

Monográfico

SANIDAD EUROPEA: PRESENTE Y FUTURO

INTRODUCCIÓN



LOS PROTAGONISTAS



LA EXPERIENCIA



LAS OPINIONES



Sanidad Europea: presente y futuro

Patronato de la Fundación Signo

Presidente: Alfredo García Iglesias. Secretario: Ángel J. Pérez Gómez. Vocales: Carmen Alberola Gómez-Escolar, Ignacio Ayerdi Salazar, Fernando Bandres Moya, José Barea Tejeiro, Javier Colás Fustero, Jordi Colomer Mascaró, Juan Fajardo Navarro, Diego Falcón Vizcaíno, Carlos Fernández Rodríguez, Diego Gracia Guillén, Carmen Herrando de Larramendi Martínez, Eduard Jaurieta i Mas, Orencio López Domínguez, Pablo López Arbeloa, Ginés Madrid García, Regina Múzquiz Vicente-Arche, Juan Ortiz Fuente, Luis Rodríguez Padial, Gabriel Pérez Cobo, Ana Rubio de Pablo, Pere Soley i Bach, Concepción Vera Ruiz.

Comité de Redacción

Directora: Cristina Leube Jiménez. Coordinador editorial: Antonio Arbelo López de Letona. Director monográficos: Ángel J. Pérez Gómez. Fernando Abellán-García Sánchez, Javier Barreiro González, Francisco Cárceles Guardia, Cristina Cuevas Santos, Ramón Gálvez Zaloña, J. Ramón González-Escalada Castellón, Juana M. Martí-Belda Torres, Roberto Martín Hernández, Francisco Nieto Pajares, José Perales Rodríguez, Francisco Rivas Clemente, Francisco de Paula Rodríguez Perera.

Colaboradores

José Luis Díaz Fernández (Andalucía), Miguel Carroquino Bazán (Aragón), Juan Ortiz Fuente (Asturias), Carlos Fernández Palomeque (Balears), José Manuel Baltar Trabazo y Diego Falcón Vizcaíno (Canarias), Alfonso Flórez Díaz (Cantabria), Sergio de Bustos Pérez de Salcedo y Carlos Fernández Rodríguez (Castilla y León), Ramón Gálvez Zaloña (Castilla-La Mancha), Pere Soley Bach (Cataluña), Eduardo Ferrer Albiach (Comunidad Valenciana), Francisco Javier Rubio Blanco (Extremadura), Jesús Caramés Bouzán y Pedro Molina Coll (Galicia), Javier Elviro Peña y Germán Seara Aguilar (Madrid), Domingo Coronado Romero (Murcia), Juan Pérez-Miranda Castillo (Navarra), Gonzalo Castillo de la Arena (País Vasco).

©Fundación Signo 2003

Edición, suscripción y publicidad: Fundación Signo. C/Sor Ángela de la Cruz 24, esc B, 6º J, 28020 Madrid. Tel.: 91 579 58 32 • www.fundacionsigno.es
e-mail: secretaria@fundacionsigno.com

ISSN: 1577-3558

Depósito legal: M-30689-2000

Soporte válido: 312-R-CM

Periodicidad Trimestral

Bases de datos: Publicación incluida en Índice XXI-Directorio Nacional de Publicaciones. Solicitada inclusión en el Índice Bibliográfico Español de Ciencias de la Salud (IBECS).

Tarifa 2003

Suscripción individual (1 ejemplar): 35 €

Suscripción institucional (5 ejemplares): 180 €

Realización: Exlibris Ediciones, S.L.

Imprime: Desk Impresores, S.L.

La revista Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios es una revista abierta a todas las opiniones, pero no necesariamente se identifica con las de sus colaboradores.

Índice

Introducción

Pastor Julián AM. Contribución del Sistema Nacional de Salud Español al espacio social europeo	7
--	---

Los protagonistas

Bopp KF. Linking Health, Ethics and Human Rights-the Council of Europe approach	11
Relación existente entre la Salud, la Ética y los Derechos Humanos - planteamiento del Consejo Europeo	16
Sauer F. Public health: in the european union. Meeting common challenges	21
Salud pública en la unión europea. Afrontando retos comunes	28
Chamorro Ramos L. La Comisión Europea como motor de salud pública	35
Konkolewsky HH. Contribución de la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo al sector de la salud	41

La experiencia

Kanel V. Burden of lung disease in Europe. Total annual healthcare costs amounting to 100 billion euros	45
El peso de las enfermedades pulmonares en Europa. Sus gastos totales anuales se estiman en 100 billones de euros	48

Keighley MRB. Improving digestive health of European citizens Mejora de la salud digestiva de los ciudadanos europeos	53 58
Las opiniones	
Dr. C. Pracht, Antequera JM, Abellán F. Los pacientes y Europa	65
Gálvez Zaloña R. Las misiones y organización de los Hospitales Públicos Universitarios franceses en la Europa del mañana	71
Rodríguez Perera FP. Tendencias de la asistencia sanitaria en Europa	79
Guerrero Fernández M. Los mayores en Europa	87
Normas para autores	97



Contribución del Sistema Nacional de Salud Español al espacio social europeo

Ana Mª Pastor Julián
Ministra de Sanidad y Consumo

Las políticas sanitarias han adquirido un protagonismo creciente en la Unión Europea. El Acta Única (1986) incluye, por primera vez, la mención a los derechos sociales comunes para los ciudadanos europeos, entre los que se encuentran la educación, la cultura y la sanidad. Desde entonces la salud ha ido acaparando cada vez mayor atención en los sucesivos tratados de Maastricht (1992) y Ámsterdam (1997). Recientemente el texto de la Constitución Europea, elaborado por la Convención y en fase de negociación, define la protección de la salud como un derecho fundamental.

La salud comunitaria representa un pilar clave para la viabilidad, la cohesión social y la legitimidad de la Unión, más aún con la próxima adhesión de nuevos Estados miembros.

Ámbitos como la salud pública, los medicamentos, la calidad y seguridad de células y tejidos, la seguridad alimentaria y la libre circulación de pacientes, de profesionales, y de bienes y servicios, requieren nuevos abordajes y están determinando nuestra propia normativa nacional.

Sensibles al hecho de que Europa no significa únicamente cooperación económica, sino que se sustenta, cada vez más, en una base de bienestar social compartido, desde España hemos colaborado siempre en la definición y construcción de un espacio social europeo. Y en esta labor, la experiencia acumulada por nuestro propio Sistema Nacional de Salud constituye una gran ayuda.

España es un país descentralizado que, desde la instauración de la democracia y la aprobación de nuestra Constitución, ha cristalizado en una organización territorial que articula la 17 Comunidades Autónomas.

En la última legislatura que acaba de concluir culminamos un proceso de traspaso de competencias, entre las que se encontraban las correspondientes a la sanidad. Hoy en día, cada Comunidad Autónoma española cuenta con su propio Servicio de Salud. La sanidad representa, para todas ellas, el primer capítulo en términos económicos y suele acaparar entre el 30 y el 40 por ciento de todo su presupuesto autonómico.

Una vez culminado este proceso descentralizador, nuestro reto, como

autoridad sanitaria del Estado Español, consiste en garantizar la equidad del Sistema Nacional de Salud, es decir, que la cohesión y la calidad del sistema no se vean afectadas. En otras palabras, y para expresarlo de manera más gráfica, pretendemos evitar que haya ciudadanos de primera y ciudadanos de segunda en cuanto a la asistencia sanitaria.

La respuesta legislativa a este reto ha sido la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, que cumplirá un año el próximo mes de mayo. Se plantea, en ella, una estrategia de política sanitaria basada en tres grandes ejes: Mejorar los resultados en salud, garantizar a los ciudadanos la equidad, calidad y participación en la atención sanitaria, y promover la cohesión y el consenso en el Sistema Nacional de Salud, como elemento clave del Estado de Bienestar.

Hemos definido y regulado los ámbitos de actuación en que es precisa la colaboración de todas las administraciones públicas sanitarias: las prestaciones, la farmacia, los profesionales, la investigación, los sistemas de información, la calidad, los planes integrales, la salud pública y la participación social. También diseñamos instrumentos organizativos capaces de evitar las desigualdades sanitarias y con ello, fortalecer la cohesión social. Estos instrumentos son el Consejo Interterritorial, el Fondo de Cohesión Sanitaria, el Sistema de Información y las Redes de conocimiento.

El valor añadido que España puede aportar a Europa viene dado por nuestra experiencia de convivencia de 17 servicios de salud que deben actuar coordinadamente en beneficio de los ciudadanos. Nuestro papel reviste mayor importancia ante el paso inminente de la Europa de los 15 a la Europa de los 25. Somos cons-

cientes de que cuanto más extendido, diversificado y descentralizado está un sistema sanitario, más necesario es garantizar la visibilidad de los objetivos centrales que den coherencia al conjunto.

Hemos defendido en todos los foros europeos sanitarios en los que participamos, la necesidad de compartir la visión y los valores en la atención sanitaria. España mantiene que el derecho a la asistencia sanitaria en la Unión Europea debe caracterizarse por su cobertura universal, equitativa y gratuita para todos los ciudadanos, con independencia del país al que pertenezcan y de su situación laboral o económica.

La organización y prestación de servicios y asistencia sanitarios sigue siendo competencia de los Estados Miembros. No obstante, la atención a pacientes que se desplazan a otros países de la Unión Europea (movilidad de los pacientes) es un tema que ha adquirido gran relevancia a raíz de las recientes sentencias del Tribunal de Justicia Europeo, que determina el principio de libre prestación de servicios, incluidas las actividades médicas.

Se reconoce el derecho de los ciudadanos comunitarios a recibir asistencia y otras prestaciones en distintos países de la Unión, así como el reembolso de su coste.

Nuestras propuestas para el nuevo texto de la Constitución, y en el grupo de reflexión de alto nivel de movilidad de pacientes, van dirigidas a hacer efectiva la equidad y la calidad en el espacio y europeo, respetando, al mismo tiempo, la autonomía en la gestión y provisión de los servicios sanitarios en los Estados miembros.

Para ello es preciso, en primer lugar, compatibilizar el catálogo de presta-

ciones, accesibles a todos los ciudadanos europeos, con independencia del país en el que se encuentren.

En estrecha conexión con el acceso a las prestaciones, y con la necesidad de garantizar la continuidad asistencial que se presta a los pacientes desplazados, se sitúa la necesidad de definir y compartir un sistema de información sanitaria europeo.

En este sentido, la creación y puesta en marcha de una Tarjeta Sanitaria Europea, permitiría a los ciudadanos recibir asistencia sanitaria en cualquier país de la Unión, y que los profesionales sanitarios dispusieran de una información clínica que facilite una atención de calidad. Disponer de una información sanitaria y determinar indicadores, estándares, normas y criterios consensuados y validados científicamente, facilitará la toma de decisiones de los profesionales y la elección de los pacientes.

Además, en esta tarjeta se podrían incluir los datos que podrían ser utilizados por las autoridades y gestores de la salud, para hacer efectivo el reembolso de los gastos sanitarios ocasionados.

Otro elemento clave que debe incluir el sistema de información europeo sería una base de datos de acceso público, que incluyera los centros de asistencia comunitarios, en particular "los de referencia", su ubicación, características y prestaciones específicas.

La atención a desplazados no debe repercutir en la sostenibilidad financiera del sistema sanitario de los países que reciban un mayor número de pacientes. La solución, sugerida por España, consiste en el establecimiento de un fondo de cohesión. Este fondo permitiría, con cargo a los presupuestos de la Unión Europea, la financiación

y el reembolso de la atención sanitaria prestada a los ciudadanos en un país diferente al de origen. El reembolso de las prestaciones debe ir unido a un estudio de costes que permita establecer tarifas europeas homogéneas y específicas para cada prestación.

Dado el impacto de la tecnología en el coste creciente de la asistencia sanitaria, la valoración de las prestaciones actuales y de las nuevas técnicas diagnóstico-terapéuticas que surjan, deberían someterse a un análisis previo de coste-efectividad.

Por este motivo, sería deseable potenciar el funcionamiento en red de las distintas Agencias de Evaluación Tecnológica de los diferentes países europeos, con el fin de compartir la información que se derive de los estudios que se efectúen en este campo. Con mayor cooperación podríamos evitar duplicidades y ahorrar costes.

En esta misma línea de trabajo se encuadran las sinergias existentes entre la Agencia Europea del Medicamento y las de los Estados Miembros, tal y como sucede con nuestra Agencia Española del Medicamento. Entre sus logros se encuentran los programas para propiciar el uso adecuado de los medicamentos y la reglamentación de políticas farmacéuticas eficientes. Y en un futuro, teniendo como base la Tarjeta Sanitaria, poder hacer realidad la receta electrónica.

La necesidad de coordinación y cooperación se hacen especialmente evidentes en las actuaciones de protección de la salud, mediante intervenciones medioambientales y en las estrategias preventivas, como son las políticas vacunales, la prevención del hábito tabáquico y los planes integrales frente a las enfermedades que causan mayor morbimortalidad en nuestro entorno, tales como la cardio-

patía isquémica y el cáncer. Las iniciativas y reglamentaciones europeas relacionadas con estos aspectos se han incorporado a medidas similares a las ya implantadas en nuestro Sistema Nacional de Salud: Calendario vacunal único, Plan Nacional de prevención y control del tabaquismo y planes integrales para el abordaje de las patologías de mayor impacto sobre la salud. Y defendemos su impulso en la Unión Europea utilizando el método abierto de cooperación, que tan buenos resultados ha dado en materias como el envejecimiento o el empleo.

Otro ejemplo paradigmático de la contribución española a la salud comunitaria es el representado por nuestras aportaciones a la directiva, y por ende, a la mejora de la calidad y seguridad de células y tejidos. Este tema, ligado a una línea de excelencia de nuestro Sistema, la donación y trasplante de órganos y tejidos, fue introducido en el marco europeo durante la Presidencia española y ha contado con el apoyo y la participación activa de nuestros expertos.

La globalización de los problemas sanitarios por exposición a riesgos, por enfermedades emergentes, por los importantes movimientos de población en el ámbito internacional es hoy, si cabe, más evidente y requiere estrategias conjuntas de actuación entre Estados. Hemos podido comprobar este hecho con la aparición del SRAS o los riesgos de una nueva pandemia de gripe. También en estos aspectos, la experiencia española en

la coordinación de los sistemas de vigilancia y de intervención rápida es amplia. Esta labor se verá facilitada por la entrada en funcionamiento del nuevo centro español de gestión de riesgos y alertas frente a las amenazas para la salud.

En consonancia, hemos apoyado, desde su inicio, la puesta en marcha de nuevas instituciones comunitarias, como el Centro Europeo para la prevención y el control de las enfermedades, que previsiblemente, comenzará su andadura en el año 2005. Entre sus funciones destacan la identificación, evaluación y comunicación de los riesgos actuales y emergentes para la salud humana de las enfermedades transmisibles, y otros problemas graves para la salud europea.

En definitiva, desde mi punto de vista considero que existe un gran paralelismo entre la Unión Europea, donde es preciso coordinar diferentes sistemas sanitarios y el sistema territorial descentralizado español, donde coexisten los servicios de salud de cada Autonomía.

Por eso estas propuestas están hechas desde nuestro deseo y voluntad de compartir nuestra experiencia con nuestros socios europeos y contribuir a mejorar los niveles de salud de los ciudadanos comunitarios. No en vano, *Habermas*, premio Príncipe de Asturias en ciencias sociales, comentaba recientemente **“nosotros, los vecinos europeos confiamos en el espíritu creativo español”**.



Linking Health, Ethics and Human Rights-the Council of Europe approach

Karl-Friedrich Bopp
Head of Health Division
Council of Europe

Introduction

The Council of Europe was founded in 1949 as an intergovernmental organisation and currently has 45 Member States. It represents almost 800 million people. It is based in Strasbourg, France. Its overall objectives include improvement of quality of life and defense of human rights for European citizens, enhance democracy and rules of law as well as to foster social cohesion.

With regard to health issues, principles of the Council of Europe are to promote patients rights, access to health care and to consider health as an integral part of Social Cohesion.

Conventions/agreements

What has the Council of Europe done to enshrine these values and principles in legal instruments? It has developed mainly three, which are legally binding to those Member States who sign and ratify them.

First instrument to be mentioned is the European Convention on Human

Rights, which equally applies to patients rights. Second instrument is the European Social Charter. Dating back to 1961 it includes health protection, health education and preventive measures among the social rights of European citizens. As to a third instrument reference can equally be made to the Convention on Human Rights and Biomedicine, which in its article 3 requires Contracting Parties to provide "equitable access to health care or appropriate quality".

The European Health Committee (CDSP)

Legal provisions have to be translated into practical policy developments. The European Health Committee has played an important role to that effect. It was set up in 1954 as the body responsible within the Council of Europe to encouraging closer European cooperation on the promotion of health under its various aspects: health policy, preventive measures, education for health and staff training. It is not a technical body because it deals with the *ethical* and *human rights* dimension of health care and health care provision. Its role is to give practical guidelines on health policy issues affecting daily life

Recibido: diciembre 2003

of citizens in the member states. The European Health Committee adopts its work in form of Recommendations. Not legally binding, they contain policy statements committing Member States to a common course of action.

Equity in access to safe and good quality in health services

I will only mention three of the numerous Recommendations adopted by the European Health Committee, which demonstrate its unique role in translating *ethical* and *human rights* framework from legal provisions to policy development.

On 24 February 2000 Recommendation (2000) 5 on development of structures for citizen and patient participation in the decision-making process affecting health care was adopted.

Recommendation calls in particular for the right of citizen and patients to participate in decision-making process affecting health care to be viewed as a fundamental and integral part of any democratic society. Patient/citizen participation should be an integral part of health care systems and indispensable component in current health care reforms.

An important contribution to fight exclusion to basic health care needs was Recommendation (2001) 12 on the adaptation of health care services to demand for health care and health care services of people in marginal situations.

The Recommendation calls in particular for policies by governments which should be based on values by the Council of Europe: human rights and patient's rights, human dignity, social cohesion, democracy, equity, solidarity; balanced by obligation to help streng-

then one's own health. It's this Recommendation which created the Council of Europe slogan "**No poor health for poor people**".

As third and last example in this series I would like to mention Recommendation (98) 11 on the organisation of health care services for the chronically ill. This Recommendation addresses the fact that European countries are confronted with increasing numbers of chronically ill persons due to the increase of life expectancy, demographic change and life saving medical technology.

Blood transfusion and organ transplantation

With regard to substances of human origin the European Health Committee has built its work around three major principles: non-commercialisation of substances of human origin, goal to achieve self-sufficiency and protection for both donors and recipients.

With these objectives in mind, it concentrated on: studying ethical, legal and organisational aspects with a view to ensuring quality, increasing availability of substances of human origin, avoiding wastage of human substances, ensuring optimal use and analysing the possible ethical and organisational impact of new scientific developments.

Current activities can be categorised as follows: a) giving policy advice to Member States, b) setting standards, c) monitor developments in Member States and d) field action.

The Council of Europe adopted on 7 March 2001 Recommendation No R (2001) 4 on prevention of the possible transmission of variant Creutzfeldt-Jakob Disease (vCJD) by blood transfu-

sion. The Recommendation states that care should be taken to ensure that any measure proposed will not have a negative impact on donation and supply of blood necessary to meet patients' needs. Member States should determine the precautionary measures they may need to take to minimise theoretical risk of transmission of the vCJD infective agent on the basis of a) prevalence of BSE within the respective country, b) endogenous exposure of the population to bovine products imported from countries with a high BSE prevalence and c) incidence of cases of vCJD.

The Council of Europe adopted on 7 March 2001 Recommendation No R (2001) 5 on the management of organ transplant waiting lists and waiting times. Recommendation states that Member States should guarantee that a system exists to provide equitable access to transplantation services for patients which ensures that organs and tissues are allocated in conformity with transparent and duly justifiable rules according to medical criteria.

In 1995, the Council of Europe adopted a *Guide to the preparation, use and quality assurance of blood components as technical appendix to Recommendation No R (95) 15*, on which many countries base official national blood transfusion guidelines. Updated annually, 10th edition will be published in January 2004. It is of interest to blood transfusion centres, legislators, health personnel and all those working in the field of blood transfusion.

Modelled along the experience made with the blood components' Guide the Council of Europe has elaborated a guide on safety and quality assurance for organs, tissues and cells. First edition of this new Guide has been published in July 2002.

Activities of Member States on collection and use of human blood and plasma are monitored in regular intervals. Last survey has been carried out in 1997 in the non-European Union Member States of the Council of Europe. Organ donation rates in Member States are collected annually and published in the Transplant Newsletter.

In 1994, a Task Force on restructuring blood transfusion services was set up. The Task Force's aim is to give advice to Health Authorities upon request. In the meantime Task Force missions have been carried out to Estonia, Latvia, Lithuania, Slovak Republic, Romania, Bulgaria and Albania. Work of the Task Force extended ethical principles of the Council of Europe related to blood transfusion to a whole region.

Attention of the Council of Europe has recently been drawn to organ trafficking. It is intended that experts in organ transplant systems will be provided to Member States upon request in order to give advice on any organisational measures which can be taken to minimise risk of organ trafficking.

Ministerial conferences

In regular intervals, Health Ministers of the Council of Europe meet and address social, ethical and human rights issues related to health care provision.

Sixth Conference held on Warsaw on 7-8 November 1996 on **social challenges to health: equity and patients rights in the context of health reforms** addressed the issue of legal instruments being useful and necessary, that they however are being emptied of their purpose unless policies are developed for their practical implementation.

Seventh Conference of European Health Ministers was organised on 22-

23 April 1999 in Athens. It addressed the issue of ageing in the 21st century and the need for a balanced approach towards healthy ageing.

Final Policy Declaration recognised the challenges of an ageing population to present day societies; it recognised in particular that older people are full members of our society, and deserve full respect of fundamental rights and social human rights.

The Ministers called for a **Society for all ages** while taking measures to help older persons remain in their home environment.

Health and human rights

Ethical and human rights elements affecting health care have been taken up at the Council of Europe at different levels. However, it took until 1999 that the issue of **health and human rights** was taken up as a separate theme for a Conference.

On 15-16 March 1999 the Nordic School of Public Health took the initiative to invite the Council of Europe to jointly arrange the first European Conference on Health and Human Rights.

Topic of Health and Human Rights was addressed with many different aspects; ethics, patients' rights, equity and health, gender and health, prioritisation, and empowerment.

Summary conclusions of the Conference include:

- The recognition that equitable access to health care, good quality services and high professional standards are an integral part of human rights and that their absence may constitute violations of human rights.

- Acknowledge the link between health and social cohesion.

The Oslo conference

The idea was further developed. At the initiative of the Norwegian Minister of Health it was decided to bring the theme of **health, dignity and human rights** on the highest political level. The 7th Conference of European Health Ministers has been held on 12-13 June 2003 in Oslo, Norway, dealing with that subject with emphasis on the role and responsibility of Health Ministers in meeting the challenges in society and new technology.

Health in the world of globalisation; demographic transitions our societies are undergoing and their impact on the sustainability for future generations; internet-informed patient and impact on health professionals; violation of human dignity by misuse of new technology; consequences of predictive genetic screening.

These are only some of the key points which have been addressed and a political response has been given in the final declaration.

Partnership with other organisation

The European Commission and the WHO are the Council of Europe's main partners in promoting health agenda in Europe. A health agenda into which the Council of Europe aims to integrate human rights and social dimension in health care.

As a concrete measure relevant health services of the three organisations have signed in 2001 an exchange of letters committing themselves to working together on concrete projects. It created a **tripartite dynamic** exem-

play for good co-operation between organisations.

Two examples:

Decades of work carried out by the Council of Europe in the area of blood transfusion will be used in the implementation of EU Directive 2002/98. The Council of Europe and the European Commission cooperate closely together in the elaboration of technical requirements.

The Council of Europe and WHO jointly implement the Dubrovnik Pledge signed in 2001. Pledge led to the project on **meeting the needs of vulnerable populations in south eastern europe**. A project carried out within the framework of the **social cohesion initiative** under the Stability Pact.

Outlook

The Council of Europe is the pan-european organisation promoting human rights. Legal texts and Recommendations are in place to translate these principles to the area of our common interest; patients rights, access to health care for all and to vulnerable groups in particular. The Council of Europe could be used as tool to ensure that with EU enlargement no new dividing lines are created in Europe. The Council of Europe is ready to contribute to creation of a Greater Europe of Health and Social Cohesion, capable of meeting needs of the entire European continent. **This is our common challenge.**

Further information can be found by visiting the following Websites: http://www.coe.int/T/E/Social_Cohesion/Health/ and http://www.coe.int/T/E/Communication_and_Research/Press/Theme_Files/Health_policy/Index.asp#TopOfPage

Relación existente entre la Salud, la Ética y los Derechos Humanos - planteamiento del Consejo Europeo

Karl-Friedrich Bopp
Jefe del Departamento de Salud
Consejo Europeo

Introducción

El Consejo Europeo se fundó en 1949 como una organización intergubernamental, está compuesto en la actualidad por 45 Estados Miembros y representa a cerca de 800 millones de personas. Su sede se encuentra en Estrasburgo, Francia. Como objetivos generales incluye la mejora de la calidad de vida y la defensa de los derechos humanos de los ciudadanos europeos, el fomento de la democracia y la regulación legislativa, así como la promoción de la cohesión social.

En lo que a los temas sobre salud se refiere, el desarrollo de los derechos de los pacientes, el acceso a la atención sanitaria y la consideración de la salud como parte integrante en la cohesión social constituyen los principios del Consejo Europeo.

Convenciones/acuerdos

¿Qué medidas ha tomado el Consejo Europeo para encuadrar estos valores y principios en documentos legales? Ha desarrollado tres instrumentos principalmente, que son legalmente vinculantes sobre aquellos Estados Miembros que los firman y ratifican.

El primero de ellos al que debe hacerse referencia es la Convención Europea de Derechos Humanos, cuya aplicación recae sobre los derechos de los pacientes. El segundo lo constituye la Carta Social Europea, la cual, remontándonos a 1961, incluye la protección y educación sanitaria y las medidas preventivas a favor de los derechos sociales de los ciudadanos europeos. Como tercer instrumento, debe citarse la Convención de Derechos Humanos y Biomedicina, que en su artículo 3 exige a las partes que lo hayan suscrito proporcionar "un acceso en condiciones de igualdad a la atención sanitaria o una calidad apropiada".

El comité europeo de salud (CDSP)

Las disposiciones legales deben traducirse en el desarrollo de políticas prácticas, ante lo cual, el Comité Europeo de Salud ha jugado un papel de relevancia. Fue constituido en 1954 como organismo responsable dentro del Consejo Europeo del fomento de una cooperación más cercana en lo que a la promoción de la salud en sus distintos aspectos se refiere: política sanitaria, medidas de prevención, educación sanitaria y formación de personal especializado. No se trata de un organismo de naturaleza técnica, puesto que se centra en la

dimensión ética y humana de la atención sanitaria y de la provisión de dicha atención. Su función consiste en dictar directrices prácticas sobre materia de política sanitaria que afecten a la vida diaria de los ciudadanos de los Estados Miembros. El Comité Europeo de Salud desarrolla su trabajo mediante el dictamen de Recomendaciones, las cuales, a pesar de su naturaleza no vinculante, contienen declaraciones políticas que comprometen a los Estados Miembro a seguir una misma línea de actuación.

Igualdad a la hora de recibir una atención segura y de calidad por parte de los servicios sanitarios

Sólo mencionaré tres de las numerosas Recomendaciones dictadas por el Comité Europeo de Salud, que constituyen una muestra del papel trascendental que este organismo juega a la hora de traducir el marco en el que se incluyen los derechos éticos y humanos de las disposiciones legales en desarrollo de políticas.

El 24 de febrero de 2000 se aprobó la Recomendación (2000) 5 relativa al desarrollo de estructuras a favor de la participación de ciudadanos y pacientes en el proceso de toma de decisiones relativas a la atención sanitaria.

La Recomendación hace un llamamiento en particular al derecho de los ciudadanos y pacientes a participar en el proceso de toma de decisiones relativas a la atención sanitaria que debe contemplarse como parte fundamental e integrante de toda sociedad democrática. La participación de pacientes y ciudadanos debería constituir una parte integrante de los sistemas de atención sanitaria y un elemento indispensable en las actuales reformas de atención sanitaria.

La Recomendación (2001) 12 sobre adaptación de servicios de atención sanitaria supuso una importante contribución a

favor de la lucha contra la exclusión de necesidades básicas de atención sanitaria, así como a favor de la atención sanitaria y prestación de servicios de atención sanitaria a las personas en condiciones de marginación.

Dicha Recomendación hace un llamamiento especial a políticas gubernamentales que deberían estar fundamentadas sobre valores del Consejo Europeo tales como los derechos humanos y del paciente, la dignidad humana, la cohesión social, la democracia, la igualdad, la solidaridad; todo ello en la línea establecida por la obligación de contribuir a fortalecer la salud de uno mismo. Fue esta Recomendación la que creó el eslogan "**No a una atención sanitaria pobre para gente necesitada**".

Como tercer y último ejemplo me gustaría mencionar la Recomendación (98) 11 relativa a la organización de servicios de atención sanitaria a favor de las personas que padecen enfermedades crónicas. Esta Recomendación hace referencia al hecho de que los países europeos ven cómo aumenta el número de personas con enfermedades crónicas como consecuencia del aumento de la esperanza de vida, los cambios demográficos y la tecnología médica a favor de la vida humana.

Transfusión de sangre y trasplantes de órganos

En lo que a sustancias de origen humano se refiere, el Comité Europeo de Salud ha llevado a cabo su labor en torno a tres principios básicos: la no comercialización de sustancias de origen humano, la consecución de la autosuficiencia y la protección tanto de donantes como de beneficiarios de donaciones.

Teniendo estos objetivos siempre presentes, se ha concentrado en el estudio de aspectos éticos, legales y organizativos con la intención de garantizar la calidad, aumentar la disponibilidad de sustancias

de origen humano y de evitar la pérdida de sustancias humanas garantizando de este modo una utilización óptima y realizando un análisis sobre el posible impacto ético y organizativo que suponen los nuevos desarrollos científicos.

Las actividades que se están llevando a cabo en la actualidad pueden clasificarse en cuatro grupos: a) se está ofreciendo asesoramiento político a los Estados Miembros, b) se están estableciendo estándares, c) se está llevando un control sobre los desarrollos alcanzados en los Estados Miembros y d) se están tomando acciones en campos concretos.

El Consejo Europeo aprobó el 7 de marzo de 2001 la Recomendación No R (2001) 4 que trata sobre la prevención de la posible transmisión de la variante de la Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (vCJD) mediante la transfusión de sangre. La Recomendación establece que habrá que tener especial cuidado para garantizar que cualquier medida propuesta no tenga un impacto negativo sobre la donación y disposición de sangre necesaria para alcanzar las necesidades de los pacientes. Los Estados Miembros deberán determinar la medidas preventivas que resulten necesarias a efectos de minimizar el riesgo teórico de transmisión del agente infeccioso de la vCJD sobre la base de a) la prevalencia de encefalopatía espongiforme bovina dentro del país respectivo, b) la exposición endógena de la población a productos bovinos importados de países con una alta prevalencia de encefalopatía espongiforme bovina y c) la incidencia de casos de vCJD.

El Consejo Europeo adoptó el 7 de marzo de 2001 la Recomendación N R (2001) 5 sobre gestión de listas y tiempo de espera para el trasplante de órganos. La Recomendación establece que los Estados Miembros deberán garantizar la existencia de un sistema que proporcione a los pacientes el acceso en condiciones de igualdad a los servicios de trasplante y que garantice que los órganos y los teji-

dos se destinan de conformidad con normas transparentes y debidamente justificadas conformes a los criterios médicos.

En 1995, el Consejo Europeo aprobó una Guía para la preparación, utilización y garantía de calidad de los componentes sanguíneos como anexo técnico a la Recomendación N R (95) 15, sobre la cual muchos países han fundamentado sus directrices nacionales oficiales sobre transfusión de sangre. Con actualizaciones anuales, la décima edición se publicará en enero de 2004. Se trata de una Guía de gran importancia para los centros de transfusión de sangre, el ámbito legislativo, el personal sanitario y todos aquellos que trabajan en el sector de la transfusión de sangre.

Respaldada por la experiencia adquirida con la Guía sobre componentes sanguíneos mencionada, el Consejo Europeo ha elaborado otra Guía sobre garantía en la seguridad y calidad de órganos, tejidos y células. La primera edición de esta nueva Guía se publicó en julio de 2002.

Las actividades llevadas a cabo por los Estados Miembros relativas a la obtención y utilización de sangre y plasma humano se controlan en intervalos regulares. La última inspección se realizó en 1997 en los Estados Miembros del Consejo Europeo que no forman parte de la Unión Europea. Los índices de donación de sangre en los Estados Miembros se recogen anualmente y se publican en la Carta Informativa sobre transplantas.

En 1994 se creó una Agrupación de Fuerzas de cara a la reestructuración de los servicios de transfusión de sangre, con el objetivo de proporcionar asesoramiento a las Autoridades Sanitarias previa solicitud. Entretanto, se han desarrollado misiones de Agrupación de Fuerzas en Estonia, Letonia, Lituania, la República Eslovaca, Rumanía, Bulgaria y Albania, en las que se han extendido los principios éticos del Consejo Europeo relativos a la transfusión sanguínea a toda una región.

El Consejo se ha centrado últimamente en los temas relacionados con el tráfico de órganos. Lo que se pretende es poner a disposición de los Estados Miembros, previa solicitud por su parte, a expertos en sistemas de trasplante de órganos con el fin de ofrecer asesoramiento sobre medidas organizativas que puedan adoptarse para minimizar el riesgo del tráfico de órganos.

Conferencias ministeriales

Los Ministros de Sanidad del Consejo Europeo se reúnen regularmente y tratan asuntos sociales, éticos y sobre derechos humanos relativos al cuidado de la salud.

La Sexta Conferencia celebrada en Varsovia los días 7-8 de noviembre de 1996 sobre **retos sociales relativos a la salud: igualdad y derechos de los pacientes en el contexto de las reformas sanitarias** trató sobre la importancia y necesidad de los instrumentos legales útiles y necesarios que, sin embargo, están vacíos de contenido, salvo que se desarrollen políticas específicas para su puesta en práctica.

La Séptima Conferencia celebrada por los Ministros de Sanidad europeos, que tuvo lugar los días 22-23 de abril de 1999 en Atenas, abordó el tema del envejecimiento en el siglo XXI, así como la necesidad de lograr un planteamiento equilibrado hacia un envejecimiento saludable.

La Declaración Política Definitiva reconocía los retos propios de una población en proceso de envejecimiento dentro de la sociedad actual; se reconoció en concreto que las personas mayores son miembros plenos integrantes de nuestra sociedad y que, por lo tanto, se merecen un respeto absoluto en lo que a los derechos fundamentales y derechos sociales humanos se refiere.

Los Ministros abogaron por una **Sociedad sin edades** al tiempo que se tomarían medidas para ayudar a las personas mayo-

res a no verse desplazadas de su propio entorno.

Salud y derechos humanos

Los elementos relativos a la ética y a los derechos humanos que afectan a la atención sanitaria han sido objeto de discusión en el Consejo Europeo a distintos niveles. Sin embargo, no fue hasta 1999 cuando se trató el tema sobre la **salud y derechos humanos** como tema independiente con peso específico para una Conferencia.

Los días 15-16 de marzo de 1999 el Colegio Nórdico de Salud Pública tomó la iniciativa de invitar al Consejo Europeo para organizar conjuntamente la Primera Conferencia Europea relativa a la Salud y los Derechos Humanos.

El tema de la Salud y los Derechos Humanos se trató en relación con otros muchos aspectos, como la ética, los derechos de los pacientes, la igualdad y la salud, el género y la salud, el establecimiento de prioridades y el refuerzo de la autonomía del paciente.

Las conclusiones alcanzadas en la Conferencia fueron las siguientes:

- El reconocimiento de que el acceso en condiciones de igualdad a la atención sanitaria, a unos servicios de calidad y a unos altos niveles de profesionalidad constituyen una parte integrante de los derechos humanos y que su ausencia puede implicar violaciones de derechos humanos;
- El reconocimiento de la relación existente entre salud y cohesión social.

La Conferencia de Oslo

Esta idea siguió evolucionando hasta el punto de que, a iniciativa del Ministro de Sanidad noruego, se decidió situar la sa-

lud, la dignidad y los derechos humanos al más alto nivel político. La VII Conferencia de Ministros de Sanidad europeos celebrada los días 12-13 de junio de 2003 en Oslo, Noruega, trató estos temas con gran énfasis, así como el tema relativo al papel que juegan y la responsabilidad que recae sobre los Ministros de Sanidad a la hora de lograr los objetivos en la sociedad y ante las nuevas tecnologías.

La salud en el mundo de la globalización; los cambios demográficos que está experimentando nuestra sociedad y su impacto sobre el sostenimiento de generaciones futuras; la información a los pacientes a través de Internet y el impacto sobre los profesionales sanitarios; la violación de la dignidad humana como consecuencia de una incorrecta utilización de las nuevas tecnologías; las consecuencias de las predicciones genéticas.

Estos no son sino algunos de los puntos clave que han sido objeto de discusión para los que se ha obtenido una respuesta política en la declaración final.

Asociación con otras organizaciones

La Comisión Europea y la Organización Mundial de la Salud son los socios principales del Consejo Europeo que abogan por la promoción de los objetivos sanitarios en Europa, a los que el Consejo Europeo pretende integrar los derechos humanos y la dimensión social en la atención sanitaria.

Como medida concreta, los servicios sanitarios relevantes de las tres organizaciones firmaron en 2001 un intercambio de documentos en virtud de los cuales se comprometerían a trabajar conjuntamente en proyectos concretos. Se creó una **dinámica tripartita** como ejemplo de una favorable cooperación entre organismos.

Dos ejemplos:

Décadas de trabajo llevado a cabo por el Consejo Europeo en el ámbito de la transfusión de sangre servirán de ayuda para la puesta en marcha de la Directiva 2002/98 de la Unión Europea. El Consejo Europeo y la Comisión Europea colaboran estrechamente en la elaboración de requisitos técnicos.

El Consejo Europeo y la Organización Mundial de la Salud llevan a la práctica conjuntamente el compromiso de Dubrovnik firmado en 2001 a favor del proyecto que cubre las **necesidades de las poblaciones más vulnerables en el sureste europeo**, desarrollado dentro del marco de la **iniciativa de cohesión social** en virtud del Pacto de Estabilidad.

Perspectiva

El Consejo Europeo es una organización paneuropea que promueve los derechos humanos. A través de los textos legales y las Recomendaciones, de lo que se trata es de implantar estos principios a favor de nuestros propios intereses, como son los derechos de los pacientes, el acceso a la atención sanitaria y, en especial, de los grupos más vulnerables. El Consejo Europeo está dispuesto a contribuir a la creación de una Europa Mayor en la que prime la Salud y la Cohesión Social, capaz de cubrir las necesidades de la **totalidad** del continente europeo. **En esto se basa nuestro reto común.**

Puede obtenerse información adicional al respecto accediendo a las siguientes páginas web:

<http://www.coe.int/T/E/SocialCohesion/Health/>

y <http://www.coe.int/T/E/CommunicationandResearch/Press/ThemeFiles/Healthpolicy/Index.asp#TopOfP>



Public health in the european union. Meeting common challenges

Sauer F
*Director, Public Health Directorate,
European Commission^(*)*

Introduction

Protecting and improving the health of the European citizens is a key objective of the European Union (UE). However, today the challenges to health are more diverse and complex than ever. The UE therefore needs to focus on the key areas where the Community can add value through a dynamic and flexible health strategy.

Key health challenges

The EU is facing major health challenges, which are common to current and future Member States. Firstly, the health systems of the enlarging Union are having to respond to the pressures caused in particular by ageing of the population and the introduction of new technologies, as well as growing expectations of patients and health professionals.

Secondly, growing mobility of people and goods has as one adverse consequence the more rapid potential spread of communicable diseases, as the Severe Acute Respiratory Syndrome

(SARS) has recently shown. There is a need therefore to strengthen surveillance and co-ordination at the UE level in order to address public health threats, both from existing and new diseases.

Thirdly, we need to address major health determinants, which have an impact in the burden of disease and the health of the population.

Finally, although overall health status has improved during the past decades, differences still persist within the EU Member States and especially between them and the acceding countries. For example the health situation in most countries of Central and Eastern Europe compares poorly with the situation in the existing Member States and, moreover, there are fewer resources to improve this situation.

Legal framework

The legal framework for EU action on public health is set out in article 152 of the Treaty. This states that a high level

(*) This paper reflects the personal views of the author and not necessarily those of the European Commission.

Recibido: septiembre 2003

of human health protection shall be ensured in the definition and implementation of all EU policies and activities¹. It outlines the scope of EU public health activities and stresses that these must respect the responsibilities of the Member States for the organisation and delivery of health services and medical care.

In addition to specific public health provisions in the Treaty, there are a number of other articles that relate to health. These include issues such as medical and other services in the single market within articles 49 and 50, and article 95, which includes food safety, tobacco, pharmaceuticals, medical devices, chemicals and other dangerous substances and applications of biotechnology. Social security and social protection are included in article 137 and research and technology. Social security and social protection are included in article 137 and research and technological development in articles 158 and 161. It is against this legal background that the public health framework has gradually developed.

Action after Maastricht

The EU's role in public health has increased over time and especially since the Maastricht Treaty in 1993. Following the ratification of this Treaty, a number of important initiatives were taken. They included for example legislation on tobacco control, strategy on safety of blood products and establishment of a network for the epidemiological surveillance and control of communicable diseases². Moreover, eight public health action programmes were developed. These programmes

concentrated on specific diseases and health areas.

The public health actions programmes

The eight action programmes covered:

- Cancer.
- AIDS and other communicable diseases.
- Drug prevention.
- Pollution-related diseases.
- Rare diseases.
- Injury prevention.
- Health promotion.
- Health monitoring.

This approach was a valuable beginning but it led to some fragmentation of effort, and could not easily be adapted to respond to emerging health threats and changing health trends. Furthermore, there was also other reasons why the health strategy needed to be revised. Not only did the Amsterdam Treaty in 2002 expand the competence of the Community in public health, but policy had to take into account the health consequences of enlargement.

The new public health programme

In light of these factors, in May 2000 the Commission published a Communication on a new health strategy for the European Community. This Communication pointed out the need for an integrated approach to tackle future challenges³. Based on the Communication a new public health program-

1 <http://europa.eu.int/eur-lex/treaties/dat/amsterdam.html>

2 http://europa.eu.int/eurlex/pri/en/oj/dat/1998/1_268/1_26819981003en00010006.pdf

me was adopted in 2002. The programme came into force on 1 January this year⁴.

The new public health programme is the main mechanism to develop an integrated and coherent strategy to respond to the health needs of the EU population. The three key priorities of the programme are; improving health information and knowledge, ensuring rapid reaction to health treats, and addressing health determinants.

The new public health programme (2003-2008)

The new public health programme consists of three strands of action:

1. Improving health information and knowledge for the development of public health.
2. Responding rapidly to major health threats.
3. Targeting actions to promote health and prevent diseases by tackling the key underlying causes of ill health and addressing the main health determinants.

In addition there are a number of cross cutting themes to reflect key objectives of tackling inequalities in health, fostering co-operation between Member States and developing an inter-sectoral approach to health.

3 Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the Economic and Social Committee and the Committee of the Regions on the development of public health policy in the European Community. http://europa.eu.int/comm/health/ph_overview/Documents/com_98_230_en.pdf

4 OJ L 271/1 of 9.10.2002, Decision 1786/EC.

Activities within the strands

The following paragraphs set out some key issues and initiatives relating to the three themes of the programme, as well as describing actions to establish an integrated inter-sectoral approach.

I. Information

In the new public health programme the aim of the information strand is to develop a sustainable information system at the EU level through action on health information and knowledge. This action involves the definition, collection and exchange of data, building on data that are available or collectable. The outputs of the system will include reports and analyses focussing on specific population groups or health concerns.

Work on indicators and data collection will be taken forward in co-ordinated working parties which will create a prototype for the future health monitoring system. The tasks of the working parties will cover all phases of the data management including the analysis of data needs, definition of indicators and quality assurance, technical support for national efforts, data collection at the EU level, reporting and analysis, and finally, promotion of the results.

II. Health threats

The second strand aims to ensure that the EU is in a position to counter threats to health which cannot be tackled effectively at the national level. The actions covered include surveillance, early warning and response, health security and preparedness, safety of blood, tissues and organs, antimicrobial resistance and rare diseases.

A recent Directive⁵ sets high common standards for blood and blood components through the EU. It also lays down requirements for the suitability of blood and plasma donors and traceability of whole blood and blood components. In addition, it establishes a Europe-wide mandatory surveillance and information exchange system to facilitate the swift identification and communication of emerging risks in the blood chain, and the withdrawal of possibly contaminated blood units.

With regard to human tissues and cells, the Commission proposed in June 2003 a Directive establishing new quality and safety standards for human tissues and cells used in therapy throughout the EU. This proposed Directive seeks to ensure a high level of quality and safety throughout the 'tissue and cells transplantation chain' in all Member State. The establishment of quality and safety standards will help to reassure the public that human tissues and cells that are derived from donations in another Member States carry the same guarantees as those in their own country.

The Commission also envisages the development of a framework strategy for Community action on organs. A Conference is foreseen for the second half of 2003, with the objective of arriving at clear recommendations on future initiatives. In the meantime, the Commission is compiling information on the situation on organ transplantation in Member States and applicant countries.

Another major challenge that the EU needs to address is the threat posed by communicable disease outbreaks. The existing mechanism for co-operation between Member States is the Community network for epidemiolo-

gical surveillance and control of communicable diseases, established by a Decision in 1998⁶.

While this has proved a valuable instrument for example in enabling the rapid exchange of data and information on outbreaks, there is a need to strengthen EU capacities to respond to the major challenges we face in a more effective and comprehensive way. In July, therefore, the European Commission made a proposal to establish a European Centre for Disease Prevention and Control. The Centre would network Member States' expertise on communicable disease and provide for a structured and systematic approach to the control of such diseases. The Centre would also be able to provide EU policy makers and citizens with authoritative scientific advice on health threats and recommend control measures, thus enabling a rapid and effective EU-wide response.

The EU has also taken proactive action against the threat of bioterrorism and has reviewed existing systems of protection in order to minimise the health threats to the EU citizens. In this context, there is a need to take protective measures, notably for the co-ordination of public health emergency planning throughout the EU, their preparedness and the availability of the appropriate treatments.

Based on this, the Commission is currently creating a network and a rapid alert system to add to the scope of the existing EU-wide communicable di-

5 http://europa.eu.int/eurlex/pri/en/oj/dat/2003/1_033/1_03320030208en00300040.pdf

6 Decision No2119/98/EC of the European Parliament and of the Council of 24 September 1998 setting up a network for the epidemiological surveillance and control of communicable diseases in the Community http://europa.eu.int/eur-lex/pri/en/oj/dat/1998/1_26819981003en00010006.pdf

sease network. The rapid response capacity system will thus be strengthened to ensure a timely, co-ordinated and effective reaction to a biological, chemical or nuclear terrorist attack.

III. Health determinants

Tackling major health determinants is of great potential for reducing the burden of disease and promoting the health of the population. A key determinant in this regard is tobacco. Smoking tobacco is the single largest cause of avoidable death in the EU, accounting for over half a million deaths each year. Therefore it is important to tackle this epidemic as a key action under health determinants.

The European Commission is developing a comprehensive tobacco control policy including legislative measures. Furthermore, action is being taken to support Europe-wide smoking prevention and cessation initiatives as well as to integrate tobacco control into a range of other Community policies (i.e. agricultural policy, taxation policy, development policy). Finally, The Commission wants to ensure that the pioneering role of the European Community in many tobacco control areas produces an impact beyond the frontiers of the EU. The World Health Organisation's Framework Convention on Tobacco Control is an outstanding example of this.

Nutrition is another key determinant, with a strong link to cardiovascular diseases and cancer, and to obesity, which continues to rise in the EU especially among children and teenagers. The actions being taken under the new public health programme include initiatives such as collection of quality information for the general public as well as professionals and policy makers, and establishing a network of Member States' expert institutes to improve dietary and physical activity habits.

Another significant policy issue in the area of health determinants is environment. The Commission has recently adopted a Communication on its new strategy for health and the environment⁷. This proposes to develop actions to tackle specific respiratory diseases such as asthma, or to better protect health from environmental risk such as pesticides residues. In addition, the new strategy will also set up permanent monitoring and reporting systems to identify new emerging threats and to assess the health impact of the actions implemented at Community and national level.

Joint activities

The European Commission is developing a more strategic approach towards health policy, including ways to ensure that other policies contribute towards health goals. For example, in the area of research, there are close links between actions taken under the public health programme and priorities and research tasks under the Sixth Framework Programme's policy related research.

eHealth is another area where public health actions are undertaken in close collaboration with work on information technology to deliver health-related actions specified under the eEurope initiative launched by the Commission in 1999⁸. A concrete example of this collaboration is the Communication from the Commission on eEurope 2002: Quality Criteria for Health rela-

7 Communication from the Commission to the Council, the European Parliament and the European Economic and Social Committee [http:// europa.eu.int/comm/press_room/press_packs/ pdf/com_en.pdf](http://europa.eu.int/comm/press_room/press_packs/pdf/com_en.pdf)

8 The eEurope Action Plan was adopted by the Commission on 14 June 2000 and endorsed by the European Council in Feira, Portugal on 19-20 June 2000.

ted Websites that was adopted in 2002⁹.

In the field of pharmaceuticals, the Commission set up in 2001 a High Level Group on Innovation and Provision of Medicines (G10). This group produced a report in May 2002 with 14 recommendations on how to improve the competitiveness of the pharmaceutical industry and to contribute to public health objectives. The Commission presented its response to these in a Communication in July 2003¹⁰.

Further initiatives

The European Commission has recently launched two further major initiatives that contribute to developing health policy in the EU. The first of these is intended to respond to the need for openness and transparency in the approach to health. To this end the Commission created a European Union Health Forum¹¹ as an information and consultation mechanism to ensure that the aims of the Community's health strategy and how they are being pursued are made clear to the public and respond to their concerns. The Forum provides stakeholders such as professional bodies, NGOs, patients organisations and health service providers the opportunity to make contributions to health policy development and the setting of priorities.

A second significant initiative is the high level process of reflection on patient mobility, launched in February 2003. This reflects several develop-

9 http://europa.eu.int/information_society/europe/ehealth/doc/communication_acte_en_fin.pdf

10 http://pharmacos.eudra.org/F3/g10/docs/G10_CommComm_EN.pdf

11 final http://europa.eu.int/eur-lex/en/com/pdf/2000/en_500PC0285.pdf

ments: first, the growing interest in patient flows across Europe, for example in border regions or in order to access specialised centres of reference, which has led to a series of cases in the European Court of Justice about the rights of patients to travel to other EU countries for their treatment¹². Second, the fact that Member States face similar challenges in ensuring high-quality health services while having to contain costs. And finally, the recognition that there is scope for countries to work together on ensuring the quality of health services across Europe.

In this context, the aim of the reflection process is to provide an opportunity to begin developing a European approach to issues affecting health systems in general, and patient mobility in particular. This process involves health ministers from Member States, together with representatives of key stakeholders, including patients and healthcare professionals, providers and purchasers.

The High Level Process of Reflection on Patient Mobility

The High Level Process of Reflection on patient Mobility is focusing on four themes:

1. European co-operation to enable better use of resources.

12 COM (2000) 28 C-120/95 (Nicolaas Decker versus Caisse de Maladie des Employés Privés) and C-158/96 (Raymond Kholi versus Union des Caisses de Maladie). These cases established that health goods and services respectively were covered by the articles of the Treaty on the free movement of goods (Article 28) and services (article 50). Smits/Peerbooms (C-157/99) confirmed that this also applied to hospital services, and to health systems based on providing benefits in kind as well as to reimbursement-based systems.

2. Information requirements for patients, professionals and policy makers.
3. Access to and quality of care.
4. Reconciling national health policy with European obligations.

The reflection process aims to reach conclusions by the end of 2003.

Towards a Europe of Health

The Commissioner for Health, David Byrne, recently set out a vision for a Europe of Health¹³. His will involve strengthening work on addressing health threats, including the creation

of a Centre for Disease Prevention and Control for the Community, developing cross-border co-operation between health systems, establishing a comprehensive information and knowledge base for health, and tackling major health determinants using all the powers the EU has at its disposal.

Looking forward, it is clear that enlargement of the EU will add to the major health challenges to be addressed and will ensure that health becomes increasingly important on the policy agenda. The current strategy will therefore need to evolve further to protect and improve the health of European citizens, which must remain at the very heart of all our concerns.

¹³ Public health-a driver of the other public policies, Commissioner Byrne's Speech at European Health Forum Bad Hofgastein, 29 September 2000. http://europa.eu.int/rapid/start/cgi/guesten.ksh?p_action.gettxt=gt&doc=SP EECH/00/343/0/AGED&lg=EN&display=

Salud pública en la unión europea. Afrontando retos comunes

Sauer F
Director, Directorado sobre Salud Pública,
Comisión Europea^(*)

Introducción

Uno de los objetivos prioritarios de la Unión Europea es la protección y mejora de la salud de los ciudadanos europeos. Sin embargo, hoy en día los retos relacionados con la salud son cada vez más diversos y complejos, por lo que la UE debe centrarse en las materias clave en las que la Comunidad puede lograr dichos objetivos a través de una estrategia de salud dinámica y flexible.

Retos clave sobre la salud

La UE está afrontando actualmente retos relativos a la salud en Estados miembros tanto presentes como futuros. En primer lugar, los sistemas de salud de los futuros estados de la Unión se ven obligados a reaccionar ante las presiones que suponen, en concreto, el envejecimiento de la población y la introducción de nuevas tecnologías, así como las expectativas en aumento de pacientes y de profesionales sanitarios.

En segundo lugar, la movilidad en aumento de personas y mercancías conlleva una consecuencia adversa, que no es sino la potencial dispersión de enfermedades transmi-

bles tal como el Síndrome Respiratorio Agudo Grave (SARS) ha mostrado recientemente. Se da, por lo tanto, la necesidad de fortalecer la supervisión y la coordinación a nivel europeo con el fin de controlar las amenazas a la salud pública que suponen tanto las enfermedades existentes como las nuevas.

En tercer lugar, debemos tener en cuenta los determinantes de mayor relevancia sobre la salud cuya carga recae sobre la población y sobre la salud de las personas.

Por último, a pesar de que las condiciones de salud han mejorado a lo largo de las últimas décadas, aún existen diferencias dentro de los Estados miembros de la Unión Europea, especialmente entre los antiguos y los futuros Estados miembros. Por ejemplo, la situación sanitaria en la mayoría de los países de Europa Central y Occidental es pobre si se compara con la de los Estados miembros, más aún, siendo los recursos con los que se cuentan para mitigar esta desigualdad más escasos.

Marco jurídico aplicable

El marco jurídico aplicable a la actividad llevada a cabo por la UE sobre salud pública se recoge en el artículo 152 del Tratado, que dispone que se garantizará un alto nivel de protección a la salud humana en

(*) Cuanto aquí aparece no es sino el punto de vista personal del autor y no necesariamente el de la Comisión Europea.

lo que a la definición e implementación de las políticas y actividades de la UE se refiere¹. Destaca el alcance de las actividades de salud públicas de la UE y hace hincapié en que siempre deberán ser acordes a las responsabilidades de los Estados miembros de cara a la organización y cumplimiento de los servicios de salud y de atención médica.

Además de las disposiciones específicas del Tratado sobre salud pública, existen otros artículos que asimismo están relacionados con la salud. Entre ellos, se incluyen asuntos tales como los servicios médicos y de otro tipo dentro del mercado único, recogidos en los artículos 49, 50 y 95 del Tratado, que tratan sobre la seguridad de los alimentos, tabaco, productos farmacéuticos, instrumentos médicos, químicos y otras sustancias y aplicaciones peligrosas de la biotecnología. El artículo 137 trata sobre la seguridad social y la protección social, mientras que los artículos 158 y 161 lo hacen sobre investigación y desarrollo tecnológico, respectivamente. El ámbito relativo a la salud pública se ha ido desarrollado gradualmente este entorno legal.

Acciones tras Maastricht

El papel que desempeña la UE en materia de salud pública ha aumentado a lo largo del tiempo y especialmente a partir de la firma del Tratado de Maastricht en 1993. Tras la ratificación de dicho Tratado, se tomaron una serie de iniciativas de mayor relevancia entre las que se incluyó, por ejemplo, la legislación que regula el control del tabaco, estrategias en aras de la seguridad de los productos sanguíneos, así como el establecimiento de una red para la supervisión epidemiológica y el control de enfermedades contagiosas². Es más, se desarrollaron ocho programas de medidas a favor de la salud pública basados princi-

palmente en enfermedades concretas y zonas de acción relativas a la salud.

Programas sobre medidas a favor de la salud pública

Los programas desarrollados cubrieron los siguientes ocho campos:

- Cáncer.
- SIDA y otras enfermedades contagiosas.
- Prevención contra la droga.
- Contaminación-enfermedades relacionadas.
- Enfermedades anómalas.
- Prevención de lesiones.
- Promoción de la salud.
- Control de la salud.

Esta aproximación constituyó un comienzo de gran valor pero se vio forzada a sufrir una cierta fragmentación al no poder adaptarse con facilidad a las emergentes amenazas contra la salud, ni a las cambiantes tendencias de esta. Es más, existían otros motivos por los cuales la estrategia sobre la salud pública debía revisarse; por una parte, el Tratado de Amsterdam de 2002 incluía la salud pública dentro de las competencias de la Comunidad y, por otra, la política comunitaria debía tener en cuenta a partir de este momento las consecuencias de dicha ampliación.

El nuevo programa de salud

A la luz de estos factores, en mayo de 2000 la Comisión publicó una Comunicación

1 <http://europa.eu.int/eur-lex/treaties/dat/amsterdam.html>

2 http://europa.eu.int/eur-lex/pri/oj/dat/1998/1_26819981003en00010006.pdf

una nueva estrategia aplicable a la salud de aplicación en la Comunidad Europea. En dicha Comunicación, se resaltaba la necesidad de aplicar un planteamiento completo para tratar futuros retos³. Basada en la misma se adopta un nuevo programa de salud pública en 2002, que entrará en vigor el primero de enero de este año⁴.

El nuevo programa de salud pública constituye el mecanismo principal para desarrollar una estrategia integrada y coherente a las necesidades derivadas de la salud en la población de la Unión Europea. Las tres prioridades principales del programa son: mejorar la información y ampliar el conocimiento sobre la salud, garantizar una rápida reacción ante las amenazas a la salud y reaccionar ante los determinantes de la salud.

El nuevo programa de salud pública (2003-2008)

El nuevo programa de salud pública se basa en tres puntos de acción:

1. Mejorar la información y ampliar el conocimiento sobre la salud a favor del desarrollo de la salud pública.
2. Responder con rapidez ante las amenazas para la salud de mayor relevancia.
3. Llevar a cabo acciones concretas para promover la salud y prevenir enfermedades mediante el tratamiento de las causas subyacentes de las que deriven enfermedades de mayor gravedad, así

3 Comunicación de la Comisión al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y Social y al Comité de Regiones acerca del desarrollo de la política sobre salud en la Comunidad Europea.
http://europa.eu.int/comm/health/ph_overview/Documents/com_98_230_en.pdf

4 OJL 271/1 de 9 de octubre de 2002, resolución 788/EC.

como reaccionar ante los determinantes principales de la salud.

Existen además, una serie de aspectos que no son sino el reflejo de objetivos relativos a la gestión de la desigualdad en lo que al tema de la salud respecta, que fomentan la cooperación entre Estados miembros y que desarrollan un acercamiento inter-sectorial en esta materia.

Actividades dentro del marco de acción

Seguidamente figuran algunos asuntos e iniciativas clave relativos a los tres puntos de acción del programa, así como otras medidas dirigidas a integrar un acercamiento inter-sectorial.

I. Información

En el nuevo programa de salud, el objetivo de la función de información está basado en el desarrollo de un sistema de información sostenible a nivel comunitario mediante la mejora de la calidad de la información y la ampliación del conocimiento sobre la salud. Estas medidas incluyen la definición, recopilación e intercambio de datos y el trabajo con datos al alcance de todos o de fácil obtención. Entre los resultados del sistema se incluirán informes y análisis basados en grupos de población específicos o en asuntos concretos sobre salud.

El trabajo sobre indicadores y recopilación de datos se llevará a cabo por grupos coordinados que crearán un prototipo para el futuro sistema de control de la salud. Las funciones de estos grupos de trabajo cubrirán todas las fases relativas a la gestión, incluido el análisis de las necesidades de obtención de datos, definición de indicadores y garantía de calidad, soporte técnico para el ámbito nacional, recopilación de datos a nivel comunitario, comunicación y análisis de dichos datos y, finalmente, divulgación de los resultados.

II. Amenazas a la salud

El segundo campo de acción trata de garantizar que la Unión Europea se encuentra en posición de contrarrestar las amenazas a la salud, alcanzando con ello un nivel no susceptible de ser igualado a nivel nacional. Las medidas cubiertas incluyen supervisión, detección precoz y respuesta ante dicha detección, seguridad en la salud y preparación, seguridad en lo relativo a la sangre, tejidos y órganos, resistencia inmunológica y enfermedades poco habituales.

Una Directiva⁵ reciente establece para la Unión Europea unos modelos comunes muy altos en lo que a la sangre y a los componentes de ella respecta. Establece, asimismo, una serie de requisitos acerca de la idoneidad de los donantes de sangre y de plasma, así como el seguimiento de la totalidad de los componentes sanguíneos. Incluye, además, un sistema de supervisión obligatoria y de intercambio de información a nivel europeo con el fin de facilitar una rápida identificación y comunicación sobre riesgos emergentes en la cadena sanguínea y la retirada de unidades sanguíneas posiblemente contaminadas.

En lo que a tejidos y células humanas se refiere, la Comisión propuso en junio de 2003 una Directiva estableciendo nuevos modelos de seguridad y calidad para los tejidos y células humanas utilizados en terapias en la totalidad de la Unión Europea. Dicha Directiva trata de garantizar un alto nivel de calidad y seguridad a través de la cadena de trasplante de células y tejidos en la totalidad de los Estados miembros. El establecimiento de modelos de seguridad y calidad contribuirá a garantizar a las personas que los tejidos y las células humanas procedentes de donaciones en otros Estados miembros cuentan con las mismas garantías que los del país en concreto de cualquier nacional.

5 http://europa.eu.int/eur-lex/pri/en/oj/dat/2003/1_03320030208en00300040.pdf

La Comisión prevé asimismo el desarrollo de una estrategia para el tráfico comunitario de órganos. La celebración de una conferencia al respecto está prevista para la segunda mitad del 2003 con el fin de alcanzar recomendaciones precisas para futuras iniciativas. Mientras tanto, la Comisión recopila información sobre la situación en la que se encuentra el transplante de órganos en los Estados miembros y en otros países.

Otro gran reto que la Comisión debe afrontar es el peligro que supone la aparición de enfermedades contagiosas. Los mecanismos existentes para la cooperación entre Estados miembros lo constituyen las redes Comunitarias para la supervisión epidemiológica y el control de enfermedades contagiosas establecidos mediante la Resolución de 1998⁶.

Aunque lo anterior ha demostrado ser un instrumento eficaz para, por ejemplo, permitir el rápido intercambio de datos e información sobre la aparición de enfermedades, se da la necesidad de fortalecer la capacidad de la Unión Europea para responder a retos de una envergadura aún mayor que debemos afrontar de una forma más eficaz y extensa. En julio, por lo tanto, la Comisión Europea propuso la creación de un Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades. El Centro coordinaría la experiencia de cada uno de los Estados miembros sobre enfermedades contagiosas y proporcionaría un planteamiento estructurado y sistemático a efectos de controlar dichas enfermedades. El Centro coordinará la experiencia de cada uno de los Estados miembros sobre enfermedades contagiosas y proporcionará un planteamiento estructurado y sistemático a

6 Decisión N° 2119/98/EC del Parlamento Europeo y del Consejo de 24 de septiembre de 1998 mediante la cual se establece una red para el control epidemiológico y el control de enfermedades contagiosas en la Comunidad.
http://europa.eu.int/eur-lex/pri/en/oj/dat/1998/1_26819981003en00010006.pdf

efectos de controlar dichas enfermedades. Este Centro podría asimismo proporcionar a los fabricantes y ciudadanos europeos asesoramiento científico sobre posibles amenazas a la salud y recomendar medidas de control, permitiendo de este modo una respuesta rápida y eficaz en toda la Unión.

La Unión Europea ha reaccionado activamente contra la amenaza que supone el bioterrorismo y ha revisado sistemas ya existentes de protección con el fin de minimizar las amenazas sobre la salud que recaen sobre la salud pública, especialmente de cara a la coordinación de planes de emergencia, de predisposición y la disposición de los tratamientos adecuados en toda la Unión.

En función de cuanto antecede, la Comisión está creando actualmente una red y un sistema de alarma rápido que se sumará a la red de enfermedades contagiosas de los antiguos miembros de la Unión Europea ya existente. El sistema con capacidad de respuesta rápida se verá de esta forma reforzado para garantizar una reacción a tiempo, coordinada y eficaz ante un ataque biológico, químico o nuclear.

III. Determinantes sobre la salud

El conocimiento y la comprensión de los principales determinantes sobre la salud a efectos de reducir la carga que las enfermedades suponen para la salud y de potenciar el mantenimiento de la salud constituye un asunto de mayor relevancia. El tabaco juega un papel principal en este aspecto. El hábito de fumar tabaco, provocando más de medio millón de muertes evitables al año, es la causa más extendida en la Unión Europea como supuesto susceptible de reducirse mediante las medidas ya mencionadas. Resulta importante, por lo tanto, tener en cuenta este extremo como acción clave a desempeñar entre los determinantes de la salud.

La Comisión Europea está desarrollando una política de control sobre el consumo de tabaco en la que se incluyen medidas

legislativas. Es más, se están tomando medidas para subvencionar iniciativas europeas de cara a su prevención y cese, así como otras destinadas a integrar el control del tabaco dentro de otras políticas propias de la Comunidad (por ejemplo, la política agrónoma, fiscal, de desarrollo). Por último, la Comisión tiene la intención de que el papel pionero que juega la Comunidad Europea en muchos aspectos relacionados con el control del tabaco produzca un impacto más allá de las fronteras de la Unión Europea. La Convención sobre el Control del Tabaco celebrada por iniciativa de la Organización Mundial de la Salud no es sino un ejemplo de esto.

La nutrición constituye otro determinante clave, estrechamente relacionado con enfermedades cardiovasculares y con el cáncer, así como con la obesidad, que sigue aumentando en la Unión Europea entre niños y adolescentes. Las medidas que se están llevando a cabo en virtud del nuevo programa sobre salud pública incluyen iniciativas tales como la recopilación de información de calidad para el público en general, así como para profesionales y políticos y establece una red de institutos especializados en todos los Estados miembros para mejorar los hábitos dietéticos y la actividad física.

Otro aspecto relevante de la política europea en lo que a la salud se refiere, lo constituye el entorno. La Comisión ha adoptado recientemente una Comunicación acerca de su nueva estrategia sobre la salud y el medio ambiente⁷, en la que propone el desarrollo de medidas con el fin de abordar enfermedades respiratorias concretas, como el asma, o de proteger la salud frente a riesgos medioambientales como pesticidas. Asimismo, la nueva estrategia incluirá sistemas permanentes de control e información a efectos de identificar nuevas amenazas

7 Comunicación de la Comisión al Consejo, al Parlamento Europeo y al Comité Económico y Social.
http://europa.eu.int/comm/press_room/press_packs/pdf/com_en.pdf

emergentes y evaluar el impacto sobre la salud de las medidas puestas en práctica a nivel comunitario y nacional.

Actividades conjuntas

La Comisión Europea está desarrollando un planteamiento más estratégico hacia una política que regule la salud, incluyendo medidas para garantizar que otras políticas contribuyan a la obtención de este objetivo. Por ejemplo, en el campo de la investigación, existen fuertes lazos entre las medidas tomadas conforme al programa de salud pública y sus prioridades y las funciones de investigación llevadas a cabo en función del Sexto Programa Marco.

La e-salud es otro campo en el que las medidas a favor de la salud pública se llevan a cabo en estrecha colaboración con la tecnología de la información, con el fin de ejercer las acciones relativas a la salud recogidas dentro de la actividad desarrollada por iniciativa europea, propuestas por la Comisión en 1999⁸. Un ejemplo concreto de esta colaboración es el Comunicado de la Comisión Europea 2002: Criterios de Calidad para las páginas web sobre Salud adoptado en 2002⁹.

En el campo de los productos farmacéuticos, la Comisión estableció en el 2001 un Grupo de Alto Nivel sobre Innovación y Provisión de Medicinas (G10). Este grupo redactó un informe en mayo de 2002 en el que se incluyeron 14 recomendaciones sobre cómo mejorar la competitividad de la industria farmacéutica y contribuir a los objetivos de salud pública. La Comisión presentó su respuesta a esta Comunicación en julio de 2003¹⁰.

8 El Plan de Acción Europeo fue adoptado por la Comisión el 14 de junio de 2000, posteriormente aprobado por el Consejo Europeo en Feira, Portugal, el 19-20 de junio de 2000.

9 http://europa.eu.int/information_society/eeurope/ehhealth/doc/communication_acte_en_fin.pdf

10 http://pharmacos.eudra.org/F3/g10/docs/G10_Comm_EN.pdf

Otras iniciativas

La Comisión Europea ha lanzado recientemente otras dos iniciativas de gran importancia que contribuyen al desarrollo de una política sobre salud en la Unión Europea¹¹. Con la primera de ellas se pretende responder a la necesidad de apertura y transparencia en el planteamiento de la salud. A tal fin, la Comisión ha creado un Forum sobre Salud en la Unión Europea como mecanismo de información y consulta para garantizar que la estrategia de la Comunidad sobre salud y los medios a través de los cuales se está desarrollando se exponen con claridad al público y sirven de respuesta a sus preocupaciones. El Forum ofrece la oportunidad a entidades profesionales, ONGs, organizaciones de pacientes y a proveedores de servicios relacionados con la salud de realizar contribuciones al desarrollo de la política sobre salud y al establecimiento de prioridades.

La segunda iniciativa, lanzada en febrero de 2003, lo constituye el alto grado de movilidad de los nacionales entre estados, ante lo cual deben destacarse dos aspectos: en primer lugar, el creciente interés por parte de pacientes por desplazarse a distintos Estados miembros, lo que ocurre, por ejemplo, en regiones limítrofes, junto a lo dispuesto por el Tribunal de Justicia Europeo en materia de pacientes que se desplazan a otros Estados miembros en busca de un tratamiento¹². En segundo lugar, el

11 http://europa.eu.int/eur-lex/en/com/pdf/2000/en_500PC0285.pdf

12 COM (2000) 28 C-120/95 (Nicolaos Decker contra Caisse de Maladie des Employés Privés) y C-158/96 (Raymond Kholh contra Union des Caisses de Maladie). Con estos casos quedó dispuesto que los bienes y servicios relativos a la salud quedaban cubiertos por los artículos del Tratado sobre libre circulación de mercancías (artículo 28) y servicios (artículo 50). Smits/Peerbooms (C-157/99) confirmó la aplicación de lo anterior a servicios hospitalarios y a sistemas de salud basados en la entrega de beneficios en especie así como a sistemas basados en el reembolso.

hecho de que los Estados miembros tengan que afrontar retos similares para garantizar servicios de salud de alta calidad a los ciudadanos, al tiempo que tienen que cargar con los gastos que ello implica. Y, por último, es necesario reconocer que hay campo suficiente para que los países trabajen conjuntamente con el objetivo de garantizar la calidad de los servicios de salud en toda Europa.

En este contexto, el objetivo del proceso de reflexión es ofrecer la oportunidad de comenzar a desarrollar un planteamiento europeo en materias que afecten a los sistemas de salud en general y a los pacientes en particular. Para ello, es necesaria la intervención de ministros de salud de los Estados miembros, representantes de agrupaciones de relevancia, pacientes y profesionales, intermediarios y trabajadores en materia de cuidado de la salud.

El Proceso de Reflexión sobre la Movilidad de los Pacientes

El Proceso de Reflexión sobre la Movilidad de los Pacientes está centrado en cuatro aspectos:

1. Cooperación europea para permitir una mejor utilización de los recursos.
2. Requisitos de información para pacientes, profesionales y políticos.
3. Acceso y calidad en la atención prestada.

4. Conciliación de la política sobre salud nacional con las obligaciones europeas.

El proceso de reflexión tiene como objetivo alcanzar conclusiones a finales del 2003.

Hacia una Europa de salud

El representante en la Comisión Europea en materia de Salud, David Byrne, propuso una visión de Europa en la que primara la salud¹³. Esto implicaría el fortalecimiento del trabajo a la hora de combatir las amenazas a la salud, incluyendo la creación de un Centro de Prevención de Enfermedades y de Control de la Comunidad, y desarrollando una cooperación transfronteriza entre sistemas de salud, estableciendo, de este modo, una base global de información y conocimiento relativa a la salud para poder tratar los elementos determinantes que pesan sobre ella con la totalidad de los medios con los que dispone la Unión Europea.

Mirando hacia el futuro, parece evidente que la ampliación de la Unión Europea supondrá nuevos retos que deberán afrontarse y la importancia de la salud pasará a tener cada vez mayor relevancia en la agenda política. La estrategia actual deberá, por lo tanto, implicarse más a fondo para proteger y mejorar la salud de los ciudadanos europeos, que deberá ocupar un lugar destacado en todo momento en nuestras preocupaciones.

13 Public health-a driver of the other public policies, Discurso del Representante en la Comisión en materia de salud en el Forum Europeo sobre Salud, Bad Hof Gastein, 29 de septiembre de 2000
http://europa.eu.int/rapid/start/cgi/guesten.ksh?p_action.gettxt=gt&doc=SPEECH/00/343/0/AGEND&lg=EN&display=



La Comisión Europea como motor de salud pública

Chamorro Ramos L,
Fernández Zincke E
*Dirección de Salud Pública
de la Comisión Europea. Luxemburgo*

Unión Europea y Salud Pública

Tratar de recoger en un artículo más o menos breve una descripción exhaustiva y exacta sobre las políticas y actividades en salud de la Unión Europea (UE), además de ser un ejercicio un tanto pretencioso, resultaría ser en cualquier caso una misión imposible. Proponemos por ello un objetivo mucho más modesto: aportar una visión general pero, esperamos, lo suficientemente clarificadora que permita a los profesionales sanitarios, incluso a aquellos menos familiarizados con este campo, obtener una foto de la situación actual de las actividades en salud en el ámbito comunitario. Las bases de trabajo, los principales protagonistas, sus procesos de trabajo y algunos de los que se están haciendo en estos momentos serán descritos con el fin de alcanzar el objetivo marcado.

El marco de actuación de la UE en materia de salud viene definido por el Tratado constitutivo de la misma. El Tratado destaca en su Parte Primera, relativa a los Principios, cómo la Comunidad (art. 3[p]) desarrollará actividades que contribuyan a alcanzar un alto nivel de protección de la salud. De

una forma más concreta, los Títulos XIII (art.152) y XIV (art.153) son los que tratan los temas de salud pública y protección de los consumidores. En la práctica, estos textos se traducen en que, de las competencias atribuidas a la Comunidad, se excluyen fundamentalmente las áreas relativas a los sistemas de atención sanitaria y se incluyen las relativas a políticas de protección a los consumidores, seguridad alimentaria, salud animal, bienestar de los animales y salud de las plantas y salud pública. De obligada mención en este momento resulta el actual proceso de elaboración de una nueva Constitución Europea, que una vez finalizada podrá modificar en mayor o menor medida el actual marco competencial.

Para el desarrollo de sus competencias, la EU se ha dotado de una serie de órganos e instituciones específicas que le permitan llevar a cabo las tareas que tiene encomendadas. Estas instituciones, bien conocidas por todos, son: el Parlamento Europeo, el Consejo, la Comisión, el Tribunal de Justicia y el Tribunal de Cuentas. Además, el Consejo y la Comisión estarán asistidos por el Comité Económico y Social y el Comité de las Regiones que actuarán como órganos consultivos.

Recibido: julio 2003

La Comisión Europea

La Comisión Europea es el organismo más original de la construcción europea. Es el que ostenta en exclusiva la capacidad de elaborar propuestas legislativas (iniciativa legislativa) que serán posteriormente remitidas al Consejo y Parlamento para su discusión, modificación y eventual aprobación. Sin ser ejecutiva en un sentido clásico, la Comisión es la que aplica las políticas comunitarias y vela por el cumplimiento del tratado.

En virtud del “principio de subsidiariedad”, las iniciativas de la Comisión se deben referir únicamente a los ámbitos en los que una iniciativa de la UE resulte más eficaz que una acción emprendida nacional, regional o localmente. De la misma manera, estas propuestas deben tener por objeto la defensa de los intereses de la Unión y sus ciudadanos, y no los de países o sectores particulares. En otras palabras, el Tratado acordado por los Estados miembros estipula y delimita lo que es posible y necesario hacer en el ámbito comunitario y lo que es exclusivamente competencia de los Estados miembros; y la Comisión es la encargada de desarrollar y elaborar aquellas competencias “europeas”. En el desarrollo de sus funciones, la Comisión identifica y analiza las necesidades y prioridades a desarrollar. En este análisis, la Comisión escucha a un buen número de interlocutores y, por supuesto, interacciona con otras instituciones comunitarias, principalmente Consejo y Parlamento, pero también con el Comité Económico y Social y el Comité de las Regiones. Buenos ejemplos de este hecho han sido las conferencias de Oporto en 2000, bajo presidencia portuguesa y la conferencia de Málaga en 2002, bajo presidencia española en el área de transporte de órganos, tejidos y células humanas. Ambas conferencias concluyeron con un análisis de necesidades y prioridades en este

campo consensuado entre técnicos, expertos, Comisión y Estados miembros, que ha conducido a una serie de iniciativas posteriores presentadas por la Comisión y Estados miembros, que ha conducido a una serie de iniciativas presentadas por la Comisión, incluida una propuesta de directiva, y a la adopción de un determinado marco temporal para el desarrollo de las mismas.

El primer paso desde cualquier iniciativa legislativa es, por supuesto, la elaboración de un texto. Este texto se elabora generalmente a partir de una extensa consulta a numerosos y prestigiosos expertos y a destacadas organizaciones en el campo. Es importante resaltar la labor de numerosos expertos europeos que han colaborado con la Comisión, la mayoría de las veces de forma completamente desinteresada con el único fin de alcanzar un resultado de calidad. También es importante destacar el papel de los servicios de la Comisión que gestionan la generación de todo el *input* técnico proveniente de diferentes fuentes y le dan forma dentro del ámbito comunitario.

A modo de ejemplo, la Comisión consultó a más de un centenar de expertos europeos en el proceso de la elaboración de la propuesta de Directiva que establece estándares de calidad de tejidos y células humanas para su aplicación en humanos, en el que además, la Organización Nacional de Transplantes de España tuvo un papel clave de apoyo técnico durante el proceso, por citar una de las últimas propuestas adoptadas por la Comisión.

La Comisión tiene en cuenta, además de la opinión de los expertos, el punto de vista de las partes interesadas (*stakeholders*), asociaciones de pacientes, profesionales, industrias..., es decir, todos aquellos que de una u otra manera se vieran afectados por la propuesta en elaboración. Habitualmente, se suele

dar prioridad en esta consulta a aquellas organizaciones de marcado carácter europeo, pero sin excluir a aquellas organizaciones o asociaciones nacionales que pudieran tener intereses concretos en el proceso. Otra difícil e importantísima labor de la Comisión es la de saber extraer de forma equilibrada e imparcial todos estos puntos de vista e incorporarlos en la medida en que sea posible a la propuesta. Todo este complicado proceso de consulta se demora varios meses hasta que la Dirección General (DG) de la Comisión encargada del proceso, por ejemplo la DG de Salud Pública, procede y tiene listo un documento que pueda presentar para revisión al resto de DGs de la Comisión. De esta forma se comprobará que la iniciativa propuesta se encuentra dentro de los límites del Tratado, que está de acuerdo con otras medidas legislativas en vigor y con otras políticas comunitarias, que no existen solapamientos con otras áreas, etc.

Únicamente cuando todas las DGs han dado luz verde al texto, generalmente tras un intenso proceso de intercambio de opiniones, y tras algunas modificaciones en la propuesta, este está listo para su adopción por la Comisión. Las medidas legislativas en la Comisión se adoptan de forma colegial, es decir, tienen que ser adoptadas por el colegio de los veinte comisarios, lo que permite una mayor transparencia y una coherencia interna dentro de la institución. Desde este momento, la Comisión en su conjunto asume la propuesta como suya y la presenta al exterior, publicándola oficialmente en el Diario Oficial de las Comunidades Europeas (DOCE). Pero principalmente, esta presentación se refiere a los principales actores del resto del proceso: El Consejo y el Parlamento Europeo.

En este sentido puede verse cómo la Comisión pone en marcha la maquina-

ria legislativa mediante la elaboración de una propuesta y presenta por ello un cierto carácter tecnocrático que la diferencia de las otras instituciones, con una vocación política mucho más marcada. La Comisión posee la capacidad de gestionar la experiencia interna, en la propia institución, y la externa, en los Estados miembros, con el fin de elaborar propuestas llenas de contenidos técnicos y tan diversas como la directiva de calidad y seguridad en el uso de la sangre y de los componentes sanguíneos; la decisión estableciendo las redes de enfermedades transmisibles; o la directiva relativa a la publicidad y el patrocinio del tabaco. Además, es la Comisión la que articula todos estos contenidos en forma de instrumentos legales aptos para el "consumo" de los juristas, resultando todo esto un proceso complicado.

El Consejo y el Parlamento

Una vez que la propuesta ve la luz, tienen lugar algunos de los aspectos más apasionantes en el contexto de las dinámicas de la UE, los denominados procedimientos de decisión. Podrían identificarse hasta seis de estos procedimientos, siendo el procedimiento legislativo de codecisión el de mayor relevancia en la actualidad, encontrando un ejemplo del mismo en el Programa de Salud Pública 2003-2008 aprobado el pasado año bajo la presidencia española del Consejo. Mediante la introducción de este procedimiento, el Parlamento refuerza su papel. Parlamento y Consejo pueden decidir sobre una propuesta de la Comisión tras una primera lectura de la misma. Si ello no resulta así, el Consejo presenta su "posición común" y el Parlamento puede aceptarla o rechazarla en una segunda lectura. Si es rechazada, se abre un proceso de conciliación entre las dos instituciones que si fracasara, no fue el caso en el Programa de Salud

Pública, la propuesta se consideraría no adoptada y se pondría fin al procedimiento sin resultado alguno.

Actividades legislativas en Salud Pública

Teniendo en cuenta los diferentes tipos de legislación que se pueden producir: *reglamentos* (obligatorios en todos sus elementos y directamente aplicables en cada Estado Miembro), *directivas* (obligan a los Estados miembros en cuanto al resultado que deba conseguirse dejando a las autoridades nacionales la elección de la forma y medios para su consecución mediante su transposición), *decisiones* (obligatorias para los destinatarios), *recomendaciones* y *dictámenes* (expresan una opinión de la institución que las emite sin ser jurídicamente vinculantes, lo que es conocido como "legislación blanda"), hay que considerar que curiosamente, contra lo que resultaría quizás esperable, las competencias en salud pública recogidas en el Tratado no constituyen una base legal suficiente para desarrollar "legislación dura" o de obligado cumplimiento, con algunas excepciones. Estas excepciones se refieren a los estándares de calidad y seguridad de órganos y sustancias de origen humano, sangre y sus derivados. Al margen de estas áreas, la legislación existente en el campo de la salud pública, como pueden ser las dos directivas relativas al tabaco (productos del tabaco y publicidad y patrocinio del tabaco), con una clara intención de salud pública, han sido legalmente fundamentadas en los principios de funcionamiento del mercado interno para poder ser llevadas adelante. Esto ha conllevado numerosas complicaciones y dificultades añadidas, que se hubieran evitado si la competencia legislativa en salud pública hubiese sido real. Estas complicaciones se reducen considerablemente a la hora de proponer "legislaciones

blandas", o no obligatorias para los Estados miembros, como son el caso de las últimas recomendaciones sobre campos electromagnéticos o sobre el despistaje de cáncer.

Actividades no legislativas en Salud Pública

No es la legislación en sí misma la única actividad de la Dirección de Salud Pública en la actualidad. El desarrollo de políticas y estrategias de salud, así como otras actividades no legislativas incluyendo la implantación del Programa 2003-2008, constituyen de hecho la mayor parte de la actividad de la Dirección.

El 16 de mayo de 2000, la Comisión adoptó una comunicación sobre la estrategia sanitaria de la Comunidad Europea. Junto con la propuesta relativa al Programa de Salud Pública, la comunicación establece una estrategia sanitaria general en la Comunidad basada en tres principios básicos: integración, sostenibilidad y concentración en los aspectos fundamentales. La nueva estrategia promueve un enfoque integrado a escala comunitaria de las labores en torno a la salud, y persigue, en la medida de lo posible, la integración de las políticas relacionadas con la salud para cumplir los objetivos sanitarios. Se espera que los trabajos obtengan resultados sostenibles que realmente aborden las exigencias en materia de salud de toda Europa. La estrategia propugna asimismo la concentración de recursos en los ámbitos en que la Comunidad puede aportar verdadero valor añadido, evitando la duplicación de las labores que puedan llevar a cabo con mayor eficacia los Estados miembros o de las organizaciones internacionales.

Además de las áreas cubiertas por el Programa de Salud Pública que se mencionarán más adelante, la salud en

las otras políticas (no sanitarias) de la UE, la salud en los países de ampliación de la UE, la movilidad transfronteriza de pacientes afectando a sistemas sanitarios de diferentes Estados miembros, la colaboración internacional o la colaboración con la sociedad civil, serían algunos de los aspectos que podrían ser mencionados como áreas dentro del desarrollo de políticas y estrategias de salud en la actualidad.

El término de "salud en otras políticas" se refiere a aquellas políticas y acciones comunitarias que pueden repercutir en las condiciones de salud de la población y, muy frecuentemente, se desarrollan en un contexto totalmente ajeno a sus posibles efectos en salud. La UE no debe permitir que los factores determinantes de la salud se vean negativamente por este tipo de acciones, resultando necesaria la coordinación con acciones de otros ámbitos como por ejemplo el fiscal, medioambiental, de comercio, de mercado, etc. Resulta esencial garantizar la interacción de las políticas para proteger la salud de los europeos, principio claramente establecido en el Tratado.

Respecto a la movilidad de los pacientes, y considerando que los "sistemas sanitarios", como tal, caen fuera de las competencias comunitarias, tal como se ha comentado, merece la pena mencionar el proceso de reflexión de alto nivel puesto en marcha recientemente por la Comisión en el que participan los Ministros de Sanidad y los principales grupos de interés en este ámbito. El interés creciente por el flujo de pacientes en Europa, por ejemplo, en las regiones fronterizas o en los casos en que se desea el acceso a centros de referencia especializados, o los retos para velar por unos servicios sanitarios de alta calidad sin desbordar los costes a los que se enfrentan los Estados miembros constituyen algunos de los puntos cubiertos bajo este proceso.

En el ámbito de la colaboración con organismos internacionales el ejemplo más evidente, aunque no el único, es la colaboración con la Organización Mundial de la Salud. La Comisión está desarrollando una intensa labor en este sentido en la actualidad. El largo proceso de negociación del Convenio Marco para el control de tabaco, las diferentes actividades conjuntas tanto en tabaco como en otros determinantes de salud, o más recientemente la estrecha colaboración para el control de la epidemia del síndrome respiratorio agudo severo (SRAS) son buenos ejemplos de ello. En este campo, la posición y funciones de la Comisión tendrán un especial valor añadido a la hora de desarrollar un papel coordinador UE-OMS.

Y por último, siendo una de las principales actividades de la dirección, se encuentra la implantación del ya mencionado Programa de acción comunitario en el ámbito de la salud pública (2003-2008). Este programa, que pretende complementar las políticas nacionales, tiene por objeto principal proteger la salud humana y mejorar la salud pública. Fue aprobado el 23 de septiembre de 2002 por el Parlamento Europeo y el Consejo y persigue tres objetivos generales: proporcionar información sanitaria, reaccionar rápidamente ante los riesgos sanitarios o amenazas para la salud, y fomentar la salud actuando sobre los factores determinantes de salud. Para ello propone el establecimiento de vínculos entre actividades como las redes, las respuestas coordinadas, los intercambios de experiencias, la formación o la divulgación de información y conocimientos. Resulta también esencial que haya una eficaz cooperación con los Estados miembros, así como un diálogo con los principales actores, como las organizaciones no gubernamentales. Se invita a instituciones, asociaciones, organizaciones y organismos en el ámbito de la

salud a que presenten proyectos para la aplicación de las prioridades específicas definidas anualmente por la Comisión. Tales demandas de financiación se pueden presentar en el marco de las convocatorias de propuestas anuales abiertas por la Comisión. Esta, a partir de los proyectos recibidos, lleva a cabo un completo proceso de evaluación y selección de los mismos y elabora la consiguiente propuesta. En este proceso la Comisión recibe la ayuda de un comité compuesto de representantes nacionales de los Estados miembros. Gracias a este programa, dotado con un presupuesto de 312 millones de euros para sus seis años de duración, se financian muchos de los proyectos que posteriormente proporcionan los elementos necesarios para la toma de decisiones en el ámbito comunitario.

Una de las conclusiones tras este apresurado "paseo comunitario" podría ser con cierta lógica que las competencias de la UE en el campo de la Salud Pública son limitadas en muchos aspectos y que las funciones de la Comisión son consecuentemente restringidas. Siendo ello verdad, y lejos de todo rigor académico, lo que resulta también innegable es el fuerte papel estratégico y de liderazgo político que la Comisión juega en la actualidad en este campo, no solo a nivel Comunitario, sino también a nivel global. Ya hoy, y a la espera de los nuevos vientos que traerá el nacimiento de la Constitución Europea, la construcción de la UE, incluyendo las áreas de salud, es un proceso lento pero imparable.



Contribución de la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo al sector de la salud

Konkolewsky HH

Director de la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo

La Comunidad Europea ha ido introduciendo una serie de medidas para mejorar la salud y la seguridad de los trabajadores europeos, una de las cuales fue la creación de la Agencia, con el fin de satisfacer las necesidades de información en materia de seguridad y salud en el trabajo en la Unión Europea.

La Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo fue creada por medio del Reglamento del Consejo 2062/94. La fecha de su constitución es el 18 de julio de 1994 y empezó su andadura en septiembre de 1996.

Con sede en Bilbao (España), el *objetivo fundamental* (tal como se define en el Reglamento de constitución de la Agencia) consiste en proporcionar a los organismos comunitarios, a los Estados miembros y a los medios interesados, toda la información técnica, científica y económica útil en el ámbito de la seguridad y de la salud en el trabajo, al objeto de fomentar la mejora, principalmente del medio de trabajo, para proteger la seguridad y la salud de los trabajadores de la Unión Europea.

Recibido: julio 2003

Para llevar a cabo esta misión, la Agencia desarrolla fundamentalmente *tres áreas de actividad*.

La primera de ellas –*la recopilación de datos*– se hace a través de los proyectos de información que la Agencia lleva a cabo, que se materializan en estudios, investigaciones, programas y actividades diversas en seguridad y salud en el trabajo.

Como segunda actividad, la Agencia lleva a cabo una importante labor de *difusión de conocimientos* a través de su servicio de información y publicaciones.

Son muchas las publicaciones periódicas que la Agencia tiene actualmente en marcha. Cuenta con un boletín de noticias, la revista monográfica *Magazine* de periodicidad anual, la revista FORUM dedicada a recoger las conclusiones y actas de seminarios y eventos públicos que organiza la Agencia en colaboración con otros organismos o grupos de expertos, los *factsheets* (breves hojas informativas) sobre temas específicos de seguridad y salud laboral, así como el boletín electrónico de noticias OSHmail, etc. Todas estas publicaciones se editan en, al menos,

cuatro idiomas comunitarios, entre los que se encuentra el español.

Otras publicaciones importantes de la Agencia son los informes técnicos para un público más experto, que suelen incluir recopilaciones de buenas prácticas o ejemplos de actuaciones preventivas en los distintos Estados miembros, estudios específicos sobre riesgos concretos o investigaciones en temas de seguridad y salud.

Además, como servicio de información, la Agencia desarrolla una importante labor de respuesta a consultas sobre seguridad y salud, organización de campañas informativas periódicas y actos públicos.

Pero, sin duda alguna, la herramienta de trabajo fundamental de la Agencia y que le permite desarrollar de la manera más eficaz su tercera actividad para *crear vínculos y establecer una férrea red de información* es Internet.

La Agencia administra y coordina en la actualidad tres sitios web que le convierten en un organismo imprescindible y puntero en información sobre prevención de riesgos laborales.

Tiene la Agencia su página web corporativa multilingüe en <http://agency.osha.eu.int> donde se puede consultar toda la información relativa a la Agencia, su creación, funciones, composición, así como todas las publicaciones mencionadas anteriormente y que pueden descargarse de forma gratuita.

También administra la Agencia, la Red Europea de Seguridad y Salud en <http://europe.osha.eu.int> desde donde se puede consultar y enlazar con toda la información sobre seguridad y salud de Europa, los quince Estados miembros, los países candidatos a su ingreso en la UE y los países de la Asociación Europea de Libre Comercio. Y desde la

dirección <http://global.osha.eu.int>, que también coordina la Agencia, se puede enlazar con la información en seguridad y salud en el trabajo de organismos internacionales como OIT y OMS, y de países como Australia, Canadá y Estados Unidos.

Los tres sitios web mantienen la uniformidad en el diseño y, lo que es más importante para la Red Europea y la Red mundial, en las categorías de información que pueden consultarse, de manera que la búsqueda se hace más fácil. Dichas categorías permiten encontrar información sobre legislación, estadísticas, investigación, buenas prácticas, noticias, formación, etc. para todos los países y organismos mencionados.

Además de estas informaciones, la Agencia ha creado secciones web específicas por sectores de actividad, temas o riesgos laborales concretos, estrategias y políticas o campañas y programas concretos.

El acceso a cualquiera de estas secciones se hace fácilmente desde las páginas principales de la Agencia y de la Red Europea.

Toda esta información preliminar tiene sentido para presentar la aportación que la Agencia Europea ha hecho de manera más concreta al mundo sanitario, desde la perspectiva de la prevención de riesgos laborales.

Entre las *secciones web específicas* que la Agencia dedica a sectores de actividad destaca precisamente la del *sector sanitario* http://europe.osha.eu.int/good_practice/sector/healthcare/, además como el primer acercamiento que la Agencia hizo a sectores de actividad y que recientemente se ha sometido a un cambio de diseño para mejorar su accesibilidad y su integración en el sitio web de la Agencia.

Es intención de la Agencia seguir ampliando sus secciones destinadas a sectores de especial riesgo, y, de hecho, ya existe también en la actualidad la página web de Pesca. El sector sanitario ha sido el pionero en esta especialización de secciones web, por la consideración de este sector como de alto riesgo y por el amplio número de trabajadores afectados.

De hecho, las últimas tasas oficiales de accidentes de trabajo en la Unión Europea señalan al sector "Salud y servicios sociales" como uno de los cuatro sectores de actividad que superan en un 30% la media de accidentes.

Por ello, *la comunicación de la Comisión Europea en abril de 2002 sobre "Cómo adaptarse a los cambios en la sociedad y en el mundo del trabajo: una nueva estrategia comunitaria de salud y seguridad 2002-2006"*, aboga por la necesidad de imponer una vigilancia constante para reducir estos riesgos tradicionales (como pueden ser los que causan la mayoría de los accidentes de trabajo).

Pero, también la estrategia menciona que las enfermedades consideradas emergentes, como el estrés, la depresión o la ansiedad, así como la violencia en el trabajo, el acoso y la intimidación son responsables del 18% de los problemas de salud asociados con el trabajo. Y precisamente, la frecuencia de estas patologías es dos veces superior en el sector de salud y servicios sociales, además del sector de la educación. Por lo tanto, también urge desarrollar estrategias de prevención frente a estos nuevos riesgos psicosociales.

La estrategia designa a la Agencia como actor clave en muchas de las acciones que han de llevarse a cabo, entre ellas la recopilación y difusión de información relevante y de buenas prácticas (tanto para riesgos tradicionales, como

para los llamados nuevos riesgos, a través de la creación de un Observatorio de riesgos) para sectores específicos de actividad.

La Agencia, que ya había iniciado sus trabajos para el sector sanitario antes de la publicación de la estrategia, vio así reforzada su creencia en la necesidad de sistematizar los conocimientos que, de hecho, ya existían en este terreno en Europa y de muchos Estados miembros y de canalizar y facilitar el acceso de manera organizada a la información disponible.

Además, es preciso garantizar la actualización continua de la página, para que sea un medio de consulta totalmente fiable para los que buscan las últimas novedades sobre seguridad y salud en el trabajo en el sector sanitario.

De esta manera, *la página web específica* presenta una recopilación de información relevante para el sector, organizada por las siguientes categorías.

Comienza con una introducción de cómo está organizada la página, que incluye breves explicaciones de cómo moverse por ella para encontrar la información que nos interesa. También podemos encontrar un apartado de ayuda a la traducción, donde ofrece numerosos enlaces a programas de traducción y diccionarios *on line*, porque parte de la información está disponible solo en inglés o en los idiomas nacionales de algunos Estados miembros.

En cuanto al contenido de la página, *la lista de temas* nos ofrece información sobre riesgos biológicos, sustancias químicas, gestión, legislación, formación, prevención de accidentes, manipulación manual, trastornos musculoesqueléticos, riesgos ergonómicos, contaminantes físicos (láser y radiaciones), programas, políticas y estadísticas, estrés, acoso moral, organización del

trabajo, violencia en el lugar de trabajo, condiciones de trabajo de las mujeres trabajadoras y de las mujeres embarazadas, horarios de trabajo, turnos y trabajo nocturno, etc. Para cada uno de estos temas, se puede acceder y consultar diversos documentos, publicaciones, referencias de los Estados miembros y de otros países.

Por otra parte, la página ofrece también una *lista de proveedores*, es decir, organizaciones que facilitan información sobre seguridad y salud en el trabajo en el sector sanitario, clasificados por Estados miembros, organismos europeos y otros países no europeos.

Además, desde la página se puede enlazar con los principales documentos de la Agencia relacionados con la seguridad y salud laboral en el sector sanitario y con un foro *on line*, que ofrece la oportunidad de intercambiar experiencias, buenas prácticas y todo tipo de inquietudes y cuestiones sobre el tema.

Por otro lado, la estrategia nombra responsable a la Agencia de seguir organizando campañas de sensibilización e información sobre riesgos específicos, como ha venido ya haciendo en años anteriores, para reforzar la cultura de la prevención. En este marco, la Agencia coordina este año la *Semana Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo 2003* centrada en la prevención de los riesgos laborales asociados a la utilización de sustancias peligrosas en el lugar de trabajo, incluyendo tanto agentes químicos como biológicos, bajo el eslogan "*Sustancias peligrosas, mucho cuidado*".

La Semana, que se celebra en el mes de octubre en los quince Estados miembros de la UE y en los países candidatos, así como en otros países de

Europa, pretende sacar a la luz experiencias prácticas, informaciones y conocimientos sobre el tema en cuestión. Numerosas actividades tendrán lugar en todos los países participantes. Se organizan seminarios, actividades de formación, visitas a empresas, congresos y ferias, competiciones de buenas prácticas, publicación de guías, manuales y documentos... todos centrados en la seguridad y la salud en el trabajo en relación con las sustancias peligrosas.

La campaña se orienta especialmente a aquellos sectores de actividad en los que existe un mayor riesgo de contacto y uso de sustancias peligrosas. Lógicamente, el sector sanitario es uno de ellos.

Por este motivo, todo el material informativo y promocional que la Agencia publica con motivo de la semana resulta de especial interés para los profesionales y los trabajadores del sector de la salud. Existe una sección específica para la Semana Europea en el sitio web de la Agencia, donde puede consultarse y descargarse toda esta información, en <http://agency.osha.eu.int/ew2003>.

Para estar informado y participar en las actividades que se organizan en España, se puede contactar con el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (parroyod@mtas.es), que es el centro de referencia de la Agencia en España.

De cara al futuro, la Agencia Europea seguirá investigando sobre las necesidades preventivas del sector de la salud, enriquecerá su sección web específica y recopilará toda la información relevante, con la intención de ayudar a los profesionales de la seguridad y la salud en el trabajo a mejorar las condiciones de trabajo del sector.



Burden of lung disease in Europe. Total annual healthcare costs amounting to 100 billion euros

Kanel V
Communications Manager
European Respiratory Society, Switzerland

Preliminary data from the European White Book on Lung Disease

Leading experts in the treatment of lung disease say that alarming figures on the increase of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and lung cancer cases call for pan-European healthcare initiatives in the areas of disease monitoring and prevention. Preliminary data from the first European White Book on Lung Disease planned to be published at the end of 2003 by the European Respiratory Society and the European Lung Foundation show that total annual healthcare costs for lung disease is estimated at Euros 100 billion.

Respiratory disease is the leading cause of death worldwide. According to WHO, in 1990, out of a total of 50.5 million deaths, 9.4 million (18.7%) were due to respiratory diseases (4.3 million to lower respiratory tract infections, 2.2 million to chronic obstructive pulmonary disease (COPD), 1.96 million to tuberculosis, and 0.95 million to cancer of trachea, bronchus and lung). Ischemic heart disease caused death of 6.26 million (12.4%),

and cerebrovascular diseases that of 4.4 million (8.7%).

"Lung diseases rank second in Europe (after cardiovascular diseases) in terms of mortality, incidence, prevalence, and costs. In some countries, UK for instance, they are already the leading killer", says Professor Robert Loddenkemper, who is Editor-in-Chief of the ERS European White Book on Lung Disease. "A further increase in the prevalence of lung disease is projected for the next decade, in particular for smoking-related diseases, such as COPD and lung cancer in females, he adds."

The first comprehensive overview

The European White Book on Lung Disease, currently being prepared by the European Respiratory Society and the European Lung Foundation, will be the first document to include pan-European epidemiological data for the full spectrum of lung diseases. It will provide a detailed overview of the evolution of lung diseases in Europe, including morbidity, mortality and cost-of-disease data. Preliminary data to be published in this White Book were presented during the European

Recibido: junio 2003

Respiratory Society 12th Annual Congress held in Stockholm from September 14-18, 2002.

Considerable increase in lung cancer in women

Preliminary epidemiological data from the European White Book on Lung Disease shows that a slight fall in lung cancer mortality in males was observed between 1960 and 1989 in most Western European countries¹. However, since then, in Central and Eastern European countries, death rates are still increasing or have leveled off. Considerable increase in female lung cancer cases observed in all European countries is the main area for concern. It is estimated that lung cancer will remain third leading cause of death in the Western, as well as in the eastern part of Europe during next decades.

COPD expected to become third leading cause of death by 2010

COPD mortality rates in various countries in Europe range from less than 25 per 100,000 inhabitants (i.e. Italy, Germany, Portugal, Nordic countries) to more than 75 (i.e. Kazakhstan, Turkmenistan and Kyrgyzstan) per 100,000 inhabitants, while COPD prevalence ranges from less than 2,000 per 100,000 inhabitants (i.e. France, the UK) to over 10,000 cases per 100,000 inhabitants (Germany, Italy).

Pneumonia will also remain an important cause of death in Europe in the next decades. Current mortality from pneumonia ranges from less than 15 per 100,000 inhabitants (i.e. Switzerland, Italy, and Spain) to more than 45 per

100,000 inhabitants (i.e. UK, Ireland), while its incidence ranges from less than 250 per 100,000 inhabitants (i.e. France, Spain) to more than 45 per 1,000 inhabitants (i.e. Germany, Poland).

Asthma on the increase-Tuberculosis still plaguing Eastern Europe

Asthma has increased continuously during last decades. Its prevalence in children now varies from less than one% (i.e. Poland, Latvia, Estonia, Lithuania) to more than 15% (i.e. UK, Ireland, Hungary), and in adults from less than five to more than 10%. Epidemiological data for tuberculosis shows that while incidence and mortality of TB in Western and Central Europe are stable or declining, both have more than doubled in Eastern part of Europe during the last decade, due to a deterioration of health systems.

Wide variations in death rates between European countries

Overall, there is a considerable variation of age-standardized death rates per 100,000 inhabitants from respiratory disease, with highest rates in Kyrgyzstan (165) and the lowest in Austria (30); European average being 65 and the EU average around 57.

Ireland and the UK are among leading countries with average death rates from respiratory diseases of 120 and 105 per 100,000 inhabitants, respectively, while other Western, as well as most Central European countries, remain below average.

Most important healthcare costs for lung disease due to lost work days

Total hospital costs due to lung diseases are estimated to amount to EUR

¹ According to the WHO classification of European countries

17.8 billion per year, acute infections of the respiratory tracts accounting for more than half of these costs (55%), followed by COPD and Asthma (19% each), lung cancer (11%), and TB (6.5%) and other respiratory diseases including sleep-related disorders, cystic fibrosis and interstitial lung disease (8.5%). Annual number of hospital days due to respiratory diseases are, surprisingly, higher in the EU countries than in Central and Eastern Europe (11.076 versus 7.176 per 100,000 inhabitants).

Total number of work days lost due to respiratory diseases per 100,000 population in the EU (66.155 with 62% due to COPD, 21% to asthma, 8% to pneumonia, 2% to lung cancer, and 1.5% to TB) is estimated to exceed that in Central and Eastern Europe (15.352 with a different distribution of 28, 3, 22, 9, and 11% respectively). Total annual financial burden of lung disease in Europe including inpatient care (EUR 17.8 billion), ambulatory care (EUR 9.2 billion), drug supply (EUR 6.7 billion), mortality and rehabilitation (EUR 20.0 billion), and lost work days (EUR 48.3 billion) is estimated to amount to approximately 100 billion Euros.

“Preliminary figures we have collected for both burden of disease and healthcare costs call for a global European policy for prevention of lung diseases and coordination of all health bodies on policies related to lung health”, says Professor Yves Sibille, Chair of the European Lung Foundation. “For an accurate follow-up of the progression of lung disease, the European Respiratory Society supports the creation of a European center for epidemiology. It is also essential that we raise awareness about lung diseases and their consequences among the public”, he adds.

“European Lung Foundation has been created to this aim and will support public information campaigns on lung health in various European countries in the next coming years”, he explains.

European White Book on Lung disease is a joint initiative of the European Respiratory Society and European Lung Foundation. Founded in 1990, European Respiratory Society (ERS) is a non-profit, international medical organisation with more than 6,000 members-scientists, doctors and allied health professionals, coming from over 90 countries. The Society cooperates with national and international societies to promote education, research, patient care and public health in the field of respiratory medicine. Through its activities, ERS seeks to improve the prevention, management and treatment of lung disease.

The European Lung Foundation (ELF) has recently been created by European Respiratory Society (ERS) with the mission to help European scientific community share its expertise in respiratory medicine with the public. ELF is the only European foundation dedicated to lung health. ELF draws together the knowledge of leading European scientific and medical experts to:

- Help raise public awareness about respiratory disease and its related risks.
- Create new links between authorities in the European Community and specialists in lung health.
- Provide support to specific projects aimed at improving the management of lung disease.

El peso de las enfermedades pulmonares en Europa. Sus gastos totales anuales se estiman en 100 billones de euros

Kanel V
Jefe de Comunicación.
Sociedad Europea Respiratoria. Suiza

Datos preliminares aportados por el Libro Blanco Europeo sobre Enfermedades Pulmonares

Los principales expertos en el tratamiento de enfermedades pulmonares señalan que las cifras alarmantes que muestran tanto el aumento de enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (EPOC) como los casos de cáncer de pulmón, requieren iniciativas pan-europeas a favor del cuidado de la salud en lo que a control y prevención se refiere. Los datos preliminares recogidos en el primer Libro Blanco Pan-europeo sobre Enfermedades Pulmonares, cuya publicación está prevista para finales de 2003 por la Sociedad Respiratoria Europea y la Fundación Europea de Pulmón, demuestran que los costes totales anuales destinados a enfermedades pulmonares rondan los 100 billones de euros.

Las enfermedades respiratorias constituyen la causa principal de fallecimiento a escala mundial. Según la OMS, en 1990, de un total de 50,5 millones de fallecimientos, 9,4 millones (18,7%) fueron consecuencia de enfermedades respiratorias (4,3 millones con motivo de infecciones en el tracto respiratorio inferior, 2,2 millones por enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, 1,96 millones por tuberculosis y 0,95 millones debido a cáncer de tráquea, bronquios y pulmón). Las enfer-

medades cardíacas isquémicas fueron el motivo de fallecimiento de 6,26 millones de personas (12,4%) y las enfermedades cardiovasculares, el de 4,4 millones (8,7%).

“Las enfermedades pulmonares ocupan en Europa una segunda posición (después de las enfermedades cardiovasculares) en términos de mortalidad, incidencia, predominio y costes. En algunos países, por ejemplo el Reino Unido, han pasado a ser las principales asesinas”, señala el Profesor Robert Loddenkemper, Editor Jefe del Libro Blanco Europeo de la ERS (European Respiratory Society) sobre enfermedades pulmonares. “Para la próxima década se espera un aumento aún mayor en el predominio de enfermedades pulmonares, especialmente enfermedades relacionadas con el tabaco, como las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas y el cáncer de pulmón en mujeres”, añade.

La primera visión de conjunto general

El Libro Blanco Europeo sobre enfermedades pulmonares, que en la actualidad se encuentra en vías de preparación por la Sociedad Respiratoria Europea y la Fundación Europea de Pulmón, será el primer documento que incluya datos europeos epidemiológicos sobre la totalidad de las enfermedades pulmonares. Proporcionará una visión general pormenorizada de la

evolución de las enfermedades pulmonares en Europa, incluidos datos sobre morbilidad, mortalidad y costes inherentes. Los datos preliminares que se publicarán en dicho Libro Blanco se presentaron durante el XII Congreso Anual de la Sociedad Respiratoria Europea celebrado en Estocolmo del 14 al 18 de septiembre de 2002.

Aumento notable de cáncer de pulmón en mujeres

Los datos epidemiológicos preliminares recogidos en el Libro Blanco Europeo sobre Enfermedades Pulmonares demuestran que entre 1960 y 1989 se observó un leve descenso en la mortalidad con motivo de cáncer de pulmón en hombres en la mayoría de los países de Europa Occidental¹. Sin embargo, desde entonces, en los países centroeuropeos y de Europa Occidental, los índices de mortalidad siguen aumentando o se han equilibrado. El principal foco de preocupación lo constituye el notable aumento de casos de cáncer de pulmón en mujeres observado en la totalidad de los países europeos. Se calcula que durante las tres próximas décadas el cáncer de pulmón ocupará un tercer lugar como causa de mortalidad tanto en Europa Occidental como en Europa Oriental.

Se prevé que las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas constituyan la tercera causa de mortalidad en el 2010

Los índices de mortalidad por enfermedades pulmonares obstructivas crónicas en diversos países europeos oscilan entre menos de 25 casos por 100.000 habitantes (por ejemplo, Italia, Alemania, Portugal, países nórdicos), a más de 75 casos por 100.000 habitantes (por ejemplo, Kazakastán, Turkmenistán y Kirgistán), mientras que el predo-

minio de las mismas oscila entre menos de 2.000 casos por 100.000 habitantes (Francia, el Reino Unido) hasta más de 10.000 casos por 100.000 habitantes (Alemania, Italia).

A lo largo de las próximas décadas, la neumonía constituirá asimismo una causa importante de mortalidad en Europa. La mortalidad actual por neumonía oscila entre menos de 15 casos por 100.000 habitantes (Suiza, Italia, España) a más de 45 casos por 100.000 habitantes (Reino Unido, Irlanda), mientras que su incidencia oscila entre menos de 250 casos por 100.000 habitantes (Francia, España) a más de 45 casos por 1.000 habitantes (Alemania, Polonia).

Asma en Aumento. En Europa Oriental siguen dándose numerosos casos de tuberculosis

El asma ha crecido de forma continuada durante las últimas décadas. Su prevalencia en niños varía de entre porcentajes inferiores a un 7% (Polonia, Letonia, Estonia, Lituania) a más del 15% (Reino Unido, Irlanda, Hungría) y en adultos de entre porcentajes de menos de un 5% a más de un 10%. Los datos epidemiológicos sobre tuberculosis demuestran que mientras la incidencia y la mortalidad de tuberculosis en Europa Occidental y Central son estables o se encuentran en declive, a lo largo de la última década se han más que duplicado en las zonas más orientales de Europa debido al deterioro en los sistemas sanitarios.

Grandes diferencias entre los índices de mortalidad registrados en los distintos países europeos

En general, existen diferencias considerables entre tasas de mortalidad por motivos respiratorios en función de la edad de quienes las padecen por cada 100.000 habitantes. Los índices más altos se registran en Kirgyzstan (165) y los más bajos en Austria (30); la media europea se encuentra en 65 y

¹ Según la clasificación de países europeos de la WHO (World Health Organisation).

la media de la Unión Europea, en torno a los 57.

Irlanda y el Reino Unido se encuentran entre los países que más casos de muertes por enfermedades respiratorias registran de media, entre 120 y 105 casos por cada 100.000 habitantes respectivamente, mientras que otros países de Europa Occidental, así como de Europa Central, permanecen por debajo de este índice.

Costes inherentes a la salud con motivo de enfermedades respiratorias debido a la pérdida de días laborables

Se estima que los costes hospitalarios totales debidos a enfermedades pulmonares ascienden a 17,8 billones de euros anuales, de los cuales más de la mitad se deben a infecciones agudas de las vías respiratorias (55%), seguidos por las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas y el asma (19% cada), cáncer de pulmón (11%) y tuberculosis (6,5%), así como otras enfermedades respiratorias, entre las que se incluyen desórdenes relacionados con el sueño, fibrosis cística y dolencias pulmonares intersticiales (8,5%). El total de días de ingreso hospitalario por causa de enfermedades respiratorias es sorprendentemente superior en los países de la Unión Europea que en Europa Central y Oriental (11.076 frente a 7.176 casos por cada 100.000 habitantes).

Se calcula que el número total de días laborables perdidos debido a enfermedades respiratorias por cada 100.000 habitantes en la Unión Europea (66.155, de los cuales el 62% son debido a enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, el 21% a asma, el 8% a neumonía, el 2% a cáncer de pulmón y el 1,5% a tuberculosis) es superior al de Europa Central y Oriental (15.352, con una distribución que oscila entre 28, 3, 22, 9 y 11%, respectivamente). Se calcula que la carga financiera anual total derivada de las

enfermedades respiratorias en Europa, incluido el cuidado a enfermos ingresados (17,8 billones de euros), atención ambulatoria (20,0 billones de euros) y días laborables perdidos (48,3 billones de euros) asciende a 100 billones de euros aproximadamente.

“Las cifras preliminares que hemos recogido destinadas a cubrir los costes financieros que suponen las enfermedades pulmonares, así como los destinados al cuidado de la salud, requieren una política europea global a fin de prevenir enfermedades pulmonares y coordinar todos los organismos sanitarios en políticas destinadas a la salud pulmonar”, señala el Profesor Yves Sibille, Presidente de la Fundación Europea de Pulmón. “A efectos de seguir de cerca la progresión de las enfermedades pulmonares, la Sociedad Respiratoria Europea apoya la creación de un Centro Europeo de Epidemiología. Resulta igualmente esencial despertar la conciencia sobre las enfermedades pulmonares y sus consecuencias entre la gente”, añade. “La Fundación Europea de Pulmón se ha creado a tal fin y llevará a cabo campañas informativas públicas sobre salud pulmonar en diversos países europeos durante los próximos años”, explica.

El Libro Blanco Europeo sobre enfermedades pulmonares constituye una iniciativa conjunta de la Sociedad Respiratoria Europea y la Fundación Europea de Pulmón. Fundada en 1990, la Sociedad Respiratoria Europea (ERS) es una organización médica internacional sin ánimo de lucro que cuenta con más de 6.000 miembros –científicos, médicos y demás profesionales de la salud– procedentes de más de 90 países. La Sociedad coopera con sociedades nacionales e internacionales para promocionar la educación, la investigación, el cuidado al paciente y la salud pública en el campo de la medicina respiratoria. A través de sus actividades, la ERS pretende mejorar la prevención, la gestión y el tratamiento de enfermedades pulmonares.

La Fundación Europea de Pulmón (ELF) ha sido creada recientemente por la Sociedad Respiratoria Europea (ERS) con el objetivo de ayudar a la comunidad científica europea a compartir con el público su competencia en materia de medicina respiratoria. Este organismo es la única fundación europea dedicada a la salud pulmonar, combinando el conocimiento de los principales expertos científicos y médicos europeos a efectos de:

- Ayudar a concienciar a la opinión pública acerca de las enfermedades respiratorias y sus riesgos.
- Crear nuevos lazos entre autoridades de la Comunidad Europea, así como especialistas en salud pulmonar.
- Proporcionar financiación a proyectos específicos cuyo fin es la mejora del tratamiento de las enfermedades pulmonares.

Kanel V. El peso de las enfermedades pulmonares en Europa. Sus gastos totales anuales se estiman en 100 billones de euros



Improving digestive health of European citizens

**Work of the Public Affairs Committee of the United
European Gastroenterology Federation**

Keighley MRB
Chairman, Public Affairs Committee. UEGF

Background of the Federation

The United European Gastroenterology Federation (UEGF) is the umbrella organization for Gastroenterology in Europe, established by the association of seven founding European societies twelve years ago. Founding societies are the *Association des Sociétés National Européennes et Méditerranéennes de Gastroentérologie* (ASNEMGE); European Association for Gastroenterology and Endoscopy; European Association for the Study for the Liver; European Pancreatic Club; European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE); European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition; and the European Chapter of the International Society of Digestive Surgery. These Societies have been joined by Associates: European Association of Coloproctology; European Association for Endoscopic Surgery; European Crohn's and Colitis Organisation; European Digestive Surgery; European Society of Gastrointestinal and Abdominal Radiology; and European Society of Primary Care Gastroenterology. ASNEMGE has a role as co-ordi-

nator of national Gastroenterology societies and extends to Middle Eastern and North African countries. It should be stressed that the UEGF covers "Europe" in the broadest geographical sense: Iceland to the Urals.

Core activities of UEGF

The core of UEGF's activities has been the organization of its annual scientific meeting –the United European Gastroenterology Week– which this year takes place in Madrid (1-4 November). This meeting provides important education and training for postgraduates as well as the venue for scientific presentations and informal discussion and is strongly supported by bio-medical industry. In the three years, the UEGF has broadened its remit by establishing the Public Affairs Committee.

Public Affairs

Mission statement of the Public Affairs Committee is: *To raise awareness of Gastrointestinal Disease by research, prevention, early diagnosis and treatment: thereby contributing to development of an effective health*

Recibido: agosto 2003

policy for the citizens of Europe. It is apparent that there is limited understanding at both political and public level of the scale and burden of gastrointestinal (digestive disease) conditions throughout Europe and the Committee is seeking to redress this situation.

Priority initiatives of the Public Affairs Committee.

On behalf of the UEGF, the Committee has embarked on a number of initiatives which it has assessed as the highest priorities. However, as is shown later, there are other important tasks to be tackled that are of widespread and in many cases growing urgency.

Current initiatives that the Committee has in hand include:

1. Data collection relating to the burden of digestive diseases.
2. Highlighting the incidence of gastrointestinal cancers and cancer of the colon and rectum –now the most common human cancer site in Europe– and participating in initiatives to increase the availability and take-up of colorectal cancer screening.
3. Undertaking research into the public awareness of bowel cancer, and designing public education programmes to increase awareness.
4. Public education about diet and lifestyle.

The Committee realized at an early stage how little data there was about the incidence and prevalence of gastrointestinal diseases across Europe. Its first major project has been collection of data on prevalence of a representative spectrum of gastrointestinal diseases across Europe, including a

commentary and financial costs of these diseases. These results will be published in the report *The Burden of gastrointestinal Diseases in Europe* which will be available on the UEGF website www.uegf.org from the beginning of November 2003. This report will provide essential information on disease prevalence and burden and highlight regional variations that exist across Europe.

Promoting greater understanding of digestive cancers

A particular study has been made of gastrointestinal cancer. Data from Globocan 2000 shows that cancer involving the digestive tract is the most common site of cancer in Europe at 14.9%, exceeding the number of citizens developing lung cancer (14.7%) or breast cancer (14.2%).

Colorectal cancer represents over half the cancers affecting gastrointestinal tract, being 52.6% in Europe, which represents 304,689 new cases a year. These are unevenly distributed across Europe. Gastric cancer is the second most common, being 22.6%. Pancreatic cancer accounts for 10.4%. Liver cancer is calculated at 8.5% (though it should be noted that not all liver tumors are registered because the majority of liver cancers [95%] are metastatic cancers, that is secondaries from other sites). Oesophageal cancer represents 5.9%.

Special focus on colorectal cancer: a preventable, potential public health issues

Public Affairs Committee has prioritized its action on a preventable cancer. Prognosis of colorectal cancer depends very much on its stage at first presentation: if the tumour is confined to the

lining of the bowel wall (Dukes'A) which in a non screened population has a frequency of 11%, the five years survival is at least 85-90%. By contrast, if the tumour has spread through the wall of the bowel (Dukes'B) as occurs in approximately 35% of cases, the five years survival is less favourable at 65-70%.

Polyp-cancer sequence

Fortunately in colorectal cancer, there is a well defined pre-malignant lesion: adenomatous polyp which can be treated by removal. Polyp begins its life as a tiny nodule on the wall of the bowel approximately the size of a lentil. Over 10-20 years this tiny polyp enlarges to the size of a pea and later to the size of a broad bean before it starts to infiltrate the wall of the bowel and invade the bowel itself. This small polyp is more likely to bleed than the normal lining of the bowel. Thus, it is frequently possible by repeated testing to pick up patients who carry small polyps because they bleed and because a test for blood in the bowel proves positive. Presence of these premalignant polyps provides an ideal opportunity for early detection through screening programmes.

Risk factors for colorectal cancer

There is also now a list of well recognised risk factors for colorectal cancer. These risk factors include: age, family history and life style issues such as diet, exercise and smoking, but age and family history are identified as the most important. Prevalence of colorectal cancer under the age of 45 is only 2:100,000, whereas in individuals of 75 years of age the prevalence is 300:100,000. Impact of family history risk is highest if more than two first degree relatives are affected, and the risk is increased if one of the first degree relatives presented with cancer under the age of 45.

Improving awareness of screening

Committee has been urging the introduction of more programmes for colorectal screening and better compliance, and has held a number of discussions involving European experts independently and in conjunction with the ESGE. Committee welcomes and strongly supports the proposal from the UE Commission for a formal Recommendation across all member states that colorectal cancer screening –using the faecal occult blood test– should be offered to men and women aged between 50-74. (The full proposal is at www.europa.eu.int/commission/health). Committee is aware that steps are needed to encourage the public to attend for screening.

Finding out what the public knows about colorectal cancer

Research has been commissioned by the Committee to test public awareness of colorectal cancer, knowledge of risk factors and willingness to engage in screening. Study has involved questionnaire and interview using Omnibus market research methods in 21 countries of Europe. Research showed that only 13% were very aware of colorectal risk factors. There was a big cultural difference in willingness to discuss bowel symptoms, and research confirmed that awareness of colorectal cancer is low in Europe. (Full report European Colorectal Cancer Survey will be mounted onto the UEGF website at the beginning of November www.uegf.org).

Educational programmes to improve awareness of colorectal cancer

Results of these preliminary findings make a strong case for regional educational programmes in a number of targeted European countries. These programmes should provide information

on lifestyle factors such as exercise, diet and smoking, also on risk factors particularly age and family history. This was highlighted by lack of understanding of physical inactivity and a poor diet as a risk for colorectal cancer in some countries. There would be some merit in describing polyp cancer sequence and that screening is a process of polyp prevention as well as early cancer diagnosis. Any screening initiatives with FOB will need to explain to the public importance of repeat annual or biannual testing if polyps are to be detected and treated. Screening initiatives will have to reinforce safety of the test and consequences if the test is found to be positive.

Committee has concluded that an educational campaign will be essential to achieve compliance to screening as a means of reducing mortality from colorectal cancer in Europe, and has put forward a proposal to DG Sanco to design and test such a education programme across ten European countries. It is likely that Committee will seek other sources of funds to design such a programme if funds are not forthcoming from DG Sanco.

Lifestyle issues that could reduce risk of colorectal cancer

There are lifestyle issues that reduce risk of cancers developing in the bowel. A diet that is low in animal fat and is high in vegetables and fruit carries a much lower risk of developing bowel cancer than a high meat diet, and there is now increasing evidence that exercise reduces risk of developing colorectal cancer. Committee has been preparing educational materials relating to diet/nutrition and lifestyle, including a programme to be run as a pilot in schools within the EU this autumn. It is intended that this will lead to a widespread programme for eleven years old in Europe in the future to en-

courage them to eat healthily and to understand consequences of their dietary and lifestyle choices. Ten key statements on diet will be mounted on the website www.uegf.org.

Non malignant diseases of the gut

Survey *The Burden of Gastrointestinal Diseases in Europe* highlights a number of conditions other than intestinal cancer that are increasing in frequency and which are likely to pose an even greater burden on future European societies than they do at moment. Hepatitis C infection is one such disease which will predispose to cirrhosis and liver cancer. Rapid spread of the infection in Eastern Europe and the likely under reporting of prevalence rates in at-risk groups in western Europe raise specific challenges for planning future detection and treatment of associated cirrhosis and liver cancer within the community. Similar incidence of inflammatory bowel disease (especially Crohn's disease) is increasing across Europe –despite a reduction of smoking–.

Lifestyle issues

Survey emphasises enormous burden that gastrointestinal conditions cause to European citizen and much more work is needed to calculate both direct and indirect costs of the burden of digestive disease more accurately. More importantly, it also brings to the fore conditions that are likely to have a significant negative impact on health and quality of life of our populations in near and more distant future. To meet these, preventative strategies by lifestyle change should be promoted if available, or service requirements adequately planned for. Report identifies a number of lifestyle elements that are associated with gastrointestinal diseases including alcohol abuse, intrave-

nous drug use and diet as well others linked with both cardiovascular disease and digestive illness such as cigarette smoking and sedentary life style. Public health awareness campaigns could have a major impact on prevalence of these diseases in the future and would represent a worthwhile investment based solely on current direct costs to health care providers of these conditions. For example, cirrhosis could be prevented by public health measures to reduce Hepatitis B and C in Europe and by campaigns against excessive alcohol intake.

Many gastrointestinal diseases such as gallstones, peptic ulcer, gastro-oesophageal reflux, liver disease, diverticular disease and pancreatic disease can be prevented by appropriate advice about diet, smoking, alcohol excess and exercise.

The elderly

Specific initiatives would address issues relating to elderly patients who are at risk of bowel incontinence which could be prevented by better bowel advice and attention to anal hygiene. This would have considerable implication for the quality of life and independence in old age, as well as costs of care.

Screening and genetic testing

Screening initiatives should be offered to at-risk people for detection of *H Pylori* infection and rare hereditary bowel tumours so as to reduce cancer risk, and to children thought to be suffering from coeliac disease. Novel techniques in genetic testing will provide for better early diagnosis and reduced burden from digestive disease.

Future horizons

Public Affairs Committee of the UEGF is only too aware of the major tasks that lie ahead of it and its priorities under constant review. It seeking collaboration with other interested professional groups within and outside the European Health Forum, especially in areas relating to diet, lifestyle issues and other aspects of public education, and in advances in genetic testing. The Committee is determined, on behalf of the UEGF, to draw public and political attention to ways to improve digestive health across Europe that are cost effective and contribute to improved quality of life-at a time of when costs of healthcare are rising, citizens are living longer, and expectations of citizens of Europe on a quality of health care is growing.

Mejora de la salud digestiva de los ciudadanos europeos

Trabajo del Comité de Asuntos Públicos de la Federación Europea de Gastroenterología

Keighley MRB
Presidente, Comité de Asuntos Públicos. UEGF

Antecedentes de la Federación

La Federación Europea de Gastroenterología (UEGF) es la principal organización de Gastroenterología en Europa, constituida mediante la asociación de las siguientes siete sociedades fundadoras europeas hace doce años: la Asociación de Sociedades Nacionales Europeas y Mediterráneas de Gastroenterología (ASNEMGE); la Asociación Europea de Gastroenterología y Endoscopia; la Asociación Europea para el Estudio del Hígado; el Club Europeo del Páncreas; la Sociedad Europea de Endoscopia Gastrointestinal (ESGE); la Sociedad Europea de Gastroenterología Pediátrica, Hepatología y Nutrición; y la Sociedad Internacional de Cirugía Digestiva. A estas Sociedades se han unido la Asociación Europea sobre Coloproctología; la Asociación Europea sobre Cirugía Endoscópica, la Organización Europea de Crohn y Colitis, la Sociedad Europea de Radiología Gastrointestinal y Abdominal y la Sociedad Europea de Atención Gastroenterológica Primaria. El papel que juega la ASNEMGE es el de coordinación de sociedades nacionales gastroenterológicas y se extiende a países de Oriente Medio y Norte de África. Debe destacarse que la UEGF abarca "Europa" en el sentido geográfico más amplio: desde Islandia hasta los Urales.

Actividades principales de la UEGF

El centro de gravedad de la UEGF gira en torno a la organización de su cita científica anual –la Semana Europea de Gastroenterología– que este año tendrá lugar en Madrid (1-4 de noviembre). Este evento supone una relevante aportación de conocimiento y formación para postgraduados, así como el lugar de presentaciones científicas y discusiones informales, fuertemente respaldado por la industria bio-médica. En tres años, la UEGF ha ampliado su alcance mediante la creación del Comité de Asuntos Públicos.

Asuntos Públicos

La declaración de objetivos del Comité de Asuntos Sociales aboga por: la concienciación de las Enfermedades Gastrointestinales mediante la investigación, prevención, diagnóstico precoz y tratamiento, contribuyendo de este modo al desarrollo de una política activa sobre salud para los ciudadanos europeos. De lo que trata el Comité es de reparar la situación actual en la cual las esferas políticas y públicas no conocen en profundidad la escala de gravedad que suponen las enfermedades gastrointestinales (digestivas) en Europa.

Iniciativas prioritarias del Comité de Asuntos Públicos

En nombre de la UEGF, el Comité se ha embarcado en una serie de iniciativas que ha considerado de máxima prioridad. Sin embargo, como se indica más adelante, existen otros asuntos importantes de gran alcance que deben tratarse cuya urgencia, en la mayoría de los casos, va en aumento. A continuación figuran las iniciativas actuales del Comité:

1. Recopilación de datos relativos a la carga que suponen las enfermedades digestivas.
2. Prestar especial atención a las incidencias de casos de cáncer gastrointestinal, de colon y de recto –hoy en día, los casos de cáncer más comunes en Europa– y participar en las iniciativas para aumentar la disponibilidad y la asunción de la lucha contra el cáncer colon-rectal.
3. Empezar la investigación de la conciencia pública acerca del cáncer intestinal y diseñar programas de educación pública para incentivar dicha conciencia.
4. Educación pública sobre la dieta y el estilo de vida.

El Comité observó desde un primer momento la escasa cantidad de información existente relativa a la incidencia y al predominio de enfermedades gastrointestinales en Europa. Su proyecto principal se ha basado, por ello, en la recopilación de datos sobre el predominio de un espectro representativo de enfermedades gastrointestinales por toda Europa, incluyendo observaciones y costes financieros que implican dichas enfermedades. Estos resultados se publicarán en el informe La Carga de las Enfermedades Gastrointestinales en Europa, que estará a disposición del público en la página web de la UEGF www.uegf.org desde principios de noviembre de 2003. Este informe ofrecerá

información esencial sobre el predominio y la carga que supone el padecimiento de enfermedades gastrointestinales, y destaca las variaciones regionales existentes en toda Europa.

A favor de una mayor comprensión de lo que significa el padecimiento del cáncer en el aparato digestivo

Se ha realizado un estudio concreto sobre el cáncer gastrointestinal, en el que los datos aportados por Globocan 2000 demuestran que el cáncer del tracto digestivo es el tipo de cáncer más común en Europa, con un 14,9%, por encima de los casos de cáncer de pulmón (14,7%) o de pecho (14,2%).

El cáncer colo-rectal representa más de la mitad de los cánceres que afectan al tracto gastrointestinal, que asciende a un 52,6% en Europa, representando 304.689 nuevos casos al año, distribuidos de manera desigual por dicho territorio. El cáncer gástrico es el segundo tipo de cáncer más común, con un 22,6%. El de páncreas asciende a un 10,4%, el de hígado a un 8,5% (aunque debería resaltarse que no se registran todos los tumores hepáticos puesto que la mayoría de cánceres de hígado (95%) son cánceres con metástasis, secundarios de otros) y el cáncer esofágico a un 5,9%.

Atención especial al cáncer colo-rectal: materia de prevención potencial

El Comité de Asuntos Públicos ha dado prioridad a la prevención del cáncer. El pronóstico de cáncer colateral depende en gran medida de su avance en un primer momento: si el tumor se encuentra limitado a la pared intestinal (Dukes'A), que es una población en la que no se han realizado exploraciones, su incidencia es del 11% y la supervivencia durante los cinco primeros años equivaldría al 85-90%. Por el contrario, si el tumor se ha extendido a través

de la pared intestinal (Dukes' B), como ocurre aproximadamente en el 35% de los casos, la supervivencia durante los cinco primeros años desciende a un 65-70%.

Secuencia pólipo-cáncer

Afortunadamente, en los casos de cáncer colon-rectal aparece una lesión pre-maligna claramente definida: el pólipo adenomatoso, cuyo tratamiento se basa en su extirpación. La vida de dicho pólipo comienza en un pequeño nódulo en la pared intestinal del tamaño de una lentilla aproximadamente. Transcurridos de diez a veinte años, este pequeño pólipo crece hasta alcanzar el tamaño de un guisante y más tarde, el de una haba antes de empujar a infiltrarse en la pared intestinal e invadir el intestino propiamente dicho. Es más probable que sangre este pequeño pólipo que las paredes intestinales, de modo que, a menudo se dan casos en los que se conoce que un paciente padece de dichos pólipos por el hecho de sangrar y porque el análisis de sangre en el intestino que se le practique sea positivo. La presencia de estos pólipos pre-malignos constituye la oportunidad ideal para detecciones prematuras mediante programas de exploración.

Factores de riesgo de cáncer colo-rectal

Existe en la actualidad una relación de factores de riesgo perfectamente reconocidos que pueden derivar en cáncer colo-rectal, entre los que se incluye: la edad, el historial familiar y el estilo de vida, la dieta, el ejercicio físico, el hábito de fumar, aunque la edad y el historial familiar son los factores de mayor relevancia. El predominio de cáncer colo-rectal en personas menores de 45 años asciende únicamente a 2:100.000, mientras que en personas de 75 años de edad, el predominio asciende a 330:100.000. El impacto que supone el riesgo inherente al historial familiar es mayor si más de dos familiares de primer grado se han visto afectados por este tipo de cáncer y el

riesgo aumenta aún más si más de un familiar de primer grado ha padecido el cáncer con una edad inferior a los 45 años.

Mayor concienciación de las exploraciones

El Comité viene impulsando la introducción de más programas sobre exploración colo-rectal y su debido cumplimiento y ha organizado una serie de conferencias en las que han participado expertos europeos tanto independientes como relacionados con la ESGE. El Comité muestra su conformidad y presta su más firme apoyo a la propuesta de la Comisión de la Unión Europea para la obtención de una Recomendación formal en todos los Estados miembros, en virtud de la cual, debería ofrecerse una exploración para la detección de cáncer colo-rectal a hombres y mujeres de edades comprendidas entre los 50 y 74 años mediante la realización de un análisis de sangre fecal. (La propuesta completa puede encontrarse en www.europa.ue.int/commission/health). El Comité es consciente de la necesidad de tomar medidas para animar a las personas a realizar dichas exploraciones.

Descubrir qué es lo que las personas conocen acerca del cáncer colo-rectal

El Comité ha llevado a cabo una labor de investigación para comprobar cuál es el grado de conciencia entre las personas sobre el cáncer colo-rectal, cuál es el conocimiento de los factores de riesgo y cuál es la predisposición de las personas a llevar a cabo dichas exploraciones. Este estudio se ha realizado a través de un cuestionario y de entrevistas en los que se han utilizado métodos de investigación de mercado Omnibus en 21 países europeos. La investigación ha venido a demostrar que solamente un 13% es plenamente consciente de los factores de riesgo colaterales. Se pudo apreciar una gran diferencia cultural entre los sectores de población respecto de su predisposición para discutir sobre los síntomas relaciona-

dos con el cáncer colo-rectal, confirmándose con dicha investigación que la concienciación sobre el cáncer colo-rectal en Europa es baja. (El informe completo relativo a la Investigación Europea sobre Cáncer Colo-rectal se incluirá en la página web de la UEGF a principios de noviembre en www.uegf.org).

Programas educativos de cara a la concienciación sobre el cáncer colo-rectal

Los resultados arrojados por estos descubrimientos preliminares son base suficiente para la puesta en marcha de programas educativos regionales en ciertos países europeos. Estos programas deberán proporcionar información sobre factores de estilo de vida tales como el ejercicio, la dieta y el hábito de fumar, así como sobre factores de riesgo, especialmente la edad y el historial familiar. En estos resultados se hizo patente la falta de comprensión en algunos países de que la inactividad física y una dieta pobre constituyen un riesgo de padecimiento de cáncer colo-rectal. Por ello, el objetivo de estos programas será la comprensión de la descripción de la secuencia de pólipos cancerígenos y el convencimiento de que la exploración no es sino un proceso de prevención de dichos pólipos, así como de diagnósticos cancerígenos prematuros.

Cualquier iniciativa de exploración con FOB deberá explicar a las personas la importancia de la práctica de exploraciones anuales o bianuales en caso de detección y tratamiento de pólipos.

Las iniciativas sobre la práctica de exploraciones deberán garantizar la seguridad de los análisis y sus consecuencias en caso de que el resultado sea positivo.

El Comité ha concluido que la realización de una campaña educativa es un factor esencial para que las personas se sometan a estas exploraciones como medio de reducir la mortalidad en Europa por causa

de cáncer colo-rectal y ha presentado una propuesta a DG Sanco para diseñar y evaluar dicho programa educativo en diez países europeos. Es probable que el Comité busque otras fuentes para recaudar fondos y diseñar dicho programa en el supuesto de que los fondos no procedan de DG Sanco.

Estilo de vida que podría reducir el riesgo de padecer cáncer colo-rectal

Existen determinados estilos de vida que reducen el riesgo de padecer cáncer de intestino. Una dieta pobre en grasa animal y rica en verdura y fruta implica un riesgo muy inferior de desarrollar cáncer de intestino que una dieta muy rica en carne. Se sabe con certeza que el ejercicio físico reduce el riesgo de padecer cáncer colon-rectal. El Comité ha estado preparando material educativo relacionado con la dieta/nutrición y el estilo de vida, incluido un programa piloto de aplicación en colegios de la Unión Europea para este otoño. Se pretende con ello llegar al sector de la población europea en torno a los once años para animarles a seguir una dieta saludable y a conocer las consecuencias de la dieta y el estilo de vida que han elegido llevar. En la página web www.uegf.org se incluirán diez afirmaciones claves en una dieta.

Enfermedades intestinales no malignas

La investigación realizada sobre El peso de las Enfermedades Gastrointestinales en Europa pone de manifiesto otras causas, aparte del cáncer de intestino, cuya incidencia, cada vez mayor, las hace susceptibles de suponer una carga aún más pesada que la actual sobre la sociedad europea. La infección de Hepatitis C es una de estas cargas con predisposición a desarrollar cirrosis y cáncer de hígado. La rápida extensión de la infección por Europa Occidental y la falta de información

acerca de las tasas de predominio en grupos de riesgo en Europa Oriental, constituyen retos concretos para planificar la futura detección y tratamiento de la cirrosis y del cáncer de hígado dentro de la comunidad europea. Igualmente, la incidencia de enfermedades por inflamación intestinal (especialmente, la enfermedad de Crohn [enteritis regional]) está aumentando por toda Europa –a pesar de la reducción del hábito de fumar.

Sobre el estilo de vida

La investigación antes mencionada resalta el enorme peso que suponen las enfermedades gastrointestinales para el ciudadano europeo, aunque resulta necesario profundizar en el estudio para calcular con mayor precisión los costes directos e indirectos que suponen las enfermedades digestivas. Es más, trata acerca de las condiciones susceptibles de tener un impacto negativo significativo sobre la salud y la calidad de vida de las personas en el presente y en el futuro, para lo cual, propone estrategias preventivas mediante un cambio potencial del estilo de vida o mediante el cumplimiento de ciertos requisitos debidamente planeados para tal fin. El informe identifica ciertos elementos propios de un estilo de vida concreto, asociados con enfermedades gastrointestinales, como son el abuso de alcohol, la administración intravenosa de drogas, determinadas dietas, así como otros elementos relacionados tanto con enfermedades cardiovasculares como con enfermedades digestivas, como son el hábito de fumar y un estilo de vida sedentario.

Las campañas de concienciación entre las personas sobre la importancia de la salud podrían tener un fuerte impacto sobre la incidencia de estas enfermedades en el futuro y representarían una buena inversión basada únicamente en los costes directos actuales relativos a quienes se dediquen a llevarlas a cabo. Por ejemplo, la cirrosis podría prevenirse mediante la aplicación de medidas de salud pública con el fin de

reducir la Hepatitis B y C en Europa, así como mediante campañas contra el consumo abusivo de alcohol.

Muchas de las enfermedades gastrointestinales, como por ejemplo, litiasis biliar, úlcera péptica, reflujo gastro-esofágico, enfermedades hepáticas, enfermedades diverticulares y del páncreas pueden prevenirse mediante una dieta sana, el control del hábito de fumar, la reducción de una ingesta abusiva de alcohol y la práctica de ejercicio físico.

Los mayores

Se desarrollarían iniciativas específicas dirigidas a pacientes de avanzada edad con riesgo de incontinencia que podría prevenirse facilitando información acerca de dicha enfermedad y prestando especial atención a la higiene anal. Esto supondría una implicación considerable en la calidad de vida de una persona y en la independencia de las personas mayores, así como en lo que a los costes de cuidado se refiere.

Realización de exploraciones y de análisis genéticos

Las iniciativas para practicar exploraciones deberían ofrecerse a personas susceptibles de encontrarse en una situación de riesgo a efectos de detectar infecciones de *H Pylori* o tumores intestinales hereditarios poco habituales, para así reducir el riesgo de padecimiento de un cáncer, así como a niños que se considere puedan padecer enfermedades celíacas. Las técnicas genéticas más avanzadas en materia de análisis proporcionarían diagnósticos más rápidamente y permitirán reducir el peso que suponen las enfermedades digestivas.

Horizontes futuros

El Comité de Asuntos Públicos de la UEGF es perfectamente consciente de los retos tan importantes que debe asumir y de la constante revisión de sus priorida-

des, entre ellas, la búsqueda de colaboración con otros grupos profesionales interesados dentro y fuera del Foro Europeo sobre la Salud, especialmente en sectores relacionados con la dieta, el estilo de vida y otros aspectos relativos a la educación, así como los avances en los análisis genéticos. El Comité está dispuesto, en nombre de la UEGF, a prestar una especial atención pública y política para velar por

la mejora de la salud digestiva en toda Europa, que resulte sostenible y contribuya a mejorar la calidad de vida en un momento en el que los costes derivados del cuidado de la salud están en continuo aumento, la esperanza de vida de los ciudadanos es cada vez mayor y la respuesta de los ciudadanos europeos ante el cuidado de su salud es cada vez más responsable.



Los pacientes y Europa

Dr. C Pracht
Presidente de la Confederación Estatal de Pacientes de España
Antequera JM, Abellán F
Abogados

Dr. C Pracht. Para comprender los orígenes de la situación ante la que nos encontramos hemos de situarnos hace años cuando Víctor Hugo hablaba de Europa como una Federación de Estados liderada por Francia. Las cuestiones a las que nos enfrentamos ahora en mi opinión son: ¿cómo podemos conseguir una verdadera unión de Estados europeos sin renunciar a lo conseguido históricamente por cada uno de ellos?, ¿cómo vamos a encontrar puntos comunes entre países amigos?, ¿cómo vamos a establecer el mismo nivel de relación entre distintos modelos de sociedad, distintos países europeos con antecedentes históricos, incluso de antiguos y sangrientos enfrentamientos y queriendo mantener sus propias conquistas sociales?

Hay que tener en cuenta que no todos los países han llegado al mismo nivel de prestaciones sanitarias y sociales, y no es por razones caprichosas, sino a consecuencia de logros sociales conseguidos por cada uno. Ahora, ¿qué vamos a hacer?, ¿vamos a recortar a unos ciudadanos unas prestaciones para equipararles con otros ciudadanos que no las tienen reconocidas y/o conseguidas aún?, ¿vamos a equiparar los costes de medicamentos en todos los países y la capacidad de compra de los mismos? Como conclusión a estos aspectos creo que hemos de buscar un punto de convergencia y por eso las instituciones están aproximando posiciones tal vez excesivamente estanqueizadas.

Afortunadamente existe en estos momentos una herramienta importante para avanzar en ese objetivo, como es la propuesta de Constitución Europea.

Fundación SIGNO. Mesa de trabajo celebrada el 24 de septiembre de 2003

Es el momento de poner negro sobre blanco las reglas del juego, y hay que hacerlo con mucha precaución porque esas reglas pueden poner a prueba modelos y estructuras de convivencia pacífica.

JM Antequera. Lo que es cierto es que, con motivo de los pronunciamientos del Tribunal de Luxemburgo desde 1998, ha pasado la cuestión del ámbito judicial a la mesa política (creación grupo de expertos). En el primer semestre de 2002, con motivo de la presidencia española de la Unión Europea, se puso ya sobre la mesa el problema de la libre circulación de pacientes. El problema es articular todo esto ya que podrían darse fenómenos de fuga de pacientes de un sistema sanitario a otro con el consiguiente riesgo para la planificación de recursos materiales y financieros.

F Abellán. *¿Puede hablarse realmente de un derecho de los ciudadanos de la Unión Europea a los cuidados transfronterizos, a raíz de las últimas resoluciones sobre la materia del Tribunal Europeo de Luxemburgo?*

JM Antequera. Se puede decir a priori que existe en el Tribunal de Luxemburgo un reconocimiento del derecho de libre circulación de pacientes. Sin embargo, hay que matizar la afirmación teniendo en cuenta el contexto judicial en que se pronuncia dicho tribunal, ya que el mismo no es un órgano judicial en el sentido nacional que entendemos. Se trata de un tribunal cuya competencia tenemos reconocida merced a los tratados internacionales.

Los pronunciamientos del Tribunal de Luxemburgo en esta materia surgen como consecuencia de la formulación por los ciudadanos de las denominadas "cuestiones prejudiciales", que se suscitan cuando un juez nacional que

conoce de un litigio planteado por personas que han ido a otros Estados de la Unión Europea a obtener una prestación sanitaria (gafas, ortodoncia, tratamiento de Parkinson, etc.), y respecto de la que sus cajas pagadoras (administración sanitaria) no asumen el gasto por tratarse de prestaciones que no se han autorizado previamente, observa que en la cuestión de fondo necesita el pronunciamiento previo del Tribunal de Luxemburgo para poder dictar (el juez nacional) una resolución coherente con el espacio de la Unión Europea. En esos casos, el juez nacional solicita al Tribunal de Luxemburgo que se pronuncie sobre la interpretación de una norma europea con el fin de que se armonice su cumplimiento en el marco de la Unión. Lo importante aquí es que, aunque el Tribunal de Luxemburgo se refiera a un caso nacional, su doctrina es extrapolable a otros ámbitos territoriales. Es un tribunal armonizador del derecho europeo.

En los casos que aquí nos interesan, el Tribunal de Luxemburgo sostiene que, el hecho de que un país de la Unión Europea exija a un nacional suyo un trámite para autorizarle a que pueda beneficiarse de una prestación sanitaria de otro país europeo distinto, supone una limitación y vulneración del principio de la libre prestación de servicios.

F Abellán. *Me parece entender de tus palabras que el sistema establecido en todos estos supuestos por los Estados europeos es de "autorización previa".*

JM Antequera. En efecto. No puede olvidarse que ya existe una norma de referencia como es el Reglamento CE 1408/71. Y a pesar de ello, como digo, el Tribunal de Luxemburgo viene considerando que este sistema constituye una restricción al citado principio de libre prestación de servicios, incluso

cuando estamos en el contexto de la seguridad social.

Como este planteamiento inicial duro del Tribunal conllevaba el pago de las prestaciones obtenidas en otro Estado europeo (Caso Kholli-Decker, de 1998), con posterioridad, los países se empezaron a preocupar de esta cuestión, hasta el punto de que, así como en los primeros casos enjuiciados sobre estos asuntos, en el Tribunal de Luxemburgo se personaba solo el Estado afectado del que era nacional el reclamante, sin embargo, en los siguientes pronunciamientos empezaron a personarse casi todos los Estados de la Unión, ya que las consecuencias de las resoluciones particulares les podían afectar de igual forma.

De esta forma, en el 2001 (caso Smit-Peerbooms en Sentencia de 12 de julio de 2001) se dictó una resolución muy famosa por la que el Tribunal de Luxemburgo moduló el principio de libre circulación de pacientes, y lo hizo de la siguiente forma: sin dejar de reconocer que el sistema de autorización previa constituye una restricción de la libre prestación de servicios, afirmó que la misma puede estar justificada por razones de índole económico-presupuestaria. Ahora bien, matizó también el citado tribunal que esa justificación en modo alguno puede suponer que el Estado en cuestión tenga absoluta discrecionalidad para denegar la autorización.

Se produjo, por tanto, a partir de entonces, una evolución del principio absoluto de libre circulación de pacientes reconocido anteriormente, a una situación en la que se admite la autorización previa, pero sujeta a unos requisitos reglados y con una visión europea. Así, el Tribunal dispuso que el paciente siempre tiene que saber de antemano cuáles son los requisitos de autorización y que, para negar esta última, hay que

tener en cuenta en todo caso los antecedentes de la persona, su situación clínica y su evolución, lo que supone que la valoración termine siendo de carácter médico y no administrativo.

Las últimas sentencias (caso Patricia Inizan, Conclusiones Abogado General de 21 de enero de 2003, y caso Muller-Fauré y Van Riet, Sentencia de 13 de mayo de 2003) afirman, además, que tiene que existir un procedimiento específico de tramitación de las autorizaciones, con unos plazos de resolución razonables, y en caso de denegación de la autorización, siempre tiene que haber un recurso específico para el ciudadano ante un órgano jurisdiccional.

Por otro lado, pienso que, desde el punto de vista político, en el futuro tendrá que haber un desarrollo normativo interno de estas cuestiones y que, igual que hay un catálogo de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, tendría que existir también una norma de garantía de las prestaciones sanitarias. Al mismo tiempo, hemos de realizar en España una reflexión de cómo puede operar el principio de la libre circulación de pacientes dentro de nuestro territorio por la incidencia de las competencias de las comunidades autónomas.

Sobre esta cuestión podemos recordar el reciente caso fallado por el Tribunal Superior de Justicia de Murcia, relativo a una mujer de esa ciudad que solicitó una prestación sanitaria que se reconocía en Valencia pero no en su comunidad autónoma. Esta persona solicitó al INSALUD la prestación, que no le fue aceptada por no estar en el catálogo nacional. Interpuso una reclamación ante el citado Tribunal y la Sentencia, aunque no le aceptó la pretensión solicitada, sí afirmó que el hecho de subordinar la concesión de una prestación sanitaria a una cuestión de carácter territorial

no era sostenible desde un punto de vista constitucional.

F Abellán. *Con el fin de concretar un poco más el criterio médico al que al final parece haberse acogido el Tribunal de Luxemburgo para admitir las restricciones a la libre circulación de pacientes, ¿supone este planteamiento que debe aceptarse la prestación en otro país cuando la misma no existe en el país nacional de quien la precisa?, ¿o incluso cuando se desea una prestación que se reputa de mayor calidad que la que se tiene en el país propio?*

No, el criterio médico aludido suele estar más vinculado a los tiempos de espera. Debe hacerse un análisis de conjunto de prestaciones y una valoración de carácter temporal. Por esta razón, dice el Tribunal que un Estado puede denegar la autorización previa siempre que en tiempo oportuno se le pueda facilitar en su país.

Pero, ¿qué debe entenderse por tiempo oportuno? El Tribunal de Luxemburgo dijo que para valorar este concepto había que ver las circunstancias del caso, los antecedentes del paciente, su situación clínica y la evolución. En definitiva, consideraciones de carácter médico van a ser las que primen en la decisión a tomar.

Dr. C Pracht. Estoy de acuerdo con JM Antequera y, además debo decir que la visión jurídica converge con la visión del paciente en este tema.

No debe olvidarse que lo que estamos viviendo actualmente es un paso trascendental en la historia y concretamente en la europea, una auténtica revolución socio multicultural. Considero que la Organización Mundial de la Salud ve la salud, lo que nos obligará a apartarnos en cierta medida del enfoque basado en el concepto tradi-

cional de la asistencia sanitaria. En todo caso, la acción sanitaria deberá ser individualizada, atendiendo a factores determinantes en la salud como son la pobreza, la marginación, el hábitat, el medio ambiente, etc.

No puedo entender que se pueda hablar de ciudadanos europeos en sentido genérico y que no se pueda hablar de ciudadanos europeos como seres humanos susceptibles de enfermar y de la subsiguiente necesidad de ser tratados sin discriminaciones.

F Abellán. *¿Cómo se encuentra estructurado en la actualidad el movimiento asociativo en el ámbito europeo y cuáles son los objetivos generales que se postulan desde el punto de vista asistencial y de implicación de los pacientes en los sistemas nacionales de salud?*

Dr. C Pracht. En general, dentro de la Unión Europea el panorama es muy similar. Las organizaciones de pacientes no son a la postre más que una proyección muy particular de la sociedad civil que se organiza frente a cuestiones que generan su interés o su inquietud. No son, por tanto, las asociaciones de pacientes muy diferentes a organizaciones culturales, deportivas o de otro tipo, que tienen fines determinados.

Sí es cierto que existen muchísimas organizaciones de pacientes en Europa, pero otra cuestión diferente es el grado de representatividad de las mismas y otra cosa, además, es el valor añadido que prestan a la sociedad, su capacidad de innovación y aportación dentro del modelo de salud. La realidad es que están organizadas alrededor de una enfermedad o de un problema de salud determinado. Todas están constituidas por personas afectadas por el problema, o que van a estarlo, o por familiares de los que lo están. En defi-

nitiva, personas que sienten próximo el problema. Y este hecho es bueno y malo al mismo tiempo: es bueno porque son expertos en sí mismos, en la materia que les incumbe; pero es malo también porque su visión puede ser sesgada, ya que contempla con demasiado énfasis su problema pero no el problema que tiene la sociedad, y mucho menos las consecuencias y esfuerzos que debe hacer la sociedad para resolver ese problema. Esto último lo ven muy alejado de su perspectiva ideológica, porque hay una cultura de protección institucional universal y solidaria donde otros se preocupan de esos aspectos.

Pero la Europa a la que nos enfrentamos es un concepto de perfiles mucho más amplios. A modo de ejemplo, ahora mismo viven en Europa unos cincuenta millones de ciudadanos no europeos, pero que viven como tales y se comprometen con el proyecto europeo (pagan sus impuestos, educan a sus hijos aquí, etc.), por no hablar de los nuevos autóctonos nacidos ya europeos, razones por las cuales no deben ser rechazados.

Hay, por otro lado, una cuestión importante que debe dejarse a los profesionales de los Sistemas Sanitarios y es la de distinguir entre las necesidades y las demandas sociales. Los Sistemas Nacionales de Salud deben volcarse de forma prioritaria en satisfacer las primeras y no las segundas. Por esta razón, me parece muy acertado si el Tribunal de Luxemburgo, como me ha parecido entender, toma como base de sus decisiones el peritaje de las "necesidades" sociales.

Por su parte, las demandas sociales deben tratarse de forma separada, analizando hasta que punto una demanda constituye realmente una necesidad individual y/o social. No podemos olvidar que un modelo sanitario a cualquier

precio es insostenible porque el ser humano es insaciable por naturaleza, al menos en sus demandas.

En este sentido, no solo debe contemplarse la magnitud de razón que tenga cada persona, sino también si socialmente algo es justo o no (ética de la eficiencia). Para establecer la cartera de servicios, el catálogo de prestaciones, hace falta un consenso social y el paciente debe estar incorporado al debate inicial. En mi opinión, habría que evitar tomar decisiones que puedan estar fundamentadas jurídicamente pero que carezcan de apoyo o traducción social.

F Abellán. *Me parece entender de lo que estás diciendo que las asociaciones europeas de pacientes no están imbuidas de una mentalidad global que sería la precisa para lograr la implicación del paciente en los Sistemas Sanitarios, y que están más mirando a su propio ombligo y no tanto pensando en la importancia del paciente dentro del sistema.*

Dr. C Pracht. Exactamente, casi ninguna de ellas es capaz de hablar de nada que no les afecte directamente. Por eso son tan importantes iniciativas solidarias y comunes de las organizaciones, como la celebración de un Día Nacional del Paciente, etc.

JM Antequera. Has hablado de la hipertrofia de las asociaciones, pero, ¿cómo se podrían articular los mecanismos de participación de los pacientes en la gestión del Sistema Nacional de Salud?

Dr. C Pracht. La primera regla es que al paciente no se le tiene que ver como un problema, sino como una parte de la solución. La segunda es que hay que hablar de respeto mutuo, en el sentido de que no hay que ver al paciente como alguien inferior, alguien que necesita ser

tutelado, y al que su incapacidad en un momento dado le convierte en su ser inmaduro indefinidamente.

En consecuencia, es necesario un nuevo modelo relacional en el que todos hagan el esfuerzo: los médicos, la Administración, los pacientes. Estos últimos deben tratar de integrarse en los Sistemas Sanitarios y para ello hay que aceptar que son capaces de colaborar en los mismos. La Organización Mundial de la Salud tiene una línea de trabajo sobre este objetivo que se basa

en facilitar a los pacientes información, motivación y herramientas para el cambio. En definitiva, el sistema tiene que abrirse también a la sociedad e incorporar a las asociaciones a las labores comunitarias de educación y promoción de la salud, siempre de forma tutelada, y para ello sería muy interesante apostar por la formación de sus miembros y por algo que vengo persiguiendo desde hace tiempo, la creación de estándares de calidad y competencia social de las asociaciones de pacientes.



Las misiones y organización de los Hospitales Públicos Universitarios franceses en la Europa del mañana.

Comentarios y reflexiones sobre las diversas intervenciones realizadas en los VIII Encuentros Nacionales hospitalo-universitarios^(*)

Gálvez Zaloña R
Director Gerente del Complejo Hospitalario de Toledo

Resumen

La oportunidad de los comentarios que se exponen a continuación estuvo originada por la participación para explicar la situación de los hospitales españoles en el seno de los diferentes Servicios de Salud de las comunidades autónomas en la reunión de hospitales públicos franceses.

La participación activa en esta reunión, excelente observatorio de la realidad de nuestro país vecino, curiosamente poco utilizado como referencia en la literatura de gestión hospitalaria en España, fue posible gracias a la amable invitación de la Federación de Hospitales Públicos franceses y de la Subdirección de Relaciones Internacionales del Ministerio de Sanidad y Consumo, Dra. Paloma Alonso.

En este artículo se resumen las diferentes ideas y reflexiones aportadas por los hospitales públicos universitarios franceses (CHU) en el seno de los Encuentros Nacionales de Hospitales públicos y universitarios franceses. Esta reunión fue precedida de un sólido trabajo previo de grupos *ad hoc* que aportaron los principales ejes de discusión y debate. Se incorporaron además elementos de situación en el contexto europeo que permitan enmarcar bien las diferentes alternativas y propuestas finales.

Los CHU franceses han propuesto un abanico de medidas para renovar la gestión hospitalaria en el campo de la financiación, organización, gestión y relación con la universidad. Se propone la creación de organismos públicos profundamente renovados a través del establecimiento de nuevas categorías y reglas de gestión, la flexibilización de las reglas de contratación de los profesionales médicos y de la función pública hospitalaria, así como la puesta en marcha de una reforma que

^(*) 6 y 7 de marzo 2003. Niza, Francia.

incorpore además de una financiación real de la actividad, criterios como los niveles diferentes de cuidados. La financiación específica de la innovación, la financiación específica de la investigación y la enseñanza, la valorización de las misiones de carácter general y la determinación de manera equitativa de las estancias atípicas.

Se intenta señalar la importancia, necesidad y exigencia de realizar reflexiones similares en España donde habitualmente se carece de la libertad y capacidad crítica suficiente para plasmar en documentos y propuestas las necesidades de cambios y reformas en los hospitales públicos.

La reflexión inicial: el por qué de este resumen

En Niza, el 6 y 7 de marzo de este año se han celebrado los VIII Encuentros Nacionales de Hospitales públicos y universitarios franceses. La reunión de este año tuvo un tema de singular interés desde la perspectiva de los hospitales españoles. Efectivamente el eje de reflexión elegido: "Misiones y organización de los CHU en la Europa del mañana" plantea elementos claros de debate que es necesario introducir en el Estado español. Estas razones nos han llevado a realizar un resumen de las diferentes intervenciones y debates que allí se sucedieron.

La metodología de trabajo de los VIII Encuentros: una interesante sugerencia

La metodología de trabajo de la reunión tiene un gran interés pues intenta conseguir propuestas concretas para su traslado posterior al ámbito de decisiones políticas y administrativas convirtiendo así el Encuentro en una herramienta de utilidad.

La estructura de trabajo del Encuentro estuvo enfocada en conseguir la elaboración de propuestas para el porvenir de los CHU en la Europa del mañana con tres áreas temáticas:

- Cuidados de proximidad y recursos.
- Enseñanza.
- Investigación e innovación.

Estas tres áreas temáticas estuvieron soportadas por el trabajo desde dos años antes de tres grupos de trabajo que aportaron las líneas maestras de la discusión. Los tres temas expuestos se han reenfocado desde una doble perspectiva:

- Europa y el papel de los hospitales en ese nuevo escenario.
- Plan Hospital 2007, elaborado por el Ministerio de la Salud y de la Familia francés.

Además, los debates se desarrollaron de acuerdo con siete puntos previamente establecidos: "Siete propuestas conjuntas para el porvenir de los CHU":

1. El desarrollo de la innovación.
2. El reforzamiento de la dimensión regional e interregional.
3. La flexibilidad de las modalidades de gestión.
4. La responsabilidad de los actores internos en el gobierno del hospital.

5. El otorgamiento de una nueva dimensión en las interrelaciones CHU/ Facultad.
6. El relanzamiento de las inversiones.
7. La financiación de los CHU por la actividad, con toma en cuenta del conjunto de sus misiones de servicio público.

Las principales preguntas realizadas y sus respuestas

A lo largo de las sesiones de trabajo se analizaron las distintas cuestiones planteadas desde los grupos de trabajo. Señalaremos aquí algunas de ellas por su interés en nuestro contexto:

¿Cuál es el escenario para los CHU franceses en el contexto europeo?

Una constatación previa abre el debate inicial: la aceleración de la reestructuración hospitalaria como imperativo a corto plazo es considerada como una exigencia ineludible.

Así se plantea una reestructuración fuerte con concentración de los platós técnicos pesados y de las especialidades y de los cuidados de pacientes ingresados para conseguir una oferta de cuidados coherente. Sin embargo, esta recomposición no debe conducir a una concentración pura y simple de las actividades en un solo punto. Se propone una puesta en red efectiva de los recursos asociando a todos los equipos médicos concernidos.

Es muy relevante señalar aquí cómo se considera que esta iniciativa debe surgir de los actores implicados y no del Estado que debe asumir exclusivamente una papel de estímulo.

La reflexión sobre el entorno europeo se orienta desde el reconocimiento de

la gran diversidad y heterogeneidad. No obstante, se reconoce una primera tendencia a la "regionalización de la sanidad" bajo la forma de desconcentración y descentralización. Este es el caso del Reino Unido y España.

Por el contrario y se señaló también en la reunión, en los Países Bajos el criterio de regionalización es inoperante. También hay que destacar la tendencia reciente de Suecia donde para responder adecuadamente a las necesidades de los cuidados de alta complejidad se crean agrupamientos regionales.

¿Qué propuestas se hacen en este campo? Se considera necesario favorecer estrategias comunes dirigidas a elaborar una red de asistencia basada en la negociación de los diferentes actores. Se considera que las fórmulas utilizadas hasta ahora en Francia: federaciones interhospitalarias, comunidades de establecimientos, etc., tenían limitaciones y proponen la fórmula del agrupamiento de cooperación sanitaria. Esta fórmula se basa en los principios de libre adhesión, de especialidad, manteniendo cada entidad su propia independencia y estatuto jurídico. Consideran indispensable animar el concepto de interregion que permita el abordaje de proyectos inter-CHU "para conseguir una masa crítica suficiente en la Europa de hoy y todavía más del mañana".

Un nuevo partenariat hospital-universidad como garante de la excelencia de la medicina francesa y de la innovación

La aproximación inicial permite constatar los beneficios de la interacción permanente y recíproca de las funciones universitarias de enseñanza e investigación con la función de cuidados. Pero al mismo tiempo se llama la atención sobre los inconvenientes y problemas que surgen en la práctica

sobre consumo de tiempo médico, petición creciente de equipos paramédicos de cuidados y técnicos, falta de agilidad en la gestión para desarrollar actividades innovadoras en investigación y evaluación, etc.

Señalan, asimismo, que los costes añadidos motivados por los propios objetivos universitarios son actualmente mal evaluados debido al planteamiento de una financiación uniforme.

Este último punto es, en nuestro país, particularmente no considerado. Los hospitales universitarios españoles en general no reciben ningún tipo de financiación añadida por el desempeño de las tareas universitarias castigando así la financiación general del hospital.

Para solucionar este grave problema en el contexto europeo se han desarrollado diferentes iniciativas. Así en los Países Bajos la financiación del gasto corriente de los hospitales universitarios es igual a la de los hospitales no universitarios. Sin embargo, los primeros disponen de una financiación específica. De la misma manera el NHS ha separado la financiación de la enseñanza y de la investigación de la correspondiente a los cuidados. Los intervinientes proponen la necesidad de un verdadero estudio europeo sobre las modalidades de financiación de los hospitales universitarios.

Sugieren también la necesidad de un contrato renovado entre el hospital y la universidad, en el cual esta última garantice el nivel de cualificación de las profesiones médicas y constituya el soporte de la formación y de la investigación en los hospitales. Señalan, asimismo, en los años próximos, un elemento de valor: la tendencia a la "universitarización" de las profesiones paramédicas como un elemento de desarrollo de utilidad para los hospita-

les. Esta línea de actuación es de urgente abordaje en España. Efectivamente, los hospitales en nuestro medio tienen un déficit importante de profesiones imprescindibles en el contexto de una medicina cada vez más compleja y diversificada.

Finalmente, los hospitales franceses reivindican un mejor reconocimiento de su papel en este partenariado común con la universidad.

Las diferentes hipótesis de evolución jurídica y organizacional de los CHU

Aquí el grupo de trabajo plantea una serie de cuestiones que como podremos revisar a continuación tienen una extraordinaria semejanza con los planteamientos que habitualmente se realizan en el Estado español. Así, se señalan las limitaciones en el proceso de reclutamiento de personal médico, la inadaptación de las reglas de selección y contratación de profesionales paramédicos, la existencia de sistemas de gestión complejos y a menudo ineficaces, la financiación de carácter global, los procedimientos para las inversiones hospitalarias, etc.

Es imprescindible apuntar en este momento como también se señaló en la reunión que los hospitales públicos franceses tienen un grado de autonomía mayor que los hospitales en España.

El grupo de trabajo puso de manifiesto la estrategia abordada en determinadas comunidades autónomas de nuestro país y Portugal de introducir reformas destinadas a transformar los hospitales públicos en "hospitales sin fines lucrativos".

El grupo de trabajo plantea tres posibles hipótesis para la reforma del estatuto de los CHU: organismo público mejorado, nueva categoría de organis-

mo público, organismo privado participando en el servicio público hospitalario. Los directivos de los hospitales públicos universitarios optan claramente por la segunda propuesta que resume en una serie de acciones operativas concretas y factibles a corto plazo:

- Flexibilidad en las reglas de selección y contratación de personal médico con mayor libertad de remuneración: libre fijación de primas para equilibrar el salario con el sector privado, etc.
- Flexibilidad en las formas de gestión operativa de los centros.
- Facilidades jurídicas para la investigación e innovación.

Reforma de la financiación hospitalaria

El abordaje de este tema en la reunión tiene singulares resonancias en España. Efectivamente aquí los años 90 se caracterizaron por un importante esfuerzo de los hospitales para establecer su financiación de acuerdo con la actividad planteada en los denominados contratos de gestión. La utilización de sistemas de medidas como UBAS, UPAS, UCHS, etc. se convierte así en un elemento de análisis, comparación y teórica financiación de los hospitales. Sorprendentemente, los últimos años se han caracterizado por un abandono parcial o total sin justificación de esta metodología para volver a presupuestos de carácter global.

Los CHU advierten que el presupuesto global basado en la actividad medida a través del sistema PMSI y de la aplicación de los GHM determina para los hospitales públicos derivados de la heterogeneidad intra-GHM, la subvaloración de estancias atípicas, con problemas en el ajuste de la financiación.

Sugieren como un ejemplo a seguir la experiencia holandesa. En los Países Bajos, se utilizan tres líneas de financiación para determinar el presupuesto hospitalario: amortizaciones e intereses, servicios base, enseñanza e investigación. El tercer componente se divide en cuatro partidas: número de estudiantes, número de plazas disponibles en formación para personal científico, número de tesis o doctorados, número de diplomas universitarios. Estos cuatro elementos determinan la dotación financiera para cada hospital.

Los CHU proponen una ambiciosa reforma que asegure la financiación real de sus misiones y actividades. Para ello formulan unas líneas de trabajo definidas:

- Incorporar elementos que permitan considerar los diferentes niveles de cuidados.
- Financiación específica de la innovación.
- Valorización de las misiones de carácter general que asumen los hospitales.
- Actitud de reconocimiento de las estancias "atípicas".

Como resumió el Profesor Grimaud se trata de que los presupuestos tengan en cuenta la evaluación de las actividades, pero también de aquellas actividades no medibles propias del servicio público, junto con el reconocimiento del mérito y excelencia en los cuidados.

Alternativas jurídicas y financieras para una valoración más rápida de las inversiones hospitalarias

Los CHU llaman la atención sobre el retraso considerable en materia de

inversiones. Apuntan que casi la mitad del patrimonio hospitalario se encuentra en un estado vetusto y obsoleto con incumplimiento a menudo de las normas de seguridad en vigor. Esta situación se agrava aún más con la necesidad de incorporar equipamientos pesados sofisticados de gran impacto tecnológico en las decisiones diagnósticas y terapéuticas: Petscan, robotización quirúrgica, tele transmisión de imagen, redes de información, etc.

El plan Hospital 2007 prevé un doble apoyo, financiero (6 millardos de euros en cinco años) y metodológico para las inversiones hospitalarias. Este último se concreta en una comisión de profesionales y expertos que permita garantizar la coherencia y el equilibrio nacional.

En España, señalan las profundas desigualdades en inversiones entre las diferentes autonomías, detalle sobradamente conocido en nuestro país y que, sin embargo, no ha motivado una reflexión para conseguir una distribución equitativa de los recursos y una garantía del Estado central para que aquellas comunidades de menor riqueza puedan disponer de una financiación central complementaria.

Los CHU desearían disponer de nuevas modalidades para realizar las inversiones que permitan agilizar las actuales limitaciones actuales de los sistemas de contratos sin impedir al mismo tiempo el establecimiento de garantías sólidas, seguridad jurídica y vigilancia extrema sobre los costes inducidos.

Hacia un gobierno renovado de los CHU

En la breve reseña inicial sobre la situación existente en este punto en Eu-

ropa, el grupo de trabajo cuando se refiere a España afirma: "en la España del Insalud y de numerosas comunidades autónomas la cabeza del hospital es médica pero politizada lo que conduce a un fuerte *turn-over* que debilita su posición". Esta conclusión ilustra bien desde una posición externa a nuestro medio una de las singularidades más impactantes de nuestro país y por ello la destaco aquí inicialmente.

El profesor Tedeschi de la Universidad Bocconi de Milán intervino en este punto para explicar un proyecto en curso de reconversión de los hospitales universitarios en Italia hacia un cambio organizacional basado en una estructura "departamental" que remite fuertemente a las áreas clínico-funcionales y a la estrategia de gestión clínica.

Los CHU plantean fuertemente la exigencia de "libertad" para organizar la organización de los cuidados y el funcionamiento médico de la institución, respetando el proyecto aprobado. Se propone el derecho de los hospitales a experimentar formas de actuación concernientes tanto a los servicios médicos, médico-técnicos y administrativos.

Consideran clave también una política contractual coherente con un escenario de financiación a tres o cinco años que permita un desarrollo lógico de estrategias de estructuras y servicios.

Síntesis de las principales propuestas

Como conclusión se realizan una serie de propuestas al Ministerio de la Sanidad y la Familia de las cuales solo indicaremos una selección de las relevantes en el escenario de la gestión hospitalaria española.

- Instaurar una renovación del contrato con la universidad sobre la base

de la urgencia de los focos de conflicto originados por el *numerus clausus* y la "universitarización" de las profesiones paramédicas.

- Evaluar de forma precisa los costes añadidos de las misiones universitarias.
- Crear organismos públicos profundamente renovados a través del establecimiento de nuevas categorías y reglas de gestión.
- Flexibilizar las reglas de contratación de los profesionales médicos y de la función pública hospitalaria.
- Agilizar y flexibilizar las normas de gestión.
- Poner en marcha una reforma ambiciosa sobre la base de una financiación real de la actividad:
 - Diferentes niveles de cuidados.
 - Financiación específica de la innovación.
 - Financiación específica de la investigación y la enseñanza.
 - Valorización de las misiones de carácter general.
 - Determinación de manera equitativa de las estancias atípicas.
- Objetivar las desviaciones de los costes entre los sectores públicos y privados.
- Desarrollar una evaluación de las actividades médicas, un control de

calidad independiente y un observatorio del rendimiento.

- Recurrir a nuevas modalidades de realización de las inversiones.
- Asegurar la financiación plurianual que permita el crecimiento de la capacidad de autofinanciación de los CHU.

Conclusiones

En la actualidad en nuestro país es necesario un debate profundo sobre la realidad y el futuro de las organizaciones hospitalarias. Los experimentos aislados y fragmentados llevados adelante en los últimos años no permiten concluir en su utilidad, factibilidad y validez.

La experiencia francesa nos enseña el camino a seguir, una discusión abierta y rigurosa de los profesionales de la gestión hospitalaria y de los actores principales de los procesos de cuidados que permita establecer propuestas y recomendaciones a los responsables políticos sanitarios.

Bibliografía

- Los interesados en revisar directamente las diferentes intervenciones y propuestas pueden acudir a la siguiente dirección de correo electrónico: www.anhu.org
- Missions et organisation des CHU dans l'Europe de demain. Actes des VIII Assises nationales hospitalo-universitaires, Nice 6 et 7 mars 2003. supplément au n° 426 mai 2003 de Gestions hospitalières.



Tendencias de la asistencia sanitaria en Europa

Rodríguez Perera FP
Gerente del Hospital General Universitario
"Gregorio Marañón" de Madrid.
Ex-representante español en el Subcomité de Economía
y Planificación de Hospitales de la Unión Europea (HOPE)

Introducción

Quisiera en primer lugar agradecer la confianza para exponer lo que, en mi opinión, son las tendencias que pueden determinar la evolución futura de la asistencia sanitaria en el conjunto de los países europeos desarrollados y que, además, están siendo analizadas e incorporadas por aquellos otros de la Europa del Este, candidatos a entrar en la Unión, y que están presentes en calidad de observadores en el Subcomité al que pertenecí.

Aunque son muchas y muy diversas las reformas que se están llevando a cabo de manera prácticamente continuada por los diferentes gobiernos, existen tres tipos de cambio que a mi personalmente me parecen claros; con la sana intención de invitar a un debate que debe ser sosegado, razonado y constructivo, he elegido tres denominaciones seguramente inadecuadas por exageradas y quizá también polémicas para esas tres tendencias:

- Privatización.
- Racionalización.

Recibido: septiembre 2003

- Transferencia de responsabilidad hacia abajo.

1. Privatización

En primer lugar hay que decir que en absoluto existe la tendencia, en el ámbito europeo, de dejar en manos de la iniciativa privada (vendiéndose-la, por ejemplo) la asistencia sanitaria, ni mucho menos. No hay nada que haga pensar en estos momentos que algo parecido pueda llegar a suceder.

En cambio, sí se debería prestar atención a un fenómeno, omnipresente en la organización de las sociedades occidentales, y no solo en el sector sanitario, que está impregnando las políticas de todos los gobiernos.

El *continuum* gobierno-privado

Por simplificar la exposición del argumento, debemos imaginar un *continuum* en cuyos dos extremos estén, por un lado los gobiernos, y por el otro, la actividad privada. La organización de cualquier actividad en nuestras sociedades se expresa como un mix, en dife-

rentes proporciones, de ambas influencias.

En el extremo que hemos llamado *gobierno*: es el gobierno del país, sea del carácter que sea, el que asume absolutamente todo el protagonismo de la organización de la vida social y económica, no solamente a través de las leyes que promulga, sino convirtiéndose en el titular patrimonial y de provisión, de todas las prestaciones que da. Se trataría, en este caso, de gobiernos totalitarios, fueran del color que fueran.

En extremo que llamamos *privado*: es la actividad privada quien, con su iniciativa, proveería todos los ingredientes para organizar la vida social y económica del país. En este extremo, no existe participación gubernamental, y cuando eso es así, las únicas leyes que rigen la vida en convivencia son las leyes del mercado.

Todos los países nos encontramos en algún punto entre ambos extremos, con una mezcla variable de gobierno y privado.

El Estado de Bienestar

Todos los gobiernos occidentales, sin excepción, han decidido dotar a sus países del denominado Estado de Bienestar, consistente en garantizar a sus ciudadanos una serie de prestaciones tales como la educación, pensiones, asistencia letrada, etc. Con las particularidades que en cada caso se quiera. El derecho a la asistencia sanitaria forma igualmente parte del Estado de Bienestar.

Así pues, al tratarse de prestaciones que están dictadas por el gobierno y no por la actividad privada, cabría encuadrar al Estado de Bienestar dentro del *continuum* que hemos descrito,

en la mitad más próxima al extremo que llamamos gobierno.

La tendencia hacia el lado privado

Lo que se ha querido significar empleando el término "privatización", es que, dentro de ese Estado del Bienestar, cuyos responsables han sido, son y seguirán siendo los gobiernos, se detecta la constante aparición de medidas, promovidas por esos propios gobiernos, que introducen criterios de mercado en algunos de sus múltiples aspectos.

Y la asistencia sanitaria no es una excepción a esto que parece una regla.

Efectivamente, se detecta la constante aparición de herramientas, específicamente utilizadas en actividades regidas básicamente por las leyes del mercado, para gestionar la asistencia sanitaria. Algunas de ellas ya nos resultan familiares (subcontratación de servicios no asistenciales, compras aprovechando economías de escala, *leasing* o *renting* de algunas tecnologías, etc.).

Otras en cambio, en España siguen despertando alguna polémica social, mientras que en otros países de la Unión ya son mejor aceptadas: subcontratación de servicios asistenciales, sobre todo de servicios centrales (radiología, laboratorio, alta tecnología, etc.).

Esta tendencia a introducir elementos de mercado en la provisión de asistencia sanitaria continuará, y seguramente lo hará paralelamente a la intensidad con que las tecnologías de la información se vayan extendiendo en este sector, permitiendo a los gobiernos conocer la calidad, la cantidad y el coste (precio) de provisión que le está prestando a los ciudadanos.

Posibles consecuencias de este deslizamiento

El *benchmarking*, o comparación entre centros formará parte de la cotidianidad. El paciente dispondrá de un *ranking* de hospitales y podrá elegir libremente dónde prefiere operarse. La polémica en Estados Unidos y Europa sobre la eventual publicación de las "listas negras" de los médicos condenados por negligencia es un botón de muestra del *benchmarking* negativo.

Igual que a los productores les exigimos unas garantías de seguridad, en los centros de asistencia será primero recomendable y más tarde exigible, que cumplan determinados requisitos (de acreditación, certificación o autoevaluación), medios y examinados por agencias independientes que aseguren la calidad del servicio prestado al ciudadano.

Muy probablemente vayamos a asistir a una flexibilización en las relaciones laborales tal y como hoy las entendemos. Los resultados asistenciales (sean estos los que en cada caso se hayan definido), pasarán paulatinamente a ser un factor cada vez más importante para cuantificar los ingresos de los profesionales y el tipo de vinculación al sistema. Será esa flexibilización la que permitirá que seguramente, los profesionales de la asistencia sanitaria vean incrementar en el futuro sus ingresos y su prestigio social.

Asistiremos a una reforma de la enfermería, que pasará a tener una dedicación más "a la carta" de las múltiples necesidades de cuidados, y no con un formato tan estándar como tiene actualmente.

2. Racionalización

El Subcomité de Economía y Planifica-

ción de la HOPE ha elaborado un documento muy serio respecto a la racionalización de los servicios asistenciales sanitarios en la Unión Europea, en el que se pretende introducir racionalidad y restar emotividad a los dilemas ciertos que afronta el sector sanitario asistencial, como el planteado por ejemplo en 1933 por el propio *National Health Service* británico con una de sus publicaciones que comenzaba preguntando: ¿qué hacer cuando la demanda de servicios sanitarios excede a la oferta?

La existencia de la racionalización en la asistencia sanitaria (el término anglosajón *rationing* ['racionamiento'] es mucho más cruda) es reconocida por toda Europa. En asistencia sanitaria, y nadie discute que no existe un sistema capaz de dar todo, a todo el mundo, en todas partes y a todas horas.

Partiendo de la base cierta de que todos los gobiernos de las naciones desarrolladas europeas aspiran sinceramente a dar una asistencia sanitaria de calidad y equitativa para todos los ciudadanos de su país, se debe decir al mismo tiempo, que esta legítima aspiración se da en un entorno de dificultades económicas crecientes en las que esos mismos gobiernos deben encontrar el equilibrio presupuestario entre las siempre crecientes necesidades para la provisión de asistencia, y otras necesidades de esa misma población que gobiernan.

Por eso, sean cuales sean las características del sistema de salud de que cada país se dote (impuestos, seguridad social, privado), todos los gobiernos van a emplear una gran cantidad de tiempo, dinero y energía política en controlar el gasto sanitario, pretendiendo al mismo tiempo mantener el principio de solidaridad con los ciudadanos.

Debido a lo delicado del asunto del control de gasto, se dispone de nume-

rosos eufemismos que pretenden edulcorarlo; términos como “priorización” o “limitación de recursos” esconden la realidad de que la asistencia sanitaria debe racionalizarse.

En ese sentido, existe una tendencia clara en Europa patrocinada por los gobiernos, consistente en hacer que las medidas de racionalización de la asistencia sanitaria sean cada vez más explícitas, tratando de compartir la responsabilidad del control del gasto con la oposición política cuando es posible y con la ciudadanía, propiciando el debate social sobre el mismo.

No obstante lo anterior, no se debe dar por supuesto que la racionalización es siempre el resultado de un proceso intelectual planificado y estructurado. La limitación en el acceso a las prestaciones se ve influenciada por una constelación de factores interactuando al mismo tiempo, que resulta en ocasiones muy complicado de entender y manejar.

La racionalización puede ocurrir en diferentes niveles:

- **En el nivel nacional.** Se racionaliza al decidir, primero, qué sistema se quiere, si basado en impuestos o en Seguridad Social; y segundo, al decidir cuánto gastar en salud frente a otros gastos y finalmente al decidir qué nivel mínimo de equidad y calidad se exige entre las prestaciones ofertadas por las diferentes regiones.
- **En el nivel regional autonómico.** En Europa existen diferentes grados de intensidad en las transferencias a las regiones o autonomías. En algunos países, como Austria, Finlandia o Suecia, los gobiernos regionales pueden determinar sus prioridades, mientras que en otros como España, Francia o Irlanda, el gobierno regio-

nal asume competencias en la provisión, fundamentalmente. En cualquier caso, este nivel adopta decisiones que racionalizan el gasto en asistencia sanitaria en un grado importante al decidir cuánto se gasta en atención hospitalaria, atención primaria, salud mental y atención sociosanitaria.

- **En el nivel de centro.** El hospital o el centro de salud puede tomar decisiones sobre el crecimiento o no de un servicio, de una especialidad o de una técnica frente a otros, y entonces está racionalizando la asistencia, como también lo hace cuando trata de obtener del mercado y de los factores de producción de que dispone, el máximo rendimiento posible en términos de producción de actuaciones sobre salud.
- **En el nivel clínico.** Un médico decide hacer una técnica exploratoria u otra, o las dos, y administrar o no un tratamiento, o remitir un paciente a primaria o retenerlo en su consulta. Cuando toma estas decisiones está racionalizando la asistencia, la está administrando, y probablemente con un nivel de impacto final de una relevancia comparable a cualquiera de los dos niveles anteriores.

Con esta variada naturaleza de actores implicados en el “juego” de la racionalización, resulta frecuente que la responsabilidad sobre las consecuencias de cualquier medida discutible que se adopte sea asignada por cada protagonista al otro y viceversa, con el discurso de la insensibilidad presupuestaria y asistencial a cuestiones sociales, cuanto más cerca se está del clínico.

Parece claro que vamos a tener que convivir con el fenómeno de la racionalización durante nuestra vida profesional, de una manera cada vez más explícita, y de manera cada vez más

exigente e intensa. Ningún país se ha salvado hasta ahora, y ningún modelo elude esta necesidad.

Así las cosas, las tendencias en el futuro parece que pueden ser las siguientes:

– **En el nivel gubernamental**

1. Se tendrá que hacer explícita la jerarquía ética entre valores como la dignidad humana, las necesidades humanas, la solidaridad comunitaria y la relación coste-efectividad.
2. Se liderarán procesos de priorización más explícitos a través de protocolos de consenso guiados por clínicos.
3. Se incentivarán las alternativas a la asistencia hospitalaria, que es siempre más onerosa: promoción de salud, atención primaria, autocuidados, etc.
4. Se considerará dónde puede ser más apropiado aplicar el copago o el compartir costes con el receptor de la asistencia, incluyendo las exoneraciones de pago actuales. El copago tenderá a aumentar su presencia de manera relevante.
5. Se realizarán campañas mucho más agresivas y disuasorias de las prescripciones inapropiadas.
6. Se desarrollaran Centros Nacionales de Excelencia para determinadas tecnologías o servicios.
7. Se desarrollaran planes de control de la eficiencia de centros eliminando los focos de ineficiencia.

– **En el nivel hospitalario**

1. Se tendrán que ajustar más los

criterios de inclusión en cualquier programa de exploración o tratamiento.

2. Se deberá reducir la estancia media.
3. Se traspasará más trabajo rutinario a las enfermeras.
4. Se tendrá que mejorar la acreditación y autonomía del médico general con el fin de aumentar su resolutiveidad.
5. Se tenderá a disponer de servicios de referencia y no hospitales de referencia.
6. Se controlará de manera mucho más ajustada la introducción de nuevas técnicas y tecnologías.

– **En el nivel clínico**

1. Se tendrá que informar mejor al paciente de las alternativas terapéuticas disponibles a elegir.
2. Se tendrá que involucrar al paciente en las decisiones que se adopten que comporten prioridades.
3. Se tendrá que involucrar al paciente en planificar y desarrollar su propio cuidado.
4. Los comportamientos clínicos se tendrán que ajustar mucho más a patrones preestablecidos sobre bases científicas y éticas.

3. Transferencia de la responsabilidad hacia abajo

Existe la tendencia generalizada en toda Europa de transferir a niveles inferiores la responsabilidad sobre las decisiones a adoptar en asistencia sanitaria. Esta tendencia se materializa

en los diferentes niveles en los que tienen lugar las tomas de decisiones y parece impararable que eso siga siendo así.

Los gobiernos centrales de los países (como España) transfieren competencias asistenciales a las regiones (comunidades autónomas). En Europa, la responsabilidad de los ayuntamientos es ya relevante; en España no tanto, de momento, aunque ya se empieza a hablar de la segunda descentralización.

En cualquier caso, los gobiernos regionales están transfiriendo responsabilidades a los propios centros proveedores de servicios. Alguno de estos centros, por ejemplo, gestiona muchos más recursos que una consejería del gobierno entera, y parece evidente que se pase de administrar a gestionar esos recursos.

Por su parte, desde los órganos de decisión de los centros asistenciales, se está tratando de descentralizar un buen número de decisiones al nivel inferior, que pueden ser los servicios, o los centros de salud, o incluso, las secciones. Una muestra de esto último son los institutos o áreas clínicas. Pero no queda ahí el proceso. Incluso en el servicio, existe la tendencia a transferir responsabilidades al clínico, en la ejecución de las denominadas vías clínicas (*pathways*).

La palabra clave en toda esta tendencia, que ya se ha mencionado más arriba es *descentralización*, entendida de la siguiente manera: "Proceso de transferencia de toma de decisiones estructurales y operativas de toda índole a un nivel organizativo inferior, para estimular así su implicación y aumentar la eficiencia del sistema, tomando siempre en cuenta las condiciones propuestas por el nivel descentralizador".

Este proceso de descentralización es la expresión del reconocimiento de que las decisiones que condicionan la viabilidad de los sistemas de salud se adoptan de manera repartida entre los diferentes niveles, y no en exclusiva, por ninguno de ellos. La adecuada asignación de responsabilidades aún no se ha encontrado, y todo parece indicar que en el entorno europeo están aún demasiado centralizadas. Algo de lo que se habló más arriba es igualmente expresión de esta descentralización: el clínico, por su parte, debe tratar de transferir más responsabilidades al paciente sobre su salud y la manera de mantenerla o recuperarla.

Por tanto, cabe esperar que el proceso de descentralización continúe.

Ello tendrá sin duda consecuencias en nuestra práctica diaria. Ya estamos viviendo alguna de ella, si se quiere con carácter aún muy tímido: la implantación de la gestión clínica es quizá la más conocida, y el *managed care*, que dicen los americanos y que propugnan los británicos será su máxima expresión en los próximos diez años.

Así, en un futuro no muy lejano, la dirección estratégica de los hospitales dejará de estar en manos del equipo directivo, y pasará a diseñarse un órgano de gobierno superior, colegiado, donde clínicos, representantes del gobierno central y municipal y pacientes estarán representados. Estos órganos podrán tomar decisiones relevantes sobre el manejo de la asignación presupuestaria que las haya correspondido, decisiones de cuya ejecución sí será responsable la dirección del centro.

Por su parte, los servicios deberán desarrollar capacidad de gestión de recursos y familiarizarse con cuestiones que hasta ahora eran patrimonio (y responsabilidad) de la dirección.

Al igual que hoy en día existen contratos de gestión entre el gobierno y los hospitales, es inminente la implantación de auténticos contratos entre la dirección del centro y los servicios.

Conclusiones

La organización en la provisión de la asistencia sanitaria es sumamente compleja cuando de ella se espera la consecución de objetivos tan ambiciosos como los pretendidos por los gobiernos de los países desarrollados de Europa: cobertura universal, equidad y calidad de las prestaciones.

Esta complejidad obliga al sistema a estar en permanente revisión y adaptación a un entorno económico en el que las dificultades son consustanciales, recientes y variantes.

De la observación del contenido final de las reformas sanitarias que en los países europeos se están llevando a cabo, y en los que España juega un papel relevante como inspiradora de

muchas de ellas, se detectan tres tendencias que en el futuro impregnarán la vida profesional de la asistencia, trabajo en el nivel que trabaje.

Por un lado, asistiremos a una creciente introducción de medidas y herramientas hasta ahora exclusivas de la iniciativa privada, en la gestión de la provisión. Serán auténticas medidas de mercado, dentro de un sistema público.

Por otro lado, la sociedad en su conjunto, y con ella el sector de la asistencia sanitaria tendrá que afrontar la necesidad de racionalizar más el uso de los recursos disponibles, estableciendo colectivamente los patrones de buenas prácticas que se estimen convenientes, y haciéndose cumplir.

Por último, es de prever que el nivel de toma de decisiones importante vaya descendiendo en todo el sistema, siendo el último el propio paciente. Los profesionales tendremos que familiarizarnos con el manejo de decisiones que trascienden de los puramente clínicos para entrar de lleno en la gestión.



Los mayores en Europa

Guerrero Fernández M
Polaris Senior

Resumen

El envejecimiento poblacional de la Unión Europea y las necesidades que de él se derivan es uno de los problemas de mayor calado social y económico, al que nos enfrentamos los ciudadanos y los gobiernos de los países de la Unión Europea.

La ONU declaró 1999 año internacional de las personas mayores, con la filosofía de que fuera un punto de encuentro entre las generaciones. Hace un siglo no había mayores. La ancianidad es un fenómeno singular reciente, y es, a su vez, consecuencia del progreso y el desarrollo. Se trata, sin duda, de uno de los grandes éxitos de las sociedades desarrolladas de finales del siglo XX.

El informe de la Comisión de las Comunidades Europeas del año 1996, establece que en la Unión Europea, en el período 1995-2025, la población activa disminuirá en 13 millones y los mayores de 65 años se incrementarán en 37 millones, un 50% más que los actuales. En España, actualmente hay más de 6.750.000 ciudadanos con más de 65 años, tres millones más que en el año 1970 y alrededor de 36.000 personas sobrepasan cada mes el umbral de los 65 años.

La cobertura de las necesidades de los mayores, bien de tipo social, sanitario, o sociosanitario, determinadas por el nivel de dependencia o por la necesidad de pensión por jubilación, han abierto un importante debate sobre la magnitud y responsabilidad de las prestaciones y su financiación.

El envejecimiento de la población tiene un impacto multifactorial: sanitario, económico, social, cultural, y sobre todo en el propio hogar y en la familia. Todos los países europeos y la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa han creído necesario establecer políticas a corto, medio y largo plazo para dar respuesta a las necesidades sociales, al impacto que tienen los mayores en los servicios sanitarios, al modelo de prestación de servicios sanitarios y sociosanitarios, al modelo asegurador de las dependencias, al sistema de pensiones, sin comprometer los derechos existentes, para evitar que la vejez se asimile a la pobreza.

Palabras clave: Mayores. Europa. Dependencia.

Recibido: octubre 2003

Abstract

Ageing of population in the European Union and necessities created by it, is one of the problems of higher social and economic importance that citizens and governments of different countries in the European Union have to face.

UN declared 1999 International year for Older people, in order to be a meeting point between different generations. One century ago there were no old people. Old age is a recent phenomenon, and is, at the same time, consequence of progress and development. There is no doubt that it is one of the greatest achievements of societies developed at the end of the 20th Century.

A report of the commission of European Communities from 1999, states that in The European Union and for the period of time from 1995 to 2025, working population will decrease in 13 million and people older that 65 years will increase in 37 million, 50% more than nowadays. In Spain, there are currently more than 6.750.000 citizens over 65, three million more than in the year 1970 and around 36.000 people a month cross this age line.

Care for necessities of elderly people, either social, medical or social and medical, that are determined by a level of dependency or need of a retirement pension, have created a very important debate on the magnitude and responsibility of benefits and financing.

Ageing of population has an impact on different factors: medical, economical, social, cultural, and overall on the family. All European countries and Parliamentary Assembly of the Council of Europe think its necessary to set short and long term policies in order to give an answer to social needs, the impact that elderly people have on health services, health care model, insurance model of dependencies, pension system, without compromising rights in existence, in order to avoid ageing being considered as poverty.

Keywords: Elderly. Europe. Dependency.

Introducción

Uno de los grandes retos que el entorno social presenta en el mundo occidental es el envejecimiento de la población, junto con los flujos migratorios entre diferentes partes de la población mundial. Si en este siglo definiéramos nuestra sociedad, tendríamos que establecer qué es la sociedad de los mayores. El envejecimiento es el fenómeno social colectivo más importante del siglo XXI, debiéndose afrontar como un desafío y no como un problema. La

ONU declaró 1999 como el año internacional de las personas mayores, con la filosofía de que fuera un punto de encuentro entre las generaciones.

El informe de la Comisión de las Comunidades Europeas del año 1996 establece que en la Unión Europea, en el período 1995-2025, la población infantil disminuirá en diez millones. La población activa disminuirá en trece millones y los mayores de 65 años se incrementarán en 37 millones, un 50% más que los actuales.

El envejecimiento que se está registrando en la población de la Unión Europea y las necesidades a cubrir que de él se derivan, es uno de los problemas de más calado social y económico al que nos enfrentamos los ciudadanos y los gobiernos de los países de la Unión Europea. De esta forma, las nuevas expectativas de vida muy ampliadas, unidas a una clara disminución de la natalidad han conducido a una fractura demográfica en el área mediterránea, sin precedentes hasta el momento actual.

El descenso de la natalidad y el aumento de la esperanza de vida obligan a Europa a afrontar el envejecimiento de su población como un hecho real con consecuencias importantes. De hecho, se estima que uno de cada tres europeos tendrá más de 60 años en el año 2050 y que habrá dos mayores por cada niño.

El envejecimiento en Europa puede reunirse en el siguiente principio: hay más personas mayores porque llegan más supervivientes a la edad de 65 años, como consecuencia del descenso de las mortalidades infantil y general, y hay más envejecimiento porque hay menos jóvenes, como consecuencia de la tasa de fecundidad. La tasa media de natalidad en la mayoría de los miembros del Consejo de Europa es de 1,4 hijos por mujer, lejos del 2,1 necesario para asegurar el cambio generacional. A su vez, es evidente que después de la jubilación a los 65 años, el umbral de la vejez tiende a alejarse, veinte años para las mujeres y 16 años para los hombres, dependiendo del papel que los mayores ocupen en la sociedad en la que viven.

En 1970, había en España 3.300.000 personas con más de 65 años. En 2001, la cifra superaba los 6.750.000. En poco más de treinta años, habrá 3.450.000 personas mayores más que en 1974,

cuando el índice de envejecimiento era del 9,8 por ciento. En 2001 estaba ya en torno al 17 por ciento.

Como regla general en Europa, el mayor número de mayores vive en las ciudades. En España son urbanos 4,2 millones de mayores, mientras que tan solo dos millones son rurales.

El envejecimiento de la población tiene un impacto multifactorial: sanitario, económico, social, cultural, y sobre todo en el propio hogar y en la familia. Todos los países europeos y la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa han creído necesario establecer políticas a corto, medio y largo plazo para dar respuesta a las necesidades sociales, al impacto que tienen los mayores en los servicios sanitarios, al modelo de prestación de servicios sanitarios y sociosanitarios, al modelo asegurador de las dependencias y al sistema de pensiones, sin comprometer los derechos existentes, para evitar que la vejez se asimile a la pobreza.

La cobertura de las necesidades de la tercera edad, bien de tipo social, sanitario, o sociosanitario, determinadas por el nivel de dependencia o por las pensiones por jubilación, han abierto un importante debate, sobre la magnitud de la cuestión y la responsabilidad de las prestaciones y su financiación. A su vez, la integración y la participación de los mayores en el mundo activo se ha convertido en una reivindicación de los mayores y en una necesidad económica y social, con la filosofía de favorecer estrategias a favor de los mayores, garantizando sus derechos fundamentales y reforzando la solidaridad entre generaciones.

Por otra parte, el análisis e impacto de las dependencias producidas por envejecimiento patológico constituye, probablemente, uno de los mayores retos de la sociedad actual, al que de-

ben dar respuesta adecuada los poderes públicos y la propia sociedad.

Podemos centrarnos en algunos de los impactos del envejecimiento en la sociedad europea:

- La salud de los europeos mayores.
- Los mayores en los servicios sanitarios.
- Los modelos de atención sociosanitaria.
- El planteamiento social ante los mayores.
- La atención a la dependencia en Europa.

La salud de los europeos mayores

En general, la salud mundial ha mejorado en las últimas décadas. Así, la esperanza de vida a comienzo del siglo pasado era de cuarenta años, casi como desde el comienzo de la humanidad y actualmente ronda los 68 años. En nuestro país llega a los ochenta años. A ello no solo han contribuido la ciencia médica, sino también la organización sanitaria, la salud pública, las condiciones de vida y sobre todo la cultura, la educación y la alimentación.

La esperanza de vida para quien alcance los 65 años se sitúan 16 y 20 años más de vida, según sean hombres o mujeres respectivamente. La mujer europea tiene asegurada su viudedad media en cuatro a siete años, como consecuencia de su menor mortalidad de esta manera se llega a la feminización del envejecimiento, donde las mujeres viven más pero en ellas son más frecuentes las discapacidades.

Tradicionalmente, la vejez se ha relacionado con la enfermedad¹⁻³, la dependencia y la falta de productividad. Sin

embargo, el nuevo paradigma debe de considerar a las personas mayores como participantes activos de la sociedad y beneficiarios del desarrollo. En consecuencia, es conveniente separar el envejecimiento fisiológico del envejecimiento patológico.

Por ello, la tasa de mayores de 65 años comienza a no ser un buen indicador para el análisis de las necesidades sociosanitarias, sino el porcentaje de los mayores de 75 años, edad en la que empieza a mostrarse la fatiga biológica. Los mayores de 75 años han crecido en un 28% en los últimos diez años y es en este segmento de edad donde comienzan a aparecer las discapacidades y la dependencia⁴⁻⁹.

Según la Encuesta Nacional de Salud Española del año 1997, la salud percibida se define como la valoración global, o el conjunto de percepciones, que las personas tienen sobre su estado de salud. La valoración del estado de salud refleja, fundamentalmente, la capacidad de la persona para desenvolverse en su vida cotidiana, más que el estado de salud objetivo.

Es evidente que la evolución que la persona hace de su estado de salud depende, en cierto modo, de factores socioculturales, pero también de características psicológicas e individuales. La variable que más se relaciona con la percepción de la salud es haber tenido algún problema que haya limitado la actividad de la persona durante más de quince días.

Por otra parte, la salud percibida ha demostrado ser un indicador aunque personas con un estado de salud objetivo similar, perciben su salud de forma diferente.

Pues bien, en diferentes estudios se ha podido comprobar que las personas mayores aceptan ciertos síntomas, li-

mitaciones o enfermedades crónicas como propias del envejecimiento normal, lo que les lleva a tener una salud percibida más positiva de lo que cabría esperar si se tiene en cuenta la morbilidad de los mismos. Esto podría explicar que exista una relación negativa entre salud percibida y edad, hasta la edad de 52 años, y a partir de esa edad, la misma no influye de forma significativa en la salud percibida^{3,8}.

En España, según el IMSERSO, el 40% de los mayores declara tener buena o muy buena salud, mientras que un 20% declara tener mala o muy mala salud. A su vez, las mujeres declaran tener peor estado de salud, aunque la mortalidad en ellas es inferior. Aunque, como es lógico, las tasas de mortalidad aumentan con la edad, parece existir un proceso de ralentización del proceso en los muy mayores, siendo esta circunstancia objeto de múltiples estudios⁸⁻¹⁰.

Según la Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, realizada por el Instituto Nacional de Estadística, en 1999, el 35% de los hombres y el 65% de las mujeres mayores de 65 años presentan algún tipo de discapacidad, que es severa en el 50% de los casos. Es decir, en España tres millones y medio de personas sufren algún tipo de discapacidad o son dependientes, lo que afecta a más de ocho millones de familias. De los tres millones de discapacitados, dos son mujeres.

Según la mencionada encuesta, las deficiencias más frecuentes son las que afectan al sistema osteoarticular, seguidas de las visuales y auditivas, afectando solo el 6% a las del sistema nervioso.

En la Unión Europea, la dependencia afecta a más de 40 millones de ciudadanos, que se incrementarán hasta los

50 millones con los diez países a incorporar a la Unión, con una distribución similar a la expresada por la encuesta española de 1999.

Los mayores en los servicios sanitarios

Algunas investigaciones sobre la utilización de los hospitales por parte de los ciudadanos de más de 65 años han puesto de manifiesto que la frecuencia de los ingresos de pacientes de 65 años o más en los hospitales, se acerca a la mitad de la casuística total, y que la de los mayores de 75 años superan el 20% del total, aceptándose que se ha incrementado el número de hospitalizados mayores de 64 años, debido a su mayor presencia en la población general, pero también por el incremento de la tasa de hospitalización en este grupo de edad^{4,5,8}.

A su vez, en el análisis cualitativo de los ingresos de más de 65 años se observa una mayor complejidad, severidad y comorbilidades, con mayor número de días de estancia hospitalaria. Sin embargo, la tendencia hacia una mayor complejidad a medida que aumenta la edad del paciente, que ingresa en los hospitales de agudos, no se ha podido poner en evidencia cuando se analizaron los subgrupos de 65 a 74 años, de 75 a 84 años y más de 84 años. Los problemas cardiológicos suponen el 21% de los ingresos, los respiratorios el 18% y los accidentes cerebrovasculares el 9%.

Cuando se evalúa el riesgo social al ingreso en los hospitales de Murcia¹¹ en los mayores de 75 años hospitalizados, lo encontramos en el 8,5% del total. El 41% de ellos vivían solos, a pesar de que el 87% tenían patología potencialmente incapacitante a corto plazo. Llama la atención que con un panorama como el descrito, el 62% de

las altas se dirigieron al domicilio propio.

También podemos afirmar que el envejecimiento de la población ha generado un incremento de las frecuentaciones de los mayores de las puertas de urgencias de los hospitales europeos. De tal forma que, más del 40% de las urgencias hospitalarias en los grandes hospitales corresponden a pacientes de más de 65 años.

El 76% de la factura farmacéutica del Sistema Nacional de Salud es consumida por los pensionistas, no todos ellos mayores. El gasto por persona protegida supera los doce euros al mes, ascendiendo a 33 euros en el caso de los pensionistas. Se afirma que el 30% del gasto en Atención Primaria, el 48,5% del gasto farmacéutico y el 47% del gasto de Atención Especializada se dedica a los mayores de 65 años. Además, los mayores de setenta años consumen, según el Ministerio de Sanidad y Consumo, el 40% del total del gasto sanitario.

A su vez, la prestación de cuidados de larga duración a los mayores dependientes consume el 0,6% del PIB actualmente, unos 3.000 millones de euros, aunque debería de pasar a 11.000 millones en los próximos treinta años, a un ritmo de crecimiento de 270 millones de euros adicionales cada año, según el informe de la Fundación Lilly (junio de 2003).

A pesar de esta realidad, estudios como el de Lubitz y Riley¹⁰ y los de Casado Marín¹² expresan, en sus conclusiones, que solo una pequeña parte del aumento del gasto sanitario se puede atribuir al envejecimiento poblacional. En el estudio de Liao (Jama 2000) las personas que sobreviven pasados los 85 años tienen mejor calidad de vida en el año previo a la muerte que aquellas que murieron antes de cumplir los 85 años.

Podríamos adentrarnos en la hipótesis de que el aumento de la utilización hospitalaria por las personas mayores en los países desarrollados es la opción de una sociedad que aspira a una mayor longevidad y calidad de vida, no una consecuencia directa del envejecimiento poblacional¹³.

Aunque corresponde con los 65 años, la edad de jubilación desde que se estableció en Alemania hace más de un siglo, cuando la esperanza de vida era 35 años inferior a la de hoy, es a los 75 años cuando la biología humana empieza a mostrar signos de fatiga y se presentan las enfermedades crónicas. A su vez, se espera un incremento del 28% de personas mayores de 75 años hasta el año 2010, por lo que los estudios sobre el impacto de los mayores en los servicios sanitarios se están centrando en los mayores de 75 años.

Los modelos de atención sociosanitaria

El envejecimiento de la población, como reto social, afecta a las decisiones de políticos, profesionales sanitarios y sociólogos. Todo el mundo coincide en que el envejecimiento de la población es el nuevo paradigma al que se enfrentan las sociedades desarrolladas, para garantizar la atención a los problemas de dependencia. Nadie tiene soluciones completas ante el problema sociosanitario actual, solo el compromiso de los ciudadanos, de los políticos y de los profesionales y de la sociedad, en general, para afrontar este enorme paradigma.

Es evidente que el problema de la atención integral a los ciudadanos dependientes debe abordarse de forma amplia, con el concurso colectivo: público y privado, incluso con el siste-

ma de cofinanciación y copago o de participación del usuario en los gastos del servicio con la complementariedad como objetivo. En este sentido, se enmarcan los seguros de dependencia para cubrir las dependencias que afectan al 34% de los mayores de 65 años, en grado leve al 62%, en grado moderado al 24% y severo en el 12%.

Una de las obligaciones políticas es el acuerdo para la ayuda y el desarrollo de un Sistema de Protección Social, en el que se abogue por una jubilación flexible y gradual, donde la previsión de la jubilación no impida una presencia social activa de los ciudadanos. Otro compromiso político es la apuesta por la formación y la educación sociosanitaria en todos los ciclos formativos, así como la inversión en investigación sobre el envejecimiento, no solo epidemiológica, sino también básica, clínica y social.

Un modelo sociosanitario debe abarcar la prestación de forma integral y coordinada de los servicios sanitarios y sociales, bien de carácter temporal o permanente, donde los principales usuarios son las personas con alto nivel de dependencia, con la filosofía de garantía del ciclo vital. El modelo ha de ser escalonado, integrador, continuo, accesible y debe tener definida la tipología de los usuarios¹³⁻¹⁷.

En definitiva, la atención sociosanitaria se constituye como el gran espacio existente entre el hospital de agudos y la atención básica, teniendo como referente el domicilio y la familia, donde debe caber la atención domiciliaria, los cuidados paliativos, la teleasistencia y las nuevas tecnologías de la información, para garantizar la asistencia inmediata en el domicilio, con autonomía y seguridad.

El planteamiento social ante los mayores

En 1993, la Fundación Europea para la mejora de las condiciones de vida y del trabajo publicó un informe sobre los cuidadores familiares de la Comunidad Europea. Según el citado informe, la familia constituye la base de la prestación de cuidados a las personas mayores y discapacitadas en toda Europa, pero este hecho es ignorado o no reconocido por la sociedad en general.

La familia en sus variadas fórmulas ha desempeñado y sigue siendo un pilar tradicional y fundamental en la calidad de vida de las personas mayores, a través del soporte y de la ayuda. Sin embargo, la sociedad europea, con diferencias entre los países, ha cambiado y el problema de la dependencia que antes se afrontaba en el seno de las familias y en concreto de las mujeres, ahora empieza a considerarse como un problema social y político.

El modelo de atención a los mayores en muchos países europeos, como en España, es de tipo informal. El 80% de los mayores dependientes está al cuidado de sus familias. El cuidador informal suele ser una mujer de entre 45 y 65 años, sin trabajo y sin estudios superiores que dedica más de cinco horas diarias al cuidado de los mayores. Pero la familia no puede hacerse cargo de todo ya que la prestación de cuidado puede prolongarse durante mucho tiempo y ser muy intensa, sobre todo por las condiciones de vida de muchas familias de zonas urbanas, donde conviven circunstancias como grandes distancias, viviendas de dimensiones exiguas y la necesidad de trabajar de ambos cónyuges. Por otra parte, los índices de cobertura de servicios domiciliarios en España son los más bajos de Europa y nuestro porcentaje de gasto social, según la So-

ciudad Española de Geriátría y Gerontología, es de siete puntos por debajo de la media europea.

Una aportación llevada a cabo en las propuestas del Foro de ONGs de Madrid de mayo de 2002, es contemplar las relaciones intergeneracionales, afectivas y familiares, como una garantía de la cobertura social, enmarcado en el concepto de ecología humana, en la medida en que el envejecimiento es un proceso que concierne a todas las generaciones, aplicando, de esta forma, una perspectiva intergeneracional, ya que las personas mayores disponen de una experiencia que compartir con las generaciones más jóvenes. Son el nexo entre el pasado y el presente y constituyen un recurso clave para dar continuidad a los valores culturales.

En suma, son muchas las necesidades que no pueden resolverse salvo con voluntades y personas generosas. Son precisos los movimientos ciudadanos: los voluntarios y las asociaciones de personas, que entiendan el envejecimiento como un logro y no como un problema, fomentando las relaciones intergeneracionales, estableciendo un aprendizaje permanente sobre el envejecimiento.

Además, casi la mitad de los ancianos que viven en las grandes ciudades aseguran sentirse solos, y, los jóvenes, en general, muestran desinterés por el problema.

Preparar a la sociedad para que la ancianidad y la dependencia se acepten como una etapa vital y no como una carga social, y a la vez para favorecer que los mayores opinen respecto a su estado de salud y participen en las decisiones, establezcan los mejores hábitos saludables y se integren en la sociedad como miembros de propio derecho, es el gran reto. Es, sin duda, una herramienta para aprender

a vivir, convivir y tolerar el hecho innegable del envejecimiento.

Se trata de educar para aceptar que los mayores no están en una etapa de decadencia, sino en una etapa vital con miles de posibilidades, eludiendo el rechazo social como estrategia.

La atención a la dependencia en Europa

El Consejo de Europa definió a las personas dependientes como aquellas quienes por razones ligadas a la falta o pérdida de capacidad física, psíquica o intelectual tienen necesidad de una asistencia o ayuda relevante de otra persona para la realización de las actividades de la vida diaria.

Los modelos actualmente vigentes en los países europeos tienen diferentes estructuras de protección a la dependencia, habiéndose establecido un gran debate sobre qué es atención y qué son cuidados, en las necesidades de las personas mayores.

En el caso de Alemania, con una cuarta parte de la población con más de sesenta años y con más de dos millones de ciudadanos con necesidades de cuidados, se estableció, en el año 1995, un programa de seguro para cuidados de larga duración, el PSCLD, como una rama independiente del sistema de seguridad social y como un seguro privado y obligatorio. De esta forma, en Alemania, todos los seguros de salud legales tienen un fondo para un seguro de cuidados de larga duración, para cubrir con ello la atención a las dependencias como una continuación del seguro sanitario. Se tiene derecho al seguro, cuando en los últimos seis meses se ha necesitado una ayuda considerable para llevar a cabo las actividades normales de la vida diaria: higiene per-

sonal, comida, movilidad y labores domésticas.

En el caso de Francia, donde existen más de cuatro millones de personas con más de 75 años, la medición de la dependencia se lleva a cabo a través de una parrilla nacional que clasifica a las personas dependientes en seis grupos, con sistema de financiación establecido por la seguridad social francesa y por las colectividades locales.

En el Reino Unido, los servicios sociales se encuentran claramente diferenciados de los servicios sanitarios. El sistema de protección procede del siglo XIX y fue reorganizado en el año 1968. La Ley de Cuidados Comunitarios de 1990 da a las autoridades locales el presupuesto y la responsabilidad, considerando la necesidad de cuidados, tras el fracaso de la familia.

En los países escandinavos, donde más presupuestos se dedican a gastos sociales, en relación con el PIB de los diferentes países, y en los que como media, un tercio de los gastos sociales se utiliza en pensiones y en servicios para los mayores, y en que los servicios para los mayores corresponden a la mitad del gasto social, la prestación de los servicios es una responsabilidad de los gobiernos locales y las fuentes de financiación vienen a través de los impuestos, siendo una combinación entre lo público y lo privado.

Citas bibliográficas

1. Compañ L, Portella E. El impacto del envejecimiento en la utilización de servicios sanitarios. *Todo Hospital* 1994; 106: 13-17.
2. Guerrero M, Alfonso JL, Sanchis B, Prado MJ. ¿Utilización hospitalaria y ancianidad creciente en el usua-

rio atendido? *Gac San Barc* 1992; 29: 62-66.

3. Gornemaun I, Zunzunegui. Incremento en la utilización de servicios hospitalarios por las personas mayores de 55 años: envejecimiento poblacional y respuesta del sistema de servicios de salud. *Gac Sanit* 2002; 16: 156-159.
4. Guerrero M, Garí J, Alfonso JL, Ibarra JM, Raduán J, Rodríguez P. Análisis de las altas hospitalarias en la población anciana. *Todo Hospital* 1996; 125: 37-40.
5. Guerrero M, Gari J, Serrano M et al. The elderly in acute-patients hospitals. En: *Hospital Management International*. London 1994: 243-244.
6. Ibarra LM, Guerrero M, Rodríguez P, Raduan J, Ferrándiz R. Análisis de las altas hospitalarias de ancianos en un hospital de agudos. *Rev Gerontol* 1996; 6: 106-113.
7. Fernández F et al. ¿Hay que ingresar en los hospitales de agudos a los mayores de 75 años? *Rev Clin Esp* 1987; 181: 527-529.
8. Guerrero M, Garí J, Veny J, Berlanga R. Impacto de la población de más de 75 años en un hospital de agudos. *Med Clin Barcelona* 1992; 1192; 36:53.
9. Orfila F, Ferrer M, Lamarca R, Alonso J. Evolution of self-rated health status in the elderly: cross-sectional vs. longitudinal estimates. *J Clin Epidemiol* 2000; 53: 563-570.
10. Lubitz JD, Riley GF. Population aging and the growth of health expenditures. *Journal of Gerontology and Social Sciences*. 1995; sup 47: s 98-s104.

11. Castellote FJ, Campillo HV y Navarro D. Riesgo social al ingreso hospitalario en mayores de 75 años. *Todo Hospital* 2001; 180: 611-616.
12. Casado Marín D. Los efectos del envejecimiento demográfico sobre el gasto sanitario: mitos y realidades. *Gac Sanit* 2000; 15: 154-163.
13. Guerrero Fernández M. Los Servicios Sanitarios en el actual entorno sociosanitario. *Gestión Hospitalaria* 2002; 13: 49-52.
14. Arbelo López de Letona A, Martín R. Hospitales geriátricos y/o larga estancia: presente y futuro. *Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios* 2002; 3: 107-115.
15. Peñalver R. Atención Sociosanitaria. *Administración Sanitaria* 1999; 11: 389-392.
16. Lozano Yagüe T. Una metodología para la identificación de necesidades sociosanitarias en personas mayores. *Administración Sanitaria* 2001; 17: 99-114.
17. Gorrongoitia IA, Ibáñez PF, Olaskaga A. Autopercepción de salud en el anciano: relación con algunas variables socioeconómicas y de salud. *Atención Primaria* 1992; 10: 771-776.

Normas para autores

La "REVISTA GESTIÓN Y EVALUACIÓN DE COSTES SANITARIOS" es una publicación trimestral de la Fundación Signo que fomenta y favorece la comunicación en el terreno de la gestión.

El objeto y fines de la Fundación son la promoción y financiación de propuestas encaminadas a mejorar la gestión y evaluación de costes sanitarios que a ser posible impliquen una actividad interhospitalaria, multicomunitaria y multidisciplinaria.

Remisión de documentos

Se enviará el manuscrito completo –texto e ilustraciones– en soporte papel y una copia en soporte informático especificando el nombre del archivo y el programa utilizado a:

FUNDACIÓN SIGNO. C/Sor Ángela de la Cruz 24, esc B, 6º J, 28020 Madrid.
www.fundacionsigno.es • e-mail: secretaria@fundacionsigno.com

Documentos anexos

- Fecha de envío.
- Formulario anexo de declaración de autoría y cesión de derechos.
- Permiso de publicación por parte de la Institución que ha financiado la publicación.
- En su caso, permiso de reproducción parcial (texto, tablas e ilustraciones) de otros trabajos solicitados al autor y a la editorial responsable de la publicación.

Tipos de artículos

1. Cartas al Director: Se emiten opiniones sobre un artículo publicado en la Revista o aportan información nueva, relevante y abreviada sobre una amplia gama de temas. El título debe reflejar con exactitud el tema central de la carta, que se encabezará con la fórmula "Señor Director".

2. Fundación Signo: Trabajos de gestión o de análisis y puesta al día de las actividades y proyectos propios de la Fundación.

Son propuestos bien por el Patronato de la Fundación bien por el Comité de Redacción a responsables de las diferentes áreas de gestión.

3. Artículos:

- *Originales:* Trabajos de Investigación relacionados con la gestión y evaluación de costes en el ámbito sanitario.
- *Casos:* Debido a sus características especiales, objetivos y resultados muy concretos pueden ser publicados con mayor rapidez.
- *Revisiones:* Trabajos de análisis y puesta al día de un determinado tema desde la experiencia del autor y la revisión bibliográfica.

4. Bazar de Productos: Expositor de los productos de gestión de la Fundación, características, requisitos para su implantación y cómo conseguirlos.

Deben presentarse señalando las pautas requeridas en el formato diseñado para ello www.fundacionsigno.es

5. Puntos de encuentro: son una reunión entre expertos en un tema con la finalidad de establecer conclusiones, líneas de actuación y "productos" que mejoren la gestión sanitaria.

Las conclusiones y el debate se reflejarán en la revista Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios y en www.fundacionsigno.es

6. Otras colaboraciones: Reseñas, trabajos de opinión o actualidad que por el interés de su contenido deban ser publicados.

Presentación y estructura de los artículos

El/Los autor/es debe presentar el original mecanografiado a doble espacio en todas sus secciones (incluidas citas bibliográficas, tablas, pies de figura y notas a pie de página) en folios DIN-A4 configurados con márgenes superior e inferior de 2,5 cm (treinta líneas de 60-70 pulsaciones) y numerados correlativamente en la parte inferior central.

Cada sección del manuscrito empezará una página en el siguiente orden.

Título

Título completo (en español y en inglés), nombre completo y dos apellidos de los autores, nombre y dirección completa del centro de trabajo (dirección postal, número de teléfono, fax, e-mail).

Nombre y dirección completo del autor a quien deban enviarse la correspondencia y las pruebas. Deberá adjuntarse en hoja aparte con el fin de facilitar el envío anónimo al Comité Editorial.

Resumen y palabras clave

Recomendaciones: resumen semiestructurado, máximo 250 palabras: objetivo, métodos, resultados y conclusiones.

El número de palabras clave oscilará entre tres y cinco y deberán tener su correspondiente descriptor en el tesoro MESH (Medical Subject Headings) de las bases de datos de la National Library of Medicine.

En hoja aparte se escribirán la traducción del resumen y las palabras claves al inglés, incluyendo el título del trabajo.

Texto

La estructura del artículo será con formato IMRAD

- *Introducción:* Breve descripción del objetivo del trabajo.
- *Método:* Descripción de los mismos en detalle para que puedan ser evaluados y comprobados por otros investigadores.
- *Abreviaturas:* Mínimas posibles, las poco comunes definidas en su primera aparición.
- *Resultados:* expuestos de una forma clara y concisa, con el mínimo necesario de tablas y figuras, evitando la repetición de datos en el texto y en las figuras y tablas.
- *Discusión:* Se comentarán los aspectos novedosos e importantes del estudio y las posibles repercusiones de los resultados. Se relacionarán las conclusiones con los objetivos del estudio, evitando afirmaciones poco fundamentadas y no suficientemente avaladas por los datos.
- *Agradecimiento:* En este apartado se citará con autorización previa a las personas que han colaborado en la realización del trabajo y a las entidades que han prestado ayuda material y financiera.

Citas bibliográficas

Las citas bibliográficas se identificarán en el texto mediante números arábigos volados y en orden correlativo. Las comunicaciones personales y los datos no publicados no deberán aparecer en la bibliografía (se pueden citar entre paréntesis en el texto).

Los nombres de las revistas deberán abreviarse según la List of Journals indexed de la National Library of Medicine, URL: <http://www.nlm.nih.gov/PubMed/jbrowser.html>

El formato de las referencias bibliográficas será el normalizado por el Grupo de Vancouver: en inglés URL: <http://www.icmj.org//index.html>; en español, URL:<http://www.exlibrisediciones.com>

Tablas

Deberán escribirse a doble espacio en hojas separadas con número arábigo y un título en la parte superior y las notas explicativas al pie. Se admitirá un máximo de seis tablas.

Ilustraciones

Bajo este epígrafe se agrupan las fotografías, gráficos y esquemas con una numeración unificada. No contendrán datos repetidos en el texto.

La publicación de diapositivas y fotografías será en blanco y negro. Las fotografías de objetos y microfotografías incluirán una regla para calibrar las medidas. Los símbolos y flechas utilizadas para orientar al lector contrastarán con el fondo. En una etiqueta adhesiva al dorso se incluirá la numeración, el nombre del primer autor y una flecha que indique la parte superior. Se admitirán un máximo de seis figuras.

Información adicional

- La revista Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios dará acuse de recibo de los trabajos remitidos que serán revisados por el Comité de Redacción. La remisión de un artículo a la revista para su valoración implica una cesión de derechos de reproducción a la editorial.
- El Comité Editorial decidirá en qué sección se incluye el trabajo remitido y podrá solicitar a autores los artículos de revisión.
- Cuando alguno de los trabajos se considere de gran interés por su actualidad o contenido, el Comité de Redacción se reserva el derecho de someterlo previo acuerdo con los autores del mismo a "revisión por pares" con el fin de hacer resaltar su relevancia.
- En caso de no aceptación el Comité Editorial informará al autor de los motivos de su decisión.
- El autor recibirá cinco ejemplares de la revista después de su publicación. En caso de desear mayor número de ejemplares deberá comunicarlo por escrito a la editorial al remitir las pruebas corregidas.
- Ni el Comité Editorial ni la empresa editora garantizan los productos o servicios anunciados en la revista ni las afirmaciones realizadas por el fabricante o responsable de los mismos.

Declaración de autoría y cesión de derechos

Acerca del manuscrito titulado.....
.....
.....

Remitido para su publicación a la revista *Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios*, sus autores abajo firmantes declaran:

- Que es un trabajo original
- Que no ha sido previamente publicado
- Que no ha sido remitido simultáneamente a otra publicación
- Que todos ellos han contribuido intelectualmente en su elaboración
- Que todos ellos han leído y aprobado el manuscrito remitido
- Que en caso de ser publicado el artículo transfieren todos los derechos de autor a la Fundación Signo, sin cuyo permiso expreso no podrá reproducirse ninguno de los materiales publicados en la revista
- Que convienen que la Editorial, el Comité de Redacción o el Comité Editorial no comparten necesariamente las afirmaciones que manifiestan los autores del artículo.

Firma	Nombre	Fecha
-------	--------	-------

Firma	Nombre	Fecha
-------	--------	-------

Firma	Nombre	Fecha
-------	--------	-------

Firma	Nombre	Fecha
-------	--------	-------

Firma	Nombre	Fecha
-------	--------	-------

Firma	Nombre	Fecha
-------	--------	-------

El boletín de suscripción:

1. Permite recibir todas las revistas y suplementos de la Revista que editemos durante el año 2003.
 2. Da acceso al **Club Signo** y a todas las actividades actuales y futuras de la Fundación.
- Puede suscribirse tanto personal como institucionalmente con la garantía de que todos los ingresos obtenidos se dedicarán al apoyo de proyectos y actividades que nos ayuden a mejorar la gestión sanitaria. Una vez más, gracias por su colaboración y confianza.

suscripción revista gestión y evaluación de costes sanitarios club signo

Nombre y apellidos/Nombre entidad:		DNI/CIF.:	
Domicilio:		C.P.:	Población:
Provincia:	E-mail:	Telf.:	Fax:
Centro de trabajo:		Prof./Cargo:	

Sí deseo recibir la Revista y participar en la Fundación Signo (marcar con una cruz donde proceda).

Suscripción personal: 35 euros/año (1 ejemplar de cada revista y cada suplemento)	Suscripción institucional: 180 euros/año (Recibirá 5 suscripciones personales)
--	---

FORMAS DE PAGO

- Transferencia: N° cuenta Fundación Signo: 0075 1352 15 060 0004061**
- Domiciliación: Datos de Banco para domiciliación anual:**

Banco:				
Ciudad:				
Datos de c.c.	Entidad	Oficina	D.C.	Cuenta
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Titular:		Ruego que con cargo a mi cuenta atienda los recibos presentados por la Fundación Signo.		
		Firma:		

- Tarjeta VISA o similares:**

Titular:		Teléfono de contacto:	
Fecha de caducidad:		Número de tarjeta	
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Autorizo a la Fundación Signo a cobrar la suscripción anual previa comunicación, salvo orden expresa en contrario.		Firma:	

No dude en contactar con nosotros en FUNDACIÓN SIGNO.
C/Sor Ángela de la Cruz 24, esc B, 6º J, 28020 Madrid.
Tel.: 91 579 58 32 • www.fundacionsigno.es • e-mail: secretaria@fundacionsigno.es

