
 - 1.3.7.1.1.2. Mujeres
 - 1.3.7.1.2. Edad promedio a la defunción
 - 1.3.7.1.2.1. Hombres
 - 1.3.7.1.2.2. Mujeres
 - 1.3.7.1.3. Tasas de mortalidad
 - 1.3.7.1.3.1. Hombres
 - 1.3.7.1.3.2. Mujeres
 - 1.3.7.2. Enfermedades cardiovasculares
 - 1.3.7.2.1. Enfermedad isquémica del corazón
 - 1.3.7.2.1.1. Hombres
 - 1.3.7.2.1.2. Mujeres
 - 1.3.7.2.2. Mortalidad por enfermedad cerebrovascular.
 - 1.3.7.2.2.1. Hombres
 - 1.3.7.2.2.2. Mujeres
 - 1.3.7.2.3. Mortalidad por insuficiencia cardíaca.
 - 1.3.7.2.3.1. Hombres
 - 1.3.7.2.3.2. Mujeres
- 2. Morbilidad
 - 2.1. Encuesta de morbilidad hospitalaria
 - 2.1.1. Altas por Comunidad Autónoma de residencia, según el sexo y el diagnóstico.
 - 2.1.1.1. Número de altas totales por Comunidad Autónoma de residencia.

- 2.1.1.2. Estructura porcentual por sexo del número de altas totales por Comunidad Autónoma.
- 2.1.2. Tasa de altas por Comunidad Autónoma de residencia, según el sexo y el diagnóstico.
 - 2.1.2.1. Tasas de altas por 100.000 habitantes. Total por Comunidad Autónoma.
 - 2.1.2.2. Tasas de altas por 100.000 habitantes por diagnóstico, sexo y Comunidad Autónoma en el año 2000.
- 2.1.3. Edad media al alta por Comunidad Autónoma de residencia, según el sexo. Total
- 2.2. Enfermedades de declaración obligatoria (casos por 100.000 habitantes)
 - 2.2.1. Casos registrados por enfermedades
 - 2.2.2. Tuberculosis respiratoria
 - 2.2.3. Sífilis
 - 2.2.4. Infección gonocócica
 - 2.2.5. Hepatitis vírica
 - 2.2.6. Tosferina
 - 2.2.7. Infección meningocócica
- 2.3. SIDA / VIH
 - 2.3.1. Distribución porcentual por categoría de transmisión y sexo, según la Comunidad Autónoma de residencia. Infección gonocócica
 - 2.3.2. Enfermedades indicativas referidas en la notificación de los casos
 - 2.3.3. Casos de sida por Comunidad Autónoma de residencia, según la categoría de transmisión.
 - 2.3.4. Casos de sida por categoría de transmisión y sexo, según la Comunidad Autónoma de residencia.
 - 2.3.4.1. Hombres
 - 2.3.4.2. Mujeres
 - 2.3.5. Casos de sida por categoría de transmisión y sexo, según la edad.
 - 2.3.5.1. Hombres
 - 2.3.5.2. Mujeres
 - 2.3.6. Tasas de sida por millón de habitantes según Comunidad Autónoma de residencia y año de diagnóstico
 - 2.3.7. Casos nuevos de sida por categoría de transmisión, según el año de diagnóstico.
 - 2.3.8. Distribución porcentual de los casos de sida por edad según el año de diagnóstico.
 - 2.3.9. Casos de sida por año de diagnóstico y categoría de transmisión , corregidos por retraso en la notificación.
 - 2.3.10. Casos de sida por año de diagnóstico, según categoría de transmisión y sexo.
 - 2.3.11. Casos nuevos de sida según el año de diagnóstico por CCAA.
- 3. Estado de salud
 - 3.1. Valoración del estado de salud
 - 3.1.1. Panel de Hogares de la Unión Europea
 - 3.1.1.1. Por sexo y año: número de personas
 - 3.1.1.2. Por sexo y año en porcentaje sobre el total
 - 3.1.1.3. Por estado de salud y año
 - 3.1.1.4. Por nivel de estudios
 - 3.1.1.5. Por situación con respecto a la actividad económica
 - 3.1.2. Encuesta nacional de salud
 - 3.1.2.1. Por sexo
 - 3.1.2.2. Por estado civil
 - 3.1.2.3. Por edad
 - 3.1.2.4. Por Comunidad Autónoma
 - 3.1.3. Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud
 - 3.1.3.1. Por sexo
 - 3.1.3.2. Por ingresos

- 3.2. Enfermedades crónicas
 - 3.2.1. Panel de Hogares de la Unión Europea
 - 3.2.2. Encuesta nacional de salud
 - 3.2.2.1. Porcentaje de personas con enfermedades crónicas
 - 3.2.2.2. Tipo de enfermedad crónica padecida
 - 3.2.3. Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud
 - 3.2.3.1. Padecimiento de alguna enfermedad crónica diagnosticada
 - 3.2.3.2. Padecimiento de alguna enfermedad crónica por tipo
- 3.3. Limitación de actividad por dolencias agudas o crónicas
 - 3.3.1. Panel de Hogares de la Unión Europea
 - 3.3.2. Encuesta nacional de salud
- 3.4. Dificultad para actividades cotidianas
 - 3.4.1. Panel de Hogares de la Unión Europea
 - 3.4.1.1. Limitación de actividad por enfermedad o lesión
 - 3.4.1.2. Limitación de actividad por problema emocional o salud mental
 - 3.4.2. Encuesta nacional de salud
- 3.5. Accidentes
 - 3.5.1. Porcentaje de personas que han sufrido un accidente en los últimos 12 meses
 - 3.5.2. Lugar en el que se ha producido el accidente
 - 3.5.3. Porcentaje de personas que necesitaron asistencia médica debido al accidente
 - 3.5.4. Daños que causó el accidente
- 4. Indicadores compuestos
 - 4.1. Esperanzas de vida en salud por edad y sexo
 - 4.2. Esperanza de vida en salud
 - 4.2.1. Esperanza de vida
 - 4.2.2. Esperanza de vida libre de enfermedad crónica
 - 4.2.3. Esperanza de vida en buena salud
 - 4.2.4. Esperanza de vida libre de discapacidad
 - 4.2.5. Esperanza de vida libre de discapacidad severa
 - 4.2.6. Esperanza de vida libre de discapacidades que precisan ayudas
 - 4.2.7. Esperanza de vida libre de discapacidad. para las actividades cotidianas
 - 4.2.8. Esperanza de vida libre de discapacidad de movilidad
 - 4.2.9. Esperanza de vida libre de discapacidad de autocuidado
 - 4.2.10. Esperanza de vida libre de discapacidad para las tareas domésticas
 - 4.2.11. Esperanza de vida libre de discapacidad para ver
 - 4.2.12. Esperanza de vida libre de discapacidad para oír
 - 4.2.13. Esperanza de vida libre de deficiencias osteoarticulares
 - 4.3. Funciones de mortalidad
 - 4.3.1. Años vividos en el intervalo de edad x , $x+n$
 - 4.3.2. Supervivientes a la edad x
 - 4.4. Tasas de discapacidad
 - 4.4.1. Tasa de esperanza de vida libre de enfermedad crónica
 - 4.4.2. Tasa de esperanza de vida en buena salud percibida
 - 4.4.3. Tasa de esperanza de vida libre de discapacidad
 - 4.4.4. Tasa de esperanza de vida libre de discapacidad severa
 - 4.4.5. Tasa de esperanza de vida libre de discapacidades que precisan ayudas
 - 4.4.6. Tasa de esperanza de vida libre de discapacidad para actividades cotidianas
 - 4.4.7. Tasa de esperanza de vida libre de discapacidad de movilidad

- 4.4.8. Tasa de esp. de vida libre de discapacidad de autocuidado
- 4.4.9. Tasa de esp. de vida libre de discapacidad. para tareas domésticas
- 4.4.10. Tasa de esperanza de vida libre de discapacidad para ver
- 4.4.11. Tasa de esperanza de vida libre de discapacidad para oír
- 4.4.12. Tasa de esperanza de vida libre de deficiencias osteoarticulares
- 5. Notas metodológicas
 - 5.1. Fichas de las encuestas
 - 5.2. Metodología de las encuestas
 - 5.3. Glosario

Capítulo 4. Determinantes de la salud

- 1. Biología humana y entorno
 - 1.1. Talla y peso
 - 1.1.1. Talla
 - 1.1.1.1. Altura por sexo: número de personas
 - 1.1.1.2. Altura por sexo: porcentaje de personas
 - 1.1.1.3. Altura media por edad y sexo
 - 1.1.2. Peso
 - 1.1.2.1. Peso por sexo: número de personas
 - 1.1.2.2. Peso por sexo: porcentaje de personas
 - 1.1.2.3. Peso medio por edad y sexo
 - 1.1.3. Índice de Masa Corporal
 - 1.1.3.1. Índice de Masa Corporal: número de personas
 - 1.1.3.2. Índice de Masa Corporal: porcentaje de personas
 - 1.1.3.3. Índice de Masa Corporal medio por edad y sexo
 - 1.2. Edad y Género
 - 1.2.1. Población adulta por edad
 - 1.2.1.1. Número de personas
 - 1.2.1.2. Porcentaje sobre el total
 - 1.2.2. Población adulta por género
 - 1.2.2.1. Número de personas
 - 1.2.2.2. Porcentaje sobre el total
 - 1.2.3. Población adulta por edad y género
 - 1.2.3.1. Número de personas
 - 1.2.3.2. Porcentaje sobre el total
 - 1.3. Estado civil
 - 1.3.1. Población adulta por estado civil
 - 1.3.1.1. Número de personas
 - 1.3.1.2. Porcentaje sobre el total
 - 1.3.2. Población adulta por cohabitación
 - 1.3.2.1. Número de personas
 - 1.3.2.2. Porcentaje sobre el total
 - 1.4. Nivel de estudios
 - 1.4.1. Nivel de estudios completados más alto.
 - 1.4.1.1. Número de personas

- 1.4.1.2. Porcentaje sobre el total
- 1.4.2. Edad a la que finalizo el nivel más alto de estudios alcanzado
 - 1.4.2.1. Número de personas
 - 1.4.2.2. Porcentaje sobre el total
- 1.4.3. Edad a la que la educación dejó de ser su principal ocupación
 - 1.4.3.1. Número de personas
 - 1.4.3.2. Porcentaje sobre el total
- 1.5. Situación laboral
 - 1.5.1. Situación respecto a la actividad principal: clasificación desagregada
 - 1.5.1.1. Número de personas
 - 1.5.1.2. Porcentaje sobre el total
 - 1.5.2. Situación respecto a la actividad principal: clasificación agregada
 - 1.5.2.1. Número de personas
 - 1.5.2.2. Porcentaje sobre el total
 - 1.5.3. Ocupación en la actividad principal: clasificación desagregada
 - 1.5.3.1. Número de personas
 - 1.5.3.2. Porcentaje sobre el total
 - 1.5.4. Ocupación en la actividad principal: clasificación agregada
 - 1.5.4.1. Número de personas
 - 1.5.4.2. Porcentaje sobre el total
- 1.6. Nivel de ingresos y estatus social
 - 1.6.1. Hogares por fuente principal de ingresos (1999) y tramos ingresos mensuales del hogar en 2000.
 - 1.6.2. Hogares por Comunidades Autónomas y tramos ingresos mensuales del hogar en 2000.
 - 1.6.3. Personas por sexo, edad y porcentaje por debajo del umbral de pobreza.
 - 1.6.4. Total de personas y adultos por Comunidades Autónomas y porcentajes por debajo del umbral de pobreza.
- 2. Estilos de vida
 - 2.1. Consumo de tabaco
 - 2.2. Consumo de alcohol
 - 2.3. Ejercicio físico
 - 2.4. Horas de sueño
 - 2.5. Alimentación
 - 2.6. Accidentes de tráfico
 - 2.7. Empleo del tiempo
 - 2.7.1. Distribución de actividades en un día promedio por sexo
 - 2.7.2. Distribución de actividades en un día promedio por edad
 - 2.7.3. Personas y promedio de tiempo dedicado por actividad y comunidad autónoma
 - 2.7.3.1. Porcentaje de personas que realizan la actividad en el transcurso del día por comunidades autónomas
 - 2.7.3.2. Promedio de tiempo dedicado a la actividad por dichas personas por comunidades autónomas
- 3. Condiciones de trabajo y entorno social
 - 3.1. Condiciones de trabajo
 - 3.1.1. Accidentes de trabajo
 - 3.1.1.1. Accidentes de trabajo a nivel nacional
 - 3.1.1.2. Accidentes de trabajo por Comunidad Autónoma
 - 3.1.1.3. Accidentes en jornada de trabajo con baja según gravedad por comunidades autónomas

- 3.1.1.4. Jornadas no trabajadas por accidentes en jornada de trabajo con baja por comunidades autónomas
 - 3.1.1.5. Índice de incidencia por Comunidad Autónoma
 - 3.1.1.6. Índice de incidencia de accidentes mortales por Comunidad Autónoma
 - 3.1.2. Enfermedades laborales
 - 3.1.2.1. Enfermedades profesionales según gravedad y sector de actividad
 - 3.1.2.2. Enfermedades profesionales con baja según gravedad por comunidades autónomas
 - 3.1.2.3. Total de enfermedades profesionales por 1.000 trabajadores en alta
- 3.2. Actividad social y cultural
 - 3.2.1. Bibliotecas
 - 3.2.1.1. Resumen nacional. Año 2000.
 - 3.2.1.2. Bibliotecas por CC.AA.
 - 3.2.2. Actividad de cine y teatro
 - 3.2.2.1. Resumen de las actividades cinematográficas
 - 3.2.2.2. Resumen de las actividades teatrales
 - 3.2.3. Actividad Editorial
 - 3.2.3.1. Número de títulos por materia
 - 3.2.3.2. Libros. Miles de ejemplares publicados
 - 3.2.3.3. Libros y folletos. Títulos publicados
 - 3.2.4. Medios de comunicación social
 - 3.2.4.1. Evolución de la audiencia
 - 3.2.4.2. Número de ejemplares
 - 3.2.4.3. Índice de difusión
 - 3.2.5. Equipamiento de cultura y ocio
 - 3.2.5.1. Número de Plazas
 - 3.2.5.2. Plazas por 1.000 habitantes
 - 3.2.6. Deportes
 - 3.2.6.1. Licencias federativas
 - 3.2.6.2. Sociedades federadas
- 4. Medio ambiente
 - 4.1. Indicadores generales de medio ambiente
 - 4.2. Energía
 - 4.3. Transporte
 - 4.4. Suelo
 - 4.5. Agricultura
 - 4.6. Contaminación atmosférica: producción y consumo de sustancias que agotan la capa de ozono
 - 4.7. Agua
 - 4.8. Residuos sólidos urbanos (RSU)
 - 4.9. Morbilidad atribuible a la contaminación del medio ambiente. Tasas por 100.000 habitantes
- 5. Notas metodológicas
 - 5.1. Fichas de las encuestas
 - 5.2. Metodología de las encuestas
 - 5.3. Glosario

Capítulo 5. Recursos y actividades del sistema sanitario

1. Recursos humanos

1.1. Formación

- 1.1.1. Alumnos de Ciencias de la Salud de estudios de primer ciclo.
- 1.1.2. Alumnos de Ciencias de la Salud de estudios de primer y segundo ciclo.
- 1.1.3. Alumnos de Ciencias de la Salud de estudios de tercer ciclo.
- 1.1.4. Tesis aprobadas en Ciencias de la Salud

1.2. Profesionales sanitarios colegiados

- 1.2.1. Número de profesionales sanitarios colegiados.
- 1.2.2. Profesionales sanitarios colegiados por 100.000 habitantes
- 1.2.3. Número de profesionales sanitarios colegiados por Comunidad Autónoma.
- 1.2.4. Profesionales sanitarios colegiados por Comunidad Autónoma por 100.00 habitantes

1.3. Encuesta de Establecimientos Sanitarios en Régimen de Internado

1.3.1. Datos nacionales

- 1.3.1.1. Personal de establecimientos sanitarios y centros de especialidades
- 1.3.1.2. Personal de establecimientos sanitarios por categorías y dependencia
- 1.3.1.3. Personal en formación en hospitales por dependencia

1.3.2. Datos autonómicos

- 1.3.2.1. Personal de establecimientos sanitarios y centros de especialidades
- 1.3.2.2. Personal de establecimientos sanitarios por categorías y dependencia
- 1.3.2.3. Personal en formación en hospitales por dependencia

1.4. Encuesta de Indicadores hospitalarios

1.4.1. Resultados por Comunidades Autónomas. Hospitales. Índices de personal hospitalario

- 1.4.1.1. Distribución del personal en los hospitales de cada CC.AA. según la categoría
- 1.4.1.2. Relación de personal en los hospitales por 100 camas en funcionamiento
- 1.4.1.3. Relación de personal por 100 camas en funcionamiento en los hospitales generales
- 1.4.1.4. Relación de personal por 100 camas en funcionamiento en los hospitales no generales
- 1.4.1.5. Relación de personal por 100 camas en funcionamiento en los hospitales públicos
- 1.4.1.6. Relación de personal por 100 camas en funcionamiento en los hospitales no públicos
- 1.4.1.7. Relación de personal en los hospitales por 100 camas utilizadas según la finalidad
- 1.4.1.8. Relación de personal en los hospitales. por 100 camas utilizadas según la dependencia
- 1.4.1.9. Relación de personal en los hospitales por 10000 habitantes

2. Recursos materiales

2.1. Encuesta de Establecimientos Sanitarios en Régimen de Internado

2.1.1. Resultados nacionales

- 2.1.1.1. Hospitales por dependencia y finalidad asistencial
- 2.1.1.2. Camas instaladas por dependencia y finalidad asistencial
- 2.1.1.3. Dotación en funcionamiento
 - 2.1.1.3.1. Camas en funcionamiento por dependencia y finalidad asistencial
 - 2.1.1.3.2. Camas en funcionamiento por áreas asistenciales y dependencia
 - 2.1.1.3.3. Dotación tecnológica en funcionamiento en los establecimientos sanitarios por dependencia

2.1.2. Resultados por Comunidad Autónoma

- 2.1.2.1. Hospitales por dependencia
- 2.1.2.2. Camas instaladas por dependencia
- 2.1.2.3. Dotación en funcionamiento
 - 2.1.2.3.1. Camas en funcionamiento por dependencia y finalidad asistencial

- 2.1.2.3.2. Camas en funcionamiento por áreas asistenciales y dependencia
- 2.1.2.3.3. Dotación tecnológica en funcionamiento en los establecimientos sanitarios por dependencia
- 2.2. Encuesta de Indicadores Hospitalarios
 - 2.2.1. Indicadores básicos de los centros hospitalarios según la finalidad . Resultados nacionales
 - 2.2.2. Indicadores básicos de los centros hospitalarios según la dependencia. Resultados nacionales.
 - 2.2.3. Resultados por CC.AA. Hospitales. Indicadores básicos de los centros hospitalarios
 - 2.2.4. Resultados por Comunidades Autónomas. Hospitales.-Indicadores de dotación
 - 2.2.4.1. Distribución de los establecimientos sanitarios de cada tipo centro sanitario
 - 2.2.4.2. Distribución de los hospitales de cada finalidad según la Comunidad Autónoma
 - 2.2.4.3. Distribución de los hospitales de cada Comunidad Autónoma según la finalidad
 - 2.2.4.4. Distribución de los hospitales de cada dependencia según la Comunidad Autónoma
 - 2.2.4.5. Distribución de los hospitales de cada Comunidad Autónoma según la dependencia
 - 2.2.4.6. Distribución de las camas en funcionamiento de cada finalidad según CC.AA
 - 2.2.4.7. Distribución de las camas en funcionamiento de cada CC.AA. según la finalidad
 - 2.2.4.8. Distribución de de las camas en funcionamiento de cada dependencia según CC.AA.
 - 2.2.4.9. Distribución de las camas en funcionamiento de cada CC.AA. según la dependencia
 - 2.2.4.10. Índices de dotación hospitalaria según la finalidad
 - 2.2.4.11. Índices de dotación hospitalaria según la dependencia
 - 2.2.5. Resultados por Comunidades Autónomas. Hospitales. Índices de funcionamiento
 - 2.2.5.1. Distrib. de las camas en funcionamiento en los hospitales de cada CC.AA según tipo asistencia
 - 2.2.5.2. Distr. de las estancias causadas en los hospitales de cada CC.AA según tipo asistencia
 - 2.2.5.3. Dist. de las consult. ext. totales en los hospitales de cada CC.AA según tipo asistencia
 - 2.2.5.4. Índices de funcionamiento en la activ. asistencial de medicina según la finalidad
 - 2.2.5.5. Índices de funcionam. en la activ. asistencial de medicina según la dependencia
 - 2.2.5.6. Índices de funcionamiento en la activ. asistencial de cirugía según la finalidad
 - 2.2.5.7. Índices de funcionam. en la activ. asistencial de cirugía según la dependencia
 - 2.2.5.8. Índices de funcionam. en la activ. asistencial de traumatología según la finalidad
 - 2.2.5.9. Índices de funcionamiento en la activ. asistencial de traumatología según la dependencia
 - 2.2.5.10. Índices de funcionam. en la activ. asistencial de obstetricia según la finalidad
 - 2.2.5.11. Índices de funcionamiento en la activ. asistencial de obstetricia según la dependencia
 - 2.2.5.12. Índices de funcionam. en la activ. asistencial de ginecología según la finalidad
 - 2.2.5.13. Índices de funcionamiento en la activ. asistencial de ginecología según la dependencia
 - 2.2.5.14. Índices de funcionam. en la activ. asistencial de pediatría según la finalidad
 - 2.2.5.15. Índices de funcionamiento en la activ. asistencial de pediatría según la dependencia
 - 2.2.5.16. Índices de funcionam. en la activ. asistencial de rehabilitación según la finalidad
 - 2.2.5.17. Índices de funcionamiento en la activ. asistencial de rehabilitación según la dependencia
 - 2.2.5.18. Índices de funcionamiento en la activ. asistencial de medicina intensiva según la finalidad
 - 2.2.5.19. Índices de funcionamiento en la act. asistencial de medicina intensiva según la dependencia
 - 2.2.5.20. Índices de funcionamiento en la activ. asistencial de larga estancia según la finalidad
 - 2.2.5.21. Índices de funcionamiento en la activ. asistencial de larga estancia según la dependencia
 - 2.2.5.22. Índices de funcionamiento en la actividad asistencial de psiquiatría según la finalidad
 - 2.2.5.23. Índices de funcionamiento en la activ. asistencial de psiquiatría según la dependencia
 - 2.2.5.24. Índices de funcionamiento en otro tipo de actividad asistencial según la finalidad
 - 2.2.5.25. Índices de funcionamiento en otro tipo de actividad asistencial según la dependencia
 - 2.2.5.26. Índices de funcionam. en todas las actividades asistenciales según la finalidad
 - 2.2.5.27. Índices de funcionamiento en todas las actividades asistenciales según la dependencia
 - 2.2.5.28. Distrib. de los enfermos dados de alta en los hospitales de cada CC.AA según el motivo

- 2.2.5.29. Distrib. de los enfermos ingresados en los hospitales de cada CC.AA según el motivo
- 2.2.5.30. Enfermos ingr. en los hospitales según el motivo por 10000 habitantes y la finalidad
- 2.2.5.31. Enfermos ingr. en los hospitales según el motivo por 10000 habitantes y la dependencia

3. Utilización de servicios sanitarios y actividades preventivas

3.1. Consulta médica

3.1.1. Encuesta de establecimientos sanitarios en régimen de internado

3.1.1.1. Datos nacionales

3.1.1.1.1. Consultas totales en los establecimientos sanitarios por áreas asistenciales y dependencia.

3.1.1.1.2. Actividad diagnóstica en los establecimientos sanitarios por dependencia. Datos nacionales.

3.1.1.2. Datos por CC.AA

3.1.1.2.1. Consultas totales en los establecimientos sanitarios por áreas asistenciales y dependencia.

3.1.1.2.2. Actividad diagnóstica en los establecimientos sanitarios por dependencia. Datos nacionales.

3.2. Hospitalización

3.2.1. Encuesta de establecimientos sanitarios en régimen de internado

3.2.1.1. Datos nacionales

3.2.1.1.1. Hospitales y datos asistenciales por finalidad asistencial

3.2.1.1.2. Hospitales y datos asistenciales por dependencia

3.2.1.1.3. Actividad asistencial en régimen de hospitalización

3.2.1.1.3.1. Pacientes dados de alta por áreas asistenciales y dependencia

3.2.1.1.3.2. Pacientes dados de alta por dependencia y finalidad asistencial

3.2.1.1.3.3. Estancias causadas por áreas asistenciales y dependencia

3.2.1.1.3.4. Estancias causadas por dependencia y finalidad asistencial

3.2.1.1.4. Actividad quirúrgica en los hospitales por dependencia

3.2.1.1.5. Actividad obstétrica en los hospitales por dependencia

3.2.1.2. Datos por CC.AA

3.2.1.2.1. Actividad asistencial en régimen de hospitalización

3.2.1.2.2. Hospitales y datos asistenciales por finalidad asistencial

3.2.1.2.3. Hospitales y datos asistenciales por dependencia

3.2.1.2.3.1. Pacientes dados de alta por áreas asistenciales y dependencia

3.2.1.2.3.2. Pacientes dados de alta por dependencia y finalidad asistencial

3.2.1.2.3.3. Estancias causadas por áreas asistenciales y dependencia

3.2.1.2.3.4. Estancias causadas por dependencia y finalidad asistencial

3.2.1.2.4. Actividad quirúrgica en los hospitales por dependencia

3.2.1.2.5. Actividad obstétrica en los hospitales por dependencia

3.2.2. Encuesta de indicadores hospitalarios

3.2.2.1. Resultados por CC.AA. Hospitales. Índices de técnicas de diagnóstico y asistenciales

3.2.2.1.1. Indicadores de técnicas de diagnóstico en los hospitales según la finalidad

3.2.2.1.2. Indicadores de técnicas de diagnóstico en los hospitales según la dependencia

3.2.2.1.3. Distr. de la actividad quirúrgica realizada en los hospitales según el tipo de cirugía

3.2.2.1.4. Indicadores de actividad quirúrgica realizada en los hospitales según la finalidad

3.2.2.1.5. Indicadores de actividad quirúrgica realizada en los hospit. según la dependencia

3.2.2.1.6. Indicadores de actividad obstétrica realizada en los hospit. según la finalidad

3.2.2.1.7. Indicadores de actividad obstétrica realizada en los hospit. según la dependencia

- 3.3. Urgencias
 - 3.3.1. Encuesta de establecimientos sanitarios en régimen de internado
 - 3.3.1.1. Datos nacionales
 - 3.3.1.1.1. Actividad en área de urgencias
 - 3.3.1.1.1.1. Urgencias atendidas en los hospitales y destino de las mismas por dependencia
 - 3.3.1.1.1.2. Urgencias atendidas en los hospitales por dependencia y finalidad asistencial
 - 3.3.1.1.2. Datos por CC.AA
 - 3.3.1.2. Actividad en área de urgencias
 - 3.3.1.2.1. Urgencias atendidas en los hospitales y destino de las mismas por dependencia
 - 3.3.1.2.2. Urgencias atendidas en los hospitales por dependencia y finalidad asistencial
 - 3.3.2. Encuesta de indicadores hospitalarios
 - 3.3.2.1.1. Dist. de las urgencias atendidas en los hosp. según la resolución de las mismas
 - 3.3.2.1.2. Indicadores de activ. en urgencias realizada en los hospitales según la finalidad
 - 3.3.2.1.3. Indicad. de activ. en urgencias realizada en los hospitales según la dependencia
 - 3.4. Consulta al dentista y Salud bucodental
 - 3.5. Consumo de medicamentos
 - 3.6. Información sobre vacunaciones infantiles
 - 3.7. Vacunación antigripal
 - 3.8. Cobertura sanitaria
4. Satisfacción
 - 4.1. En atención primaria
 - 4.2. En atención especializada
5. Notas metodológicas
 - 5.1. Fichas de las encuestas
 - 5.2. Metodología de las encuestas
 - 5.3. Glosario

Capítulo 6. Financiación y actividad económica del sistema sanitario

- 1. Gasto en sanidad
 - 1.1. Cuentas satélites del gasto sanitario público
 - 1.1.1. Años 1991-1996
 - 1.1.2. Años 1995-1999
 - 1.2. Gasto nacional en salud
 - 1.2.1. Gasto total en salud
 - 1.2.2. Gasto en servicios personales de salud
 - 1.2.3. Gasto en servicios colectivos en salud
 - 1.2.4. Gastos en prevención y salud pública
 - 1.2.5. Gastos en administración y seguros de salud
 - 1.2.6. Gasto relacionado con la salud
 - 1.3. Gasto en atención médica
 - 1.3.1. Gasto en atención médica por funciones
 - 1.3.2. Gasto en atención hospitalaria

- 1.3.2.1. Encuesta de establecimientos sanitarios en régimen de internado
 - 1.3.2.1.1. Datos nacionales
 - 1.3.2.1.1.1. Pacientes dados de alta por régimen económico de asistencia y dependencia
 - 1.3.2.1.1.2. Compras y gastos en los establecimientos sanitarios por dependencia y finalidad asistencial (en miles de euros)
 - 1.3.2.1.1.3. Ventas e ingresos en los establecimientos sanitarios por dependencia y finalidad asistencial (en miles de euros)
 - 1.3.2.1.1.4. Datos por CC.AA
 - 1.3.2.1.1.5. Pacientes dados de alta por régimen económico de asistencia y dependencia
 - 1.3.2.1.1.6. Compras y gastos en los establecimientos sanitarios por dependencia y finalidad asistencial (en miles de euros)
 - 1.3.2.1.1.7. Ventas e ingresos en los establecimientos sanitarios por dependencia y finalidad asistencial (en miles de euros)
- 1.3.3. Gasto en atención ambulatoria
- 1.3.4. Gastos en servicios auxiliares
- 1.4. Bienes médico-sanitarios para pacientes externos
 - 1.4.1. Gasto total en bienes médicos
 - 1.4.2. Productos farmacéuticos y otros productos perecederos
 - 1.4.3. Aparatos terapéuticos y otros productos duraderos
- 1.5. Gasto farmacéutico
 - 1.5.1. Miles de euros
 - 1.5.2. Euros por habitante
 - 1.5.3. Gasto por receta (euros)
 - 1.5.4. Importe PVP por receta
 - 1.5.5. Índice de cobertura
- 1.6. Consumo privado en sanidad
 - 1.6.1. Precios constantes
 - 1.6.2. Precios corrientes
 - 1.6.3. Tasa de variación
- 2. Financiación de la atención sanitaria
 - 2.1.1. En millones de euros
 - 2.1.2. En euros por habitante
- 3. La actividad productiva y económica del sector sanitario
 - 3.1. Producción de sanidad
 - 3.1.1. Valor añadido bruto de la producción de sanidad
 - 3.1.2. Remuneración de asalariados y excedente bruto de explotación en sanidad
 - 3.1.3. Empleo total y empleo total equivalente a tiempo completo en sanidad
 - 3.2. Productos farmacéuticos
 - 3.3. El sector asegurador
 - 3.4. Evolución de los precios
 - 3.4.1. Deflatores implícitos en contabilidad nacional
 - 3.4.2. Grupo de medicina en el IPC
 - 3.4.3. Índice de precios industriales

4. Investigación y gastos en I+D

4.1. Gastos en I+D por rama de actividad (CNAE-93)

- 4.1.1. Gastos internos totales en I+D por rama de actividad (CNAE-93) y años.
- 4.1.2. Gastos corrientes en I+D por rama de actividad (CNAE-93) y años.
- 4.1.3. Retribuciones en I+D por rama de actividad (CNAE-93) y años.
- 4.1.4. Otros gastos corrientes en I+D por rama de actividad (CNAE-93) y años.
- 4.1.5. Gastos de capital en I+D por rama de actividad (CNAE-93) y años.
- 4.1.6. Gastos en equipos e instrumentos por rama de actividad (CNAE-93) y años.
- 4.1.7. Gastos en terrenos y edificios por rama de actividad (CNAE-93) y años.
- 4.1.8. Gastos en I+D realizados con fondos propios por rama de actividad (CNAE-93) y años.
- 4.1.9. Gastos en I+D realizados con fondos de otras empresas por rama de actividad (CNAE-93) y años.
- 4.1.10. Gastos en I+D realizados con fondos públicos por rama de actividad (CNAE-93) y años.
- 4.1.11. Gastos en I+D realizados con fondos de IPSFL por rama de actividad (CNAE-93) y años.
- 4.1.12. Gastos en I+D realizados con fondos del extranjero por rama de actividad (CNAE-93) y años.

4.2. Gasto en I+D por disciplina científica

- 4.2.1. Gastos internos totales en actividades de I+D por años y disciplina científica.
- 4.2.2. Gastos internos en I+D por años y disciplina científica. Sector de empresas.
- 4.2.3. Personal en I+D en EDP por años y disciplina científica. Sector de empresas.
- 4.2.4. Investigadores en EDP por años y disciplina científica. Sector de empresas.
- 4.2.5. Gastos internos en I+D por años y disciplina científica. Sector público.
- 4.2.6. Personal en I+D en EDP por años y disciplina científica. Sector público.
- 4.2.7. Investigadores en EDP por años y disciplina científica. Sector público.
- 4.2.8. Gastos internos en I+D por años y disciplina científica. Enseñanza superior.
- 4.2.9. Investigadores en EDP por años y disciplina científica. Enseñanza superior.

5. Notas metodológicas

- 5.1. Fichas de las encuestas
- 5.2. Metodología de las encuestas
- 5.3. Glosario

4. Notas sobre los autores

Juan E. del Llano Señarís

Doctor en Medicina, Universidad Complutense de Madrid. M. Sc. Community Health, Usher Institute, University of Edinburgh. Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. European Healthcare Leadership Programme, INSEAD (Fontainebleau). Director Científico del Master en Administración y Dirección de Servicios Sanitarios (MADS), Instituto de Educación Continua, Universidad Pompeu Fabra. Director General de la Fundación Gaspar Casal. Presidente de la Asociación Española de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Editor Asociado de Gestión Clínica y Sanitaria. Director del Newsletter de Evaluación de Tecnologías Sanitarias

Álvaro Hidalgo Vega

Doctor en Ciencias Económicas y Empresariales, Universidad de Castilla-La Mancha. Profesor Titular de Fundamentos del Análisis Económico, Universidad de Castilla-La Mancha. Director del Seminario de Investigación en Economía y Salud de la UCLM. Profesor Visitante del European Center for Peace and Development, Universidad de la Paz de las Naciones Unidas.

Santiago Pérez Camarero

Licenciado en Derecho y en Ciencias Políticas y Sociología, Universidad Complutense de Madrid. Consultor de Comunicación, Formación y Recursos Humanos. Responsable de Sistemas de Información, Fundación Gaspar Casal.

Enrique Antón de las Heras

Licenciado en Economía, Universidad Complutense de Madrid. Master en Administración y Dirección de Servicios Sanitarios, Universidad Pontificia Comillas de Madrid. Director Económico-Financiero, Fundación Gaspar Casal.

Flor Raigada González

Licenciada en Medicina, Universidad Complutense de Madrid. Master en Administración y Dirección de Servicios Sanitarios, Universidad Pontificia Comillas de Madrid. Master en Economía de la Salud y Gestión Sanitaria, Universidad Pompeu Fabra. Adjunta a la dirección, Fundación Gaspar Casal.

Antonio Fernández-Bolaños Valentín

Doctor en Ciencias Económicas y Empresariales, Universidad Complutense de Madrid. Profesor ayudante de Fundamentos del Análisis Económico, Universidad de Castilla-La Mancha. Miembro del Seminario de Investigación en Economía y Salud de la UCLM.

Miguel Ángel Tarancón Morán

Doctor en Ciencias Económicas y Empresariales, Universidad de Castilla-La Mancha. Profesor ayudante de Econometría, Universidad de Castilla-La Mancha. Miembro del Seminario de Investigación Cuantitativa de la UCLM.

Pascual Iniesta Martínez

Licenciado en Ciencias Económicas, Universidad de Castilla-La Mancha. Profesor ayudante de Fundamentos del Análisis Económico, Universidad de Castilla-La Mancha. Miembro del Seminario de Investigación en Economía y Salud de la UCLM.

Ignacio José García Aranda

Licenciado en Administración y Dirección de Empresas, Universidad de Castilla-La Mancha. Profesor ayudante de Fundamentos del Análisis Económico, Universidad de Castilla-La Mancha. Miembro del Seminario de Investigación en Economía y Salud de la UCLM.

Roberto Hurtado Vega

Licenciado en Ciencias Económicas, Universidad Complutense de Madrid. Master en Administración y Dirección de Servicios Sanitarios, Universidad Pontificia Comillas de Madrid. Master en Economía de la Salud y Gestión Sanitaria, Universidad Pompeu Fabra. Consultor en Accenture.

Carmen Villarroel García

Licenciada en Bellas Artes, especialidad diseño. Universidad Complutense de Madrid. Profesora de educación plástica y dibujo técnico.

Jesús Muela Izquierdo

Técnico Superior en Desarrollo de Aplicaciones Informáticas. Miembro del Seminario de Investigación en Economía y Salud de la UCLM.

Alejandra Ivanova Markova

Estudiante de Ciencias Económicas. Becaria de la Fundación Gaspar Casal.

