

2003

La situación social en la Unión Europea

- Resumen -



Comisión europea

La situación social en la Unión Europea 2003

- Resumen -

ÍNDICE

Prólogo	5
1 Desarrollos sociales clave	7
1.1 La situación social: oportunidades y desafíos	7
1.2 Dinámica demográfica	7
1.3 Tendencias recientes del empleo	8
1.4 Condiciones de vida	9
1.5 Evolución de la distribución de la renta	10
1.6 Tendencias en los Estados adherentes	11
2 Salud y asistencia sanitaria en la Unión Europea	12
2.1 La salud de los europeos y la actual agenda europea	12
2.2 Población y salud	14
2.3 Los determinantes de la salud de la población	15
2.4 La importancia de los sistemas de asistencia sanitaria	18
2.5 Futuros desafíos para los sistemas de asistencia sanitaria	19
3 La resistencia del modelo social europeo	22
Anexos	
Indicadores	
Envejecimiento de la población	24
Migración y asilo	24
La educación y sus resultados	25
Formación permanente	25
Empleo	26
Empleo de los trabajadores mayores	26
Desempleo	27
Desempleo juvenil	27
Desempleo de larga duración	28
Protección social - Gastos e ingresos	28
Prestaciones sociales	29
Gastos en políticas de mercado de trabajo	29
Distribución de la renta	30
Hogares con rentas bajas	30
Hogares sin empleo o con salarios bajos	31
La mujer y el hombre en el proceso de toma de decisiones	31
Empleo de hombres y mujeres	32
Salarios de hombres y mujeres	32
Esperanza de vida y expectativas de buena salud	33
Accidentes y problemas de salud relacionados con el trabajo	33
Indicadores sociales clave por Estado miembro	34
Indicadores sociales clave por Estado adherente / país candidato	35
Datashops de Eurostat	37

Prólogo

El Informe sobre la situación social trata de la calidad de vida de las personas que viven en Europa. Proporciona una visión de conjunto de la población y sus condiciones sociales como telón de fondo para la elaboración de políticas sociales, y contribuye al seguimiento de la evolución social en todos los Estados miembros.

La presente publicación sirve de resumen del Informe. Se divide en dos capítulos principales. El primero de ellos proporciona una perspectiva de la evolución social y económica en Europa, respaldada por hechos y cifras. En el segundo hay una síntesis del tema especial de este año,

que se refiere a las cuestiones sobre cómo y por qué ha mejorado la salud de los ciudadanos europeos, junto con algunos desafíos que pueden plantearse en el futuro. Concluye con una breve reflexión sobre el modelo social europeo.

Al igual que en años anteriores, los anexos de la publicación presentan un conjunto de indicadores sociales armonizados para cada Estado miembro. Los indicadores proporcionan una perspectiva general de la situación social y son, además, un instrumento eficaz para supervisar la evolución social a lo largo del tiempo.



Anna Diamantopoulou
Miembro de la Comisión
Empleo y Asuntos Sociales



Pedro Solbes Mira
Miembro de la Comisión
Economía y Finanzas, Eurostat

1 Desarrollos sociales clave

1.1 La situación social: oportunidades y desafíos

La situación social se conforma en gran medida en la intersección entre la evolución a largo plazo de las estructuras de población y los cambios a corto y medio plazo en la economía.

Tras cinco años de fuerte crecimiento económico, que determinó la creación de doce millones de puestos de trabajo y el aumento en cuatro puntos porcentuales de la tasa de empleo, hasta el 64 % de la población en edad de trabajar, las perspectivas son ahora menos optimistas. En 2001, la tasa de crecimiento económico se redujo al 1,5 %, es decir, a menos de la mitad del nivel alcanzado en 2000, y en 2002 la recuperación ha sido bastante lenta. El empleo, sin embargo, siguió creciendo, aunque despacio.

Mientras tanto, los desafíos económicos y sociales que el actual proceso de envejecimiento de la población europea plantea a la sociedad a medio plazo se están haciendo más evidentes. Pronto, el crecimiento de la población europea en edad de trabajar, ininterrumpido durante un siglo, se detendrá. Y no pasará una década antes de que los efectos de la jubilación de los miembros de la generación del baby-boom empiecen a sentirse plenamente. Existe todavía, por tanto, una "ventana de oportunidad" para la economía y la demografía europeas, que puede utilizarse para desarrollar las condiciones necesarias para la sostenibilidad económica y social.

Las mejoras estructurales conseguidas desde 1996 y el éxito de la introducción de la moneda única han generado mejores resultados económicos en términos monetarios y financieros, e incrementado la flexibilidad del mercado laboral. Aparte de la contribución evidente a la mejora de las condiciones de vida, en este período se han reforzado las oportunidades para el desarrollo de políticas en diversas áreas. Se han generado nuevas posibilidades para abordar los problemas estructurales en el empleo, como el desempleo de los jóvenes y las bajas tasas de actividad de las mujeres y los trabajadores de más edad. El descenso del desempleo se ha reforzado por la tendencia demográfica hacia una disminución de la población en edad de trabajar. Las mayores tasas de empleo han aligerado también la presión sobre los sistemas de protección social, y creado un mayor margen de maniobra para la reforma de las pensiones. Las desigualdades no aumentaron durante la época de prosperidad y el aumento de las tasas de empleo y el crecimiento económico han creado nuevas oportunidades para abordar problemas persistentes de pobreza y exclusión social.

En este mismo período, ha mejorado sensiblemente la capacidad de los Estados miembros para conseguir que sus políticas sean apoyadas por la UE. La colaboración en la lucha contra la exclusión social y la modernización de la protección social ha venido a añadirse a los procesos de coordinación macro-

económica y del empleo, creando así el potencial para la formación de un triángulo "virtuoso" de políticas sociales, económicas y de empleo que se refuerzan mutuamente.

Sigue habiendo desafíos importantes, y con la ampliación están apareciendo otros nuevos. Por ello es preciso actuar con decisión para mantener los logros de los últimos cinco a siete años y poder aprovechar las oportunidades creadas para continuar en una senda de desarrollo sostenible y mejora constante de la situación social¹.

1.2 Dinámica demográfica

La evolución demográfica de Europa tendrá un efecto considerable en la situación social y presentará importantes desafíos para la economía europea.

La población de la UE está envejeciendo...

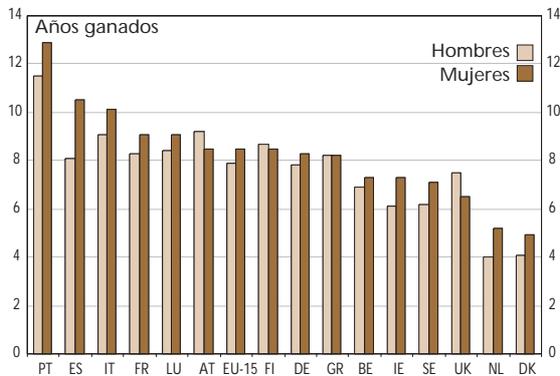
La población de la UE está envejeciendo y las tasas de dependencia de las personas mayores aumentarán. Aunque la fecundidad se ha incrementado ligeramente —pasó de 1,45 hijos por mujer en 1999 a 1,47 en 2001— todavía se encuentra muy por debajo del nivel de sustitución de 2,1. La esperanza de vida está aumentando, y la mortalidad se concentra cada vez más en la vejez. A medida que los integrantes de la generación del baby boom alcancen la edad de jubilación, habrá un número creciente de personas pertenecientes a los grupos de edad avanzada. Hoy en día, las personas de 65 años y más suponen el 16 % de la población total, y los menores de 15 años, el 17 % aproximadamente. Para el año 2010, esos coeficientes serán del 18 % y el 16 %. El aumento más pronunciado se dará en el número de personas "muy mayores" (de más de 80 años), que en los próximos quince años se incrementará casi un 50 %.

...y, a pesar de la estructura de edad más joven de los Estados adherentes, la ampliación no cambiará esta tendencia.

Debido a los altos niveles de fecundidad de los años setenta y ochenta, los Estados adherentes presentan en la actualidad una estructura de edad más joven que la Europa de los quince (la población de 65 años y más representa el 13 %, mientras que los jóvenes de menos de quince años representan el 19 %). En consecuencia, la ampliación tendrá un efecto rejuvenecedor. Este efecto, no obstante, será pequeño y temporal. A medio y largo plazo, los Estados adherentes tenderán a reforzar el descenso poblacional de la UE. Debido a la aparición y persistencia de unos niveles de fecundidad extremadamente bajos, la proporción de niños en la población está disminuyendo rápidamente y para el año 2020 la proporción de personas mayores se acercará a los niveles de la Europa de los quince.

1 La situación global de la Unión Europea a principios de 2003 es objeto de una completa evaluación en "Optar por el crecimiento: Conocimiento, innovación y empleo en una sociedad cohesiva" Informe al Consejo Europeo de primavera, de 21 de marzo de 2003, sobre la estrategia de Lisboa de renovación económica, social y medioambiental, COM(2003) 5 final.

Gráfico 1 Aumento de la esperanza de vida al nacer entre 1960 y 2000



Fuente: Eurostat - Datos año 2000; valor estimado para la EU-15; Datos de 1999 para DE y GR. El dato de 1960 para DE excluye la ex-RDA.

Al mismo tiempo, las familias se están volviendo menos estables, y los hogares más pequeños....

Las crecientes tasas de dependencia de las personas mayores repercutirán en nuestra capacidad para afrontar las necesidades de prestación de cuidados, en la que podrá también influir la evolución de la estructura de las familias y los hogares. El número de matrimonios es menor, y se celebran a edades más tardías, y hay también más rupturas matrimoniales. En 2001, se contrajeron sólo cinco matrimonios por cada 1.000 personas en la Europa de los quince, frente a casi ocho en 1970. Además, la tasa estimada de divorcio para los matrimonios que tuvieron lugar en 1960 es del 15 %, mientras que para los matrimonios contraídos en 1980, el porcentaje asciende al 28 %, casi el doble. Continúa la tendencia hacia hogares más pequeños, con más personas de todas las edades que viven solas. Se registra también un llamativo aumento del número de niños que vive con un adulto, y una disminución del número de parejas con hijos. En 2000, el 10 % de los niños de edades comprendidas entre 0 y 14 años vivían con solo un adulto, frente al 6 % en 1990. La gran mayoría de estos progenitores solteros son mujeres. A excepción de Polonia y Chipre, las familias se han vuelto también considerablemente menos estables en los Estados adherentes.

...mientras que los flujos migratorios desempeñan un papel de creciente importancia en la evolución de la población.

Durante más de un decenio, la migración neta ha sido el principal factor de crecimiento de la población de la Unión. Hoy en día, todos los Estados miembros reciben importantes flujos de inmigrantes. En 2001 la tasa neta de migración anual fue de 3,1 por 1 000 habitantes, lo que representa alrededor del 74 % del crecimiento total de la población. En algunos Estados adherentes la emigración ha tenido un efecto perceptible en la situación demográfica. Los Estados bálticos, en particular, han experimentado un descenso de la población debido a la emigración.

Los políticos están adquiriendo mayor conciencia de las consecuencias del envejecimiento...

En los últimos años, la sensibilización con respecto al envejecimiento de la población y sus probables efectos en el empleo y la política social ha aumentado de forma apreciable. Los Estados miembros se han comprometido a tratar las repercusiones del envejecimiento en tres ámbitos: el empleo, la protección social (incluyendo pensiones, asistencia sanitaria y cuidados de larga duración) y la consecución de unas finanzas públicas saneadas, revisando de acuerdo con ello sus políticas nacionales. Los Estados adherentes están adaptando en muchas áreas estas nuevas colaboraciones en materia de envejecimiento.

...y están tomando medidas para abordarlas a nivel nacional y de la UE.

La impresión general acerca de los actuales esfuerzos en el desarrollo de políticas es que la mayoría de los Estados miembros —y los Estados adherentes— planean aprovechar la "ventana de oportunidad" abierta antes de que las grandes cohortes de la generación del baby boom alcancen la edad de jubilación, a fin de hacer posible que sus sistemas de pensiones², de asistencia sanitaria y de cuidados de larga duración³ continúen cumpliendo sus objetivos sociales y siendo financieramente viables cuando aumenten las presiones derivadas del envejecimiento. Ya se han llevado a cabo varias reformas importantes, y se están preparando otras muchas.

1.3 Tendencias recientes del empleo

En 2002, el desempleo aumentó ligeramente por primera vez desde 1996. No obstante, a pesar de la desaceleración económica, los mercados de trabajo dieron muestras de una resistencia notable. Se crearon más puestos de trabajo de los que se perdieron, y el resultado final fue un aumento del empleo.

Esto parece indicar que el desarrollo y la aplicación de la Estrategia Europea de Empleo y el nuevo énfasis en el fomento de la inclusión social han ayudado a la Unión a situarse en una senda de crecimiento más fuerte y sostenible del empleo: desde 1996⁴, dicho crecimiento ha sido del 1,3 % anual. La tasa de empleo aumentó al 64,0 % en 2001, y probablemente alcanzará el 64,5 % en 2002; la tasa de desempleo se redujo al 7,4 % en 2001, la más baja en un decenio, y aunque se elevó en 2002, el aumento, al 7,6 %, fue muy pequeño⁵.

Si bien la tasa global de empleo de la Unión ampliada será algo más baja que la de la Europa de los quince, las debilidades estructurales son, en gran medida, comunes a los actuales y los futuros Estados miembros, aunque a una escala diferente. Los notables desafíos que afrontan los futuros Estados miembros son elevar las tasas de actividad y de empleo, facilitar el traspaso de trabajadores de la agricultura y la industria a los servicios sin incrementar las disparidades regionales a medio plazo, y mejorar la cualificación de la mano de obra, adaptándola a las necesidades de las modernas economías de mercado basadas en el conocimiento.

2 Propuesta de la Comisión para un informe conjunto de la Comisión y del Consejo sobre la adecuación y la viabilidad de las pensiones, COM(2002) 737 final.
 3 Propuesta de informe conjunto de la Comisión y del Consejo —sobre: Asistencia sanitaria y atención a las personas mayores: apoyar las estrategias nacionales para garantizar un alto nivel de protección social, COM(2002) 774 final.
 4 Para una evaluación más completa de la evolución del empleo en este periodo véase "Balance de cinco años de aplicación de la Estrategia Europea de Empleo", COM(2002) 416 final.
 5 En El futuro de la Estrategia Europea de Empleo (EEE) "Una estrategia para el pleno empleo y mejores puestos de trabajo para todos" COM(2003) final, se ofrece una propuesta para una futura estrategia de empleo a la vista de las incertidumbres actuales.

Para que pueda haber más progresos en lo que respecta al cumplimiento de la agenda de Lisboa, incluido el pleno empleo, se requiere una acción decisiva dirigida a elevar la participación en el mercado de trabajo y el empleo, a fomentar la calidad y la productividad en el trabajo y a promover la cohesión.

El mantenimiento de la oferta de trabajo dependerá cada vez más de elevar las tasas de actividad y de empleo de las mujeres...

Entre 1996 y 2001, la tasa de empleo de la UE correspondiente a los hombres y a las mujeres aumentó casi tres y cinco puntos porcentuales, respectivamente, con lo que la diferencia entre ambos sexos se redujo a dieciocho puntos porcentuales. Por lo que respecta al desempleo, la brecha también disminuyó, pero siguió siendo considerable, de 2,3 puntos porcentuales en 2001. Las recientes reducciones de las diferencias entre ambos sexos son un signo prometedor de que la disparidad en las tasas de desempleo podría desaparecer en un futuro próximo.

Existen también diferencias entre sexos en los Estados adherentes. Sin embargo, la proporción de mujeres que forman parte de la fuerza de trabajo es más elevada que en los Estados miembros de la UE (46 %, frente a 42 %). La proporción de mujeres en cargos directivos es también más alta: el 38 % de los directivos de los Estados adherentes son mujeres, en comparación con el 34 % en la UE. Además, en los Estados adherentes el trabajo a tiempo parcial es menos frecuente y está repartido más uniformemente entre ambos sexos: el 6 % de los hombres (el 7 % en la UE) y el 9 % de las mujeres (el 32 % en la UE) trabajan a tiempo parcial.

...y de los trabajadores de más edad...

En conjunto, el 38,5 % de la población de la UE con edades comprendidas entre los 55 y los 64 años tenía empleo en 2001. Este porcentaje es muy inferior al objetivo de Estocolmo del 50 % para el año 2010. En 2001, la edad media de salida del mercado de trabajo fue de 59,9 años. Elevar esta edad en unos cinco años para el año 2010, como solicitó el Consejo Europeo de Barcelona, constituirá un desafío. Los recientes incrementos en el empleo de las personas mayores registradas en algunos Estados miembros demuestran que la tendencia a la disminución de la participación en el mercado laboral puede invertirse si se intensifican los esfuerzos para ello. En los Estados adherentes, las tasas de empleo correspondientes a los trabajadores de entre 55 y 64 años son aún más bajas, aunque en el último par de años se han estabilizado y han empezado a crecer.

Desde una perspectiva diferente —es decir, teniendo en cuenta que la dinámica demográfica actual y futura conduce a una disminución de la población en edad de trabajar— es muy importante el hecho de que la mayoría de los Estados miembros cuenten con unas reservas considerables de mano de obra entre las mujeres y los trabajadores de más edad. Si las barreras existentes a la participación en el mercado de trabajo se eliminan, estas reservas de mano de obra podrían usarse para contrarrestar los efectos del envejecimiento de la fuerza laboral.

...así como del tamaño y la forma de la inmigración y de la integración de los inmigrantes.

Escenarios demográficos basados en la hipótesis de una inmigración estable y la consecución de los objetivos de empleo de Lisboa muestran que, después de 2010, el volumen global de empleo en la Europa de los quince se reducirá a resultas de la disminución de la población en edad de trabajar. Los aumentos de productividad desempeñarán, en mayor medida que antes, un papel clave en el crecimiento económico. La inmigración será también un factor importante a este respecto, especialmente cuando las actuales reservas de mano de obra entre la población en edad de trabajar se hayan agotado. Como es evidente, los efectos económicos y sociales positivos de la inmigración dependen de la capacidad de los Estados miembros para garantizar la plena integración de los inmigrantes y sus familias en el empleo y en el amplio tejido social de las sociedades europeas. Una integración exitosa de los inmigrantes puede contribuir al mantenimiento del crecimiento económico y a reforzar la cohesión social.

El crecimiento del empleo supuso también la creación de más puestos de trabajo de calidad.

Más de las dos terceras partes de los nuevos puestos de trabajo creados entre 1996 y 2001 fueron de alta cualificación, al convertirse la economía del conocimiento en una realidad cotidiana. Más del 50 % de los trabajos requieren hoy día el uso del ordenador. De hecho, trabajos recientes de la Comisión han demostrado que las economías de la UE que cuentan con una proporción mayor de empleos de alta calidad muestran también mejores resultados en cuanto a empleo y productividad. Hay también un número considerable de empleos de baja calidad. Mientras que para los jóvenes y las personas más cualificadas estos trabajos representan a menudo un paso intermedio hacia empleos más estables, no es ese el caso para los trabajadores no cualificados y de más edad. Cuando estos grupos trabajan con contratos temporales, o involuntariamente a tiempo parcial, o en empleos en los que no se ofrece formación, permanecen en ciclos de desempleo, inactividad y trabajo de baja cualificación. De aquí que los esfuerzos para promocionar la movilidad hacia trabajos de mayor cualificación y calidad sean un elemento importante en la consecución de niveles de empleo más elevados y sostenibles.

1.4 Condiciones de vida

Las condiciones de vida, medidas por la evolución de la renta y el consumo, continúan mejorando. El aumento medio anual de la renta per cápita ha oscilado en torno al 1,5 % durante el último decenio, alcanzándose en la UE una renta neta mediana de 11 700 EPA⁶ en 1998. Evidentemente, esta mediana cubre disparidades considerables entre los Estados miembros e importantes desigualdades dentro de ellos. En la mitad norte de la Unión se registraron niveles de renta más elevados y, en general, menores desigualdades en este aspecto que en los Estados miembros meridionales. Asimismo, el consumo medio ha aumentado notablemente en los últimos años. En Alemania, por ejemplo, que es un Estado miembro bastante típico a este respecto, el consumo de los hogares aumentó aproximadamente un 2,6 % anual.

6 Medida en Estándares de Poder Adquisitivo para corregir las disparidades de poder adquisitivo entre los países considerados.

Las condiciones de vida se reflejan en la percepción que tienen los ciudadanos de su calidad de vida.

En 2002, los europeos se mostraban muy contentos o bastante contentos con su vida en general (78 % frente a 77 % dos años antes) y, de éstos, alrededor del 20 % (frente al 17% en 2000) se encontraba muy satisfecho. Las personas más satisfechas viven en Suecia (95 %) y Dinamarca (94 %), mientras que el nivel de satisfacción más bajo se da en Portugal (50 %) y Grecia (49 %). Como en años anteriores, los hombres parecen estar más contentos con sus vidas que las mujeres, y los jóvenes más satisfechos que las personas mayores. Esto último no es extraño, pues las variaciones en la impresión que tienen de su calidad de vida los ciudadanos de la Unión obedecen en gran medida a diferencias en la percepción del estado de salud, que es generalmente peor entre las personas mayores.

Asimismo, las personas con un mayor nivel educativo y con mayores ingresos expresan mayor satisfacción en lo que respecta a la calidad de vida y la salud, lo que refleja desigualdades de estatus socioeconómico.

La mayoría de los encuestados del Eurobarómetro 2002 da más prioridad al gasto público en salud que en otros ámbitos, como la educación y la asistencia social, y considera que la calidad del sistema sanitario es una de las tres cuestiones más importantes a las que se enfrenta la sociedad hoy en día.

1.5 Evolución de la distribución de la renta

La renta es uno de los principales factores determinantes del nivel de vida. La distribución de la renta es también importante en relación con la pobreza relativa y los riesgos de exclusión social. El Estado del bienestar desempeña un importante papel en la redistribución de la renta primaria, reduciendo así la desigualdad y la pobreza.

Un informe reciente⁷ pone de manifiesto que entre 1980 y 1997 se produjeron grandes cambios en relación con la desigualdad de la renta en muchos países, en la mayoría de los cuales aumentó. Por el contrario, la desigualdad tendió a reducirse en promedio durante el periodo de crecimiento económico de la segunda mitad de la década de los noventa.

La razón parece encontrarse en que el reciente crecimiento económico ha sido impulsado en gran medida por el empleo. En efecto, en 1998 los asalariados eran las personas con menos probabilidades de verse afectados por el riesgo de pobreza⁸, y los desempleados los más expuestos (cinco veces más que los asalariados). En ese mismo año, los jubilados y los trabajadores autónomos tenían el doble de posibilidades de verse afectados por el riesgo de pobreza que los asalariados, los niños el triple y los demás grupos de personas económicamente inactivas, el cuádruple.

El riesgo de pobreza y de exclusión social persiste...

A pesar de los importantes efectos redistributivos de la protección social, la lucha contra la pobreza y el fomento de la inclusión social siguen contándose entre los principales desafíos a que se enfrenta la Unión. Resultados recientes de la encuesta Eurobarómetro 2001 muestran que una elevada proporción de personas todavía se considera pobre, en el sentido de que su renta neta es inferior a la cantidad que estiman absolutamente necesaria. Esta medida subjetiva de la pobreza varía mucho entre los Estados miembros: del 9 % en Dinamarca al 66 % en Portugal. De la encuesta también se desprende que, a nivel individual, la duración de la pobreza tiende a ser mayor en los países meridionales (unos catorce o quince años) que en los países nórdicos (de dos a tres años). El Eurobarómetro muestra además que la pobreza está estrechamente vinculada con el aislamiento social y que se ve muy influenciada por la baja calidad del empleo, la precariedad laboral y la insuficiencia de formación.

La inclusión social está estrechamente relacionada con el empleo y/o la renta. Es de notar que en la sociedad del conocimiento las nuevas tecnologías representan tanto una oportunidad como una amenaza para la inclusión de las personas desfavorecidas. Los trabajos llevados a cabo por ESDIS (Grupo de alto nivel sobre la dimensión social y de empleo de la sociedad de la información) han puesto de relieve este hecho, al que se ha dado relevancia política con las Resoluciones del Consejo relativas a la integración social mediante las tecnologías electrónicas, en octubre de 2001, y la accesibilidad de los sitios web para las personas con discapacidad, en 2002.

...y presenta diferencias considerables en los distintos países de la Unión...

Las tasas de pobreza de los hogares difieren considerablemente entre los Estados miembros (tomando el 60 % de la renta mediana nacional equivalente como umbral de pobreza). En 1998, la diferencia entre los Estados miembros con la tasa de pobreza más alta y la más baja fue de 14 puntos porcentuales. Entre 1995 y 1998, seis de los doce Estados miembros con datos sobre ambos años registraron una disminución de sus tasas de pobreza. No obstante, en 1998 la tasa de pobreza de la Europa de los quince era la misma que en 1995.

En general, los Estados miembros meridionales tienen la renta neta media equivalente en EPA más baja, pero también el nivel más elevado de desigualdad de la renta, según el ciclo de 1998 del Panel de Hogares de la Comunidad Europea (PHCA). Los Estados miembros escandinavos muestran el menor grado de desigualdad, mientras que la renta neta media equivalente más alta se da en Luxemburgo, Bélgica y los Países Bajos.

7 Véase "Income on the Move", informe sobre la distribución de la renta, la pobreza y la redistribución, Oficina de planificación social y cultural de los Países Bajos, subvencionado por la Comisión Europea, DG Empleo y Asuntos Sociales (E1 Study Series 2002), http://www.europa.eu.int/comm/employment_social/news/2002/dec/income_on_move_en.html

8 Definiéndose el riesgo de pobreza como percibir menos del 60 % de la renta mediana equivalente.

...pero que en la Europa de los quince serían mucho más altos sin los efectos redistributivos de las prestaciones sociales.

El efecto redistributivo⁹ de las prestaciones de protección social excede considerablemente el efecto redistributivo de los impuestos. Las prestaciones sociales reducen las desigualdades de renta, medidas por el coeficiente de Gini¹⁰, en alrededor de un 30 % a un 40 %. La regresividad de las prestaciones es relativamente grande en Alemania, los Países Bajos, Bélgica y el Reino Unido. Es decir, los hogares de renta baja en esos países reciben una proporción relativamente más elevada de prestaciones sociales que en Finlandia, Dinamarca y Suecia. No obstante, en el caso de Alemania y el Reino Unido la reducción de la desigualdad entre las distribuciones de la renta procedente del mercado y la renta bruta es bastante moderada. Esto se debe a que la proporción de la seguridad social en la renta nacional es relativamente baja en estos países.

Existen prestaciones de muchas categorías; dichas prestaciones difieren en el número de perceptores y en los importes medios. La reducción de la pobreza atribuible al conjunto de las prestaciones, medida simplemente comparando la renta "antes" y "después de la prestación", es de 25 puntos porcentuales¹¹. La proporción mayor de reducción de la pobreza corresponde a las prestaciones de jubilación y supervivencia (15 puntos). Las prestaciones de desempleo, en favor de familiares y de enfermedad/invalidez tienen efectos similares de unos tres puntos de reducción de la pobreza.

1.6 Tendencias en los Estados adherentes

Si bien durante la segunda mitad de los años noventa la mayoría de los Estados adherentes acortaron las distancias que les separan de los Estados miembros de la Unión Europea en materia de renta, las diferencias son todavía considerables. En 2000, ocho Estados adherentes tenían un PIB per cápita, medido en estándares de poder adquisitivo, inferior a la mitad de la media de la UE.

Además, la distribución de la renta en los Estados adherentes ha tendido a hacerse más desigual. Esto es particularmente cierto en el caso de los ocho Estados adherentes de Europa central y oriental¹². Durante el último decenio, Europa oriental ha experimentado un aumento considerable tanto de la pobreza como de la desigualdad. Últimamente la situación se ha estabilizado. La desigualdad y la pobreza ya no están en aumento, pero las consecuencias sociales del rápido crecimiento de la desigualdad al principio del periodo de transición requieren ulterior atención.

La sensibilización ante estos problemas ha aumentado...

La pobreza figura en la agenda de políticas de todos los Estados adherentes, pero no tanto el concepto más amplio de exclusión social, que alude a privaciones múltiples. La exclusión social, no obstante, ha adquirido mayor relevancia política en los últimos años, a menudo como reflejo de la formulación de políticas de la UE. Los principales factores determinantes de la exclusión social son el desempleo y la ruptura familiar, y la capacidad de la protección social y el empleo para garantizar ingresos y recursos suficientes es problemática en muchos de los Estados adherentes. Además, la cobertura y el funcionamiento de los programas de asistencia social hacen que sea muy difícil abordar problemas de exclusión social.

...así como las posibilidades de obtener el apoyo de la UE.

La importancia de abordar estos problemas fue destacada recientemente con la adopción por el Consejo, en diciembre de 2002, de los objetivos revisados de la UE para la lucha contra la pobreza y la exclusión social. La revisión refuerza los objetivos inicialmente adoptados en el Consejo Europeo de Niza de 2000, pero también da un mayor realce a la dimensión del género, las dificultades que afrontan los inmigrantes y la importancia de reducir el número de personas afectadas por el riesgo de pobreza y exclusión social. Estos objetivos servirán de base para la preparación de una segunda generación de Planes de Acción Nacionales contra la pobreza y la exclusión social, de dos años de duración, que deberán ser elaborados por todos los Estados miembros para julio de 2003. Lo que se pretende es aprovechar y consolidar los progresos realizados por el método abierto de coordinación en materia de pobreza y exclusión social puesto en marcha por el Consejo Europeo de Lisboa de 2000.

La ampliación de la Europa de los quince a la Europa de los veinticinco es ya inmediata. Con ella, podemos esperar ver cambios importantes en la situación social general de la Unión. Aumentarán los desafíos en relación con las políticas en materia de exclusión social, pobreza y desigualdad general, incluido el estado de salud. Las desigualdades regionales y los problemas de cohesión social serán mayores. Y como las disparidades entre los Estados miembros aumentarán considerablemente, habrá una gran necesidad de instrumentos de colaboración, que salven estas diferencias de una manera constructiva.

9 Los resultados proceden de "Income on the Move" y se refieren principalmente a la oleada de 1997 del PHCE.

10 El coeficiente de Gini es un índice que compara la distribución efectiva de la renta en todo el espectro de renta con una especie de distribución teóricamente ideal en la que todo el mundo tiene la misma renta (gini = 0 %). Un gini del 100 % significaría que una sola persona percibe toda la renta.

11 Esta cifra es ilustrativa de la magnitud, pero dado que hay otras variables que influyen en ambas situaciones, no se puede atribuir la diferencia entre los dos coeficientes de Gini únicamente al efecto de las prestaciones sociales.

12 Comisión europea, "Conseguir que la ampliación sea un éxito", Documento de estrategia e Informe de la Comisión Europea sobre los progresos de cada uno de los Estados adherentes en la vía de la adhesión, p. 16.

2 Salud y asistencia sanitaria en la Unión Europea

2.1 La salud de los europeos y la actual agenda europea

La salud es el tema especial del informe de este año. La salud y la calidad de la asistencia sanitaria son preocupaciones prioritarias para los europeos (Eurobarómetro 2002). Este informe retrata el actual estado de salud de los europeos e identifica sus principales determinantes.

Si bien el sistema sanitario es clave para tratar los problemas de salud y tiene también un papel en el mantenimiento de un buen estado de salud, en éste influyen mucho el estilo de vida y las condiciones socioeconómicas y ambientales. La organización de la asistencia sanitaria y los cuidados de larga duración varía mucho en los distintos países de la Unión. Junto a estas diferencias, existen también semejanzas importantes y, como se demuestra en el informe, los Estados miembros afrontan en gran medida los mismos desafíos actuales y futuros en materia de política sanitaria. De éstos, dos resultados especialmente pertinentes. Por un lado, existe la necesidad constante de optimizar la relación coste/eficacia de los sistemas sanitarios ante la existencia de fuertes determinantes de cambio estructural, como el envejecimiento y las nuevas tecnologías de la salud. Por otro lado, hay un amplio margen para desarrollar mejores sinergias entre las políticas sanitarias y otras políticas que influyen en los determinantes ambientales y socioeconómicos de la salud.

La salud es riqueza

El estado de salud de los ciudadanos es un factor importante en la capacidad productiva de la sociedad, y las mejoras en la salud pueden reforzar el potencial de crecimiento¹³. Esto se debe a que una salud mejor posibilita una mayor productividad, unas vidas laborales más largas y unos costes menores (menos ausencias por enfermedad, menos necesidad de tratamientos, menos invalidez, etc)¹⁴.

La asistencia sanitaria es una parte de los sistemas de protección social de los Estados miembros. Como tales, constituyen uno de los aspectos de la nueva colaboración¹⁵ sobre la modernización y la mejora de la protección social, que forma parte de la más amplia estrategia de Lisboa. La accesibilidad, la calidad y la sostenibilidad han sido señaladas como los objetivos comunes que los Estados miembros están tratando de alcanzar en sus políticas de asistencia sanitaria. El efecto de mantenimiento de la renta propiciado por los sistemas de protección social ayuda también claramente a mantener el estado de salud de los ciudadanos. Los sistemas de pensiones, por ejemplo, contribuyen en gran medida al mantenimiento de la salud de los ciudadanos mayores al facilitar un nivel de vida suficiente tras la jubilación.

Como es evidente, el efecto de las inversiones en salud depende no sólo de cuánto se gaste, sino de dónde, cómo y cuándo se comprometan los recursos. El rendimiento de las inversiones para mejorar la salud puede, por ejemplo, ser especialmente elevado si los esfuerzos se dirigen a grupos sociales o regiones en los que el estado de salud medio es malo o se encuentra particularmente amenazado. Las desigualdades en lo que respecta al estado de salud están vinculadas con las desigualdades más amplias que existen en la sociedad. La mala salud afecta especialmente a las personas pobres y excluidas. Las políticas de los Estados miembros dirigidas a combatir la pobreza, reducir las desigualdades y promover la inclusión social, así como la nueva colaboración europea en estas cuestiones, tienen un efecto positivo en el estado de salud de las personas desfavorecidas y mejoran el nivel de cohesión en la sociedad.

De esta forma, la salud y la asistencia sanitaria se encuentran situadas en la intersección entre la Estrategia Europea de Empleo y los esfuerzos de la Unión por modernizar y mejorar la protección social.

Las condiciones para alcanzar un buen estado de salud y para recibir un tratamiento apropiado y eficaz en caso de enfermedad han mejorado de forma considerable en la Unión Europea en los últimos decenios. Esto se debe a la iniciativa pública y privada materializada en inversiones directas para obtener una mejor asistencia sanitaria. Aunque los sistemas de asistencia sanitaria desempeñan un papel decisivo en la lucha contra la mala salud, y en su prevención, otras políticas, que influyen en los determinantes ambientales y socioeconómicos de la buena salud —como el trabajo y las condiciones laborales— tienen también un efecto considerable en el estado de salud actual y futuro de los ciudadanos.

13 Una evaluación de esta relación en el ámbito mundial figura en el Informe de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud — dirigido por Jeffrey D. Sachs (2001): "Macroeconomía y salud: Invertir en salud en pro del desarrollo económico". OMS, Ginebra.

14 Un examen estadounidense de la literatura científica del último decenio lleva a la conclusión de que los trabajadores que se encuentran en buen estado de salud ganan del 15 % al 30 % más que los trabajadores con mala salud. Véase: Jack Hadley (2002): "Sicker and Poorer: the consequences of being uninsured. A review of the research on the relationship between health insurance, health, work, income and education". The Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured.

15 Propuesta de la Comisión para un informe conjunto de la Comisión y el Consejo sobre pensiones seguras y viables, COM(2002) 737 final. Véase también: Propuesta para un informe conjunto de la Comisión y el Consejo sobre asistencia sanitaria y atención a las personas mayores: Apoyando las estrategias nacionales para asegurar un alto nivel de protección social, COM(2002) 774 final.

La agenda política europea en materia de salud

La evolución de las políticas durante el decenio anterior situó las cuestiones de salud en un lugar prioritario en la agenda europea.

En el Tratado de Maastricht (1993) se dio por vez primera fundamento jurídico a la salud pública (art. 129) fomentando la cooperación entre los Estados miembros, la prevención de las enfermedades y medidas de fomento. No se incluyó la armonización de las disposiciones legales y reglamentarias. En respuesta a estas nuevas obligaciones, la Comisión presentó su "Comunicación sobre el arco de actuación en el ámbito de la salud pública"¹⁶, basada en el establecimiento de ocho programas de salud pública. El nivel comunitario proporcionó un valor añadido con el respaldo a los esfuerzos realizados en los Estados miembros y con la asistencia en la formulación y ejecución de objetivos y estrategias, así como con la difusión de "información sobre buenas prácticas" con vistas a apoyar constantemente las disposiciones de protección de la salud en toda la Comunidad.

A finales de los años 90 el marco general de política sanitaria cambió. El Tratado de Amsterdam aumentó los poderes de la Comunidad en el campo de la salud pública. El artículo 129 fue revisado mediante la adición de nuevas provisiones y pasó a ser el artículo 152. De acuerdo con éste, las acciones en el área de salud pública deberían: contribuir a alcanzar un alto nivel de protección sanitaria; mejorar la salud; prevenir las enfermedades; prevenir las fuentes de peligro para la salud; y asegurar que el conjunto de las políticas de la CE protegen la salud.

Dentro de este contexto general, la Comisión propuso en mayo de 2000 una nueva estrategia sanitaria¹⁷, que promueve un enfoque integrado, a nivel de la Comunidad, en todos los asuntos relacionados con la salud. Un elemento clave de éste fue la propuesta para un nuevo Programa de Acción Comunitaria en el campo de la salud pública¹⁸. El programa se centraría en tres grandes áreas de acción:

- Mejora de la información y el conocimiento sobre la salud para el desarrollo de la salud pública.
- Fortalecimiento de la capacidad para llevar a cabo una respuesta rápida y coordinada a las principales amenazas para la salud.
- Centrar las acciones para promover la salud y prevenir la enfermedad.

La Comisión ha creado además un Foro de Salud de la UE que reúne todas las organizaciones europeas que son relevantes en este campo. Adicionalmente, el Sexto Programa Marco de Investigación financia investigación orientada políticamente en el dominio de la política social, relacionada en particular con la aplicación de la Agenda Social Europea¹⁹.

La responsabilidad del suministro y la financiación de los servicios sanitarios corresponde a los Estados miembros. Sin embargo, esta responsabilidad no impide que las libertades

fundamentales —como la libertad de suministro de servicios, de circulación de productos médicos o de circulación de los trabajadores— u otras políticas comunitarias deban ser aplicadas en esta área.

Además, la salud es una cuestión transversal en la Agenda Social Europea, y un punto relevante de la estrategia de la UE para el desarrollo sostenible, y ambas son elementos importantes de la estrategia de Lisboa. Por otro lado, la asistencia sanitaria se ha convertido en una cuestión relevante en la movilidad transfronteriza y en la mejora de la calidad de las finanzas públicas.

La calidad y sostenibilidad de la asistencia sanitaria se ha considerado una de las cuestiones clave en las que debe haber una cooperación más estrecha entre los Estados miembros. Con ocasión del Consejo Europeo de Gotemburgo (junio de 2001), se solicitó al Comité de Protección Social y al Comité de Política Económica que consideraran los desafíos de una sociedad en proceso de envejecimiento y que prepararan un informe inicial para el Consejo Europeo de primavera de 2002²⁰ con orientaciones en el campo de la asistencia sanitaria y la atención a las personas mayores. En el informe se concluye que los factores demográficos, tecnológicos y financieros subyacentes plantean a los sistemas de asistencia sanitaria y de cuidados de larga duración desafíos centrados en los aspectos siguientes: acceso para todos, independientemente de los ingresos o la riqueza; un alto nivel de calidad de la asistencia; viabilidad financiera de los sistemas de asistencia.

Estos tres objetivos recibieron el respaldo del Consejo en un informe de orientación inicial al Consejo Europeo de Barcelona sobre asistencia sanitaria y atención a las personas mayores, en el que se destacaba también que todos los sistemas sanitarios de la UE están basados en los principios de solidaridad, equidad y universalidad. El Consejo Europeo de Barcelona pidió a la Comisión y al Consejo que examinaran más detalladamente las cuestiones del acceso, la calidad y la viabilidad financiera. Sobre la base de un cuestionario remitido a los Estados miembros, la Comisión propuso un informe conjunto sobre estrategias nacionales para garantizar un alto nivel de protección social²¹. Dado que la asistencia sanitaria representa una gran proporción del gasto público, es importante conseguir la viabilidad financiera de los sistemas sanitarios mediante las reformas adecuadas.

La salud y seguridad en el trabajo es una de las dimensiones más importantes de la política social europea. La salud en el trabajo no es solo la ausencia de accidentes o enfermedades profesionales, sino que incluye el bienestar físico, moral y social, que son importantes para la calidad del trabajo y para la productividad de la mano de obra. Teniendo en cuenta los cambios acaecidos en la sociedad y en el mundo del trabajo, se ha desarrollado una nueva estrategia comunitaria sobre salud y seguridad en el trabajo para el período 2002-2006²². Esta estrategia adopta un enfoque global del bienestar en el trabajo, basado en medidas preventivas y en la creación de asociaciones entre todos los agentes en las áreas del empleo, la salud y la seguridad.

16 Noviembre de 1993.

17 COM (2000) 285 final, de 16-5-2000.

18 DO L 271/1 de 9-10-2002, Decisión 1786/CE.

19 Véase el programa específico para investigación, desarrollo tecnológico y demostración: Integrando y fortaleciendo el Área Europea de Investigación (2002-2006).

20 Sobre la base de COM(2001) 723 final: "El futuro de la asistencia sanitaria y de la atención a las personas mayores: garantizar la accesibilidad, la calidad y la sostenibilidad financiera".

21 COM(2002) 774 final.

22 COM(2002) 118 final: "Cómo adaptarse a los cambios en la sociedad y en el mundo del trabajo: una nueva estrategia comunitaria de salud y seguridad (2002-2006)

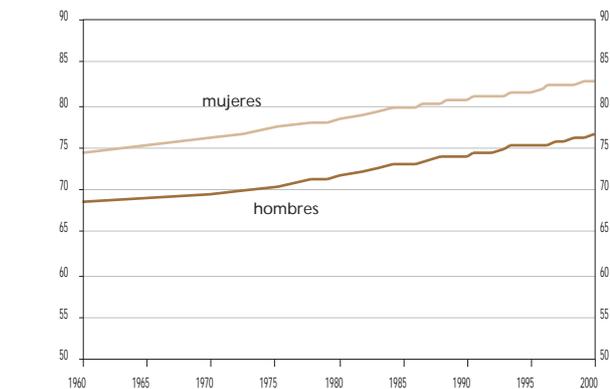
2.2 Población y salud

El estado de salud de los ciudadanos ha mejorado en todos los Estados miembros de la UE en los últimos decenios...

El estado de salud medio de los ciudadanos de la UE está mejorando. En 2000, la esperanza de vida media al nacer para la Europa de los quince era de 78 años (75 para los hombres y 81 para las mujeres). Esta media es más elevada que en EE.UU. (74 años para los hombres y 80 para las mujeres) pero más baja que en Japón (78 años para los hombres y 84 para las mujeres).

La esperanza de vida al nacer no es solo un indicador social. También es un importante indicador económico. Un análisis sobre macroeconomía y salud muestra que el estado de salud explica una importante parte de la diferencia en las tasas de crecimiento económico²³.

Gráfico 2 Esperanza de vida, hombres y mujeres. EU-15, 1960-2000



Fuente: Eurostat

La esperanza de vida aumentó durante el siglo XX: en los primeros 60 años del siglo se consiguieron 25 años de aumento, mientras que en los últimos cuatro decenios se ganaron ocho años más²⁴. La esperanza de vida masculina aumentó de 68 años en 1970 a 75 en 2000²⁵. Durante el mismo período, la esperanza de vida femenina se incrementó seis años, pasando de 75 a 81 años.

La menor esperanza de vida en el caso de los hombres es debida a la mayor mortalidad masculina a todas las edades, lo cual es un fenómeno bien conocido en todos los Estados miembros y también en la mayoría de los demás países del mundo. Estas desigualdades en función del sexo, aunque condicionadas por factores biológicos, son principalmente atribuibles a causas sociales y a ciertas diferencias de pautas de vida entre hombres y mujeres. Ahora que el comporta-

miento de los hombres y las mujeres de la UE se está haciendo más semejante, la esperanza de vida masculina y la femenina están empezando a converger. Esto se ha empezado a observar ya a nivel de la Europa de los quince (donde la esperanza de vida al nacer aumentó 2,5 años para los hombres entre 1990 y 2000, frente a 2 años para las mujeres) y en todos los Estados miembros excepto Grecia, España, Luxemburgo y Portugal.

Debido a la creciente esperanza de vida, combinada con cambios en la fecundidad, la población de la UE está envejeciendo. Este envejecimiento demográfico significa que el número de personas mayores está aumentando, mientras que la proporción de personas en edad de trabajar (15 a 64 años) disminuirá. Estas tendencias demográficas tendrán repercusiones económicas y sociales en diversas áreas, incluidos los sistemas sanitarios y asistenciales.

Para el suministro de servicios sanitarios, una de las tendencias demográficas más importantes es el aumento del grupo de personas de edad muy avanzada (más de 80 años). Este grupo aumentará en ocho millones de personas entre 2010 y 2030, lo que supone un incremento del 44 %, más grande aún que el experimentado por la población mayor en general. En la actualidad, la mayoría de estas personas de edad muy avanzada necesitan asistencia y cuidados que les son suministrados bien de manera formal, bien de manera informal, por ejemplo mediante el cuidado por parte de familiares, particularmente frecuente en los Estados miembros meridionales. En el futuro el tamaño de los hogares se reducirá, y las familias pueden ser menos capaces de afrontar estas crecientes tareas de prestación de cuidados, con lo que adquirirá más importancia el papel, tanto de los cuidadores formales como de otros cuidadores informales. El proceso de envejecimiento presenta además una importante dimensión de género: la inmensa mayoría de las personas de edad muy avanzada serán mujeres. A medida que la población envejezca, los problemas de salud específicamente femeninos tendrán un peso mucho mayor en los patrones de enfermedad que habrá que tratar.

... lo que da lugar a nuevos patrones de mortalidad y nuevas tendencias de morbilidad.

A medida que las personas viven más tiempo, la mortalidad y la morbilidad se desplazan hacia edades cada vez más avanzadas. Una de cada cinco muertes se debe a una enfermedad que es posible prevenir. Las principales causas de muerte son las enfermedades del sistema circulatorio (alrededor del 40 % de todas las muertes), el cáncer (el 25 % de todas las muertes), las enfermedades del sistema respiratorio, las enfermedades digestivas y las causas externas (de traumatismo e intoxicación), categoría que incluye los accidentes, principalmente de automóvil²⁶. No obstante, este patrón general varía en función del sexo y, sobre todo, de la edad. La mortalidad durante el primer año de vida ha descendido en los últimos decenios en

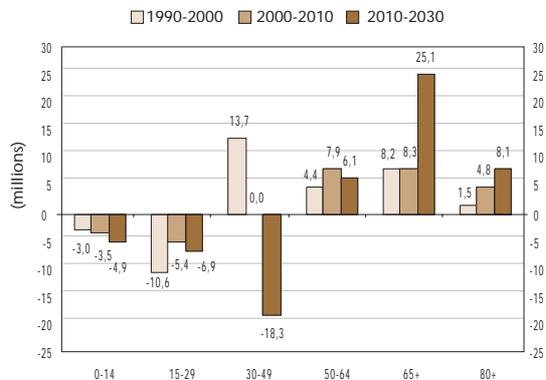
23 Informe de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud — dirigido por Jeffrey D. Sachs (2001): "Macroeconomía y salud: Invertir en salud en pro del desarrollo económico". OMS, Ginebra (p.26): "cada mejora de 10 puntos porcentuales en la esperanza de vida al nacer (EVN) se asocia a un aumento del crecimiento económico anual de al menos 0,3 a 0,4 puntos porcentuales, manteniendo constantes los demás factores de crecimiento."

24 Esta desaceleración se explica en parte por la naturaleza del indicador. Para un año dado, la esperanza de vida es la edad media hasta la que un recién nacido podría esperar vivir si se mantuvieran las tasas de mortalidad de ese año. Como el número total de años de vida perdidos por una persona que muera en su primer año de vida es mucho mayor que los años perdidos por una persona que muera, por ejemplo, a los 65 años, la esperanza de vida es más sensible a la disminución de la mortalidad infantil que a una creciente longevidad a edades más avanzadas.

25 No obstante, el aumento de la esperanza de vida se detuvo durante la segunda mitad de los años ochenta y principios de los noventa en algunos Estados miembros meridionales en el caso de los hombres, a causa del incremento de la mortalidad debida al SIDA y a los accidentes de tráfico, que afectan particularmente a los hombres jóvenes.

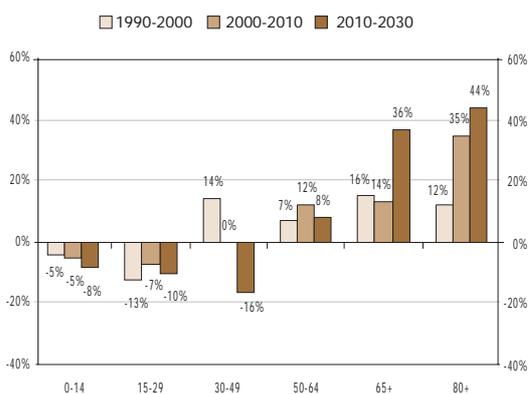
26 Fuente: Eurostat. Véase también el informe de la DG de Sanidad y Protección de los Consumidores: "El estado de salud de la población europea", CE 2001.

Gráfico 3 Variaciones en la población (en millones) por grupos de edad, EU-15



Nota: B:1995, DK: 1996, EL: 1997, E, F, IRL, I, S,UK, EU: 1998
Fuente: Eurostat

Gráfico 4 Variaciones en la población (en porcentaje) por grupos de edad, EU-15



Fuente: Eurostat

todos los Estados miembros, cuyos niveles actuales se encuentran entre los más bajos del mundo. Aunque dado que sigue habiendo diferencias entre grupos sociales o regiones en los niveles de mortalidad infantil, todavía se pueden conseguir mejoras. Sin embargo, como la mortalidad infantil es muy baja en la actualidad, que la esperanza de vida siga aumentando depende ahora de la reducción de la mortalidad a edades más elevadas.

Las principales causas de morbilidad son las enfermedades neurodegenerativas (como la enfermedad de Alzheimer y la demencia), las lesiones, las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades músculoesqueléticas y el cáncer²⁷. Dado que la mayoría de estas enfermedades están relacionadas con la edad, el envejecimiento de la población repercutirá en el patrón de morbilidad y en las necesidades de asistencia sanitaria. Los problemas de salud mental están también aumentando considerablemente. En la UE, alrededor de una cuarta parte de las nuevas prestaciones de invalidez se atribuyen a problemas de salud mental.

La situación sanitaria está también cambiando en los Estados adherentes y en los países candidatos.

El estado de salud también está mejorando en los Estados adherentes pero en la mayoría de los casos son más bajos que en los Estados miembros de la UE. Existen sin embargo grandes diferencias dentro de los Estados adherentes y los países candidatos: Malta y Chipre son los que se encuentran en mejor situación (comparable a la de algunos Estados miembros, o incluso mejor), seguidos por Eslovenia, mientras que la peor situación sanitaria se encuentra en los Estados bálticos, Rumania, Bulgaria y Turquía. Esto se refleja en unas tasas de mortalidad infantil más elevadas y una menor esperanza de vida, así como en una mayor incidencia de las enfermedades no infecciosas (especialmente enfermedades cardiovasculares y y cáncer), de las enfermedades infecciosas (incluidas, en algunos países, enfermedades de transmisión sexual y tuberculosis) y de las muertes violentas.

Los riesgos ligados a la vejez determinarán las tendencias futuras en discapacidad.

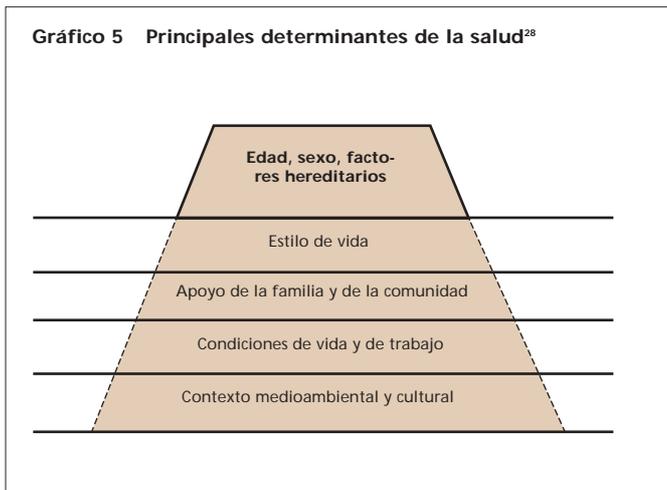
Es característico de la vida humana que el número de discapacidades funcionales de todo tipo tienda a aumentar con la edad. Enfermedades, estilos de vida arriesgados, accidentes y factores socioeconómicos se combinan para crear un proceso "discapacitador" de carácter acumulativo en el tiempo. No es, por tanto, sorprendente que los jóvenes constituyan el 5 % de las personas con discapacidad; las personas en edad de trabajar constituyan el 46 %, y el 49 % restante de las personas que declaran alguna discapacidad tengan más de 60 años de edad, según los datos del PHCE. Con una esperanza de vida en aumento, la prevalencia de los problemas de vista y oído también está aumentando, así como los desórdenes neurológicos, como la enfermedad de Alzheimer y la demencia. Sin embargo, la evolución futura de los riesgos de discapacidad por edad será el factor clave que determinará el número de personas mayores que necesitarán asistencia y cuidados.

2.3 Los determinantes de la salud de la población

La evolución de la salud está determinada en gran medida por condiciones ambientales...

En Europa, las personas se enfrentan a riesgos de salud derivados de su entorno físico, debidos en muy gran medida a las pautas de vida preponderantes y al uso de recursos inherente a las mismas. La salud humana depende de la disponibilidad de alimentos, agua, aire y alojamiento, así como de la calidad de los mismos. Resulta también afectada por el ruido, la congestión y los accidentes de tráfico, y los sistemas de alcantarillado deficientes. El rápido proceso de urbanización ha creado problemas particulares en muchas ciudades, generando contaminación ambiental y unas condiciones de vivienda inaceptables. Otros problemas de salud están relacionados con la contaminación del agua y los alimentos, que provoca enfermedades transmisibles. No obstante, estos efectos adversos se están combatiendo mediante la renova-

27 Fuente: Eurostat. Véase también el informe de la DG de Sanidad y Protección de los Consumidores: "El estado de salud de la población europea", CE 2001.

Gráfico 5 Principales determinantes de la salud²⁸

ción urbana, la mejora de infraestructuras, la supervisión de los agentes contaminantes y medidas reforzadas de seguridad alimentaria, lo que ha servido para reducirlos.

Durante el último decenio, la contaminación ambiental en las zonas urbanas de Europa central y oriental disminuyó debido a la adopción de diversas medidas técnicas y al estancamiento económico. No obstante, las condiciones de vivienda siguen estando por debajo de los estándares de Europa occidental, y los problemas de tráfico se están volviendo muy importantes.

... por condiciones socioeconómicas...

La salud está claramente relacionada con el estatus socioeconómico. Este concepto se define normalmente utilizando una serie de indicadores interrelacionados, como el tipo de ocupación, el género y los niveles de educación, ingresos y riqueza. A escala individual, el estatus socioeconómico determina el nivel de acceso a recursos sociales y materiales, así como la exposición a riesgos de salud.

Por su parte, la educación parece reforzar las capacidades sociales del individuo, ampliar las oportunidades individuales, aumentar la confianza en uno mismo, incrementar las competencias y aptitudes y promover un estilo de vida más saludable, al potenciar la concienciación sobre los riesgos. Según el Eurobarómetro, solo el 50 % de las personas con un nivel de educación inferior al segundo ciclo de enseñanza secundaria considera su salud como "buena" o "muy buena", frente al 75 % de las personas con educación terciaria.

Tanto el empleo como el desempleo son importantes para el estado de salud. Se ha demostrado que unas tasas de empleo elevadas, o un bajo desempleo, junto con una riqueza nacional media elevada, reducen considerablemente las tasas de mortalidad en un lapso de tiempo dado²⁹. Además, muchos estudios a nivel individual señalan la existencia de una correlación positiva entre el desempleo y la enfermedad o la incapacidad, tanto en el aspecto físico como mental. Es mucho más probable que las personas desempleadas decla-

ren sufrir de mala salud y acudan al médico. El riesgo de mortalidad de las personas desempleadas es más elevado que el de las personas con empleo estable. Las tasas de suicidio son más elevadas entre los jóvenes desempleados. Sin embargo, las redes sociales o los "trabajos informales" pueden aliviar en cierta medida los efectos negativos de las pérdidas de empleo. Este "efecto amortiguador" es más importante en algunos Estados miembros.

En general, el empleo tiene un efecto positivo en la longevidad y la salud, siempre y cuando los trabajos sean de alta calidad. Está demostrado que la baja calidad del trabajo crea problemas de salud ocupacional específicos (accidentes, lesiones y enfermedades profesionales). Los principales problemas de salud relacionados con el trabajo son los de tipo musculoesquelético, seguidos por el estrés, y luego por las enfermedades pulmonares y cardiovasculares. El tipo de industria y ocupación, el tipo de contrato de trabajo (temporal) o de jornada laboral (trabajo a turnos), la edad y el sexo influyen en la prevalencia y la incidencia de las enfermedades. Aunque las mujeres representan el 46 % de la fuerza laboral, la cuota femenina de las enfermedades profesionales es del 18 % como media, si bien este porcentaje refleja también diferencias en las horas de trabajo.

Los costes de los trabajos de baja calidad son considerables. Los costes de la asistencia sanitaria preventiva o curativa deberían tenerse en cuenta en relación con el número de días de trabajo perdidos debido a accidentes y problemas de salud relacionados con el trabajo, y con la consecuente pérdida de producción e ingresos. En total, los accidentes y los problemas de salud relacionados con el trabajo dieron lugar a 500 millones de días de trabajo perdidos en la UE en 1998/99.

En los Estados adherentes, la proporción de trabajadores que consideran que su salud y su seguridad corren peligro a causa del trabajo es mayor: 40 % frente a 27 % en la UE³⁰. En esos países se declaran en mayor medida problemas relacionados con el trabajo, especialmente fatiga general y problemas musculoesqueléticos. Los sistemas de salud y seguridad de los Estados adherentes tendrán que adaptarse a la legislación europea. En muchos de estos países, el grado de instauración del sistema tripartito es bastante bajo, por lo que garantizar que trabajadores y empresarios puedan hacer sus aportaciones para mejorar el sistema sigue siendo un reto importante.

...y por la extensión y calidad de las redes sociales.

El apoyo social es importante para la salud, y especialmente decisivo para tener un buen estado de salud en ambos extremos del ciclo vital. Las redes sociales —integradas por miembros de la familia, parientes, compañeros y amigos— contribuyen a proteger y reforzar la salud de los individuos. Ejercen control sobre el comportamiento que se aparta de la norma y sobre la mayoría de los factores relacionados con el estilo de vida. Pueden facilitar el acceso a la salud y los servicios, suministran una gran cantidad de cuidados informales y contribuyen a atenuar el impacto de los acontecimientos negativos.

28 Este gráfico se ha basado en el trabajo de Dahlgreen y Whitehead (véase Dahlgreen y Whitehead (1991): Policies and strategies to promote social equity in health. Institute for Future Studies, Estocolmo)

29 Prof. H. Brenner: "Unemployment and public health", Comisión Europea, DG de Empleo y Asuntos Sociales..

30 Encuesta sobre las condiciones de trabajo en los Estados adherentes, 2001 — Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo.

La familia sigue siendo la base del apoyo y los cuidados que reciben tanto los niños como los adultos en todos los Estados miembros, y el papel de la familia en el suministro de cuidados se considera importante y positivo. En la actualidad, el 6 % de los europeos pasa gran parte de su tiempo prestando cuidados informales de larga duración a personas mayores o adultos en edad de trabajar que están enfermos o discapacitados. La futura capacidad de las familias para proporcionar cuidados de larga duración se verá afectada por la evolución de las tasas de actividad de las mujeres y por la creciente inestabilidad de las estructuras familiares. En todos los Estados miembros se observa una tendencia hacia la reducción del tamaño de los hogares y un aumento del número de personas que viven solas. Escenarios referidos a la Europa de los quince muestran que para el año 2020 el 46 % de las personas mayores de 85 años vivirán solas, y de éstas, el 80 % serán mujeres. Debido a ello, es probable que un creciente número de personas mayores necesiten recibir cuidados formales, incluso si siguen disminuyendo las tasas de incapacidad en la vejez.

Las estrategias dirigidas a promover un comportamiento saludable requieren la participación de un amplio espectro de partes interesadas. Para incrementar la sensibilización del público y el conocimiento de los riesgos para la salud, se requiere un equilibrio entre la acción del gobierno, la comunidad local y la acción individual. Asimismo, la acción de organizaciones no gubernamentales, grupos locales y otros miembros de la comunidad está asumiendo un papel creciente al que se debería prestar la debida atención.

Las tendencias recientes de exclusión social plantean nuevos desafíos para la reducción de las desigualdades en materia de salud.

En los países pobres parece haber una clara relación entre el nivel de renta y la mortalidad. Las rentas más altas van a menudo asociadas con un mejor estado de salud. Esta relación se vuelve menos evidente en los países más ricos, en los que los patrones de mortalidad parecen estar vinculados con la desigualdad de la renta. Esto se debe fundamentalmente a que las rentas bajas y la pobreza están asociadas a unas malas condiciones de vida y de trabajo y a un mal estilo de vida. En la mayoría de los Estados miembros es mucho más probable que las personas pobres describan su salud como mala o muy mala y declaren un mayor nivel de aislamiento social y una menor disponibilidad de cuidados informales y de apoyo.

Las rentas bajas y la pobreza pueden suponer un peor acceso a una asistencia sanitaria preventiva (p. ej. visitas al médico) y curativa (p. ej. medicación y hospitalización) de calidad suficiente en cuanto a tratamiento, comunicación y seguimiento. Las personas con rentas más altas tienen más probabilidades de recibir servicios especializados, mientras que las de rentas más bajas tienden a recurrir a los cuidados de médicos generalistas³¹. Reducir las desigualdades de renta produce beneficios para la salud que son especialmente importantes cuando la pobreza está presente en la sociedad. En términos políticos, esto significa que combatir la pobreza y eliminar las barreras de acceso a los sistemas de asistencia sanitaria son cuestiones cruciales para la salud.

Hay también nuevos desafíos relacionados con los efectos que sobre la salud tienen los diversos estilos de vida...

El estilo de vida tiene importantes repercusiones en el estado de salud. Hay una serie de problemas de salud graves y en aumento, de proporciones epidémicas, relacionados con malos estilos de vida en lo que respecta a la nutrición, el ejercicio y el abuso de alcohol, tabaco y drogas prohibidas.

El consumo de tabaco es un factor de riesgo importante, responsable de alrededor del 12 % del número total de las enfermedades y lesiones, según el último informe de la OMS³². Fumar está asociado a una amplia gama de enfermedades, a veces mortales, que de otra forma serían evitables (enfermedades cardiovasculares, cánceres y enfermedades pulmonares). En conjunto, una tercera parte de la población de la UE declara fumar habitualmente. El número de fumadores es más alto entre los hombres que entre las mujeres (40 % de los hombres y 28 % de las mujeres) y se encuentra en aumento, especialmente en el caso de las mujeres jóvenes. Los datos relativos a Dinamarca muestran que el cáncer de pulmón, asociado a un elevado consumo de tabaco por parte de las mujeres, es una de las causas de la esperanza de vida relativamente baja de las mujeres danesas³³.

El alcohol y la tensión arterial son responsables del 9 % al 10 % de AVAD³⁴, y el colesterol y la masa corporal, del 6 % al 7 % de AVAD para ambos sexos. Una alimentación inadecuada —es decir, un mal régimen dietético general— tiene importantes consecuencias en el plano socioeconómico, al contribuir a los problemas de salud y generar costes económicos y sociales. Datos de Eurostat indican que alrededor del 17 % de los adultos de la UE tienen sobrepeso, y alrededor del 6,5 % son obesos. El sobrepeso y la obesidad incrementan el riesgo de padecer algunas enfermedades crónicas, como enfermedades cardiovasculares, ciertos cánceres y diabetes del tipo 2. La obesidad está aumentando, especialmente entre los niños.

... especialmente en el caso de los jóvenes...

La mejora de la salud de los jóvenes no ha seguido el mismo ritmo que la de la sociedad en general, y aquéllos, especialmente los hombres jóvenes, presentan en la actualidad tasas de mortalidad relativamente elevadas relacionadas con la conducta y los estilos de vida. El abuso de las drogas, incluido el alcohol, es frecuentemente el motivo del excesivo número de muertes de jóvenes debidas a causas externas: principalmente accidentes de automóvil en el caso de los varones de entre 15 y 30 años, pero también otros tipos de muerte violenta, como los suicidios, que son la segunda causa de muerte más común entre los hombres jóvenes. Además, el consumo de sustancias prohibidas se concentra en los adultos jóvenes, especialmente hombres de entornos urbanos: la tasa de consumo entre los adultos jóvenes duplica, más o menos, la correspondiente a la del conjunto de adultos. Por último, el comportamiento sexual es también un aspecto importante de la salud de los jóvenes; véase por ejemplo el caso de los embarazos no deseados y el riesgo de infección de enfermedades de transmisión sexual.

31 La cuestión de que todos los grupos vulnerables tengan también acceso a una asistencia sanitaria de alta calidad se trató en el Informe Conjunto sobre Inclusión Social acordado en Laeken en diciembre de 2001.

32 Informe sobre la salud en el mundo — 2002: Reducir los riesgos y promover una vida sana.

33 Véase el informe de la DG de Sanidad y Protección de los Consumidores: "El estado de salud de la población europea", CE 2001.

34 AVAD (años de vida ajustados en función de la discapacidad) es una medida utilizada para cuantificar el impacto de las enfermedades que tiene en cuenta los años de vida perdidos por mortalidad prematura y los años vividos con una discapacidad de severidad y duración determinadas. Un AVAD (perdido) es, por tanto, un año de vida sana perdido.

...y en los Estados adherentes.

Los problemas de consumo de tabaco son considerables, y existe un número creciente de fumadores entre los jóvenes y las mujeres. El consumo de alcohol es otro comportamiento ligado al estilo de vida que tiene que ver con muchas de las causas de muerte. Probablemente el alcohol sea un factor importante en las tasas más elevadas de muerte repentina por problemas cardíacos³⁵ y cirrosis que se registran en los Estados adherentes de Europa central y oriental en comparación con la UE. En general, las tasas de mortalidad por lesiones, especialmente accidentes de tráfico, ahogamiento e incendios, y por homicidios y suicidios, son también más elevadas en esos países, lo que podría atribuirse en parte a patrones de consumo de alcohol.

2.4 La importancia de los sistemas de asistencia sanitaria

Los sistemas de asistencia sanitaria son importantes para la salud y para la economía en todos los Estados miembros...

Los sistemas de asistencia sanitaria son importantes para combatir la mala salud y contribuyen de forma significativa al progreso de la salud. Además, el peso del sector sanitario y de cuidados de larga duración en la economía y el empleo es notable. En promedio, el empleo en el sector sanitario y de servicios sociales de los quince Estados miembros representa casi el 10 % del empleo total. El sector sanitario es además un sector de la economía muy dinámico y en rápida evolución, con un gran potencial para contribuir en mayor medida al crecimiento económico y las oportunidades de empleo. El sector sanitario y de servicios sociales contribuyó el 18 % de la creación neta de empleo en la UE entre 1995 y 2001³⁶.

...los cuáles, a pesar de grandes diferencias en cómo se organizan, afrontan desafíos semejantes.

Hay una gran diversidad entre los Estados miembros en lo que respecta a la forma en que los sistemas de asistencia sanitaria están organizados, regulados y financiados, así como en el modo en que funcionan y se utilizan. No obstante, hay también muchas semejanzas en cuanto a los problemas que los sistemas de asistencia sanitaria han de afrontar. El envejecimiento de la población constituye un reto común de particular importancia. Garantizar el acceso de todos a una asistencia sanitaria y de larga duración sostenible y de buena calidad, incluso en el punto culminante del envejecimiento de la población, se considera generalmente el objetivo común que tratan de conseguir todos los Estados miembros con sus políticas sanitarias.

Los Estados miembros gastan cantidades importantes en asistencia sanitaria...

En 1999, la porción del gasto total en salud con respecto al PIB osciló entre el 10,3 % de Alemania y el 6,1 % de Luxemburgo, con una media ponderada del 8,4 %. Actualmente, Alemania tiene el mayor gasto total en salud

como proporción del producto interior bruto, seguida de Francia y Bélgica. En EE.UU., el gasto total en salud alcanzó el 13 % del PIB en 2000, con una participación pública del 44%³⁷. En Canadá, las cifras son más semejantes a la media de la UE, con un gasto sanitario de 9,1 % del PIB y una participación pública del 71 %.

En Europa, los sistemas de asistencia sanitaria dependen de una combinación de fuentes de financiación. La mayor parte de la financiación en todos los Estados miembros consiste en gasto público (75 % como media) procedente de impuestos y de cotizaciones al seguro social de salud. El gasto privado (procedente de pagos personales y seguros de salud privados) representa menos del 30 % del gasto total en salud, excepto en Grecia, Italia y Portugal. La proporción de pagos personales en el gasto total en salud de la UE se incrementó ligeramente durante los años noventa, y en 1998 la media de la UE fue del 16 %. En Italia y Portugal, la proporción de pagos personales en relación con el gasto total en salud supera el 30 %. Parece que, en contra de lo esperado, el desplazamiento de los costes a fuentes privadas de financiación no ha contenido el aumento del gasto global en salud.

...y en cuidados de larga duración.

Resulta difícil determinar tanto los costes como las tendencias nacionales respecto a los cuidados de larga duración (o terciarios), porque estos servicios están a menudo divididos entre distintas estructuras y presupuestos públicos — normalmente entre el presupuesto sanitario y el de servicios sociales. Las mejores estimaciones de que se dispone del gasto público en cuidados de larga duración revelan una media ponderada de la UE del 1,3 % del PIB en 2000, con un rango que va del 0,7 % en Francia, Irlanda y Austria hasta el 3 % en Dinamarca y el 2,8% en Suecia³⁸.

La organización de los cuidados de larga duración para las personas mayores muestra considerables variaciones entre Estados miembros. Dinamarca tiene un gran número de camas dedicadas a los cuidados de larga duración, mientras que los Estados miembros meridionales se hallan considerablemente por debajo de la media de la UE a este respecto; este hecho está relacionado con el distinto papel desempeñado por las redes familiares que proporcionan cuidados informales. El sector está experimentando rápidos cambios, pues los servicios están sometidos a un proceso de reorganización o innovación en los Estados miembros septentrionales y centrales, y de expansión en los meridionales, debido en parte a los cambios en los patrones familiares. Las organizaciones sin ánimo de lucro están desempeñando un papel cada vez mayor en los sectores sanitario y de servicios sociales.

Dentro de los servicios de asistencia sanitaria, el equilibrio entre la asistencia primaria, secundaria y terciaria³⁹ ha ido cambiando progresivamente. La asistencia secundaria (principalmente hospitalaria) ha disminuido en importancia debido principalmente a los avances en los tratamientos terapéuticos, así como a las mejoras en la asistencia primaria y la atención diurna a ancianos y discapacitados. Esto ha generado la necesidad de una mayor descentralización del suministro de servicios sanitarios y de una nueva coordinación entre

35 Britton, A. & McKee, M. (2000): "The relationship between alcohol and cardiovascular disease in Eastern Europe" *Journal of Epidemiological Community Health*, 54: 328-332.

36 El empleo en Europa, 2002.

37 OCDE - Health Data - 2002.

38 Budgetary challenges posed by ageing populations - Comité de Política Económica (2001).

los niveles local, regional y nacional. La evolución de las relaciones entre el Estado, el mercado y el sector sin fines de lucro en el ámbito de la asistencia sanitaria, con una participación cada vez mayor del sector privado, plantea nuevos desafíos en lo que respecta a la reglamentación y la gestión del suministro de servicios sanitarios y a la consecución de objetivos de equidad.

La mayoría de los Estados miembros garantiza la universalidad del acceso a la asistencia sanitaria...

En todos los Estados miembros existen derechos universales o cuasiuniversales a la asistencia sanitaria. Este ha sido un importante logro de los últimos decenios en la UE. Con la introducción de la cobertura universal en enero de 2000, Francia se une ahora a Dinamarca, Finlandia, Grecia, Irlanda, Italia, Luxemburgo, Portugal, Suecia y el Reino Unido en el suministro de cobertura sanitaria universal obligatoria, con lo que se reduce considerablemente el riesgo de exclusión social de los servicios sanitarios. En comparación, en los EE.UU. se estima que 40 millones de ciudadanos, el 14 % de la población, carece de seguro de salud⁴⁰.

No obstante, a pesar del carácter universal o cuasiuniversal del seguro de salud obligatorio, en los Estados miembros sigue habiendo problemas de acceso asociados a diversas lagunas en la cobertura. Estos problemas surgen por dos vías: como consecuencia de la exclusión de ciertos tratamientos de la cobertura obligatoria del seguro médico, o debido a una creciente importancia de los cargos a los usuarios.

...y están desarrollando normas de calidad.

La mayoría de los Estados miembros han realizado progresos en el establecimiento de normas de calidad en la asistencia sanitaria⁴¹. Esto, no obstante, ha resultado difícil en algunas áreas, por ejemplo en relación con los pacientes externos, y en lo que respecta a la adopción de normas basadas en los resultados. Han seguido aumentando las presiones para mejorar la calidad de la asistencia prestada a los pacientes, así como las dirigidas a contener los costes. La creciente concienciación de que el gasto en tecnologías ineficientes impone costes de oportunidad en otros pacientes ha contribuido al aumento de la demanda de pruebas del impacto presupuestario y de la relación coste/eficacia de las intervenciones, como parte de la evaluación de la tecnología sanitaria. Así, en todos los países miembros de la UE hay algún tipo de evaluación de calidad en relación con el suministro de servicios sanitarios⁴².

Los Estados adherentes y los países candidatos muestran patrones diferentes.

La mayoría de los Estados adherentes de los países candidatos gasta en asistencia sanitaria un porcentaje del producto interior bruto menor que la media de la UE. Varía del 2,6 % en Rumania a más del 8 % en Malta. En estos Estados parece haber una pensión relativamente elevada a la hospita-

lización, debido principalmente a unos sistemas de asistencia primaria infradesarrollados⁴³. No obstante, en muchos de estos países hay menos personal médico por habitante, y la infraestructura hospitalaria y otras instalaciones para el suministro de servicios sanitarios son relativamente deficientes. En teoría, el derecho a las prestaciones sanitarias ha seguido siendo universal, con una cobertura completa, en la mayoría de los países. En la práctica, sin embargo, los servicios están racionados y los pagos informales son comunes⁴⁴. Hay una cierta tendencia a la privatización del suministro de los servicios sanitarios en algunos Estados adherentes. Esto va acompañado de la dedicación de más recursos privados a la salud, tanto a través de pagos personales como mediante la cobertura de riesgos por seguros de salud privados.

2.5 Futuros desafíos para los sistemas de asistencia sanitaria

Los sistemas de asistencia sanitaria se enfrentan a nuevos desafíos para su viabilidad financiera, su calidad y su accesibilidad...

La demanda de asistencia sanitaria y cuidados de larga duración ha crecido en los últimos decenios, principalmente a causa de los avances de las tecnologías y tratamientos médicos y a las expectativas en aumento de los usuarios de la sanidad en unas sociedades cada vez más ricas, tendencia estructural ésta que deberá ser abordada por los políticos. En efecto, los cambios en los estilos de vida, patrones de trabajo, ingresos, niveles educativos y estructuras familiares están alterando la actitud de las personas hacia la asistencia sanitaria. La sociedad de la información trae también consigo el acceso inmediato a los conocimientos sobre los últimos tratamientos posibles a todo aquél que tenga acceso a Internet: los sitios web relacionados con la salud se cuentan entre los más visitados de la red. El cambio de actitudes incluye una mayor concienciación de los derechos y responsabilidades de los pacientes, una menor tolerancia de la discriminación y una disminución de la deferencia hacia los profesionales de la asistencia sanitaria. Existen numerosos indicios que demuestran el deseo de poder tener mayores posibilidades de elección y unos servicios más individualizados, así como acceso a una gama más amplia de tratamientos médicos, incluidos los que traspasan las fronteras tradicionales de los sistemas de asistencia sanitaria. En consecuencia, se debería evaluar correctamente y estudiar las necesidades sanitarias fundamentales de la población, contribuyendo así a eliminar servicios sanitarios ineficientes o incluso perjudiciales.

... a la evolución de las tecnologías y terapias...

Los avances en las tecnologías y tratamientos médicos han contribuido al aumento de los costes en las pasadas décadas. Las nuevas tecnologías pueden también reducir los costes de tratar ciertas enfermedades, pero pueden elevar los gastos si tratan enfermedades para las que antes no había tratamien-

39 La asistencia secundaria cubre los servicios hospitalarios destinados a los pacientes ingresados; la asistencia terciaria consiste en los cuidados de larga duración.

40 Jack Hadley (2002): "Sicker and Poorer: the consequences of being uninsured. A review of the research on the relationship between health insurance, health, work, income and education". The Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured.

41 Para una discusión sobre las normas de calidad, véase la Comunicación de la Comisión: "Asistencia sanitaria y atención a las personas mayores: Apoyar las estrategias nacionales para garantizar un alto nivel de protección social" (2003).

42 Una discusión en profundidad sobre la evaluación de la tecnología sanitaria se encuentra en la sección 2.3 del informe de la DG de Empleo y Asuntos Sociales "La situación social en la Unión Europea 2003".

43 Véase C. Wallace, C. Haerpfner, L. Mateeva (Institute for Advanced Studies, Viena): "Health and Health Care Systems in the Applicant Countries", Agosto de 2002, página 8.

44 Social Protection System in the 13 candidate countries — A Report to the European Commission, DG Empleo y Asuntos Sociales — Noviembre de 2002.

to o había sólo tratamientos menos eficaces, o si se prescriben para enfermedades para las que existen alternativas de tratamiento más baratas. El efecto de las nuevas tecnologías en el gasto futuro en asistencia sanitaria es difícil de predecir, pero una evaluación más sistemática de las tecnologías y tratamientos médicos ayudaría a garantizar que el aumento del gasto es sólo el resultado de avances auténticos y que no se pierden oportunidades de ahorro. Esta evaluación –y diseminación y aplicación de los resultados– es fundamental para conseguir sin embargo el seguimiento de los progresos, los tres objetivos de acceso, calidad y sostenibilidad. Depende mucho de la calidad de los datos relacionados con la salud, todavía pueden observarse importantes deficiencias a nivel de la UE, tanto en lo que respecta a la disponibilidad de datos como a la estandarización de las definiciones y de los métodos de recopilación de datos.

Las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) han sido introducidas en los sistemas sanitarios, al igual que en casi todos los demás sectores de la economía. Las TIC pueden mejorar sustancialmente la organización del suministro de los servicios sanitarios. Algunos organismos sanitarios indican que en la actualidad están gastando el 20 % de su presupuesto para bienes de equipo en TIC. Sin embargo, la generalización de las TIC puede crear nuevas barreras que obstaculicen el acceso de los grupos desfavorecidos a una asistencia sanitaria de alta calidad si para ello se requieren ciertas destrezas digitales por parte del paciente.

... al envejecimiento de la población...

A consecuencia de las persistentemente bajas tasas de natalidad y de la creciente esperanza de vida, la población de Europa está envejeciendo. Las primeras cohortes de la generación del baby boom se jubilarán en los próximos diez a quince años, lo que inicialmente dará lugar a un aumento del gasto en pensiones. Diez años más tarde, a medida que dichas cohortes empiecen a alcanzar la cuarta edad, su simple número probablemente generará una mayor necesidad de suministro de servicios sanitarios y, sobre todo, de cuidados de larga duración. Sin embargo, la necesidad de asistencia dependerá, hasta cierto punto, de la efectividad de las estrategias (pasadas y futuras) de promoción de la salud.

El efecto del envejecimiento demográfico en los futuros costes sanitarios es difícil de predecir⁴⁵. Está relacionado tanto con la demanda como con la oferta de asistencia sanitaria, y claramente vinculado con las condiciones de vida, los estilos de vida, el apoyo familiar y la situación socioeconómica. Para la asistencia sanitaria, la tendencia demográfica más importante es el creciente número de personas muy mayores (de más de 80 años) en un contexto en el que el tamaño de los hogares se está reduciendo y las familias pueden tener menos capacidad o voluntad de responder a las necesidades de cuidados. Por un lado, los sistemas de asistencia sanitaria tendrán que ajustarse a los cambios en el patrón de enfermedad y de necesidad de cuidados, aumentando en importancia la medicina geriátrica y la atención a las enfermedades crónicas. Por otro lado, los sistemas formales de atención sanitaria tendrán que preparar-

se para la eventualidad de tener que hacerse cargo de una porción considerablemente mayor de las necesidades de prestación de cuidados, a medida que el papel de las familias como cuidadores se reduzca en muchos Estados miembros. Además, si bien la proporción de personas muy mayores necesitadas de cuidados de larga duración puede disminuir gracias a una mejor salud y unos menores niveles de incapacidad, su número absoluto seguramente aumentará.

... y al envejecimiento del personal médico.

Los problemas relacionados con la contratación y la retención del personal médico, que se están experimentando ya en algunos Estados miembros, seguramente se acentuarán con la tendencia general al envejecimiento y la reducción de la fuerza de trabajo en este sector, lo que hará que se endurezca la competencia por conseguir personal. Ambas tendencias podrían incrementar los costes. El sector sanitario tendrá, pues, que adaptarse a los efectos del envejecimiento tanto en su personal como en su clientela. Esto resulta especialmente cierto en el caso de los enfermeros(as): en siete Estados miembros, el 40 % del personal de enfermería tiene ya más de 45 años, y en otros cinco Estados miembros casi uno(a) de cada dos enfermeros(as) ha alcanzado ya esa edad. Otros dos factores contribuyen notablemente a la escasez de estos profesionales: políticas de activación y freno en la contratación y, lo que es más importante, unas condiciones de trabajo exigentes combinadas con unos sueldos modestos, lo que provoca una gran rotación de personal. En consecuencia, es probable que aumente la contratación de inmigrantes para cubrir vacantes en este sector.

La ampliación puede plantear nuevos desafíos en relación con el personal médico. Cuando la libertad de circulación se aplique plenamente a los Estados adherentes, el suministro de tratamiento y servicios podría tener que afrontar nuevos retos en estos países, pues la gente puede buscar tratamiento médico en otros Estados miembros, y el personal médico puede verse atraído por unos salarios más elevados en los actuales países de la UE.

En respuesta a todo ello, el sector sanitario tendrá que someterse a un proceso de constante transformación y desarrollar mejores sinergias con otras áreas políticas.

El efecto combinado de los avances tecnológicos, el aumento de la renta y las expectativas y el envejecimiento de la población creará una tendencia estructural hacia el aumento del gasto en salud. Por lo tanto, un desafío clave para la política sanitaria futura consistirá en hacer que los servicios sanitarios sean tan efectivos y rentables que un acceso amplio a una asistencia sanitaria y unos cuidados de larga duración de alta calidad resulte plenamente sostenible, a pesar de estas tendencias. Esto requiere decididos esfuerzos en pro de una mejor gestión y una mejor evaluación de los efectos en relación con las intervenciones, tratamientos y tecnologías sanitarias.

El envejecimiento generará mayores presiones sobre los servicios de asistencia sanitaria y el suministro de cuidados de

45 Proyecciones basadas en el escenario demográfico tendencial de Eurostat indican que, en promedio para la UE, el volumen de gastos sanitarios totales podría aumentar, ceteris paribus, casi un 0,6 % por año en términos reales, debido a los cambios en la estructura de edad de la población durante el próximo cuarto de siglo. Además, el Comité de Política Económica ha estimado que el incremento del gasto público en asistencia sanitaria y cuidados de larga duración generado por el envejecimiento en el período comprendido entre 2000 y 2050 podría ascender a 2-3 puntos porcentuales del PIB. Estas proyecciones, no obstante, deben manejarse con cautela, puesto que se refieren a períodos muy largos y se basan en unas determinadas hipótesis sobre futuras tendencias económicas y de comportamiento.

larga duración. La necesidad de adaptarse a cambios súbitos en el patrón de las patologías y de satisfacer, al mismo tiempo, las necesidades de personal, así como de garantizar la sostenibilidad, calidad y accesibilidad a largo plazo, plantea a los responsables políticos y a los administradores una compleja combinación de desafíos.

Como se ha explicado previamente, en todos los Estados miembros existen fuertes vínculos entre los factores socioeconómicos (principalmente el nivel educativo, los patrones familiares, las desigualdades de género, la renta y el empleo) y la salud, y las desigualdades en lo que respecta al estado de salud son todavía considerables. Sobre esta base, se puede argumentar que las políticas que promueven el

empleo, mejoran la calidad del trabajo o reducen las desigualdades podrían generar mejoras importantes en la situación sanitaria de la población. De hecho, una de las conclusiones del presente informe es que, además de la política sanitaria, las políticas sociales y de empleo, en combinación con las políticas económicas, pueden realizar contribuciones significativas a la consecución y el mantenimiento de una buena salud. En consecuencia, otro desafío importante será encontrar maneras de aprovechar mejor las sinergias entre las políticas sanitarias y otras políticas que influyen en los determinantes socioeconómicos y ambientales de la salud, a fin de garantizar unas condiciones de vida buenas y saludables para todos los europeos en todas las etapas de su ciclo vital⁴⁶.

46 La Comunicación de la Comisión sobre Evaluación de Impactos (COM (2002) 276 final) es relevante en esta discusión.

3 La resistencia del modelo social europeo

En 1993, cuando el Consejo Europeo de Copenhague preguntó por qué el potencial de crecimiento, la competitividad y el empleo en la Unión iban por detrás de otras áreas económicas principales, algunos sugirieron que estos peores resultados eran consecuencia de deficiencias fundamentales en el modelo europeo de sociedad existente. Otros sostuvieron que los principios básicos del modelo de sociedad europeo serían plenamente compatibles con esfuerzos dirigidos a mejorar sustancialmente los resultados generales de la Unión. Un decenio después, los indicadores recogidos para el informe "La Situación Social en la Unión Europea" parecen validar el hecho de que la Unión y sus Estados miembros decidieran continuar con un enfoque dirigido a mantener la solidaridad y la cohesión social⁴⁷.

Los indicadores de empleo, educación, salud y bienestar general que se encuentran en este informe confirman en general que se han realizado progresos considerables, y que Europa es tan capaz de proporcionar unas buenas condiciones de vida a la amplia mayoría de sus ciudadanos como otras economías importantes.

Durante el último decenio, el fomento del empleo y la modernización de la protección social han pasado a convertirse en prioridades clave situadas en el núcleo de la estrategia global de la Unión. El empleo y las políticas sociales han experimentado una rápida evolución en los Estados miembros, y se ha producido un proceso de convergencia. En consecuencia, hemos sido testigos, no del debilitamiento de los planteamientos europeos, basados en una combinación de la dinámica de mercado y los esfuerzos públicos, sino del reforzamiento y ulterior desarrollo del modelo social europeo.

En la actualidad se reconoce ampliamente que políticas sociales de calidad y encaminadas a apoyar el empleo pueden reforzar los resultados económicos. El sector sanitario es un

buen ejemplo de esta sinergia entre la dimensión social y la económica. Por un lado, el sector contribuye a la calidad de vida, y una mejor salud se traduce en mejores resultados económicos (mayor productividad, menos bajas laborales, menor necesidad de asistencia sanitaria, etc.). Por otro lado, su desarrollo es un motor de crecimiento del empleo. Entre 1995 y 2001 se crearon más de 2 millones de puestos de trabajo en el sector sanitario y del trabajo social, lo que supone el 18 % del total de empleos creados; el sector representa actualmente casi el 10 % del empleo total.

Como se subraya en el informe de síntesis de este año⁴⁸, los Estados miembros que consiguen mejores resultados en todos los indicadores decisivos son aquellos en los que se aplican los principios del Estado del bienestar activo con mayor coherencia y dedicación. Los resultados de estos Estados miembros demuestran que existe un potencial de progreso que ha de ser mejor aprovechado en los próximos años. La Estrategia Europea de Empleo y los nuevos procesos de modernización de la protección social y fomento de la inclusión social están organizados para permitir a todos los Estados miembros recurrir al fondo común de conocimientos sobre cómo Europa puede avanzar hacia la sostenibilidad económica y social.

Sigue habiendo, naturalmente, problemas considerables, y es probable que los desafíos para la Unión sean aún mayores en el próximo decenio de lo que lo fueron en el anterior. Por ejemplo, preocupan todavía las tendencias que afectan a los jóvenes, como se destaca en diversas partes del Informe sobre la Situación Social: la persistencia del desempleo, las tasas de mortalidad específicas y de accidentes relacionados con el trabajo, y la falta de educación profesional. La persistencia de las trampas de pobreza es otro motivo de preocupación. Pero el camino hacia adelante, como demuestran los Estados miembros con mejores resultados, todavía pasa por la mejora y modernización del funcionamiento del modelo social europeo.

47 Crecimiento, competitividad, empleo: retos y pistas para entrar en el siglo XXI: Comisión, 1993.

48 "Optar por el crecimiento: Conocimiento, innovación y empleo en una sociedad cohesiva", Informe al Consejo Europeo de primavera, de 21 de marzo de 2003, sobre la estrategia de Lisboa de renovación económica, social y medioambiental, COM(2003) 5 final.

Anexos

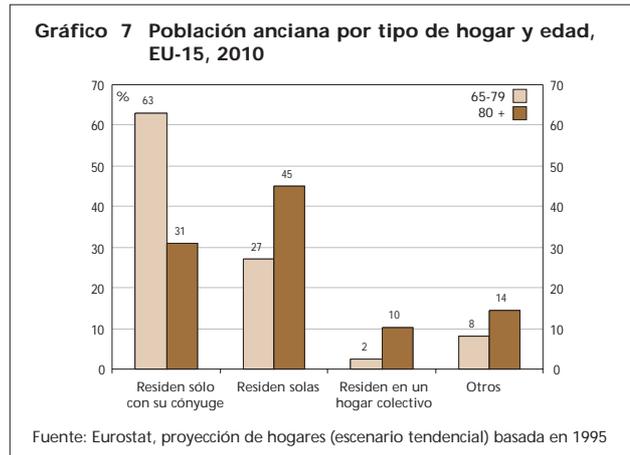
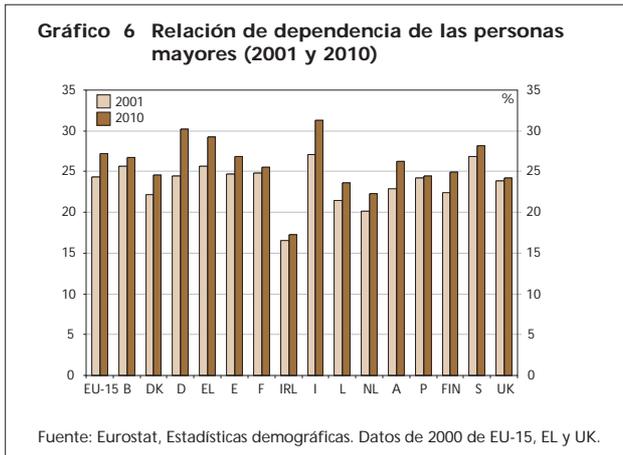
Envejecimiento de la población

En 2001, había 62 millones de personas de 65 años o más en la UE, frente a solamente 34 millones en 1960. Hoy en día, este segmento de la población representa el 16 % de la población total o el 24 % de la población considerada en edad de trabajar (15-64 años). Se espera que este porcentaje se incremente hasta el 27 % para 2010. Durante los tres próximos lustros, el número de personas "muy mayores" (80 años o más) aumentará en casi un 50 %.

Indicador clave

	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Relación de dependencia de la tercera edad (Población de 65 o más años como porcentaje de la población en edad de trabajar (15-64 años) a 1 de enero).																
1990	21,6	22,1	23,2	21,6	20,4	20,2	21,1	18,6	21,5	19,3	18,6	22,1	20,0	19,8	27,7	24,0
1995	23,0	23,8	22,7	22,5	22,8	22,3	23,0	17,8	24,1	20,6	19,3	22,4	21,6	21,1	27,4	24,3
2000	24,3	25,5	22,2	23,9	25,6	24,6	24,6	16,8	26,6	21,4	20,0	22,9	23,8	22,2	26,9	23,9
2001	:	25,7	22,2	24,5	:	24,7	24,8	16,6	27,1	21,5	20,1	22,9	24,2	22,4	26,8	:
2010	27,3	26,7	24,6	30,3	29,2	26,8	25,5	17,3	31,3	23,6	22,3	26,3	24,5	24,9	28,1	24,2

Fuente: Eurostat, Estadísticas demográficas



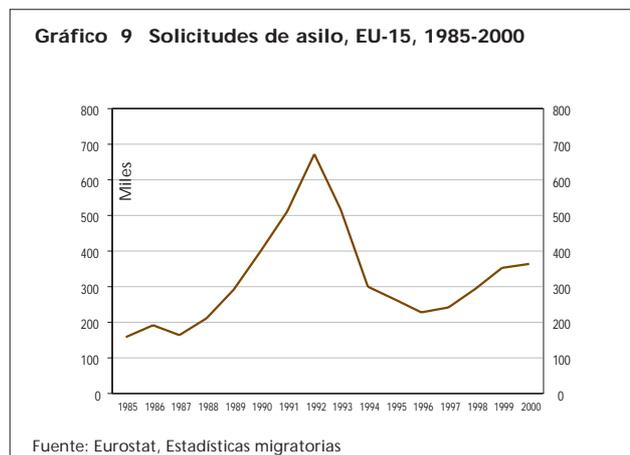
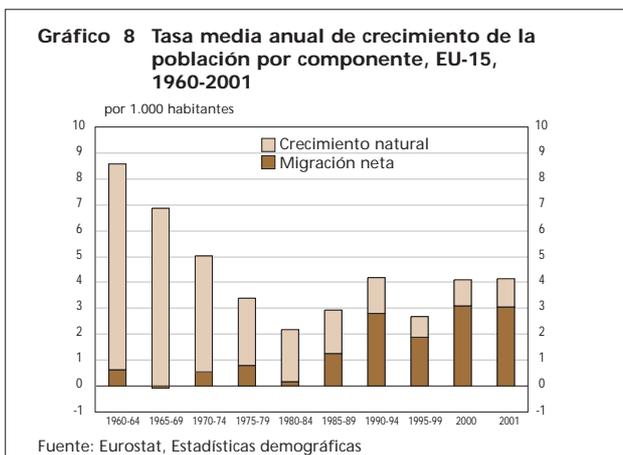
Migración y asilo

Desde 1989, la migración neta ha sido el principal componente de la variación anual de la población en la Unión Europea. En 2001, la tasa anual de migración neta era del 3,1 por 1.000 habitantes y representaba alrededor del 74 % del crecimiento total de la población. En 2000, aproximadamente el 5 % de la población comunitaria estaba formada por no nacionales (el 3,4 % no eran ciudadanos de la UE, mientras que el 1,5 % sí lo eran), y se produjeron poco más de 363.000 solicitudes de asilo en los quince Estados miembros.

Indicador clave

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Tasa de migración neta (por 1.000 habitantes)																
2001	3,1	3,2	2,3	3,2	3,3	5,8	1,0	7,8	2,9	7,5	3,1	2,2	6,3	1,2	3,2	2,6
2000	3,1	1,3	1,9	2,0	1,2	8,8	0,8	7,0	3,1	8,3	3,6	2,1	4,9	0,5	2,7	3,3
Tasa media anual de migración neta																
1995-99	1,9	1,1	3,0	2,5	1,9	1,1	0,7	4,3	2,1	10,0	2,0	1,0	1,1	0,8	1,1	2,0
1990-94	2,8	1,9	2,0	7,0	5,7	0,4	1,3	-0,4	1,9	10,5	2,7	7,5	-1,3	1,8	3,7	1,3

Fuente: Eurostat, Estadísticas demográficas



La educación y sus resultados

Los niveles de educación de la población han mejorado perceptiblemente durante las tres últimas décadas, particularmente entre las mujeres. Actualmente, más del 75 % de los jóvenes comunitarios con edades comprendidas entre 25 y 29 años tiene un nivel de estudios de enseñanza secundaria superior. No obstante, al mismo tiempo, el 19 % de los jóvenes de entre 18 y 24 años abandonan el sistema educativo con sólo una cualificación —en el mejor de los casos— de enseñanza secundaria inferior.

Indicador clave

Jóvenes que abandonan prematuramente el sistema escolar y no prosiguen su educación o formación (Porcentaje de jóvenes de 18-24 años con un nivel de educación inferior al de enseñanza secundaria superior [CINE —Clasificación Internacional Normalizada de la Educación— 0-2] y que no prosiguen actividades de formación o educación)

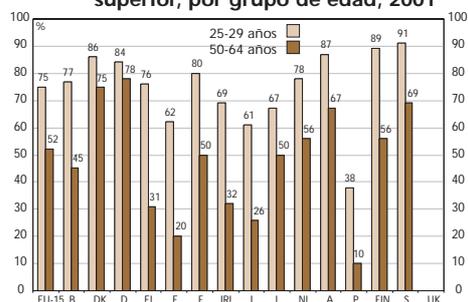
	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
2001	19	14	17	13	17	29	14	19	26	18	15	10	45	10	11	:

Población de entre 18 y 24 años por actividad (%), 2001

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
En empleo y educación	16	6	37	27	2	7	9	11	3	8	44	15	7	28	19	30
Sólo en educación	36	49	25	29	45	45	47	32	45	49	18	30	36	30	31	19
Sólo en empleo	34	33	32	33	32	36	31	42	31	36	33	46	48	31	40	38
Ni empleo ni educación	14	12	6	11	21	13	13	14	22	7	5	8	10	12	9	13

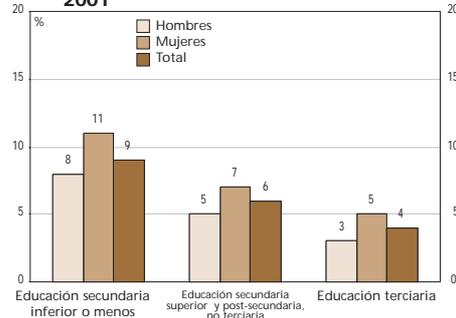
Nota: Los datos de IRL corresponden a 1997. UK: no se dispone de datos sobre los abandonos prematuros del sistema escolar. Aún no se ha establecido la definición de "nivel de enseñanza secundaria superior".
Fuente: Eurostat, Encuesta de población activa de la Unión Europea

Gráfico 10 Porcentaje de población que ha finalizado por lo menos la enseñanza secundaria superior, por grupo de edad, 2001



Fuente: Eurostat, Encuesta de población activa de la Unión Europea. Nota: Los datos de IRL corresponden a 1997. UK: no se dispone de datos sobre los abandonos prematuros del sistema escolar. Aún no se ha acordado una definición de "nivel de enseñanza secundaria superior".

Gráfico 11 Tasas de desempleo de la población de entre 25 y 64 años, por sexo y nivel de educación, EU-15, 2001



Fuente: Eurostat, Encuesta de población activa de la Unión Europea. Nota: En el caso de UK, los "O" levels (GCSE) se incluyen en la enseñanza secundaria superior (CINE 3)

Formación permanente

A escala comunitaria, el 8 % de la población con una edad comprendida entre 25 y 64 años declaraba haber participado (durante las cuatro últimas semanas) en actividades de educación o formación en 2001. Tales actividades parecen ser más frecuentes en los países nórdicos, los Países Bajos y el Reino Unido. Las personas mayores tienen menos probabilidades de recibir formación que las personas más jóvenes. Las personas con alta cualificación tienen más probabilidades de recibir formación que las personas con baja cualificación.

Indicador clave

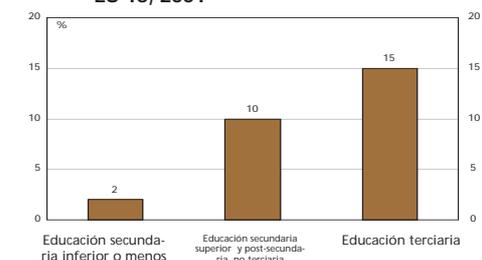
Formación permanente (porcentaje de la población con edad comprendida entre 25 y 64 años que había participado en actividades de educación o formación en las cuatro semanas anteriores a la encuesta), 2001

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Total, 25-64	8	7	18	5	1	5	3	5	5	5	16	8	3	19	17	22
25-34	14	12	27	13	4	11	6	9	12	9	25	14	8	28	25	26
35-44	8	8	19	5	1	3	2	5	3	6	18	8	2	21	18	24
45-54	6	5	14	3	0	2	1	3	2	3	13	7	1	18	15	20
55-64	3	2	8	1	0	1	0	1	1	1	7	2	0	8	10	13

Notes: En el caso de F, la formación debe estar realizándose cuando la entrevista tiene lugar para que sea contabilizada. Los datos de IRL corresponden a 1997.

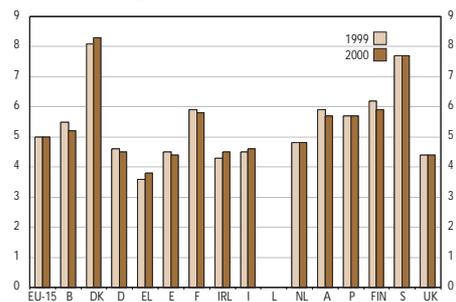
Fuente: Eurostat, Encuesta de población activa de la Unión Europea

Gráfico 12 Formación permanente (Porcentaje de población [25-64 años] que ha participado en actividades de educación y formación en las cuatro últimas semanas) por nivel de educación, EU-15, 2001



Fuente: Eurostat, Encuesta de población activa de la Unión Europea. Notas: En el caso de F, la formación debe estar realizándose cuando la entrevista tiene lugar para que sea contabilizada. Los datos de IRL corresponden a 1997. En el caso de UK, los "O" levels (GCSE) se incluyen en la educación secundaria superior (CINE 3).

Gráfico 13 Gasto en recursos humanos (Gasto público total en educación como porcentaje del PIB), 1999 o 2000



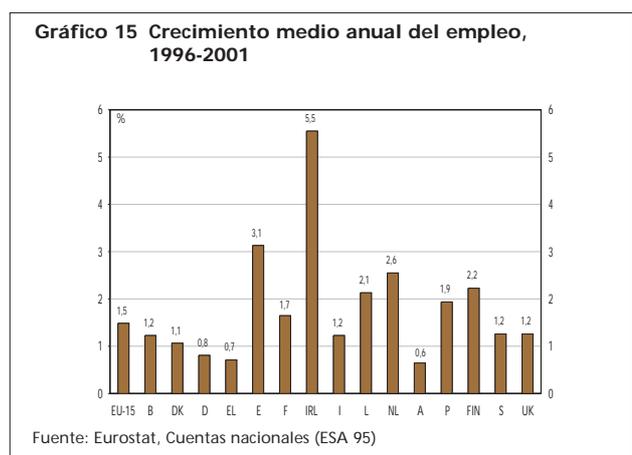
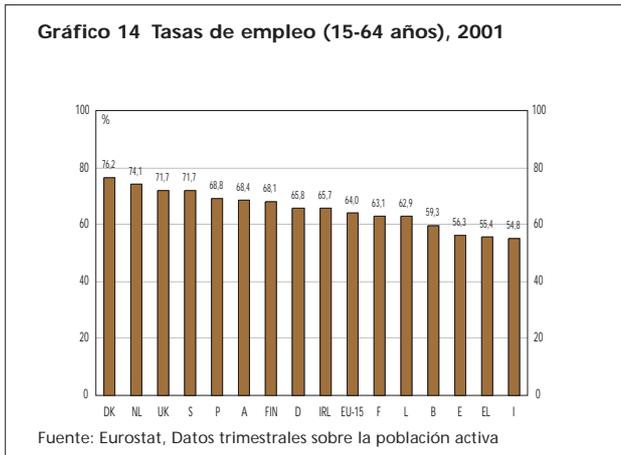
Fuente: Eurostat - Estadísticas de educación

Empleo

En 2001, se estimaba que 168 millones de personas ejercían una ocupación remunerada en la Unión, lo que supone un incremento de más de 12 millones desde 1996 y un crecimiento anual de aproximadamente el 1,5 %. En 2001, el empleo aumentó un 1,2 %. En ese año, la tasa de empleo de la población con edades comprendidas entre 15 y 64 años se situó en el 64 %.

Indicador clave	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Tasa de empleo, 15-64 años																
2001	64,0	59,3	76,2	65,8	55,4	56,3	63,1	65,7	54,8	62,9	74,1	68,4	68,8	68,1	71,7	71,7
2000	63,2	60,5	76,3	65,4	55,7	54,8	62,0	65,2	53,7	62,7	72,9	68,4	68,3	67,3	70,8	71,5
Tendencia del empleo																
Total 2001 (millones)	167,9	4,0	2,8	38,8	3,9	16,0	24,8	1,7	23,5	0,3	8,3	4,0	5,0	2,3	4,3	28,2
Total 2000 (millones)	165,8	3,9	2,8	38,7	3,9	15,6	24,3	1,7	23,1	0,3	8,1	4,0	4,9	2,3	4,2	27,9
Total 1996 (millones)	156,1	3,7	2,6	37,3	3,8	13,7	22,8	1,3	22,1	0,2	7,3	3,9	4,5	2,1	4,1	26,5
2001/1996 (% crecimiento medio anual del empleo)	1,5	1,2	1,1	0,8	0,7	3,1	1,7	5,5	1,2	2,1	2,6	0,6	1,9	2,2	1,2	1,2
2001/2000(% crecimiento anual del empleo)	1,2	1,2	0,2	0,2	0,2	2,5	2,0	2,9	1,6	2,2	2,1	0,2	1,6	1,2	1,9	0,9

Fuente: Eurostat, Datos trimestrales sobre la población activa

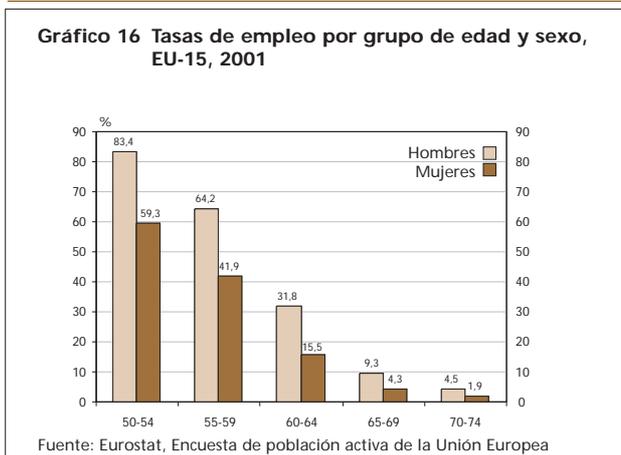


Empleo de los trabajadores mayores

Aunque en los últimos cuatro años la tasa de empleo en la UE entre los hombres de entre 55 y 64 años aumentó en un 1,5 % hasta llegar a un 48,7 % en 2001, sigue estando por debajo de la tasa de 1991 (51,2 %). En cambio, la tasa femenina correspondiente creció de forma sostenida hasta llegar al 29 % en 2001. En conjunto, el 38,6 % de la población de entre 55 y 64 años estaba empleada en 2001. En 2001, los hombres abandonaron el mercado de laboral con una edad media de 60,5 años, mientras que las mujeres lo hicieron aproximadamente 1,5 años antes, resultando en una edad media de salida de 60 años para el conjunto de la población.

Indicador clave	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Tasa de empleo de los trabajadores mayores (Personas de 55-64 años con empleo como porcentaje de la población total de esa categoría de edad), 2001																
Total	38,6	26,5	58,0	37,7	38,0	38,9	31,0	46,8	28,0	24,4	39,6	28,6	50,3	45,7	66,5	52,3
Hombres	48,7	36,5	65,5	46,1	55,0	57,4	35,4	64,7	40,4	34,8	51,1	40,0	61,6	46,7	69,1	61,7
Mujeres	28,9	16,9	49,8	29,5	22,5	21,8	26,7	28,8	16,2	14,0	28,0	17,9	40,6	44,8	63,8	43,1
Tasa de desempleo (Total de individuos desempleados como porcentaje del total de la población activa. Series armonizadas) 2001																
Total	59,9	57,0	61,9	60,7	59,6	60,6	58,1	63,1	59,4	56,8	60,9	59,6	62,0	61,6	62,0	62,1
Hombres	60,5	57,8	62,2	60,9	61,2	60,7	58,2	63,2	59,6	57,5	61,1	60,0	62,0	61,6	62,1	63,1
Mujeres	59,1	55,9	61,1	60,4	57,7	60,2	58,0	62,2	59,2	55,3	60,3	58,6	61,5	61,4	61,9	61,0
Personas de entre 55 y 64 años con empleo, 2001 (1.000)	16662	259	352	4398	489	1578	1754	158	2002	16	654	270	542	254	695	3240

Fuente: Eurostat, Encuesta de población activa de la Unión Europea y Datos trimestrales sobre la población activa



Desempleo

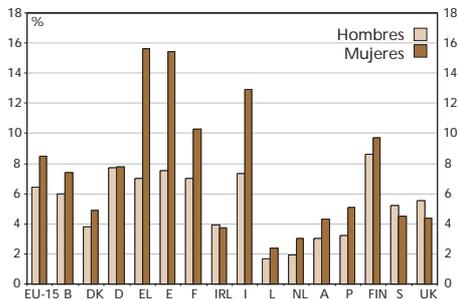
En 2001, el número total de desempleados en la Unión Europea descendió hasta 12,8 millones. Esta cifra representa el 7,4 % de la mano de obra. Es la tasa más baja desde 1992. Entre 2000 y 2001, España, Francia, Finlandia y Suecia registraron los mayores descensos de sus tasas de desempleo, aunque España sigue teniendo el porcentaje más elevado (10,6 %), ligeramente por encima de Grecia (10,5 %). La tasa de desempleo descendió en todos los Estados miembros, excepto en Portugal, donde se mantuvo en un nivel bajo de 4,1 %.

Indicador clave

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Tasa de desempleo (Total de individuos desempleados como porcentaje del total de la población activa. Series armonizadas).																
2001 Total	7,4	6,6	4,3	7,7	10,5	10,6	8,6	3,8	9,4	2,0	2,4	3,6	4,1	9,1	4,9	5,0
2001 Hombres	6,4	6,0	3,8	7,7	7,0	7,5	7,0	3,9	7,3	1,7	1,9	3,0	3,2	8,6	5,2	5,5
2001 Mujeres	8,5	7,4	4,9	7,8	15,6	15,4	10,3	3,7	12,9	2,4	3,0	4,3	5,1	9,7	4,5	4,4
2000 Total	7,8	6,9	4,4	7,8	11,1	11,3	9,3	4,2	10,4	2,3	2,8	3,7	4,1	9,8	5,8	5,4
1994 Total	10,5	9,8	7,7	8,2	8,9	19,8	11,8	14,3	11,0	3,2	6,8	3,8	6,9	16,6	9,4	9,4
Desempleados, 2001 (1.000)	12861	286	123	3073	457	1892	2221	68	2248	4	198	137	212	238	225	1485

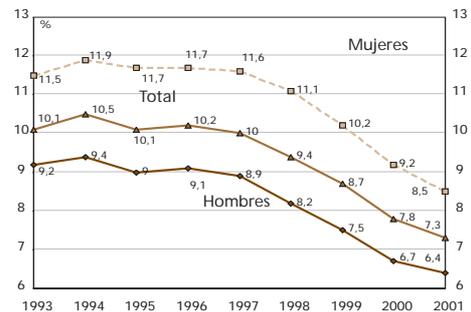
Fuente: Eurostat, Tasas de desempleo (definición de la OIT)

Gráfico 18 Tasas de desempleo por sexo, 2001



Eurostat, Tasas de desempleo (definición de la OIT)

Gráfico 19 Tendencia de la tasa de desempleo por sexo, EU-15, 1993-2001



Eurostat, Tasas de desempleo (definición de la OIT)

Desempleo juvenil

A escala comunitaria, el 7,3 % de los jóvenes (entre 15 y 24 años) estaban desempleados en 2001. La tasa de desempleo (como porcentaje de la mano de obra) de los jóvenes era del 14,7 %. Estos dos porcentajes difieren notablemente entre los distintos países, lo cual puede explicarse, en parte, por el hecho de que un número importante de personas en este grupo de edad continúa en el sistema educativo. La relación desempleo / población juvenil no ha seguido entre 2000 y 2001 la tendencia general a la baja del desempleo; ha aumentado en cinco Estados miembros, ha disminuido en cinco y ha permanecido estable en los otros cinco.

Indicador clave

	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Relación desempleo / población juvenil																
2001	7,3	5,8	5,9	4,7	10,2	10,8	6,9	3,3	10,2	2,5	4,1	3,2	4,5	10,3	5,2	7,7
2000	7,6	6,1	5,0	4,6	11,1	11,3	6,9	3,3	11,6	2,5	4,1	2,9	4,1	11,1	5,1	8,0
1994	10,4	8,2	7,0	4,8	10,3	19,3	10,1	10,7	12,4	3,3	6,6	3,5	6,5	14,8	10,6	10,9

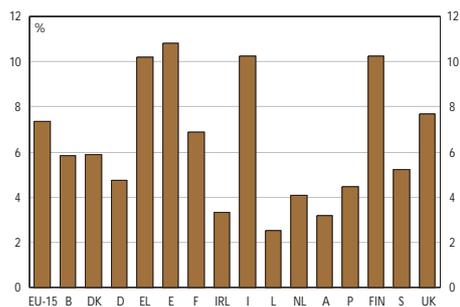
Fuente: Eurostat, Datos trimestrales sobre la población activa

Tasa de desempleo juvenil

2001 Total	14,7	17,6	8,5	8,2	28,1	21,5	19,3	6,6	28,1	7,5	5,5	5,8	9,3	19,7	11,0	11,9
2001 Hombres	13,8	16,5	7,6	9,2	21,7	16,6	17,2	6,8	24,9	8,5	4,7	5,1	7,3	19,5	12,2	13,2
2001 Mujeres	15,7	19,1	9,5	7,1	35,1	27,9	21,9	6,3	32,0	6,3	6,3	6,7	11,8	20,0	9,8	10,3
2000 Total	15,4	17,0	7,0	8,5	29,5	22,6	19,7	6,5	30,7	7,2	5,6	5,3	8,8	21,3	11,2	12,3
1994 Total	20,9	23,2	10,2	8,4	27,7	40,2	28,7	23,0	31,9	7,1	10,9	5,7	15,0	34,0	22,0	16,4

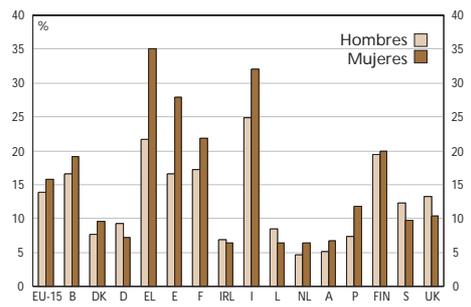
Fuente: Eurostat, Tasas de desempleo (definición de la OIT)

Gráfico 20 Relación desempleo/población juvenil (15-24 años), 2001



Fuente: Eurostat, Datos trimestrales sobre la población activa

Gráfico 21 Tasas de desempleo juvenil (15-24 años) por sexo, 2001



Fuente: Eurostat, Tasas de desempleo (definición de la OIT)

Desempleo de larga duración

En 2001, el 3,3 % de la población activa de EU-15 estaba afectada por el desempleo de larga duración. Dicho de otro modo, el 44 % de las personas desempleadas llevaban al menos un año en paro. La tasa de desempleo de larga duración ha disminuido estos últimos años, pero sigue siendo del 5 % o más en Grecia, España e Italia. De los jóvenes con edades comprendidas entre 15 y 24 años, el 6,9 % (expresado como porcentaje de población activa de dicha edad) llevaba desempleado al menos seis meses.

Indicador clave

Tasa de desempleo de larga duración EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK	
(Total de desempleados de larga duración (más de 12 meses), como porcentaje de la población activa total. Series armonizadas)																
2001 Total	3,2	3,3	0,9	3,9	5,4	5,1	2,9	1,3	5,9	0,5	0,8	0,9	1,5	2,5	1,2	1,3
2001 Hombres	2,8	:	0,8	:	3,2	3,0	:	1,6	4,5	:	0,7	0,9	1,2	2,7	1,4	1,7
2001 Mujeres	3,9	:	1,0	:	8,7	8,1	:	0,8	8,0	:	1,0	1,0	1,9	2,3	1,0	0,8
2000	3,7	3,8	1,0	4,0	6,1	5,9	3,7	1,6	6,4	0,5	1,1	1,0	1,6	2,8	1,7	1,5
1994	5,2	5,6	2,9	3,8	4,4	12,9	4,7	9,4	6,7	0,9	3,1	1,0	2,6	6,1	2,5	4,2

Fuente: Eurostat, Datos trimestrales sobre la población activa

Personas desempleadas durante 12 o más meses como porcentaje del total de desempleados

2001	43,8	49,5	21,0	50,2	51,5	47,9	33,7	32,9	62,5	26,3	35,3	26,2	36,5	27,6	24,5	25,4
2000	47,0	55,1	22,8	51,2	54,9	52,4	40,1	39,1	61,8	23,4	39,6	26,5	39,1	28,8	28,5	27,6
1994	49,7	56,8	37,7	46,4	49,1	65,1	40,1	65,6	61,0	29,0	46,1	25,2	37,5	36,8	26,3	44,8

Fuente: Eurostat, Encuesta de población activa de la Unión Europea y Datos trimestrales sobre la población activa

Tasa de desempleo juvenil de larga duración (6 meses o más)

2001	6,9	:	1,1	:	17,9	11,9	:	:	21,0	:	2,5	2,0	3,7	3,1	2,3	3,0
2000	7,7	7,8	0,5	3,7	20,3	12,9	8,3	0,5	22,5	1,8	3,1	1,6	3,2	3,8	2,5	3,3
1994	13,1	12,8	3,4	4,4	19,3	30,2	13,9	17,0	25,1	4,1	10,0	1,7	7,1	7,6	10,0	8,0

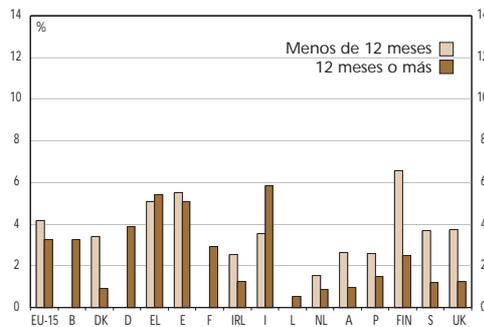
Fuente: Eurostat, Encuesta de población activa de la Unión Europea

Jóvenes desempleados durante 6 o más meses como porcentaje del total de jóvenes desempleados

2001	47,3	:	12,6	:	63,5	48,2	:	:	74,3	:	54,0	34,5	40,0	15,9	27,5	25,1
2000	48,5	44,7	7,6	44,0	68,7	49,1	42,6	7,4	72,4	27,3	54,0	31,4	37,5	17,9	28,4	27,0

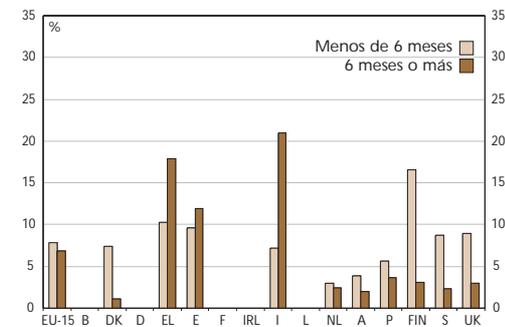
Fuente: Eurostat, Encuesta de población activa de la Unión Europea

Gráfico 22 Tasas de desempleo por duración, 2001



Fuente: Eurostat, Datos trimestrales sobre la población activa

Gráfico 23 Tasas de desempleo juvenil por duración, 2001



Fuente: Eurostat, Encuesta de población activa de la Unión Europea

Protección social - Gastos e ingresos

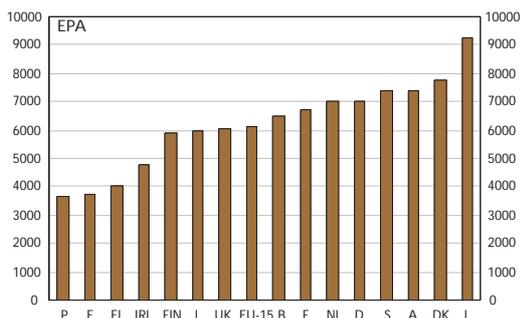
En 2000, los gastos de protección social en la unión Europea disminuyeron en términos reales. Ascendieron a un 27,3 % del PIB, lo que representa una disminución de un punto porcentual desde 1996. En términos de Estándares de Poder Adquisitivo por habitante, la relación entre los países de la UE que más y menos gastaron en protección social durante el año 2000 fue de 2,5. El sistema de financiación de la protección social presenta diferencias acusadas entre los distintos países, teniendo más importancia en unos las cotizaciones sociales, y en otros las aportaciones de las administraciones públicas.

Indicador clave

Gasto en protección social como porcentaje del PIB	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
2000	27,3	26,7	28,8	29,5	26,4	20,1	29,7	14,1	25,2	21,0	27,4	28,7	22,7	25,2	32,3	26,8
1996	28,4	28,6	31,4	29,9	22,9	21,9	31,0	17,8	24,8	24,0	30,1	29,5	21,2	31,6	34,7	28,1
1991	26,4	27,1	29,7	26,1	21,6	21,2	28,4	19,6	25,2	22,5	32,6	27,0	17,2	29,8	34,3	25,7

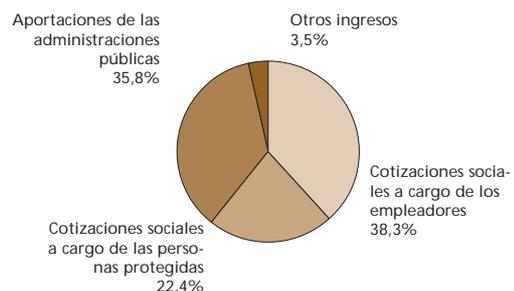
Fuente: Eurostat, Sistema europeo de estadísticas integradas de protección social (SEEPROS)

Gráfico 24 Gasto en protección social per cápita, 2000



Fuente: Eurostat, Sistema europeo de estadísticas integradas de protección social (SEEPROS)

Gráfico 25 Ingresos en protección social, por tipo, como porcentaje de los ingresos totales, EU-15, 2000



Fuente: Eurostat, Sistema europeo de estadísticas integradas de protección social (SEEPROS)

Prestaciones sociales

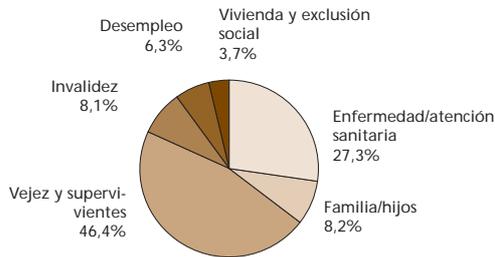
En 2000, la mayoría de los Estados miembros dedicaban la mayor parte del gasto en prestaciones sociales a las funciones de vejez y supervivientes. Ese era el caso sobre todo en Italia (el 63,4 % del total de las prestaciones para una media europea del 46,4 %). A escala comunitaria, las prestaciones correspondientes a estas dos categorías aumentaron en un 12 % en términos reales per cápita entre 1995 y 2000, comparado con un incremento de más del 9 % para el total de prestaciones. Este crecimiento se explica principalmente por la evolución demográfica. Además, las políticas nacionales en materia de jubilación también influyeron en la evolución de estas prestaciones.

Indicador clave

	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Prestaciones de vejez y supervivientes como porcentaje del total de prestaciones sociales																
1999	46,4	43,8	38,1	42,2	49,4	46,3	44,1	25,4	63,4	40,0	42,4	48,3	45,6	35,8	39,1	47,7
1990	44,6	41,8	35,8	42,9	52,9	41,4	42,8	29,6	58,7	47,5	37,3	49,9	40,8	32,8	:	43,7

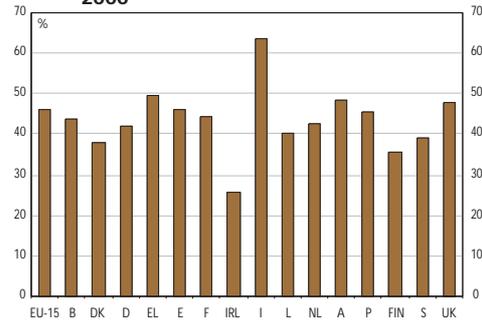
Fuente: Eurostat, Sistema europeo de estadísticas integradas de protección social (SEEPROS)

Gráfico 26 Prestaciones sociales por grupo de funciones, como porcentaje de las prestaciones totales, EU-15, 2000



Fuente: Eurostat, Sistema europeo de estadísticas integradas de protección social (SEEPROS)

Gráfico 27 Prestaciones de vejez y supervivientes como porcentaje del total de prestaciones sociales, 2000



Fuente: Eurostat, Sistema europeo de estadísticas integradas de protección social (SEEPROS)

Gastos en políticas de mercado de trabajo

En 2000, los gastos totales en políticas de mercado de trabajo representaron el 2,04 % del PIB, con un 0,68 % dedicado a medidas activas. Existen diferencias considerables entre los Estados miembros y no se puede hacer una clara división Norte/Sur. Dos países gastaron más del 3 % del PIB (Bélgica y Dinamarca), seis países gastaron entre el 2 % y el 3 % (Alemania, España, Francia, Países Bajos, Finlandia y Suecia), y seis países gastaron menos del 2 % (Grecia, Irlanda, Italia, Austria, Portugal y Reino Unido).

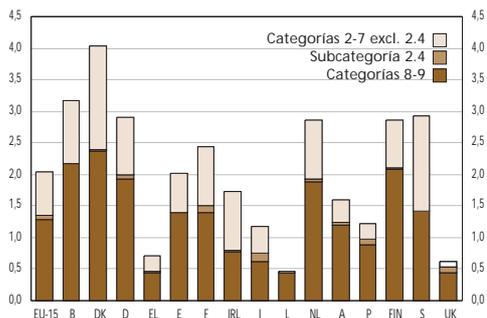
Indicador clave

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Gasto público en medidas activas relativas a las políticas de mercado de trabajo como porcentaje del PIB - 2000																
Categorías 2-7 excl. 2.4	0,681	1,000	1,641	0,917	0,253	0,632	0,931	0,929	0,436	:	0,920	0,365	0,254	0,742	1,507	0,089
Subcategoría 2.4	0,075	-	0,026	0,061	0,016	-	0,109	0,018	0,135	0,036	0,040	0,033	0,098	0,023	-	0,104
Categorías 8-9	1,282	2,178	2,378	1,924	0,449	1,393	1,401	0,786	0,611	0,439	1,890	1,204	0,876	2,093	1,409	0,434
Total	2,037	3,177	4,045	2,901	0,718	2,025	2,441	1,733	1,182	:	2,850	1,602	1,228	2,859	2,916	0,627

Categorías 2-7: Formación - Rotación de trabajo y empleo compartido - Incentivos al empleo - Integración de discapacitados - Creación directa de empleo - Ayudas a la creación de empresas y al autoempleo. Subcategoría 2.4: Apoyo especial al aprendizaje. Categorías 8-9: Mantenimiento de rentas en caso de desempleo - Jubilación anticipada

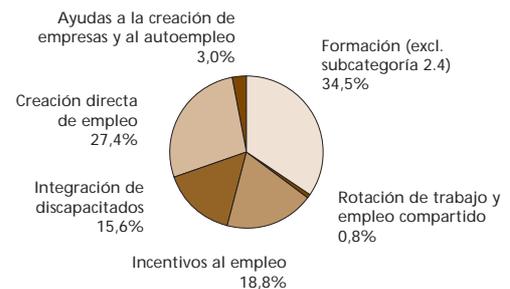
Fuente: Eurostat, Base de datos sobre políticas de mercado de trabajo

Gráfico 28 Gasto público total en políticas de mercado de trabajo como porcentaje del PIB - 2000



Fuente: Eurostat, Base de datos sobre políticas de mercado de trabajo

Gráfico 29 Gastos en políticas de mercado de trabajo por tipo de acción (categorías 2-7), EU-15, 2000



Fuente: Eurostat, Base de datos sobre políticas de mercado de trabajo

Distribución de la renta

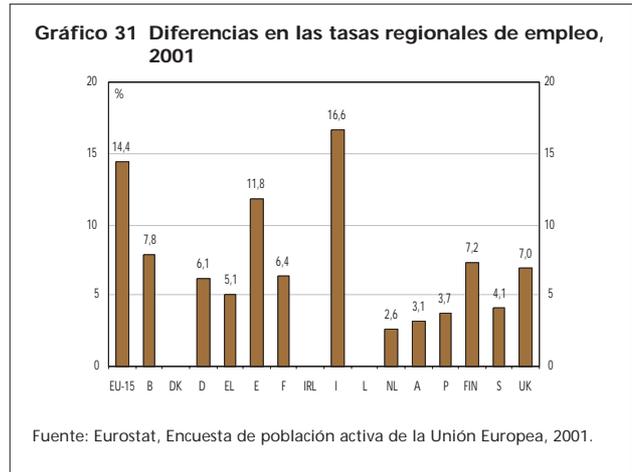
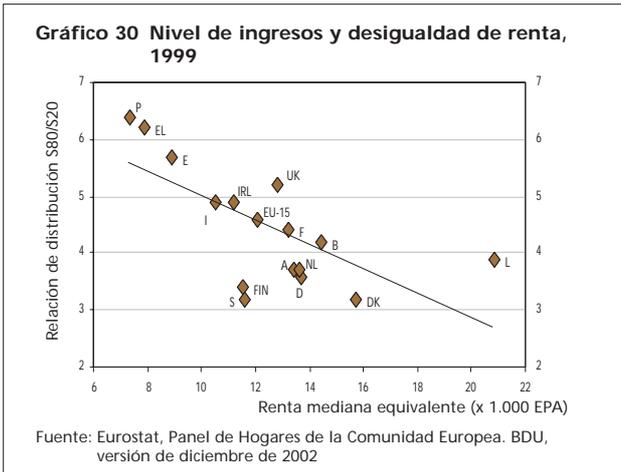
Usando una media de la UE ponderada por la población, en 1999 el 20 % más rico de la población recibió 4,6 veces más renta total que el 20 % más pobre. La menor diferencia entre las personas con rentas superiores e inferiores se registra en Dinamarca y Suecia (3,2), seguidos de Finlandia, Alemania, Países Bajos y Austria. La mayor diferencia se registra en los Estados miembros del sur, Reino Unido e Irlanda.

Indicador clave

Desigualdad en la distribución de la renta (relación de distribución de la renta en quintiles) - Relación entre el porcentaje de la renta nacional total recibido por el 20 % más rico y el 20 % más pobre de la población. La renta se entiende como renta disponible equivalente.

1999	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
	4,6*	4,2	3,2	3,6	6,2	5,7*	4,4	4,9	4,9	3,9	3,7	3,7	6,4	3,4	3,2	5,2

Fuente: Eurostat, Panel de Hogares de la Comunidad Europea. BDU, versión de diciembre de 2002



Hogares con rentas bajas

En el conjunto de la población, alrededor del 15 % de los ciudadanos de la UE tenían una renta equivalente inferior al 60 % de su respectiva renta mediana nacional en 1999. Esta cifra equivale a aproximadamente 56 millones de personas. Utilizando el 60 % de la renta mediana nacional como umbral, la proporción de gente amenazada de pobreza era relativamente alta (más del 21 %) en Grecia y Portugal, relativamente más baja en Bélgica, Dinamarca, Alemania, Luxemburgo, los Países Bajos, Austria y Finlandia (del 11 al 13 %), y muy reducida en Suecia (9 %). Las prestaciones sociales reducen la proporción de gente amenazada de pobreza en todos los Estados miembros, pero en grados muy diferentes: la reducción oscila entre el 5 % de Grecia y casi el 70 % en Suecia.

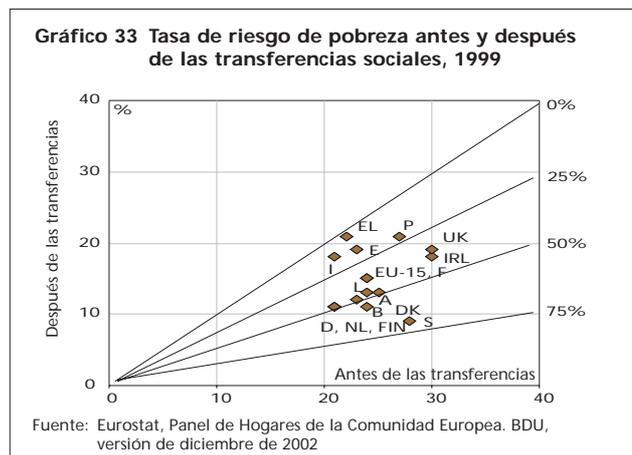
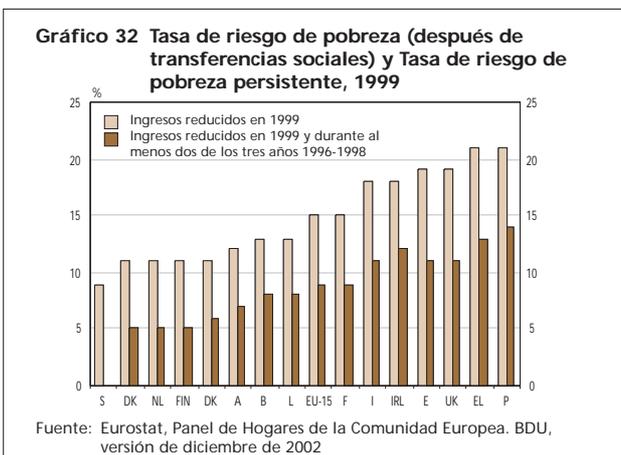
Indicador clave

Tasa de riesgo de pobreza - antes de transferencias sociales	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Porcentaje de personas con un ingreso disponible equivalente, antes de transferencias sociales, inferior al umbral de riesgo de pobreza, establecido en el 60 % de la renta mediana nacional disponible equivalente (después de transferencias sociales). Las pensiones de jubilación y supervivientes se contabilizan como renta antes de transferencias y no como transferencias sociales, 1999.	24*	25	24	21	22	23*	24	30	21	24	21	23	27	21	28	30

Tasa de riesgo de pobreza - después de transferencias sociales	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Porcentaje de personas con un ingreso disponible equivalente inferior al umbral de riesgo de pobreza, establecido en el 60 % de la renta mediana nacional disponible equivalente, 1999.	15*	13	11	11	21	19*	15	18	18	13	11	12	21	11	9	19

60 % de la renta mediana anual (€)	7334*	8 531	11 649	8 754	3 810	4491*	8 289	6 656	5 557	12 716	7 668	8 621	3 168	8 154	8 503	8 289
60 % de la renta mediana anual (EPA)	7263*	8 659	9 414	8 236	4 753	5347*	7 944	6 721	6 305	12 532	8 067	8 158	4 400	6 921	6 942	7 694

Fuente: Eurostat, Panel de Hogares de la Comunidad Europea. BDU, versión de diciembre de 2002.



Hogares sin empleo o con salarios bajos

El desempleo o los salarios bajos son una importante causa de pobreza y exclusión social. En 1999, la tasa de riesgo de pobreza de las personas que vivían en hogares en los cuales ningún miembro en edad de trabajar tenía un empleo era del 51 %, casi 3 veces más alta que la de las personas que vivían en un hogar con al menos una persona empleada.

Indicador clave

Población en hogares sin empleo - población de 0-65 años (Porcentaje de personas que viven en hogares en los cuales ningún miembro tiene un empleo, respecto a la población total (excluyendo las personas que viven en hogares donde todos los miembros tienen menos de 18 años, o entre 18-24 años y están estudiando, o 65 y más años y no están trabajando)). 2002

	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
	12,1	16,3	:	13,8	10,1	8,1	13,1	9,8	11,5	8,9*	9,5*	9,9*	5,4	:	:	14,3

Población en hogares sin empleo - población de 0-60 años (Porcentaje de personas que viven en hogares en los cuales ningún miembro tiene un empleo, respecto a la población total (excluyendo las personas que viven en hogares donde todos los miembros tienen menos de 18 años, o entre 18-24 años y están estudiando, o 65 y más años y no están trabajando)). 2002

	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
	8,9	12,9	:	8,9	7,2	6,2	9,8	8,5	8,5	5,6*	6,3*	6,5*	3,7	:	:	12,0

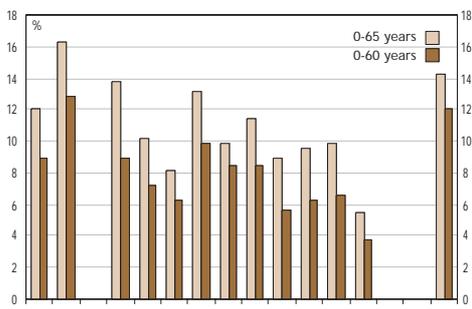
Fuente: Eurostat, Encuesta de población activa de la Unión Europea 2002.

Tasas de riesgo de pobreza (%) entre las personas que viven en hogares en los que ... (de) las personas en edad de trabajar tiene(n) un empleo, 1999

	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
... ninguna ...	51,0	43,0	45,0	54,0	42,0	54,0	47,0	79,0	51,0	24,0	:	26,0	41,0	47,0	:	57,0
... algunas —pero no todas— ...	18,0	11,0	5,0	10,0	20,0	18,0	21,0	12,0	24,0	16,0	:	13,0	24,0	9,0	:	22,0
... todas ...	5,0	3,0	3,0	4,0	11,0	5,0	5,0	3,0	4,0	7,0	:	7,0	13,0	5,0	:	7,0

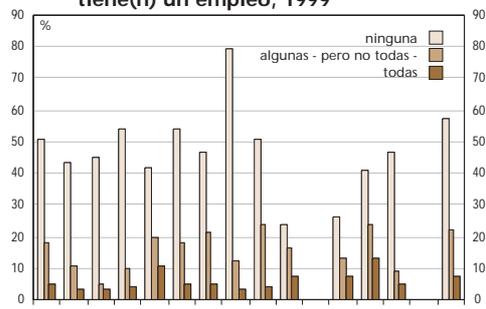
Fuente: Eurostat, Panel de Hogares de la Comunidad Europea. BDU, versión de diciembre de 2002.

Gráfico 34 Población en hogares sin empleo, 2002



Fuente: Eurostat, Encuesta de población activa de la Unión Europea

Gráfico 35 Tasas de riesgo de pobreza (%) entre las personas que viven en hogares en los que ... (de) las personas en edad de trabajar tiene(n) un empleo, 1999



Fuente: Eurostat, Panel de Hogares de la Comunidad Europea. BDU, versión de diciembre de 2002.

La mujer y el hombre en el proceso de toma de decisiones

A escala comunitaria, la representación de la mujer en el Parlamento Europeo se ha ido incrementando a un ritmo constante en cada elección desde 1984, situándose actualmente en un 30 %. En los parlamentos nacionales, la mujer continúa teniendo un bajo nivel de representación en todos los Estados miembros, en los que el porcentaje de escaños ocupados por mujeres oscila entre el 9 % en Grecia y el 44 % en Suecia.

Indicador clave

Proporción de mujeres en los parlamentos nacionales (Porcentaje de escaños ocupados por mujeres en los parlamentos nacionales (o en la cámara baja)), primavera de 2001

	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
	23	23	38	32	9	28	10	13	11	17	35	28	20	37	44	18

Porcentaje de escaños ocupados por mujeres en el Parlamento Europeo, elección de junio de 1999

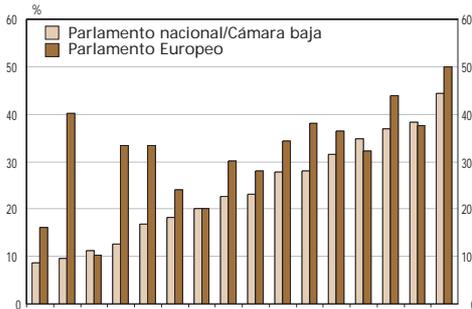
	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
	30	28	38	36	16	34	40	33	10	33	32	38	20	44	50	24

Porcentaje de mujeres en los gobiernos nacionales, primavera de 2001

	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
	25	22	43	39	13	18	29	22	14	29	36	31	10	39	50	33

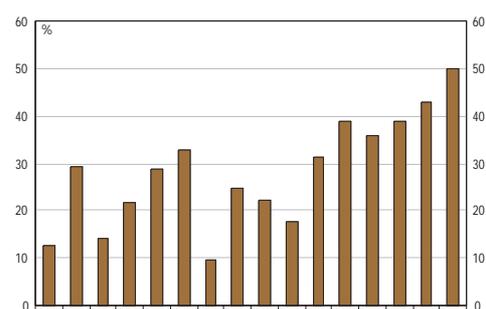
Fuente: European database - Women in decision making

Gráfico 36 Porcentaje de escaños parlamentarios ocupados por mujeres, 2001



Fuente: European database - Women in decision making

Gráfico 37 Porcentaje de mujeres en los gobiernos nacionales, primavera de 2001



Fuente: European database - Women in decision making

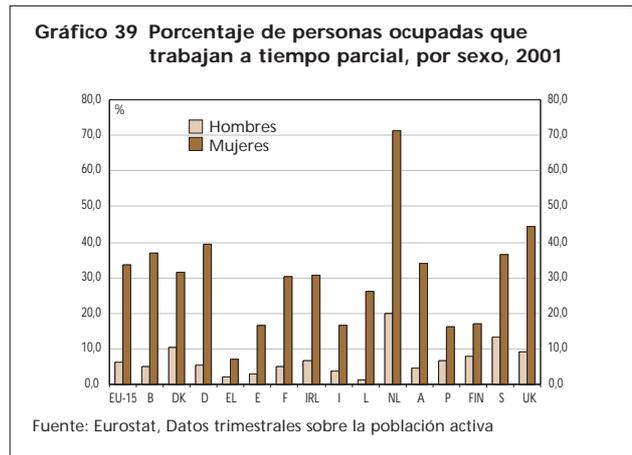
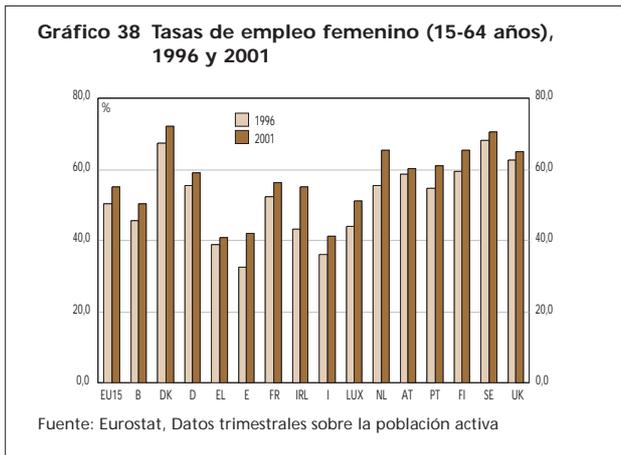
Empleo de hombres y mujeres

Entre 1996 y 2001, la tasa de empleo masculino de la UE ascendió casi tres puntos porcentuales. Sin embargo, durante el mismo período, el porcentaje equivalente para las mujeres ascendió casi cinco puntos, lo que acortó la brecha existente en este ámbito entre ambos sexos. No obstante, la cifra correspondiente a los hombres (73,0 %) sigue siendo considerablemente más elevada que la de las mujeres (54,9 %). Las mayores tasas de empleo femenino se registran en los tres países nórdicos, el Reino Unido y los Países Bajos.

Indicador clave

Tasa de empleo, 15-64 años, 2001	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Mujeres	54,9	50,3	72,0	58,8	40,9	41,9	56,1	55,0	41,1	50,9	65,2	60,1	61,1	65,4	70,4	65,1
Hombres	73,0	68,2	80,2	72,6	70,8	70,9	70,3	76,4	68,5	74,8	82,8	76,7	76,9	70,9	73,0	78,3

Fuente: Eurostat, Datos trimestrales sobre la población activa



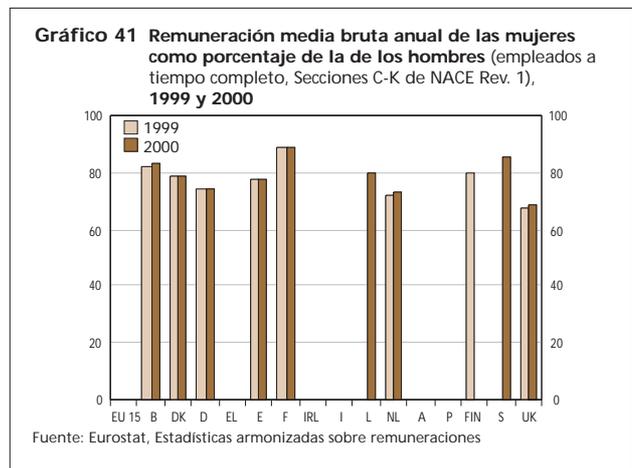
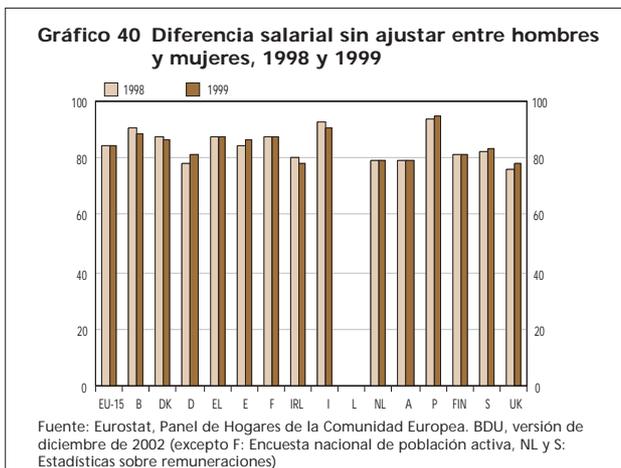
Salarios de hombres y mujeres

A escala comunitaria, en 1999 se estimaba que la remuneración media bruta por hora de las mujeres era un 16 % inferior a la de los trabajadores masculinos. Las menores diferencias se hallan en Portugal, Italia, Bélgica y Francia, y las mayores en el Reino Unido e Irlanda. A escala comunitaria, la diferencia sigue siendo la misma que en 1998, 1997 y 1996. Para reducir las diferencias salariales entre hombres y mujeres, es necesario abordar tanto la discriminación directamente relacionada con el salario como la discriminación indirecta relacionada con la participación en el mercado laboral, las opciones profesionales y el desarrollo de la carrera profesional.

Indicador clave

Diferencias salariales sin ajustar entre hombres y mujeres (Remuneración media bruta por hora de las mujeres como porcentaje de la de los hombres. La población está compuesta por todos los asalariados de edades comprendidas entre 16 y 64 años que trabajan quince horas o más a la semana)	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
1999	84*	89	86	81	87	86*	88	78	91	:	79	79	95	81	83	78
1998	84*	91	88	78	88	84*	88	80	93	:	79	79	94	81	82	76
1997	84*	90	87	79	87	86*	88	81	93	:	78	78	93	82	83	79
1996	84*	90	85	79	85	86*	87	79	92	82	77	80	94	83	83	76
1995	83*	88	85	79	83	87*	87	80	92	81	77	78	95	:	85	74
1994	84*	87	89	79	87	90	87	81	92	83	77	:	90	:	84	72

Fuente: Eurostat, Panel de Hogares de la Comunidad Europea. BDU, versión de diciembre de 2002(excepto F: Encuesta nacional de población activa, NL y S: Estadísticas sobre remuneraciones)



Esperanza de vida y de buena salud

La esperanza de vida sigue en aumento y asciende ahora a más de 81 años para las mujeres y 75 para los hombres. En todos los países de la UE, las mujeres viven más que los hombres. A escala comunitaria, las mujeres pueden esperar vivir 66 años y 63 los hombres sin discapacidad alguna.

Indicador clave

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Esperanza de vida al nacer, 2000																
Hombres	75,3	74,6	74,5	74,7	75,5	75,5	75,2	74,2	76,3	74,9	75,5	75,4	72,7	74,2	77,4	75,4
Mujeres	81,4	80,8	79,3	80,7	80,6	82,7	82,7	79,2	82,4	81,3	80,5	81,2	79,7	81,0	82,0	80,2

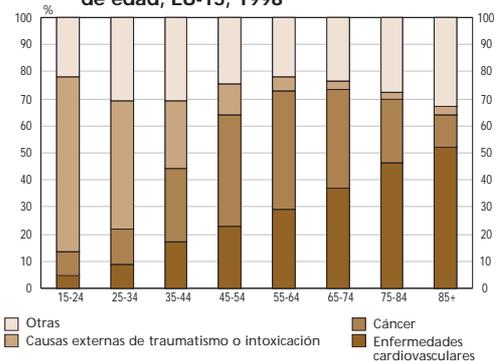
Note: Los datos de D y EL corresponden a 1999.
Fuente: Eurostat, Estadísticas demográficas

Años de vida sana (Esperanza de vida -al nacer- sin discapacidad), 1996

Hombres	63	65	62	63	67	65	60	64	67	61	63	62	59	56	:	61
Mujeres	66	69	62	69	70	68	63	67	70	64	63	66	61	59	:	62

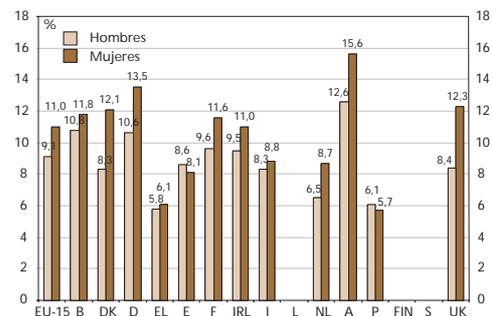
Fuente: Eurostat, Estadísticas de mortalidad y Panel de Hogares de la Comunidad Europea

Gráfico 42 Principales causas de fallecimiento por grupos de edad, EU-15, 1998



Fuente: Eurostat, Estadísticas de mortalidad

Gráfico 43 Porcentaje de la población hospitalizada durante los últimos 12 meses, 1998



Fuente: Eurostat, Panel de Hogares de la Comunidad Europea. BDU, versión de diciembre de 2001

Accidentes y problemas de salud relacionados con el trabajo

En 2000, cerca del 4,0 % de los trabajadores de la UE sufrieron algún accidente laboral (con una baja de más de tres días de duración). Esta cifra ascendía al 6,3 % si se incluían todos los accidentes (sin baja o con una baja inferior a tres días). Desde 1994, el número de accidentes de trabajo con más de tres días de baja disminuyó un 11 % (el valor del índice de 1998=100 fue 99 en 2000 y 111 en 1994). En 1998 y 1999, como media anual el 5,4 % de los asalariados sufrió cada año problemas de salud relacionados con el trabajo. En 1999 se perdieron un total de 510 millones de días de trabajo como resultado de accidentes de trabajo (160 millones de días perdidos) y problemas de salud relacionados con el trabajo (350 millones de días perdidos). A pesar de que el número de víctimas mortales en accidentes de carretera se ha reducido un 46 % desde 1970, en 2001 se registraron más de 40 000 fallecimientos en las carreteras de la UE.

Indicador clave

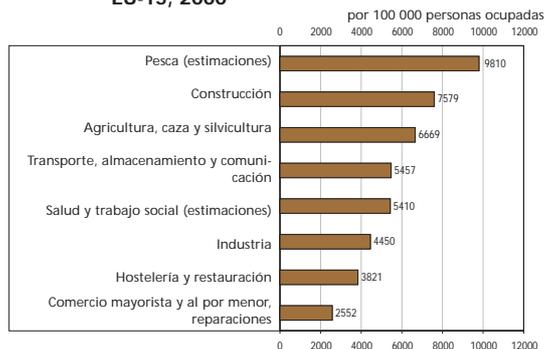
	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Accidentes de trabajo graves (Índice del número de accidentes de trabajo graves por cada 100 000 asalariados [1998=100]), 2000																
Total	99*	82-b	89	96	88	108	102	72	99	104	105	92	94*	89	111	111
Hombres	98*	80-b	88	96	92	109	101	69	98	105	:	92	96*	89	113	109
Mujeres	104*	101	99	99	76	113	111	88	104	100	:	93	93*	88	106	118

Accidentes de trabajo mortales (Índice del número de accidentes de trabajo mortales por cada 100 000 asalariados [1998=100]), 2000

Total	79*	100	61	70	73	85	85	39	66	149*	115	100	79*	88	85	88
-------	-----	-----	----	----	----	----	----	----	----	------	-----	-----	-----	----	----	----

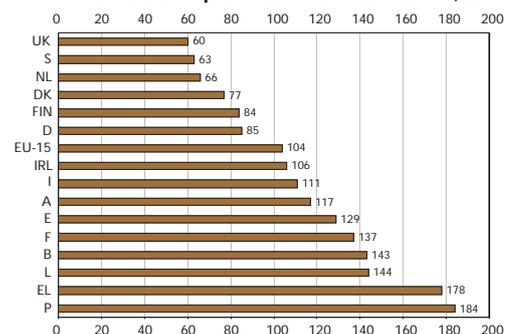
Fuente: Eurostat, Estadísticas europeas de accidentes de trabajo (ESAW)

Gráfico 44 Accidentes de trabajo por tipo de actividad, EU-15, 2000



Fuente: Eurostat, Estadísticas europeas de accidentes de trabajo (ESAW)

Gráfico 45 Número de fallecimientos en accidentes de circulación por millón de habitantes, 2001



Fuente: CARE (Community Road Accident Database) y Eurostat, Estadísticas demográficas. Notas: Los datos de B, I y UK corresponden a 2000 y son de fuentes nacionales. Todos los datos de 2001 son estimaciones.

Indicadores sociales clave por Estado miembro

Nº	Indicador clave	Unidad	Año	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
3	Tasa de dependencia de las personas mayores	%	2001	24,3°	25,7	22,2	24,5	25,6°	24,7	24,8	16,6	27,1	21,5	20,1	22,9	24,2	22,4	26,8	23,9°
4	Tasa de migración neta por 1 000 personas		2001	3,1	3,2	2,3	3,2	3,3	5,8	1,0	7,8	2,9	7,5	3,1	2,2	6,3	1,2	3,2	2,6
5t	Jóvenes que abandonan prematuramente el sistema escolar y no prosiguen su educación o formación - total	%	2001	19,4	13,6	16,8	12,5	16,5	28,6	13,5	18,9	26,4	18,1	15,3	10,2	45,2	10,3	10,5	:
5m	Jóvenes que abandonan prematuramente el sistema escolar y no prosiguen su educación o formación - hombres	%	2001	21,9	15,0	16,9	12,2	20,4	34,9	15,0	22,6	30,2	19,0	16,5	9,7	52,3	13,0	11,3	:
5f	Jóvenes que abandonan prematuramente el sistema escolar y no prosiguen su educación o formación - mujeres	%	2001	16,8	12,3	16,7	12,8	13,0	22,2	12,0	15,1	22,6	17,2	14,1	10,7	38,0	7,7	9,7	:
6t	Formación permanente - total	%	2001	8,4	7,3	17,8	5,2	1,4	4,9	2,7	5,2	5,1	5,3	16,3	8,2	3,3	19,3	17,5	21,7
6m	Formación permanente - hombres	%	2001	7,9	7,7	16,4	5,7	1,5	4,3	2,5	5,2	4,9	5,9	17,0	8,7	3,0	17,1	15,4	18,0
6f	Formación permanente - mujeres	%	2001	8,9	6,9	19,1	4,8	1,2	5,5	3,0	5,3	5,2	4,7	15,5	7,7	3,7	21,4	19,7	25,7
7	Tasa de empleo (cf. 19m y 19f)	%	2001	64,0	59,3	76,2	65,8	55,4	56,3	63,1	65,7	54,8	62,9	74,1	68,4	68,8	68,1	71,7	71,7
8at	Tasa de empleo de los trabajadores mayores - total	%	2001	38,6	26,5	58,0	37,7	38,0	38,9	31,0	46,8	28,0	24,4	39,6	28,6	50,3	45,7	66,5	52,3
8am	Tasa de empleo de los trabajadores mayores - hombres	%	2001	48,7	36,5	65,5	46,1	55,0	57,4	35,4	64,7	40,4	34,8	51,1	40,0	61,6	46,7	69,1	61,7
8af	Tasa de empleo de los trabajadores mayores - mujeres	%	2001	28,9	16,9	49,8	29,5	22,5	21,8	26,7	28,8	16,2	14,0	28,0	17,9	40,6	44,8	63,8	43,1
8bt	Edad media efectiva de salida - total	años	2001	59,9	57,0	61,9	60,7	59,6	60,6	58,1	63,1	59,4	56,8	60,9	59,6	62,0	61,6	62,0	62,1
8bm	Edad media efectiva de salida - hombres	años	2001	60,5	57,8	62,2	60,9	61,2	60,7	58,2	63,2	59,6	57,5	61,1	60,0	62,0	61,6	62,1	63,1
8bf	Edad media efectiva de salida - mujeres	años	2001	59,1	55,9	61,1	60,4	57,7	60,2	58,0	62,2	59,2	55,3	60,3	58,6	61,5	61,4	61,9	61,0
9t	Tasa de desempleo - total	%	2001	7,4	6,6	4,3	7,7	10,5	10,6	8,6	3,8	9,4	2,0	2,4	3,6	4,1	9,1	4,9	5,0
9m	Tasa de desempleo - hombres	%	2001	6,4	6,0	3,8	7,7	7,0	7,5	7,0	3,9	7,3	1,7	1,9	3,0	3,2	8,6	5,2	5,5
9f	Tasa de desempleo - mujeres	%	2001	8,5	7,4	4,9	7,8	15,6	15,4	10,3	3,7	12,9	2,4	3,0	4,3	5,1	9,7	4,5	4,4
10	Relación desempleo/población juvenil	%	2001	7,3	5,8	5,9	4,7	10,2	10,8	6,9	3,3	10,2	2,5	4,1	3,2	4,5	10,3	5,2	7,7
11t	Tasa de desempleo de larga duración - total	%	2001	3,2	3,3	0,9	3,9	5,4	5,1	2,9	1,3	5,9	0,5	0,8	0,9	1,5	2,5	1,2	1,3
11m	Tasa de desempleo de larga duración - hombres	%	2001	2,8	:	0,8	:	3,2	3	:	1,6	4,5	:	0,7	0,9	1,2	2,7	1,4	1,7
11f	Tasa de desempleo de larga duración - mujeres	%	2001	3,9	:	1,0	:	8,7	8,1	:	0,8	8,0	:	1,0	1,0	1,9	2,3	1,0	0,8
12	Gasto en protección social como porcentaje del PIB	%	2000	27,3	26,7	28,8	29,5	26,4	20,1	29,7	14,1	25,2	21,0	27,4	28,7	22,7	25,2	32,3	26,8
13	Prestaciones de jubilación y supervivientes como porcentaje del total de prestaciones sociales	%	2000	46,4	43,8	38,1	42,2	49,4	46,3	44,1	25,4	63,4	40,0	42,4	48,3	45,6	35,8	39,1	47,7
14	Gasto público en medidas activas relativas a las políticas de mercado de trabajo como porcentaje del PIB, 2000	%	2000	0,681	1,000	1,641	0,917	0,253	0,632	0,931	0,929	0,436	:	0,920	0,365	0,254	0,742	1,507	0,089
15	Desigualdad de la distribución de la renta	relación	1999	4,6	4,2	3,2	3,6	6,2	5,7	4,4	4,9	4,9	3,9	3,7	3,7	6,4	3,4	3,2	5,2
16a	Tasa de riesgo de pobreza antes de las transferencias sociales	%	1999	24*	25	24	21	22	23*	24	30	21	24	21	23	27	21	28	30
16b	Tasa de riesgo de pobreza después de las transferencias sociales	%	1999	15*	13	11	11	21	19*	15	18	18	13	11	12	21	11	9	19
17a	Población en hogares sin empleo, personas de 0-64 años	%	2002	12,1	16,3	:	13,8	10,1	8,1	13,1	9,8	11,5	8,9*	9,5*	9,9*	5,4	:	:	14,3
17b	Población en hogares sin empleo, personas de 0-60 años	%	2002	8,9	12,9	:	8,9	7,2	6,2	9,8	8,5	8,5	5,6*	6,3*	6,5*	3,7	:	:	12,0
18	Proporción de mujeres en los parlamentos nacionales	%	2001	23	23	38	32	9	28	10	13	11	17	35	28	20	37	44	18
19m	Tasa de empleo - hombres (cf. nº 7)	%	2001	73,0	68,2	80,2	72,6	70,8	70,9	70,3	76,4	68,5	74,8	82,8	76,7	76,9	70,9	73,0	78,3
19f	Tasa de empleo - mujeres (cf. nº 7)	%	2001	54,9	50,3	72,0	58,8	40,9	41,9	56,1	55,0	41,1	50,9	65,2	60,1	61,1	65,4	70,4	65,1
20	Diferencia salarial sin ajustar entre hombres y mujeres	%	1999	84*	89	86	81	87	86*	88	78	91	82*	79	79	95	81	83	78
21am	Esperanza de vida al nacer - hombres	años	2000	75,3	74,6	74,5	74,7	75,5	75,5	75,2	74,2	76,3	74,9	75,5	75,4	72,7	74,2	77,4	75,4
21af	Esperanza de vida al nacer - mujeres	años	2000	81,4	80,8	79,3	80,7	80,6	82,7	82,7	79,2	82,4	81,3	80,5	81,2	79,7	81,0	82,0	80,2
21bm	Años de vida sana - hombres	años	1996	63	65	62	63	67	65	60	64	67	61	63	62	59	56	:	61
21bf	Años de vida sana - mujeres	años	1996	66	69	62	69	70	68	63	67	70	64	63	66	61	59	:	62
22at	Accidentes de trabajo graves - total índice (1998 = 100)		2000	99*	82-b	89	96	88	108	102	72	99	104	105	92	94*	89	111	111
22am	Accidentes de trabajo graves - hombres índice (1998 = 100)		2000	98*	80-b	88	96	92	109	101	69	98	105	:	92	96*	89	113	109
22af	Accidentes de trabajo graves - mujeres índice (1998 = 100)		2000	104*	101	99	99	76	113	111	88	104	100	:	93	93*	88	106	118
22b	Accidentes de trabajo mortales índice (1998 = 100)		2000	79*	100	61	70	73	85	85	39	66	149*	115	100	79*	88	85	88

° = Véase el comentario en el retrato correspondiente. La cifra puede ser de otro año (último disponible) o puede tener otra limitación.

Notas relativas a los indicadores clave: véase página 36.

Indicadores sociales clave por Estado adherente / país candidato

Nº	Indicador clave	Unidad	Año	EU-15	BG	CY	CZ	EE	HU	LV	LT	MT	PL	RO	SK	SI	TR
3	Tasa de dependencia de las personas mayores	%	2001	24,3°	24,0	17,3	19,8	22,7	21,4°	22,6	20,2	18,1	17,8	19,6	16,5	20,2	:
4	Tasa de migración neta por 1 000 personas		2000	3,1°	0,0	1,5	0,6	0,2	0,0	-0,8	0,0	3,5	-0,5	-0,2	0,3	1,4	:
5t	Jóvenes que abandonan prematuramente el sistema escolar y no prosiguen su educación o formación - total	%	2001	19,4	20,3	14,8	:	14,5	13,2	:	14,2	:	7,3	21,3	:	8,3	:
5m	Jóvenes que abandonan prematuramente el sistema escolar y no prosiguen su educación o formación - hombres	%	2001	21,9	21,1	18,2	:	17,5	13,4	:	18,6	:	9,1	21,4	:	10,3	:
5f	Jóvenes que abandonan prematuramente el sistema escolar y no prosiguen su educación o formación - mujeres	%	2001	16,8	19,5	12,0	:	11,4	12,9	:	10,0	:	5,6	21,3	:	6,3	:
6t	Formación permanente - total	%	2001	8,4	:	3,4	:	5,3	3,0	:	3,7	:	5,2	1,1	:	3,7	:
6m	Formación permanente - hombres	%	2001	7,9	:	3,4	:	4,0	2,5	:	2,4	:	4,6	1,1	:	3,4	:
6f	Formación permanente - mujeres	%	2001	8,9	:	3,4	:	6,3	3,5	:	4,9	:	5,9	1,0	:	4,0	:
7	Tasa de empleo (cf. 19m y 19f)	%	2001	64,0	49,6	65,9°	65,1	61,3	56,5	58,7	60,1°	54,2	55,0°	62,4	56,8	63,8	50,6
8at	Tasa de empleo de los trabajadores mayores - total	%	2001	38,6	23,9	49,2°	37,1	48,4	24,1	36,9	41,6°	31,0	28,4°	48,2	22,4	25,5	34,1
8am	Tasa de empleo de los trabajadores mayores - hombres	%	2001	48,7	34,2	67,3°	52,6	56,6	34,9	46,2	51,8°	52,5	36,7°	54,3	37,7	35,9	50,8
8af	Tasa de empleo de los trabajadores mayores - mujeres	%	2001	28,9	14,7	32,0°	23,2	42,1	15,3	30,0	33,9°	11,3	21,4°	42,9	9,8	15,8	18,4
8t	Edad media efectiva de salida - total	años	2001	59,9	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
8m	Edad media efectiva de salida - hombres	años	2001	60,5	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
8f	Edad media efectiva de salida - mujeres	años	2001	59,1	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
9t	Tasa de desempleo - total	%	2001	7,4	19,6	4,5	8,0	12,3	5,7	12,8	16,1	6,8	18,6	6,8	19,7	6,0	8,5
9m	Tasa de desempleo - hombres	%	2001	6,4	20,5	3,0	6,8	12,0	6,4	14,1	18,4	6,2	17,2	7,3	20,5	5,7	8,8
9f	Tasa de desempleo - mujeres%		2001	8,5	18,6	6,5	9,9	12,5	5,0	11,6	13,8	8,2	20,3	6,3	18,8	6,3	7,9
10	Relación desempleo/población juvenil	%	2000Q2	7,6	10,2	4,0	7,5	8,5	4,6	8,2	10,1	:	13,4	7,4	16,5	6,1	:
11t	Tasa de desempleo de larga duración - total	%	2001	3,2	12,6	1,2°	4,3	6,2	2,6	7,4	8,1°	2,9	7,4°	3,3	11,3	3,7	2,4
11m	Tasa de desempleo de larga duración - hombres	%	2001	2,8	13,2	0,5°	3,5	6,8	3,0	8,3	9,9°	3,3	6,0°	3,5	11,3	3,5	:
11f	Tasa de desempleo de larga duración - mujeres	%	2001	3,9	11,9	2,1°	5,2	5,4	2,1	6,4	6,2°	1,7	9,1°	3,0	11,3	4,0	:
12	Gasto en protección social como porcentaje del PIB	%	2000	27,3	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	20,0	26,6	:
13	Prestaciones de jubilación y supervivientes como porcentaje del total de prestaciones sociales	%	2000	46,4	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	38,4	45,2	:
14	Gasto público en medidas activas relativas a las políticas de mercado de trabajo como porcentaje del PIB, 2000	%	2000	0,681	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
15	Desigualdad de la distribución de la renta	relación	1999	4,6*	3,6	4,4°	:	6,3°	:	5,1	5,0	4,5°	4,2	4,4	:	3,2	10,9°
16a	Tasa de riesgo de pobreza antes de las transferencias sociales	%	1999	24*	17	18°	:	26°	:	22	22	21°	28	22	:	18	26°
16b	Tasa de riesgo de pobreza después de las transferencias sociales	%	1999	15*	14	16°	:	18°	:	16	17	15°	15	16	:	11	23°
17a	Población en hogares sin empleo, personas de 0-64 años	%	2002	12,1	18,3	6,0	9,9	11,3	15,6*	11,8	11,2*	:	11,3°	11,1	12,9	8,1*	:
17b	Población en hogares sin empleo, personas de 0-60 años	%	2002	8,9	15,1	4,4	6,9	9,0	12,4*	9,0	8,1*	:	8,5°	9,0	10,6	5,4*	:
18	Proporción de mujeres en los parlamentos nacionales	%	1998	23°	:	:	15	18	8	:	:	9	13	:	:	12	:
19m	Tasa de empleo - hombres (cf. nº 7)	%	2001	73,0	52,6	79,1°	73,3	65,5	63,4	61,9	61,9°	76,4	61,2°	67,8	62,0	68,6	74,3
19f	Tasa de empleo - mujeres (cf. nº 7)	%	2001	54,9	46,8	53,2°	57,0	57,3	49,8	55,7	58,5°	31,6	48,9°	57,1	51,8	58,8	26,7
20	Diferencia salarial sin ajustar entre hombres y mujeres	%	1999	84	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
21am	Esperanza de vida al nacer - hombres	años	2000	75,3	68,5	75,3°	71,7	65,6	67,2	65,0	67,5	75,1	69,7	67,7	69,2	72,3	66,5°
21af	Esperanza de vida al nacer - mujeres	años	2000	81,4	75,1	80,4°	78,4	76,4	75,7	76,1	77,7	79,3	77,9	74,6	77,4	79,7	71,2°
21bm	Años de vida sana - hombres	años	1996	63	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
21bf	Años de vida sana - mujeres	años	1996	66	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
22at	Accidentes de trabajo graves - total	índice (1998 = 100)	2000	99*	100-b	112	91	105	94	66	94	94	79	106	88	98	85
22am	Accidentes de trabajo graves - hombres	índice (1998 = 100)	2000	98*	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
22af	Accidentes de trabajo graves - mujeres	índice (1998 = 100)	2000	104*	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
22b	Accidentes de trabajo mortales	índice (1998 = 100)	2000	79*	100-b	46*	96	56	95	90	78	41*	97	103	71	83	68-b

Notas relativas a los indicadores clave

- 3 A escala comunitaria, el número de personas de 65 o más años equivalía al 24,3 % de lo que se considera población en edad de trabajar (15-64 años) en 2001.
- 4 En 2001, la tasa de migración neta de la UE fue de 3,1 por 1.000 habitantes.
- 5t En 2001, el 19,4 % de las personas de entre 18 y 24 años de la UE había abandonado el sistema educativo sin haber adquirido una cualificación más elevada que la de educación secundaria inferior.
- 6t A escala comunitaria, el 8,4 % de la población con una edad comprendida entre 25 y 64 años declaró haber participado (durante las cuatro últimas semanas) en actividades de educación o formación en 2001.
- 7 El 64,0 % de la población de entre 15 y 64 años estaba empleada en 2001.
- 8at El 38,6 % de la población de entre 55 y 64 años estaba empleada en 2001.
- 8bt En 2001, la edad media efectiva de salida del mercado laboral fue de 59,9 años.
- 9t El 7,4 % de la población activa de la UE (las personas que trabajan y las que buscan empleo) estaba desempleada en 2001.
- 10 A escala comunitaria, el 7,3 % de la población de entre 15 y 24 años estaba desempleada en 2001.
- 11t El 3,2 % de la población activa de la UE (las personas que trabajan y las que buscan empleo) llevaba desempleada al menos un año en 2001.
- 12 En 2000, el gasto comunitario en protección social representó el 27,3 % del Producto Interior Bruto (PIB).
- 13 A escala comunitaria, las prestaciones de jubilación y supervivientes representan el principal capítulo de gastos en protección social (el 46,4 % de las prestaciones sociales en 2000).
- 14 En 2000, el gasto público en medidas activas relativas a las políticas de mercado de trabajo representó el 0,681 % del Producto Interior Bruto (PIB).
- 15 Por término medio, en 1999, en los Estados miembros de la UE, el 20 % más rico de la población de un Estado miembro recibió 4,6 veces más de la renta total de dicho Estado miembro que el 20 % más pobre.
- 16a A escala comunitaria, si no se hubiesen realizado las transferencias sociales, el 24 % de la población habría vivido por debajo del umbral de la pobreza en 1999.
- 16b A escala comunitaria, después de las transferencias sociales, el 15 % de la población vivía por debajo del umbral de la pobreza en 1999.
- 17a A escala comunitaria, el 12,1 % de las personas de 0-65 años vivía en hogares en los cuales ningún miembro tiene un empleo, respecto a la población total (excluyendo las personas que viven en hogares donde todos los miembros tienen menos de 18 años, o entre 18-24 años y están estudiando, o 65 y más años y no están trabajando).
- 18 A escala comunitaria, el 23 % de los escaños de los parlamentos nacionales (o cámaras bajas) estaban ocupados por mujeres en 2001.
- 19 El 73,0 % de la población comunitaria masculina y el 54,9 % de la femenina, de entre 15 y 64 años estaba empleada en 2001.
- 20 A escala comunitaria, en 1999, la remuneración media bruta por hora de las mujeres equivalía al 84 % de la de los trabajadores masculinos. La población está compuesta por todos los asalariados de edades comprendidas entre los 16 y los 64 años que trabajan quince horas o más a la semana.
- 21a En 2000, la esperanza de vida media al nacer de un ciudadano de la UE era de 75,3 años para los hombres y 81,4 años para las mujeres.
- 21b Por término medio, un ciudadano de la UE puede esperar vivir sin discapacidad 63 años (hombres) y 66 años (mujeres) (datos de 1996).
- 22atA escala comunitaria, en 2000 se produjo un 1 % menos de accidentes de trabajo graves (que dieran lugar a más de tres días de ausencia) por 100 000 personas ocupadas que en 1998.
- 22b A escala comunitaria, en 2000 se produjo un 21 % menos de accidentes de trabajo mortales por 100 000 personas ocupadas que en 1998.

Datashops de Eurostat

Belgique/ België

Eurostat Data Shop Bruxelles/Brussel

Planistat Belgique
Rue du Commerce 124
Handelsstraat 124
B-1000 Bruxelles/Brussel
Tel. (32-2) 234 67 50
Fax (32-2) 234 67 51
E-mail: datashop@planistat.be
URL: <http://www.datashop.org/>

Idiomas:
ES, DE, EN, FR

Danmark

DANMARKS STATISTIK

Bibliotek og Information
Sejrøgade 11
DK-2100 København Ø
Tlf. (45) 39 17 30 30
Fax (45) 39 17 30 03
E-mail: bib@dst.dk
Internet: <http://www.dst.dk/bibliotek>

Idiomas:
DA, EN

Deutschland

Statistisches Bundesamt

Otto-Braun-Straße 70-72
(Eingang: Karl-Marx-Allee)
D-10178 Berlin
Tel. (49) 1888-644 94 27/28
Fax (49) 1888-644 94 30
E-Mail: datashop@destatis.de
URL: <http://www.eu-datashop.de/>

Idiomas:
DE, EN

España

INE

Paseo de la Castellana, 183
Despacho 011B
Entrada por Estébanez Calderón
E-28046 Madrid
Tel. (34) 91 583 91 67 / 91 583 95 00
Fax (34) 91 583 03 57
E-mail: datashop.eurostat@ine.es
URL: <http://www.datashop.org/>
Miembro de la red MIDAS-NET

Idiomas:
ES, EN, FR

France

INSEE Info service

195, rue de Bercy
Tour Gamma A
F-75582 Paris Cedex 12
Tél. (33) 1 53 17 88 44
Fax (33) 1 53 17 88 22
E-mail: datashop@insee.fr
Miembro de la red MIDAS-NET

Idiomas:
FR

Italia - Roma

Centro di informazione statistica

— Sede di Roma
Via Cesare Balbo, 11a
I-00184 Roma
Tel. (39) 06 46 73 31 02/06
Fax (39) 06 46 73 31 01/07
E-mail: dipdiff@istat.it
Miembro de la red MIDAS-NET

Idiomas:
IT

Italia - Milano

Ufficio regionale per la Lombardia

Via Fieno, 3
I-20123 Milano
Tel. (39) 02 80 61 32 460
Fax (39) 02 80 61 32 304
E-mail: mileuro@tin.it
Miembro de la red MIDAS-NET

Idiomas:
IT

Luxembourg

Eurostat Data Shop Luxembourg

46A, avenue J.F. Kennedy
B.P. 1452
L-1014 Luxembourg
Tél. (352) 43 35-2251
Fax (352) 43 35-2221
E-mail: dslux@eurostat.datashop.lu
URL: <http://www.datashop.org/>
Miembro de la red MIDAS-NET

Idiomas:
ES, DE, EN, FR, IT

Nederland

STATISTICS NETHERLANDS

Postbus 4000
2270 JM Voorburg
Nederland
Tel. (31-70) 337 49 00
Fax (31-70) 337 59 84
E-mail: datashop@cbs.nl

Idiomas:
EN, NL

Portugal

Eurostat Data Shop Lisboa

INE/Serviço de Difusão
Av. António José de Almeida, 2
P-1000-043 Lisboa
Tel. (351) 21 842 61 00
Fax (351) 21 842 63 64
E-mail: data.shop@ine.pt

Idiomas:
EN, FR, PT

Norge

Statistics Norway

Library and Information Centre
Kongens gate 6
Boks 8131 Dep.
N-0033 Oslo
Tel. (47) 21 09 46 42/43
Fax (47) 21 09 45 04
E-mail: Datashop@ssb.no

Idiomas:
EN, NO

Suomi/Finland

STATISTICS FINLAND

Eurostat DataShop Helsinki
Tilastokirjasto
PL 2B
FIN-00022 Tilastokeskus
Työpajakatu 13 B, 2. Kerros, Helsinki
P. (358-9) 17 34 22 21
F. (358-9) 17 34 22 79
Sähköposti: datashop@stat.fi
URL: <http://tilastokeskus.fi/tk/kk/datashop/>

Idiomas:
EN, FI, SV

**Schweiz/Suisse/ Svizzera
Svizzera**

Statistisches Amt des Kantons Zürich

Bleicherweg 5
CH-8090 Zürich
Tel. (41) 1 225 12 12
Fax (41) 1 225 12 99
E-mail: datashop@statistik.zh.ch
Internet: <http://www.statistik.zh.ch>

Idiomas:
DE, EN

Sverige

STATISTICS SWEDEN

Information service
Karlavägen 100
Box 24 300
S-104 51 Stockholm
Tfn (46-8) 50 69 48 01
Fax (46-8) 50 69 48 99
E-post: info@scb.se
URL: <http://www.eu-datashop.de/>

Idiomas:
EN, SV

USA

HAVER ANALYTICS

60 East 42nd Street
Suite 3310
New York, NY 10165
Tel. (1-212) 986 93 00
Fax (1-212) 986 69 81
E-mail: eurodata@haver.com

Idiomas:
EN

La página principal de Eurostat
www.europa.eu.int/comm/eurostat/

United Kingdom

Eurostat Data Shop

Office for National Statistics
Room 1.015
Cardiff Road
Newport
South Wales
NP10 8XG
UK
Tel: (44) 1633 81 33 69
Fax: (44) 1633 81 33 33
E-mail: eurostat.datashop@ons.gov.uk

Idiomas:
EN