

COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS

COM(94) 83 final

Bruselas, 29 de marzo de 1994

94/0105 (COD)

Propuesta de

DECISIÓN DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO 94/0105 (COD)

por la que se adopta un plan de acción (1995-1999) de lucha contra el cáncer en el marco de la acción en el ámbito de la salud pública

(presentada por la Comisión)

COMUNICACIÓN DE LA COMISIÓN

sobre la lucha contra el cáncer dentro del marco de las acciones en materia de salud pública

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

1. El cáncer, que provoca una cuarta parte de los fallecimientos que se producen en la Comunidad Europea, siempre ha sido una de las principales preocupaciones de las autoridades nacionales responsables de la salud. Constituye, junto con los accidentes, la primera causa de muerte prematura (anterior a los 75 años). En las últimas décadas la mortalidad debida al cáncer ha experimentado un claro aumento, coincidiendo con una situación de envejecimiento progresivo de la población. Los datos más recientes (1990) muestran una incidencia anual de 1 300 000 nuevos casos de cáncer y de 840 000 fallecimientos por cáncer en la Comunidad Europea. La incidencia de los distintos tipos de cáncer aumenta rápidamente a partir de los 50 años; la edad media comunitaria de diagnóstico de un cáncer se sitúa alrededor de los 65 años. Cabe prever que en los próximos 15 años se producirá un aumento de la mortalidad debida al cáncer si no se adoptan estrategias de lucha contra el cáncer en las que se incluyan acciones eficaces de prevención y de tratamiento.
2. El aumento de la incidencia del cáncer en función de la edad explica que sólo sea posible efectuar comparaciones válidas de naturaleza cronológica o geográfica sobre grupos de población estandarizados desde el punto de vista de la edad. En dichos grupos pueden observarse dos hechos:
 - la frecuencia de los distintos tipos de cáncer, a edad constante, no ha variado sensiblemente en las últimas décadas
 - la frecuencia es mayor en los Estados miembros del norte de la Comunidad y la media comunitaria es aproximadamente un 15% menor que la de los países de Europa Central y Oriental.
3. Si establecemos cuatro grupos de edad, pueden hacerse las siguientes observaciones:
 - En los niños menores de 15 años el cáncer constituye, tras los accidentes, la segunda causa de fallecimiento, si bien la mortalidad infantil se ha reducido notablemente como resultado del progreso terapéutico.
 - Entre los 15 y los 30 años también constituye, tras las muertes violentas (accidentes y suicidios), la segunda causa de fallecimiento.
 - Entre los 30 y los 65 años es una causa importante de mortalidad.
 - Después de los 65 años constituye la segunda causa de mortalidad, a considerable distancia de las enfermedades cardiovasculares, cuya incidencia aumenta con la edad en este grupo con mayor rapidez que la del cáncer.
4. Datos recientes confirman que una parte considerable de los cánceres y de los fallecimientos por cáncer pueden estar relacionados con lo que cabe denominar modos de vida. Se ha podido determinar que un 30% de los casos de cáncer puede atribuirse al factor tabaco y que una proporción menor, aunque nada desdeñable, de los fallecimientos por cáncer guarda relación con el consumo excesivo de alcohol. Todavía no se ha establecido con precisión cuál es la importancia de los factores dietéticos, si bien se ha puesto de manifiesto su influencia (hay expertos que calculan que el 30% de los fallecimientos está vinculado a este factor). Por lo general se admite que las frutas y verduras producen un efecto protector importante en ciertos tipos de cáncer que se cuentan entre los de mayor frecuencia. La contaminación atmosférica, las sustancias contaminantes presentes en la alimentación y las radiaciones ionizantes son responsables directas incuestionables de menos de un 2% de los fallecimientos relacionados con el cáncer. Suele admitirse que el 70% de los fallecimientos relacionados con el cáncer tienen su causa en las opciones individuales que afectan a nuestros hábitos de vida y al medio ambiente.

5. El Consejo Europeo tuvo en cuenta (en mayo y diciembre de 1985) la preocupación de los responsables nacionales y de los ciudadanos comunitarios ante esta lacra y decidió crear el programa "Europa contra el cáncer", tarea ésta que a continuación pasó a manos de la Comisión Europea, el Consejo de Ministros y el Parlamento Europeo. Durante el periodo 1987-1989 se puso en marcha con éxito un primer plan de acción y, ante los resultados alentadores obtenidos, el Consejo y el Parlamento Europeo aprobaron la aplicación de un segundo plan de acción para el período 1990-1994. Ambos planes de acción han sido objeto de sendos informes anuales que la Comisión presentó de forma periódica ante el Consejo. Por otra parte, en cumplimiento de la Decisión del Consejo de 17 de mayo de 1990, la Comisión aprobó el 15 de marzo de 1993 un informe de evaluación relativo a los seis primeros años de funcionamiento del programa, presentado ante el Consejo y el Parlamento Europeo para su estudio. En su Resolución de 13 de diciembre de 1993 el Consejo reconoció la importancia de la continuación del programa "Europa contra el cáncer" y pidió la pronta elaboración de un tercer plan de acción.
6. En su Resolución de 27 de mayo de 1993 el Consejo expresó su deseo de que, al tiempo que se mantiene la continuidad con los planes anteriores, en el contenido de este tercer plan de acción se tengan también en cuenta otras acciones de la Comunidad en el ámbito de la salud pública, y en especial las que se llevarán a cabo al amparo del nuevo artículo 129 del Tratado constitutivo de la Comunidad Europea. La Comisión aprobó el 24 de noviembre de 1993 una Comunicación relativa al marco de acción en el ámbito de la salud pública en la que queda reflejada, entre otras cosas, la opinión del Parlamento Europeo y del Consejo al respecto y se sitúa la lucha contra el cáncer entre los ámbitos prioritarios establecidos por la Comisión, así como su relación con los mismos.
7. El plan de acción persigue también la complementariedad con las distintas iniciativas comunitarias, incluidas las relativas a la protección de los trabajadores en el lugar de trabajo y a la protección de los consumidores. Su objetivo principal es desarrollar el conocimiento sobre las causas del cáncer y los posibles medios de prevención. El plan contribuirá, mediante la búsqueda de una mayor difusión de los conocimientos sobre las causas del cáncer y su prevención y a través de la promoción de un mayor nivel de comparabilidad y divulgación de la información existente al respecto, a la realización de los objetivos comunitarios y también supondrá un estímulo para las actuaciones emprendidas por los Estados miembros a escala nacional. Con este fin, se recomienda la realización de 20 medidas en los ámbitos básicos de la recogida de datos, la información, la educación para la salud, la formación en materia de oncología dirigida al personal sanitario, el diagnóstico precoz y la detección, los estudios y medidas relativos a la calidad de la asistencia, y la investigación. En cumplimiento del principio de subsidiariedad recogido en la Comunicación de la Comisión COM(93) 559 de 24 de noviembre de 1993, la actuación de la Comunidad está concebida para servir de ayuda a los Estados miembros en la consecución de sus objetivos en la lucha contra el cáncer y se llevará a cabo al objeto de lograr un máximo de valor añadido comunitario.
8. La presente propuesta de Decisión del Consejo tiene en cuenta las opiniones expresadas por el Parlamento Europeo y por los Estados miembros, especialmente a la luz del reciente informe de evaluación, y refleja la experiencia acumulada por la Comisión en los dos primeros planes de acción. La propuesta recoge el principio de subsidiariedad de forma más explícita que los planes de acción anteriores. Asimismo, reconoce la existencia de diferencias en las respectivas situaciones de los Estados miembros y establece los procedimientos de consulta adecuados, así como las modalidades de evaluación apropiadas en relación con las acciones que deberán emprenderse.

Propuesta de

DECISIÓN DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO

por la que se adopta un plan de acción (1995-1999) de lucha contra el cáncer en el marco de la acción en el ámbito de la salud pública

EL PARLAMENTO EUROPEO Y EL CONSEJO DE LA UNIÓN EUROPEA,

Visto el Tratado constitutivo de la Comunidad Europea, y, en particular, su artículo 129,

Vista la propuesta de la Comisión,⁽¹⁾

Visto el dictamen del Comité Económico y Social,⁽²⁾

Visto el dictamen del Comité de las Regiones,⁽³⁾

Considerando que, en las reuniones celebradas en junio de 1985 en Milán y en diciembre de 1985 en Luxemburgo el Consejo Europeo puso de relieve el interés de lanzar un programa europeo de lucha contra el cáncer;

Considerando que el Consejo y los representantes de los Gobiernos de los Estados miembros reunidos en el seno del Consejo adoptaron el 7 de julio de 1986 una Resolución⁽⁴⁾ referente a un Programa de Acción de las Comunidades Europeas contra el Cáncer y el 17 de mayo de 1990 la Decisión 89/238/Euratom, CEEA, CEE⁽⁵⁾ por la que se adopta un plan de acción 1990-1994 en el marco del Programa "Europa contra el Cáncer";

Considerando que el Parlamento Europeo en su Resolución de 15 de diciembre de 1993⁽⁶⁾, solicitó una intensificación de las actividades en materia de lucha contra el cáncer;

(1)

(2)

(3)

(4) DO nº C 184 de 23.7.1986, p.19

(5) DO nº L 137 de 30.5.1990, p. 31

(6)

Considerando que, en la Resolución de 13 de diciembre de 1993⁽⁷⁾, el Consejo invitó a la Comisión a presentar, en su momento, un proyecto de tercer plan de acción, tomando en consideración la Resolución del Consejo de 27 de mayo de 1993, relativa a las futuras acciones en el ámbito de la salud pública y los objetivos y mejoras que figuran en el Anexo de dicha Resolución;

Considerando que la prevención del cáncer reviste un carácter prioritario para la acción de la Comunidad en el marco de la acción en el ámbito de la salud pública establecido por la Comisión, siendo compatible a su vez con las demás acciones llevadas a cabo por la Comunidad en este ámbito;

Considerando que, de acuerdo con el principio de subsidiariedad, las acciones en las materias que no sean competencia exclusiva de la Comunidad, tales como a la prevención del cáncer, solamente pueden ser realizadas por la Comunidad cuando su acción, en razón de su alcance o de sus efectos, puede realizarse en mejores a nivel comunitario;

Considerando que debería intensificarse la cooperación con las organizaciones internacionales competentes y con terceros países;

Considerando que el cáncer es una enfermedad grave relacionada con el modo de vida y que deben superarse los factores de riesgo inherentes, y en especial el tabaquismo, lo que también tendrá consecuencias para la lucha contra otras enfermedades, especialmente las cardiovasculares;

Considerando que al hacer posible una mayor difusión de los conocimientos sobre las causas del cáncer y sobre la prevención, al fomentar una mayor comparabilidad y difusión de la información al respecto, y al desarrollar acciones complementarias, especialmente en educación para la salud, el Programa contribuirá a la consecución de los objetivos comunitarios establecidos en el artículo 129 del Tratado;

Considerando que el Comité consultivo y los comités nacionales de coordinación desempeñan un importante cometido en la aplicación del Programa;

Considerando que, desde el punto de vista operativo, se deben proteger y aumentar las inversiones realizadas en el curso de los anteriores planes de acción, tanto en relación con las redes piloto europeas como con la movilización de todos los interesados en la lucha contra el cáncer;

Considerando, no obstante, que se debe evitar la posible duplicación de los esfuerzos mediante el fomento de los intercambios de experiencias y la elaboración conjunta de módulos básicos de información para el público, la educación sanitaria y la formación del personal sanitario;

Considerando que, a fin de aumentar el valor y el impacto del plan de acción, se debe proceder a la evaluación continua de las acciones iniciadas, especialmente en lo relativo a su eficacia y a la consecución de los objetivos tanto a nivel nacional como comunitario, así como proceder, en su caso, a las adaptaciones que sean necesarias;

Considerando que el presente plan de acción debe tener una duración de cinco años para disponer del tiempo suficiente para llevar a la práctica las acciones destinadas a alcanzar los objetivos fijados,

⁽⁷⁾ DO n° C 15 de 18.1.1994, p.1

DECIDEN:

Artículo 1

Se adopta un plan de acción comunitario contra el cáncer para el periodo comprendido entre el 1 de enero de 1995 y el 31 de diciembre de 1999.

Artículo 2

La Comisión se encargará de la ejecución, con arreglo al artículo 5, de las acciones que figuran en el Anexo, en estrecha colaboración con los Estados miembros y las instituciones y organizaciones que participan en la prevención del cáncer.

Artículo 3

La autoridad presupuestaria determinará los recursos disponibles para cada ejercicio financiero.

Artículo 4

La Comisión velará por que exista coherencia y complementariedad entre las acciones comunitarias que se lleven a cabo en el marco del presente plan de acción y los demás programas y acciones pertinentes de la Comunidad, incluyendo el programa de investigación biomédica y sanitaria en el marco de los programas comunitarios de investigación.

Artículo 5

En la ejecución del programa, la Comisión estará asistida por un Comité consultivo compuesto por representantes de los Estados miembros y presidido por un representante de la Comisión.

El representante de la Comisión someterá al Comité un proyecto de las medidas que deban adoptarse. El Comité emitirá su dictamen sobre dicho proyecto en un plazo que el presidente podrá fijar en función de la urgencia del asunto, procediendo, en su caso, a una votación.

El dictamen se incluirá en el acta; además, cada Estado miembro tendrá derecho a solicitar que su posición conste en acta.

La Comisión tendrá cuenta, en la mayor medida posible, el dictamen emitido por el Comité. Informará al Comité de la manera en que ha tenido en cuenta dicho dictamen.

Artículo 6

1. Se fomentará la cooperación con terceros países y las organizaciones internacionales competentes en materia de salud pública, entre ellas la Organización Mundial de la Salud y el Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer.

2. Los países de la AELC y los de Europa Central y Oriental podrán participar en las actividades que se describen en el Anexo en las condiciones establecidas en los acuerdos celebrados con la Comunidad.

Artículo 7

1. La Comisión publicará un informe anual sobre el estado de avance del plan de acción y sobre las posibilidades de financiación comunitaria en los diferentes ámbitos de acción, teniendo en cuenta los informes que elaboren los Estados miembros. Dicho informe se presentará al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social y al Comité de las Regiones.
2. El Parlamento Europeo y el Consejo evaluarán las actividades emprendidas, basándose en un informe provisional que la Comisión deberá presentar antes de fines de 1997. Al terminar el plan de acción deberá presentarse un informe global.

Hecho en Bruselas, el

Por el Parlamento Europeo
El Presidente

Por el Consejo
El Presidente

ANEXO

ACCIONES QUE DEBERÁN REALIZARSE ENTRE 1995 Y 1999

I. REGISTROS DE CÁNCER Y ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS

1. Apoyar los intercambios de información y experiencias en relación con la recogida y difusión de datos fiables y comparables para los registros de cáncer (incidencia, mortalidad e índice de supervivencia). Desarrollar y reforzar una red europea en cooperación con el Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (CIIC).
2. Apoyar la realización de estudios epidemiológicos a escala europea, la difusión de sus conclusiones en el ámbito de la identificación de los agentes carcinógenos (físicos, químicos y biológicos), los riesgos relacionados con la exposición a dichos agentes y los métodos de prevención, así como la estimación de los índices de supervivencia y las causas de discrepancia entre dichos índices de supervivencia. Apoyar, tomando como base estas conclusiones, la elaboración y difusión de recomendaciones. Continuar los estudios de grupos humanos relativos al cáncer, la alimentación y la salud (red EPIC), apoyar estudios epidemiológicos basados en la investigación del potencial preventivo de los alimentos (identificación de agentes protectores, modificación de factores alimentarios específicos, etc.) y, eventualmente, de agentes químicos de prevención.

II. PREVENCIÓN

A. INFORMACIÓN AL PÚBLICO

3. Celebrar anualmente una Semana Europea de lucha contra el cáncer.
4. Aumentar la eficacia de la comunicación de los mensajes de prevención del cáncer, especialmente de las recomendaciones que figuran en el Código europeo contra el cáncer, mediante el apoyo a la realización de acciones dirigidas a grupos específicos (personal docente, médicos de medicina general, etc.) y de proyectos piloto, estudios y análisis de las técnicas de promoción de la salud, así como de evaluaciones de las actuaciones en este ámbito.
5. Apoyar a las redes de acciones piloto de información y de intercambios en materia de prevención del cáncer, a la luz de las recomendaciones del Código europeo contra el cáncer y de las formuladas por los comités de expertos reunidos al efecto, a fin de contribuir a la proyección y a la difusión de las prácticas más adecuadas.
6. Promover campañas informativas y de sensibilización de grupos específicos de población sobre cuestiones relativas a la promoción de la salud y la prevención del cáncer, especialmente en lugares públicos y en el trabajo.
7. Estimular la elaboración de proyectos de dimensión europea sobre la prevención del tabaquismo. Evaluar la aplicación de las recomendaciones relativas al consumo de tabaco en lugares públicos, y en especial en los transportes colectivos y los centros de enseñanza. Promover una política destinada a proteger del tabaquismo pasivo a los grupos más vulnerables, en especial las mujeres embarazadas y los niños. Evaluar los efectos de las medidas adoptadas en los Estados miembros para reducir el consumo de tabaco como, por

ejemplo, el control de la publicidad directa o indirecta y la exclusión del tabaco del índice de precios, y difundir los conocimientos adquiridos a través de dichas evaluaciones. Apoyar y evaluar las acciones piloto de prevención del tabaquismo en el marco de las redes de intercambio entre los Estados miembros, como son las redes de ciudades y hospitales sin tabaco y los clubes de jóvenes, en colaboración con los profesionales sanitarios y docentes.

8. Seleccionar, difundir y evaluar el impacto de los métodos más adecuados para reducir el consumo de tabaco en los Estados miembros, en el marco de acciones piloto por las que se aplican dichos métodos en colaboración con los profesionales sanitarios. Continuar la clasificación de sustancias y preparados peligrosos, al objeto de mejorar su envasado y etiquetado.

B. EDUCACIÓN PARA LA SALUD

9. Contribuir a la concepción y aplicación de programas integrados de educación para la salud en distintos contextos, concediendo a la prevención del cáncer un papel especialmente importante. Elaborar y llevar a cabo proyectos complementarios de prevención del cáncer dirigidos a grupos específicos en diferentes contextos. Realizar evaluaciones de las iniciativas de educación para la salud, otorgando prioridad a la responsabilización del individuo en relación con la propia salud, a la prevención del tabaquismo, a la promoción de una alimentación sana y a la concienciación de los riesgos relacionados con la exposición excesiva de la piel a los rayos ultravioleta, especialmente dirigidas a los jóvenes.
10. Apoyar los intercambios de experiencias en el marco de programas integrados de educación para la salud, al objeto de mejorar la formación inicial y continua de los profesores y de los responsables de proyectos en el ámbito de la prevención del cáncer.
11. Apoyar la realización, difusión y evaluación del impacto de los materiales pedagógicos comunitarios relativos a la prevención del cáncer, en especial los experimentados en las redes piloto.
12. Realizar estudios y difundir sus conclusiones para poder mejorar el nivel de conocimiento sobre la percepción de los jóvenes de cuestiones como el cáncer, el tabaquismo, los hábitos alimentarios y los riesgos relacionados con la exposición excesiva de la piel a los rayos ultravioleta. Realizar análisis que tengan por objeto aumentar la eficacia de los programas de prevención entre niños y jóvenes.

C. FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

13. Continuar la aplicación de la Recomendación de la Comisión de 8 de noviembre de 1989 sobre la formación del personal sanitario en materia de oncología; ayudar en la creación y la evaluación periódica del impacto de las redes piloto europeas sobre formación inicial y continua en materia de oncología a los profesionales de la medicina, la enfermería y la odontología.
14. Apoyar la movilidad de los profesionales sanitarios (en especial la de los formadores), al objeto de mejorar los conocimientos teóricos y prácticos en oncología (prevención primaria, diagnóstico sistemático, en concreto del cáncer de cuello del útero y de mama, diagnóstico precoz y calidad de la asistencia) en los centros de prestigio de los Estados miembros que ofrecen una formación de alto nivel, en los casos en que dicha movilidad no quede garantizada por los programas comunitarios ya existentes.

15. Apoyar los intercambios de experiencias, así como la realización y la difusión de las recomendaciones emanadas de conferencias de consenso sobre prácticas médicas correctas y de grupos de expertos, al objeto de acelerar la difusión y aplicación de los resultados de los estudios controlados. Preparar materiales didácticos de interés europeo que tengan por objeto la mejora de la formación oncológica de los profesionales sanitarios, y en especial aquellos en los que se hace uso de programas informáticos interactivos, y evaluar el impacto de dichos materiales en el marco de redes piloto. En concreto, apoyar la concepción, aplicación y evaluación de módulos de prevención dirigidos a los profesionales sanitarios, así como de modelos de ayuda al diagnóstico y a la decisión terapéutica.

III. PREVENCIÓN MEDIANTE LA DETECCIÓN PRECOZ Y EL DIAGNÓSTICO SISTEMÁTICO

16. Apoyar la creación y evaluación de redes europeas de proyectos piloto en el ámbito del diagnóstico sistemático del cáncer de mama y del cáncer de cuello de útero, fundamentados en las recomendaciones establecidas a escala europea en materia de garantías de la calidad del diagnóstico, y apoyar la organización de reuniones que tengan por objeto estudiar la viabilidad de la ampliación a escala nacional y regional de estos proyectos piloto.
17. Apoyar la elaboración a escala europea y la difusión de una terminología y una clasificación comunes que permitan mejorar la calidad de la interpretación anatomocitopatológica, en especial de presuntas lesiones mamarias y uterinas, llevada a cabo principalmente por los especialistas en anatomía y citopatología de la Comunidad Europea.
18. Apoyar los estudios europeos relativos a la viabilidad del diagnóstico sistemático precoz de otros tipos de cáncer (próstata, piel, colorrectal y cavidad bucal), a la luz principalmente de los aspectos médicos, psicosociales y económicos.

IV. ESTUDIOS Y MEDIDAS EN MATERIA DE CALIDAD DE LA ASISTENCIA A LOS PACIENTES CANCEROSOS

19. Apoyar la realización de estudios europeos y la difusión de sus conclusiones, principalmente a través de encuentros para el intercambio de experiencias a escala europea, con el fin de aumentar el conocimiento y mejorar la eficacia de los métodos de control de calidad, tanto del diagnóstico (examen radiológico y anatomocitopatológico) como de los tratamientos (radioterapia y quimioterapia), incluidos los cuidados paliativos, teniendo en cuenta los aspectos psicosociales, especialmente los relativos a la calidad de vida de los enfermos. Difundir y evaluar las prácticas más adecuadas de garantía de calidad en el marco de redes de proyectos piloto.

V. INVESTIGACIÓN

20. Contribuir al establecimiento de prioridades en la investigación del cáncer. Apoyar la creación de un inventario de acciones de interés europeo en los ámbitos de la investigación fundamental y la investigación clínica en materia de oncología. Ayudar en el traslado de los resultados de las investigaciones fundamentales a los ensayos clínicos; redes de intercambio de información sobre ensayos clínicos en curso. Ayudar en la puesta en marcha de ensayos clínicos multicéntricos y multinacionales, con el fin de acelerar la evaluación de los nuevos métodos de asistencia.

**COMUNICACIÓN DE LA COMISIÓN SOBRE
LA LUCHA CONTRA EL CÁNCER DENTRO DEL
MARCO DE LAS ACCIONES EN MATERIA
DE SALUD PÚBLICA**

SUMARIO

I.	INTRODUCCIÓN	13
II.	TENDENCIAS DEL CÁNCER EN LOS ESTADOS MIEMBROS DE LA COMUNIDAD	15
III.	DESCRIPCIÓN DE ACCIONES YA EMPRENDIDAS A NIVEL COMUNITARIO CONTRA EL CÁNCER	20
IV.	EL PLANTEAMIENTO DE LA COMUNIDAD EUROPEA	24
	a. Objetivos y medios	24
	b. El marco de salud pública y el programa Europa contra el cáncer	25
	c. Cooperación entre Estados miembros	27
	d. Cooperación con organizaciones internacionales y con terceros países	28
V.	EL TERCER PLAN DE ACCIÓN	30
	a. Acciones prioritarias	30
	a.1. Registros del cáncer y estudios epidemiológicos	31
	a.2. Acciones preventivas específicas	32
	a.2.1. Información al público y a grupos específicos	33
	a.2.2. Educación sanitaria	34
	a.2.3. Formación del personal sanitario	35
	a.3. Detección precoz y sistemática	37
	a.4. Control de calidad en la asistencia (incluida la asistencia paliativa)	38
	a.5. Contribución a la formulación y a la difusión de la investigación	39
	b. Mecanismos de consulta y participación	40
	b.1. Comité consultivo	40
	b.2. Grupo de expertos oncólogos de alto nivel	40
	b.3. Otros grupos implicados	40
	c. Evaluación e informes	41
	c.1. Informe anual sobre la aplicación del plan de acción	41
	c.2. Evaluación por expertos independientes de las acciones y de los principales estudios apoyados	41
	c.3. Informes intermedio y global sobre la eficacia del plan de acción	42
	d. Actividades de información general	42
VI.	RECURSOS	43

I. INTRODUCCIÓN

1. La Comisión, en su comunicación del 24 de noviembre de 1993 sobre el marco de acción en materia de salud pública (COM [93]559 final), determinó un marco para futuras acciones a escala comunitaria con vistas a alcanzar los objetivos de protección sanitaria establecidos en los artículos 3 o) y 129 del Tratado constitutivo de la Comunidad Europea. El cometido de la Comunidad queda definido como refuerzo de las tareas de los Estados miembros en el área de la salud pública, asistencia en cuanto a la formulación y la aplicación de los objetivos y las estrategias, y contribución al suministro de protección sanitaria en toda la Comunidad, fijándose como objetivo los mejores resultados ya obtenidos en un territorio concreto de la Comunidad.
2. Al emprender acciones en el marco del artículo 129, la Comunidad ha de dirigirse a la prevención de la enfermedad y la protección de la salud. Con base en los criterios presentados en la comunicación de la Comisión, se ha tomado el cáncer como una prioridad de la acción comunitaria. El cáncer es una enfermedad que:
 - produce, si no se interviene, altos índices generales de muerte o muertes significativamente prematuras;
 - ocasiona una mala salud significativa, con alta morbilidad y discapacidad;
 - presenta implicaciones significativas para la calidad de vida, así como efectos socioeconómicos de gran importancia.

Tanto los datos objetivos (los índices de mortalidad y morbilidad son indicadores sanitarios) como percepciones más subjetivas confirman que el cáncer es un azote fundamental. Además, el cáncer es una enfermedad para la que existen medidas preventivas practicables, pues presenta algunos factores de riesgo relacionados con el estilo de vida. Esto viene a subrayar la importancia de mantener campañas de prevención.

3. En las últimas décadas la situación sanitaria de los Estados miembros ha estado marcada por la aparición de dos tipos de enfermedades ligadas a la forma de vida y al envejecimiento, a saber, los cánceres y las enfermedades cardiovasculares. Éstas son con mucho las causas principales de muerte entre las personas mayores de 40 años en la Comunidad, por lo que se tomaron ya muy seriamente por las autoridades sanitarias nacionales antes de convertirse, en 1985 en el caso del cáncer, en foco de la acción preventiva de la Comunidad.
4. Los cánceres son responsables de aproximadamente un cuarto de todas las muertes en la Unión Europea, con variaciones relativamente de menor importancia de un país a otro y relativamente más muertes de cáncer en los Estados miembros septentrionales que en los del sur. Durante las últimas décadas las muertes por cáncer en la Unión han aumentado mucho a causa del envejecimiento progresivo de la población, pues la incidencia del cáncer

aumenta rápidamente con la edad a partir de los 50. La edad media del diagnóstico inicial del cáncer es de aproximadamente 65 años. Los datos actuales de registros del cáncer ponen de manifiesto que esta tendencia al aumento de la mortalidad continuará en los próximos 15 años, pudiendo incluso acelerarse en ausencia de estrategias preventivas adecuadas.

II. TENDENCIAS DEL CÁNCER EN LOS ESTADOS MIEMBROS DE LA UNIÓN

5. Los más recientes datos (1990) indican una incidencia de 1,3 millones de nuevos casos de cáncer y de 840 000 muertes anuales por cáncer en la Unión Europea. Gracias a la existencia de una buena red de registros de cáncer, que cubre ahora la mayoría de Estados miembros de la Unión Europea, es posible comparar la situación epidemiológica en la mayoría de los Estados miembros.
6. Los índices de mortalidad eran siempre más altos para los hombres que para las mujeres en todos los Estados miembros, particularmente en ciertos países. En la Unión considerada en su conjunto, es un 40% menos probable que mueran mujeres por cáncer que hombres. La más alta incidencia de la morbilidad y de la mortalidad en hombres es principalmente atribuible a un consumo mayor de tabaco y de alcohol por los hombres, seguido por la exposición profesional a agentes carcinógenos y a diferencias biológicas entre los dos sexos. La causa principal de mortalidad por cáncer en hombres es el cáncer de pulmón (130 000 casos por año), seguido por el cáncer de próstata, de colon y de estómago. En las mujeres la causa principal de mortalidad es el cáncer de mama con más de 150 000 casos por año, seguido por el cáncer de pulmón, cáncer de colon, de estómago, y de los órganos genitales. Sin embargo, en ciertos países (Dinamarca, Reino Unido) donde el consumo de tabaco entre mujeres ha sido alto durante mucho tiempo, el cáncer de pulmón puede ser tan frecuente como el cáncer de mama. Hay 7 500 nuevos casos de cáncer detectados cada año en niños, y 2 500 muertes. Las formas predominantes de cáncer en la infancia son la leucemia, los cánceres del sistema nervioso (cerebro) y el linfoma.
7. Como la incidencia del cáncer aumenta con la edad, las comparaciones útiles a nivel histórico o geográfico pueden solamente hacerse en las poblaciones estandarizadas por edad. Dos hechos pueden observarse en tales poblaciones:
 - a edad constante, la frecuencia de cáncer no ha variado perceptiblemente en las últimas décadas;
 - la morbilidad de cáncer y la mortalidad de hombres es aproximadamente un 10% mayor en la Unión que en los países escandinavos y aproximadamente un 15% más bajo que en los países de Europa central y oriental. La diferencia es más grande aún con los países de la antigua U.R.S.S., donde la incidencia del cáncer ha aumentado considerablemente en las últimas décadas.
8. Para un análisis más exacto es necesario hacer lo que es práctica común en epidemiología: considerar cuatro categorías de edad. En los niños (es decir, los menores de 15 años) el cáncer es la segunda causa más frecuente de muerte, después de los accidentes. Sin embargo, en este grupo de edad la mortalidad por cáncer se ha reducido considerablemente

gracias a los progresos en la terapia de cáncer. En el grupo de edad 15-30 el cáncer es de nuevo la segunda causa más frecuente de muerte, después de la muerte violenta (accidentes o suicidios). Aquí también, la mortalidad ha disminuido considerablemente, aunque la morbilidad haya permanecido constante. En el grupo de edad 30-65 el cáncer sigue siendo una causa significativa de muerte, especialmente el cáncer de pulmón en hombres, aunque superado ligeramente por las muertes debidas a enfermedad cardiovascular. Sin embargo, en el caso de las mujeres, el cáncer de mama es la primera causa de muerte en este grupo de edad. Por encima de los 65 años, el cáncer constituye la segunda causa de mortalidad, después de las enfermedades cardiovasculares.

9. Si subdividimos los cánceres en dos grupos - los cánceres debidos al tabaco o al tabaco y al alcohol (cáncer de pulmones, de esófago, de vías aéreas superiores / de la zona digestiva y de la vejiga), y otros cánceres - vemos que la incidencia de la morbilidad para el primer grupo aumentó en las últimas décadas, como también la incidencia de la mortalidad, puesto que ha habido muy poco progreso en el tratamiento de estos cánceres de pronóstico muy sombrío. El papel preponderante del tabaco está acentuado incluso si uno considera el número de años de vida perdidos debido a cánceres relacionados con el tabaco, pues estos cánceres aparecen a edades más precoces que otros. Por lo que se refiere a los otros cánceres, ha habido una reducción leve en la incidencia de la morbilidad y de la mortalidad en esta categoría de edad, y se ha observado un cierto progreso en el tratamiento.
10. Los datos disponibles, según los cuales el 30% de las muertes por cáncer son debidas al tabaco, del 3% al 10% (dependiendo del país) son debidas al alcohol, y aproximadamente un 30% están relacionadas con la alimentación, ponen de manifiesto que más de dos tercios de las muertes por cáncer están ligadas a formas de vida y, por lo tanto, pueden evitarse mediante el cambio del comportamiento. El papel directo de contaminantes atmosféricos y de la comida parece ser sumamente bajo (menos del 2%), como se desprende de la incidencia estable de cánceres de pulmón en no fumadores y de la considerable disminución de la frecuencia de cánceres de estómago. Sin embargo, dado el gran lapso entre la exposición a factores de riesgo y la aparición de la mayor parte de los cánceres, los índices de mortalidad y de morbilidad reflejan los riesgos encontrados hace años. Es decir, una exposición actual a factores carcinógenos podría causar un cáncer que tardaría varios años en manifestarse.
11. Hay considerables diferencias entre Estados miembros por lo que se refiere a la incidencia de ciertos tipos de cánceres. Por ejemplo, el cáncer en la cavidad bucal relacionado con la combinación de tabaco y alcohol en hombres varía de un 1% en los Países Bajos a un 9% en Francia. En las mujeres, los índices son unas cinco veces más bajos que los observados en los hombres. Se ha observado una tendencia ascendente en el cáncer oral entre jóvenes en diversos Estados miembros.
12. Los países de la Unión con mayor incidencia de cánceres relacionados con el tabaco son los países del noroeste (Bélgica, Dinamarca, los Países Bajos y el Reino Unido). En estos países, el consumo de tabaco ha disminuido ligeramente entre los hombres pero ha

aumentado perceptiblemente entre las mujeres. En el Reino Unido, por ejemplo, el cáncer de pulmón se ha convertido en la causa más frecuente de muerte por cáncer entre mujeres en ciertas regiones y categorías de edad. Por lo que se refiere al entorno social del tabaquismo, el mismo modelo se aplica en todos los Estados miembros: cuanto más bajos son el nivel de educación y el status socioeconómico, más alto es el consumo de tabaco. En el Reino Unido, por ejemplo, las campañas de información sobre el tabaco han tenido un considerable efecto en las clases más favorecidas socialmente. Fumar, y los cánceres asociados, se está convirtiendo en una desventaja específica de las clases sociales más desfavorecidas. Francia tiene la más alta incidencia de mortalidad debida al tabaco y a cánceres. De nuevo el entorno social es determinante. Por ejemplo, el cáncer de esófago es seis veces más frecuente entre los grupos sociales más desfavorecidos que entre los de mayor educación.

13. Por lo que se refiere a la incidencia y a la mortalidad por cáncer en cuanto a tejidos y a órganos específicos, se observan las siguientes tendencias:

Pulmón

14. El cáncer de pulmón es el cáncer más común en la Unión, y representa casi el 30% de todas las muertes por cáncer en hombres y el 10% en mujeres. El tabaquismo, con mucho la causa más importante de los cánceres de pulmón, explica el tremendo aumento de su frecuencia durante los últimos 50 años. Actualmente los índices de incidencia parecen haberse estabilizado en un nivel alto en varios Estados miembros y están disminuyendo ligeramente en el Reino Unido. En cambio, en las mujeres, están produciéndose aumentos rápidos en la incidencia y los índices de mortalidad en los Estados miembros del sur de Europa.

Colon y recto

15. Los cánceres de colon y de recto tomados en conjunto son, después del cáncer de pulmón, los cánceres más habituales en la Unión. La incidencia y la mortalidad son altas en las partes septentrionales y occidentales de la CE. Se asocian estos cánceres con la alimentación occidental moderna, que es alta en grasa y proteínas, factores que pueden aumentar el riesgo, y baja en verduras, fruta y fibra, que son probablemente protectoras. Se han apuntado ciertas exposiciones profesionales, algunos aspectos de la historia reproductiva, la actividad física reducida y la colecistectomía, aunque su impacto probable sea muy pequeño, como causas potenciales de algunos de estos cánceres. Las tasas de incidencia han sido estables o cada vez mayores en todos los Estados miembros. En cambio, los índices de mortalidad han disminuido, sobre todo en las mujeres.

Mama

16. El cáncer de mama es el cáncer femenino más frecuente en la Unión: representa el 24% de todos los casos de cáncer y el 19% de las muertes por cáncer. Su incidencia y mortalidad son más altas en los Estados miembros septentrionales (Dinamarca, los Países Bajos, el Reino Unido) que en los meridionales (Grecia, España, Francia e Italia), y la variación según la localización geográfica es menor del doble. Las tasas de incidencia han aumentado en todos los Estados miembros, mientras que la mortalidad ha comenzado a disminuir recientemente entre las mujeres jóvenes de algunos de los Estados miembros del norte. Los siguientes factores se asocian con un riesgo incrementado de cáncer de mama: una historia familiar de la enfermedad, gran talla corporal, una historia de enfermedad benigna de la mama, factores reproductivos como una edad avanzada en el momento del primer parto, la nuliparidad, la menarquia precoz, la edad avanzada en la menopausia, el empleo de anticonceptivos orales en edades tempranas y el uso indiscriminado de estrógenos para aliviar los síntomas de la menopausia, así como la exposición a la radiación ionizante. Se ha apuntado que la alimentación, especialmente la que es rica en grasas y proteínas de origen animal, puede propiciarlo. Parece tener especial importancia la alimentación durante la infancia. Varios estudios indican una asociación positiva entre el consumo incrementado de alcohol y este cáncer.

Estómago

17. La incidencia del cáncer de estómago ha disminuido en casi todos los países del mundo durante las últimas décadas, pero esta enfermedad mortal se cuenta aún entre los tumores malignos más comunes. En la Unión, el cáncer de estómago comprende el 6% de todas las muertes por cáncer. Este cáncer es especialmente frecuente en Portugal, en el centro de Italia y en el sur de Alemania. En todos los Estados miembros, el índice es dos veces más alto en los hombres que en las mujeres. La dependencia cada vez menor de comidas feculentas, ahumadas, saladas y fritas, así como un consumo en aumento de verduras y de cítricos podrían ser responsables de dicha disminución. Sin duda, el estudio epidemiológico europeo prospectivo sobre la relación entre la alimentación y el cáncer -emprendido por el programa "Europa contra el cáncer"- arrojará más luz sobre este particular.

Cavidad bucal, faringe y esófago

18. La proporción de muertes atribuibles al cáncer de la cavidad bucal y de la faringe varía considerablemente entre los países europeos, y en los hombres va desde un 1% hasta un 9% según el Estado miembro. El índice en las mujeres es aproximadamente un 20% del índice en los hombres, cuando se considera el conjunto de los Estados miembros. Un consumo excesivo de alcohol, particularmente si está relacionado con el tabaco, y el consumo de tabaco son factores de riesgo para el cáncer de la cavidad bucal y de la faringe. El modelo europeo del cáncer de esófago en los hombres se asemeja al del cáncer de la cavidad bucal y de la faringe; efectivamente, los factores de riesgo fundamentales, el alcohol y el tabaco,

son idénticos para estos dos grupos de enfermedades; en las mujeres el modelo se asemeja al del cáncer de pulmón.

Próstata

19. El cáncer de próstata supone un 12% de todos los nuevos casos masculinos de cáncer cada año en la Unión y un 10% de todas las muertes de cáncer. Es el segundo cáncer más frecuente en los hombres. La incidencia y la mortalidad son más altas en los países septentrionales que en el sur pero dentro de estas divisiones geográficas amplias la variación es leve. La etiología del cáncer de próstata sigue siendo indeterminada, si bien se ha sugerido que los factores sexuales pueden ser importantes, y también que ciertos factores dietéticos pueden asociarse con un mayor riesgo, especialmente el elevado consumo de grasas y proteínas. Los índices de este cáncer han aumentado en todos los Estados miembros, aunque estos índices pueden reflejar la introducción de prácticas de diagnóstico que han aumentado la disponibilidad de especímenes de tejido para examen.

Cuello uterino

20. El factor implicado en el cáncer del cuello del útero es el papilomavirus humano (HPV), en particular sus tipos 16 y 18. Esta infección suele adquirirse en el coito, lo que explica que se haya observado en asociación con el número elevado de amantes y con la edad temprana de la primera relación sexual completa. La incidencia y la mortalidad de este cáncer han disminuido, en general, lo que es parcialmente atribuible al éxito del *screening*.

Piel

21. Los cánceres cutáneos de células basales y de células escamosas son relativamente frecuentes, especialmente entre personas de piel poco pigmentada. Son factores de riesgo la exposición excesiva a la radiación ultravioleta, por ejemplo a la luz del sol, o la exposición profesional a sustancias cancerígenas. Por fortuna, estos cánceres son relativamente fáciles de detectar y presentan un alto porcentaje de curaciones. Por todo ello, los índices de mortalidad son considerablemente inferiores a los de incidencia. En los Estados miembros, la incidencia del melanoma varía de 1 a 4 entre los hombres y de 1 a 5 entre las mujeres. La incidencia más baja se da en los países del sur, mientras que los del norte presentan mayor incidencia. Si bien la mortalidad tiende a ser mucho menor que la incidencia, se observa un gradiente marcadamente similar entre el norte y el sur, tanto en la incidencia como en la mortalidad, para ambos sexos. A diferencia de otros cánceres, la incidencia es mayor entre las mujeres en todos los países. Aunque hay evidencia de que la exposición al sol hace aumentar el riesgo de melanoma maligno, la relación no es directa. Se piensa que esta inconsistencia se debe a distintos patrones de exposición al sol y a un gradiente de riesgo de melanoma que disminuye del norte al sur de Europa, y corresponde al aumento de la pigmentación protectora natural de la piel. Las tasas de incidencia del melanoma han aumentado mucho, en aproximadamente un 7% por año, en todos los Estados miembros.

III. DESCRIPCIÓN DE ACCIONES YA EMPRENDIDAS A NIVEL COMUNITARIO CONTRA EL CÁNCER

22. En mayo de 1985, los jefes de Estado y gobierno, reunidos en el Consejo de Europa en Milán, pidieron una acción europea coordinada contra el cáncer. En respuesta, la Comisión elaboró una propuesta de programa "Europa contra el cáncer", que fue adoptada en 1987. Desde entonces, el Consejo de Europa ha desempeñado un papel importante en varias ocasiones en el contexto de este programa: en diciembre de 1986 en Londres, mediante la decisión de que 1989 fuera declarado año europeo de información sobre el cáncer; y en diciembre de 1989 en Estrasburgo, mediante la renovación de su apoyo al programa y al segundo plan de acción 1990-1994.
23. El Consejo ha demostrado un interés particular por el tema en numerosas ocasiones desde 1985 y ha adoptado resoluciones y decisiones referentes a la puesta en práctica de los primeros dos planes de acción y de ciertos elementos de su estrategia, especialmente en la lucha antitabaco. En la resolución del Consejo del 13 de diciembre de 1993 se insta a la Comisión a que presente en breve plazo un proyecto de tercer plan de acción, en el que se tenga en cuenta la resolución del Consejo del 27 de mayo de 1993 sobre acciones futuras en el ámbito de la salud pública, así como los objetivos y las mejoras que se presentan en el Anexo de dicha resolución.
24. El Parlamento Europeo ha instado también a la Comisión con regularidad para que actúe contra el cáncer, en especial por lo que se refiere al tabaquismo, al control de calidad de la asistencia, a la asistencia paliativa y a las campañas de información al público. En su resolución del 15 de diciembre de 1993 el Parlamento pidió que se intensificaran las actividades de la Unión en la campaña contra el cáncer.
25. El Comité Económico y Social se ha unido a esta estrategia y ha hecho públicas opiniones favorables sobre la realización del programa "Europa contra el cáncer".
26. La Comisión convirtió estas preocupaciones en acción mediante dos planes de acción contra el cáncer. Un primer plan de acción 1987 - 1989 se aplicó con éxito. Un segundo plan de acción 1990 - 1994 se adoptó en mayo de 1990, con un presupuesto más amplio. Este plan de acción acabará a finales de 1994. Para continuar la campaña será necesario llevar a cabo aquellos proyectos que han demostrado ser más valiosos. Con la entrada en vigor del Tratado de la Unión Europea ha cambiado la base jurídica que sostenía una esta acción comunitaria: el programa se inscribe ahora dentro del contexto del artículo 129 referente a la salud pública.

27. Los primeros dos planes de acción cubrieron cuatro áreas principales:

- a) prevención del cáncer, con la prioridad en el tabaquismo, puesto que un tercio de todas las muertes por cáncer está relacionado con el tabaco. Las medidas adoptadas incluían la aplicación de la legislación comunitaria, la financiación comunitaria de los estudios europeos y la investigación, campañas de información al público, campañas de educación sanitaria en escuelas y la formación de los profesionales de la salud. El mensaje de prevención se publicó en el código europeo contra el cáncer, elaborado por el Comité de expertos oncólogos y aprobado por los ministros de sanidad en 1987.
- b) Detección sistemática y precoz del cáncer. Se ha concedido una financiación comunitaria para la información, la educación y las campañas de formación, para los estudios y la investigación de interés europeo, y para el establecimiento de redes europeas de proyectos piloto de detección del cáncer por los que se establecen códigos de buena práctica establecidos por expertos de alto nivel a escala europea.
- c) Con respecto a la formación, los subsidios comunitarios han apoyado acciones dirigidas al personal sanitario, así como intercambios de experiencia que llevan a un consenso sobre la buena práctica transferible entre Estados miembros.
- d) Investigación sobre el cáncer. Una estrategia global fue definida por el Comité de expertos oncólogos durante los primeros dos planes de acción. Se refiere a la investigación fundamental, a la investigación clínica y a la ayuda a la movilidad de investigadores entre Estados miembros para mejorar su formación. Cuando se recibieron solicitudes de una calidad suficiente en el marco del programa de investigación médica y sanitaria (1987-1991) o en el marco del programa de investigación biomédica y sanitaria (1990-1994), esta estrategia quedó reflejada en las selecciones llevadas a cabo a partir de las convocatorias realizadas en estos dos programas.

28. La acción comunitaria ha tomado dos formas: por una parte, el uso de medidas legales tales como el desarrollo de la legislación a nivel europeo dirigida hacia la prevención primaria⁽¹⁾ (campaña contra el tabaco, exposición a agentes carcinógenos en el lugar de trabajo, etc.); por otra parte, se ha utilizado la financiación comunitaria para apoyar las iniciativas que responden a las prioridades de los dos primeros planes de acción.
29. Por último, el valor añadido de la acción comunitaria ya quedó demostrado en los dos primeros planes de acción del programa, con el establecimiento de objetivos y finalidades comunes, de una cooperación eficaz entre Estados miembros y con la difusión y adopción en toda la Comunidad de las prácticas más eficaces. Son ejemplos de ello:
- La coordinación y la difusión del Código europeo contra el cáncer, concretamente durante el Año europeo de información sobre el cáncer, 1989, y a lo largo de las semanas europeas sobre el cáncer, que vienen contribuyendo a que aumenten la conciencia y el conocimiento de la población general en cuanto al cáncer, en particular en lo relativo a las medidas de prevención y protección, y que también fomentan el recurso temprano al tratamiento.
 - El apoyo a programas de demostración del *screening* del cáncer y de la investigación en materia de nutrición y sustancias carcinógenas, que produjo resultados de los que se

(1)

- Resolución del Consejo y de los representantes de los gobiernos de los Estados miembros, reunidos en el seno del Consejo de 7 de julio de 1986, referente a un programa de acción de las Comunidades Europeas contra el cáncer (D.O. n° C 184, de 23.7.1986, p. 19).
- Resolución del Consejo y de los ministros de sanidad de los Estados miembros, reunidos en el seno del Consejo de 18 de julio de 1989, sobre la prohibición de fumar en lugares destinados al público (D.O. n° C 189, de 26.7.1989, p. 1).
- Directiva n° 89/622/CEE del Consejo, de 13 de noviembre de 1989, relativa a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros en materia de etiquetado de los productos del tabaco (D.O. n° L 359, de 8.12.1989, p. 1), modificada por la Directiva 92/41/CEE, que prohíbe en su artículo 8a la comercialización del tabaco para mascar.
- Decisión n° 90/238/Euratom, CECA, CEE del Consejo y de los representantes de los gobiernos de los Estados miembros, reunidos en el seno del Consejo de 17 de mayo de 1990, por la que se adopta un plan de acción 1990-1994 en el marco del programa "Europa contra el cáncer" (D.O. n° L 137, de 30.5.1990).
- Directiva n° 90/239/CEE del Consejo, de 17 de mayo de 1990, relativa a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros respecto al contenido máximo de alquitrán de los cigarrillos (D.O. n° L 137, de 30.5.1990, p. 36).

beneficiaron todos los Estados miembros, aumentando así la eficacia de la inversión en investigación.

- La promoción de programas de formación y de intercambio de profesionales, que ha conducido a una mejora de la calidad en los Estados miembros y a la difusión de normas técnicas en los terrenos de la prevención del cáncer, su diagnóstico y la calidad asistencial.

IV. EL PLANTEAMIENTO DE LA UNIÓN EUROPEA

a. Objetivos y medios

30. La comunicación de la Comisión sobre un marco de la acción en el ámbito de la salud pública (COM [93] 559) propone, en su apartado 50, cuatro objetivos que deben inspirar la acción comunitaria:
- i) prevenir la muerte prematura que afecta particularmente a los jóvenes y a la población en activo;
 - ii) aumentar la expectativa de vida sin incapacidad o enfermedad;
 - iii) promover la calidad de vida mediante la mejora del estado de salud general y evitando de enfermedades crónicas e incapacidades;
 - iv) promover el bienestar general de la población, particularmente minimizando las consecuencias económicas y sociales de la mala salud.

El programa Europa contra el cáncer debe perseguir todos estos objetivos.

31. Desde el punto de vista de la salud pública, los criterios enumerados en el apartado 54 de la comunicación de la Comisión pueden considerarse también satisfechos puesto que el cáncer es indudablemente una causa significativa de muerte prematura, alta morbilidad, tiene un impacto socioeconómico importante, por ejemplo en costes de tratamiento, y, por otra parte, existen medidas practicables de prevención. Las lecciones del primero y segundo planes de acción, según establece el proceso de evaluación, muestran que hay un gran potencial de valor añadido en acciones comunitarias, tanto por lo que respecta a la economía de escala como a la difusión de los resultados de proyectos.
32. Como se indica en la comunicación de la Comisión, la acción comunitaria se centrará especialmente en fomentar la cooperación entre Estados miembros, apoyando su acción y promoviendo la coordinación de sus políticas y programas en estrecha colaboración con ellos. En la práctica, esto requerirá la creación y puesta en marcha de redes, de acciones conjuntas y de sistemas de intercambio de información. En el ámbito del cáncer ya se ha avanzado mucho en este sentido, gracias al trabajo ya realizado en los primero y segundo programas "Europa contra el cáncer".
33. La futura acción comunitaria en el terreno de la salud pública deberá tener en cuenta el principio de subsidiariedad y las consideraciones expuestas en el apartado 27 de la comunicación de la Comisión. La Comunidad sólo emprenderá una acción en la medida en que los objetivos fijados no puedan ser adecuadamente alcanzados por los propios Estados miembros, y si puedan serlo mejor por la Comunidad, dada la escala o los efectos de la acción propuesta. Las actividades serán seleccionadas sobre la base de su evaluación previa y habrán de producir un valor añadido comunitario, al par que la máxima rentabilidad.

34. En particular, se utilizarán en adelante los siguientes criterios para valorar la necesidad de una acción comunitaria en el ámbito del cáncer:

- actividades a una escala que los propios Estados miembros no pueden, o difícilmente pueden, aplicar;
- actividades cuya realización conjunta presenta ventajas evidentes aun después de tomar en consideración los costes suplementarios que suponen;
- actividades que, dado el carácter complementario del trabajo realizado a nivel nacional, permiten obtener resultados significativos en el conjunto de la Comunidad;
- actividades que conducen, en terrenos en los que se reconoce la necesidad, al establecimiento de normas y estándares de buena práctica;
- actividades que contribuyen a afianzar la solidaridad y la cohesión social en la Comunidad, así como a promover su desarrollo armónico general.

b. El marco de salud pública y el programa Europa contra el cáncer

35. El tercer plan de acción sobre el cáncer es el primer programa que ha de promulgarse dentro del marco de la salud pública. Está diseñado para lograr la tan necesaria continuación de la acción del programa "Europa contra el cáncer" y se basa en los logros de los dos planes previos. Contiene actividades específicas centradas en la lucha contra el cáncer e intenta aumentar la competencia del personal sanitario, de los profesionales y de las autoridades para abordar la plaga del cáncer. Estas actividades serán coherentes y complementarias con otras actividades propuestas dentro del marco sanitario organizado en programas de tipo "horizontal". Estos últimos, que tratan de las causas comunes subyacentes a muchas enfermedades, aspiran a promover formas de vida y entornos sanos mediante el empleo de marcos apropiados y de oportunidades de aprendizaje en las que la referencia a enfermedades específicas tiene lugar de una manera estructurada y adecuada. Estas consideraciones son particularmente pertinentes para la información sobre la salud destinada a la población general o a grupos específicos, a la educación sanitaria y a la formación del personal sanitario y de los profesionales.

36. El papel del programa "Europa contra el cáncer" en la educación sanitaria en las escuelas es limitado y específico. Limitado, porque la prevención del cáncer es solamente uno de los objetivos de la educación sanitaria que deben también incluir la prevención del abuso de droga, del SIDA, de tendencias suicidas y sobre todo de la promoción de la salud. No obstante el papel del cáncer es crucial porque crea una motivación sustancial entre profesores y padres y sus efectos son tremendamente visibles en la población europea, entre la que uno de cada cuatro adultos muere de cáncer.

37. La Comisión se esforzará por asegurarse de que los proyectos relativos al cáncer gocen de prioridad máxima y de la financiación adecuada. Se les darán objetivos exactos dirigidos a la reducción de la mortalidad por cáncer de aquí al año 2000, lo que era el objetivo inicial y la razón de ser del programa. Se dará prioridad a proyectos a gran escala y de gran impacto en los que haya la mayor participación posible de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales. La Comisión también contribuirá, si así se le pide, al establecimiento de acuerdos de cooperación entre Estados miembros y pedirá ayuda, en caso necesario, a las organizaciones internacionales competentes.
38. Muchos aspectos de la política comunitaria afectan a la lucha contra el cáncer. La Comisión se propone en su comunicación sobre salud pública garantizar que se tome totalmente en consideración la protección sanitaria, y a través de ella la prevención del cáncer, que surjan de cualesquiera de ellos. La Comisión ha establecido los procedimientos internos adecuados para garantizar el respeto de este compromiso mediante una coordinación apropiada y la consulta para el establecimiento de las políticas necesarias. Además, la Comisión presentará anualmente un informe sobre los aspectos de protección sanitaria de las políticas, informe que formará parte del Informe Anual de la Comisión.
39. La investigación reviste especial importancia en la lucha contra el cáncer. El artículo 130 del Tratado constitutivo de la Comunidad Europea concentra toda la investigación a partir de 1994 en el sistema del programa marco (1994-1998), dentro del cual figurará un segundo programa de investigación biomédica y sanitaria (1994-1995), que incluirá la investigación sobre el cáncer entre otros temas.
40. La estrategia de prevención del consumo de tabaco, que también implica el uso de otras políticas comunitarias, se continuará y desarrollará. Así, la reforma de la organización del mercado común del tabaco entró en vigor en el año comercial 1993-1994. Dentro de los nuevos acuerdos comerciales, la producción de tabaco en la Comunidad disminuirá de 430 000 a 350 000 toneladas, y los gastos de apoyo al mercado de 1 300 millones a 817 millones ecus. A partir de ahora, la producción de tabaco está sujeta a cupos muy estrictos, fuera de los cuales no habrá apoyo. A través de esta reforma también se ha creado un fondo especial para financiar estudios sobre la posibilidad de cultivar variedades de tabaco menos tóxicas. Este fondo, financiado mediante una retención de los subsidios a los productores, también aportará sumas significativas para la información y la educación sanitaria relacionada con los riesgos del consumo de tabaco. Por lo que respecta a la tasación de los productos manufacturados del tabaco, la Comisión preparará un informe en el que se tendrán en cuenta los problemas que pueden haber surgido en el sector y, si es necesario, elaborará un borrador de propuesta de directiva en la materia, con vistas a reforzar las condiciones del establecimiento del mercado único, y teniendo en cuenta otros objetivos del Tratado (salud pública, agricultura, medio ambiente).

41. Desde la adopción de la primera Directiva sobre especialidades farmacéuticas en 1965⁽²⁾, la legislación farmacéutica de la Comunidad Europea ha perseguido constantemente dos objetivos: la protección de la salud pública y la libre circulación de productos. El Comité de Especialidades Farmacéuticas, en el que están representadas las autoridades competentes de los Estados miembros, consideró prioritaria la cuestión de la producción de fármacos para el tratamiento del cáncer. Para ello se consensuó y publicó una guía sobre la realización de pruebas clínicas de fármacos anticancerosos en el Anexo al Volumen III (julio de 1990) de las "*Rules governing Medicinal Products in the European Community*".
42. Para que los pacientes de toda la Comunidad puedan tener acceso rápido y simultáneo a nuevos fármacos importantes (de alta tecnología y biotecnología), la Directiva 87/22/CEE⁽³⁾ introdujo un procedimiento comunitario de coordinación. Este procedimiento ha sido empleado con varios fármacos para el diagnóstico *in vivo* del cáncer, para el tratamiento de varias formas de cáncer y para paliar los efectos secundarios de los tratamientos anticancerosos.
43. En junio y en julio de 1993, el Consejo adoptó reglamentos y directivas por los que se introduce el futuro sistema de libre circulación de productos médicos, que incluye un procedimiento centralizado de autorización CE con decisiones CE vinculantes para determinadas categorías de productos médicos, así como la creación de una Agencia para la Evaluación de los Medicamentos. Gracias a este sistema, los nuevos productos para el tratamiento del cáncer dispondrán de un "procedimiento centralizado" dada su importancia clínica. En este procedimiento se contempla la evaluación comunitaria de un producto, bajo la dirección de un responsable que informará. Los estrictos plazos que fijan estos procedimientos centralizados aumentará en gran medida la tramitación rápida de las solicitudes, y la autorización EC vinculante resultante hará que los pacientes de toda la Comunidad Europea dispongan de estos productos simultáneamente. La armonización internacional de las exigencias técnicas en el marco de la Conferencia internacional de armonización llevará a eliminar el solapamiento de pruebas y ensayos, costosos tanto en tiempo como en recursos humanos y financieros, contribuyendo así al rápido acceso de los pacientes a nuevos fármacos, con inclusión de los del tratamiento del cáncer.

c. Cooperación entre Estados miembros

44. Muchas de las acciones prioritarias del tercer plan de acción de lucha contra el cáncer podrían ganar mucho con la existencia de una infraestructura de alto rendimiento para la comunicación de la información que potenciara al máximo el efecto de las mismas. Cuando sea necesario se establecerá una estrecha colaboración con el programa "Telemática para áreas de interés general" del cuarto programa marco, de manera que se estimulen el empleo y el desarrollo de tales estructuras, como ya se ha previsto en el Libro Blanco de la Comisión sobre crecimiento, competitividad y empleo (documento COM [93] 700 final, Bruselas, 5 de diciembre de 1993).

⁽²⁾ Directiva 65/65/CEE, D.O. n° 22, de 9.2.1965.

⁽³⁾ D.O. n° L 15, de 17.1.1987

45. La Comisión está dispuesta a ayudar a los Estados miembros, como se expone en su comunicación sobre el marco de acción en el ámbito de la salud pública (COM [93] 559 final). El Consejo, en su resolución del 13 de diciembre de 1993 relativa a las futuras directrices para el programa "Europa contra el cáncer", insta específicamente a la Comisión a que promueva la cooperación entre Estados miembros en el ámbito del control de calidad en lo tocante a la asistencia, la asistencia paliativa y la responsabilidad del bienestar del paciente. Más adelante se presentan propuestas específicas de modo detallado, en la sección de calidad en la asistencia.

d. Cooperación con organizaciones internacionales y con terceros países

46. El proceso de colaboración con organizaciones internacionales se ha desarrollado positivamente. Éste ha sido el caso con la OMS, y en especial con el centro internacional de investigaciones sobre el cáncer (CIIC), bajo la forma de proyectos conjuntos y de trabajos de coordinación dirigidos por esta última en el marco de los dos primeros planes de acción.

47. En el contexto general de la consolidación de lazos entre la Unión y la OMS, se prestará especial atención a acciones preventivas específicas. Del mismo modo, la estrecha colaboración ya existente con el CIIC se proseguirá en relación con los registros del cáncer (especialmente en el contexto de la red europea de registros del cáncer), la epidemiología (a través de la coordinación de estudios europeos), los indicadores y la evaluación de carcinogenicidad de las sustancias químicas. Además se tendrá en cuenta la prevención del cáncer en las actividades de educación para la salud realizadas por la "Red europea de escuelas promotoras de salud", apoyadas conjuntamente por la OMS, el Consejo de Europa y la Comunidad Europea.

48. Proseguirá la cooperación con la OCDE para la prevención de riesgos químicos, especialmente riesgos carcinógenos, debidos al medio ambiente. Lo mismo se aplica a la cooperación con la OIT referente a estos mismos riesgos en el lugar de trabajo.

49. Debe continuarse y desarrollarse la cooperación con las diversas organizaciones internacionales intergubernamentales que tratan diversos aspectos de la prevención del cáncer. Las prioridades en tal cooperación deben ser el estímulo de intercambios de experiencia y de conocimientos prácticos, la coordinación efectiva de redes, existentes o previstas, y la evitación de la duplicación de los esfuerzos.

50. También deberán encontrarse formas de colaboración con ONG científicas internacionales como la FECS (Federación de sociedades europeas del cáncer) y la EORTC (Organización europea de investigación y tratamiento del cáncer) en lo referente a la investigación clínica, la OECI (Organización de institutos europeos del cáncer) en cuanto a la formación y el desarrollo de lazos con Europa central y oriental, la UICC (Unión internacional contra el cáncer) y las ECL (las ligas europeas del cáncer) para la información al público: todas ellas poseen experiencia científica en sus campos respectivos que el programa contra el cáncer debe aprovechar en su tercer plan de acción. En especial, hay posibilidades interesantes de colaboración con la UICC para acciones comunes de prevención y de detección.

51. En los dos planes de acción precedentes se estableció una cooperación fructuosa con diversos terceros países europeos, especialmente Suecia, Noruega y Suiza, que participaron como observadores formales o informales en el programa, bien en el contexto de proyectos científicos o bien en el marco de iniciativas de las ligas y de las asociaciones de lucha contra el cáncer. Esta apertura se mantendrá en el tercer plan de acción, en el que proseguirá la colaboración con terceros países, en especial con los países de la AELC y con los países de Europa central y oriental que han firmado acuerdos de asociación con la Unión. Se estudiarán las posibles formas de colaboración, incluida la apertura gradual del programa a estos países. De esta manera, la colaboración podría cubrir la recogida de datos epidemiológicos, la puesta en marcha de acciones preventivas específicas y de campañas de educación y de información, la formación del personal sanitario, el *screening* y el control.

V. EL TERCER PLAN DE ACCIÓN

a. Acciones prioritarias

52. Un mejor seguimiento y control de las tendencias del cáncer depende de que mejoren la recogida y la puesta al día de los datos de mortalidad y morbilidad por cáncer. Por ello ha de proseguir el apoyo a las estructuras que han demostrado su eficacia, como la red europea de registros del cáncer, puesto que abren nuevas perspectivas en el campo de la epidemiología del cáncer.
53. Dado que tres cuartos de los casos de cáncer están relacionados con el estilo de vida, la prevención sigue siendo una estrategia fundamental, que tiene un gran potencial. Una prioridad esencial en esta área deberá ser la campaña contra el tabaco, ya que éste es responsable de un tercio de la mortalidad por cáncer. Además, están bien establecidos los riesgos relacionados con el tabaco, no sólo para quienes lo consumen directamente, sino también para quienes les rodean (fumadores pasivos). Por eso, procede continuar las acciones emprendidas desde el primer plan de acción para reducir la tendencia a fumar tabaco, particularmente entre la gente joven y las mujeres. Todavía pueden alcanzarse resultados gracias a la acción legislativa a nivel comunitario, así como mediante el apoyo a proyectos piloto y de demostración por parte de grupos con influencia, como los profesionales de la sanidad, los profesores y los medios de comunicación. Otros factores de riesgo, como una alimentación no equilibrada, la exposición a agentes carcinógenos como la radiación ultravioleta o ciertas sustancias peligrosas que hay, por ejemplo, en el lugar de trabajo, justifican que se prosiga la acción comunitaria, tanto en lo legislativo como en cuanto a proyectos piloto dirigidos a grupos destinatarios específicos, dentro del respeto de la subsidiariedad. En este contexto, la información a la población y las campañas de educación para la salud en las escuelas son esenciales para que la gente tenga mayor conciencia de los peligros del fumar, beber con exceso, de una alimentación no equilibrada y de la exposición a sustancias cancerígenas. Hay que dirigirse a otros grupos de población, concretamente niños, jóvenes y trabajadores.
54. Las medidas de *screening* de alta calidad y de detección precoz, en especial del cáncer de mama y de cuello uterino, llevadas a cabo con mecanismos apropiados de garantía de calidad, harían disminuir el número de muertes por cáncer, al tiempo que constituyen también un aspecto importante de la estrategia de prevención. Este planteamiento podría ampliarse provechosamente para cubrir otras localizaciones del cáncer, tales como el colon, los ovarios, la próstata y la cavidad bucal.
55. Al mismo tiempo, el plan de acción debería continuar cubriendo otros campos de intervención importantes. Debe continuarse la investigación, por ejemplo, y el programa contribuirá a que se establezcan prioridades mediante el desarrollo de un inventario de las actividades de investigación, en particular de investigación clínica. La difusión rápida de los resultados de la investigación fundamental y de los ensayos clínicos será una prioridad, puesto que éste es un campo donde la colaboración estrecha y los intercambios rápidos de información entre institutos de investigación del cáncer y hospitales europeos mejoran considerablemente la eficacia de cada programa nacional.

56. Es importante continuar y desarrollar las iniciativas tomadas a nivel europeo en materia de formación del personal sanitario, puesto que han tenido un impacto positivo en la calidad de la formación a nivel nacional, regional y local y ayudarán a paliar las diferencias que aún existen entre Estados miembros. Es también útil fomentar nuevas iniciativas que hacen posible que los programas de formación para el personal sanitario incluyan los progresos más recientes y significativos en cuanto a la prevención, el diagnóstico y el tratamiento del cáncer. La formación continua será la clave de esta acción.
57. En el campo de la gestión de la asistencia, hay que desarrollar el planteamiento adoptado en el segundo plan de acción en el sentido de la promoción de la cooperación entre Estados miembros, especialmente en el control de calidad de la asistencia, y muy particularmente de la asistencia paliativa. Asimismo hay que tener en cuenta la dimensión psicosocial del cáncer. Hay que potenciar los intercambios de experiencia y la difusión del conocimiento de las mejores prácticas reconocidas a nivel europeo.
58. Dados los alentadores resultados obtenidos en los primeros años del programa -debido a que el programa actúa como catalizador y estimulante de las acciones nacionales de los Estados miembros contra el cáncer- hay que atribuir los recursos adecuados al plan de acción para consolidar los resultados logrados hasta ahora y desarrollar los sectores más importantes para la acción futura, teniendo en cuenta los objetivos del programa. El principal propósito de los instrumentos legales y financieros contemplados es facilitar o reforzar políticas seguidas en los Estados miembros. Además, hay que fomentar y desarrollar la fórmula de asociación, que ha resultado ser sumamente fructuosa a la hora de la motivación y la movilización de los diversos agentes implicados.
59. Teniendo en cuenta los progresos que hay que hacer en el análisis y valoración de los resultados obtenidos, es necesario prestar especial atención a la concepción de un método de evaluación del programa que tenga en cuenta la experiencia adquirida y las recomendaciones presentadas en el informe de evaluación por los expertos nacionales.

a.1.Registros del cáncer y estudios epidemiológicos

60. Los registros del cáncer son un componente esencial de cualquier sistema racional para medir el impacto del cáncer en el público en general y una herramienta imprescindible en políticas de control del cáncer. En especial, los registros de cáncer proporcionan los datos necesarios para planear medidas futuras y las herramientas para emprender estudios epidemiológicos analíticos y descriptivos. Los datos proporcionados por los registros actuales no permiten alcanzar todos estos objetivos puesto que no ofrecen garantías adecuadas en términos de comparabilidad.
61. Los objetivos principales deberán ser:
 - mejorar el registro del cáncer;
 - facilitar la recogida, especialmente en colaboración con la OMS, de datos fiables y comparables sobre el número de cánceres para poder controlar este azote, identificar sus tendencias y diseñar estudios epidemiológicos.

62. Los estudios epidemiológicos deben continuarse, particularmente los estudios europeos de cohorte en el contexto de la investigación prospectiva europea sobre el cáncer y la nutrición (EPIC). Estos estudios deben financiarse, para garantizar que se lleven a cabo en las mejores condiciones: es esencial, desde un punto de vista científico y de salud pública, que podamos aprender de los datos de nutrición y biológicos recogidos del control de unas 350 000 personas durante un período de diez años.
63. Está generalmente admitido que el consumo frecuente de fruta fresca y de verduras reduce el riesgo de cáncer de las vías digestivas y respiratorias. Aunque no se comprende completamente el mecanismo todavía, parece que algunos micronutrientes y sustancias anticarcinógenas presentes en estos alimentos son responsables del efecto de protección frente al cáncer. Deberían dirigirse estudios epidemiológicos a esta área y centrarse en el potencial para prevenir el cáncer mediante la identificación de agentes protectores frente al cáncer, así como y mediante la modificación de factores dietéticos específicos.
64. Debe suministrarse apoyo proporcionarse a la investigación epidemiológica centrada en la prevención primaria y la intervención de salud pública, incluida la investigación centrada en factores de riesgo en el medio ambiente. La estrategia debería incorporar los siguientes elementos clave:
- continuar los estudios sobre la relación entre el cáncer, la salud y la alimentación;
 - fomentar estudios epidemiológicos centrados en la prevención;
 - mejorar la lucha contra los agentes carcinógenos;
 - favorecer los intercambios de información y de experiencia.

a.2. Acciones preventivas específicas

65. La estrategia de prevención del riesgo empleada en los primeros dos planes de acción -una estrategia basada en la promoción del código europeo, de la acción legislativa a nivel europeo y del desarrollo de intercambios de experiencia sobre campañas de información a la población y de educación para la salud en las escuelas- ha resultado ser muy efectiva. Por lo tanto, hay que dar gran prioridad a las acciones preventivas diseñadas para hacer que los europeos estén mejor informados sobre los riesgos de cáncer y, por ello, más dispuestos a adoptar formas de vida sanas. Lo mismo se aplica a las acciones en que la Unión puede seguir estimulando las acciones nacionales. En este contexto, reducir el consumo de tabaco y el consumo excesivo de alcohol son aún los medios más importantes de reducir la mortalidad por cáncer.
66. Según la OMS, cada año se producen en la Unión 450 000 muertes relacionadas con el tabaco. La prevención del consumo de tabaco, por lo tanto, sigue siendo la principal preocupación. Conviene intensificar las campañas de información en este campo. Para reforzar esta estrategia, cada Estado miembro deberá decidir qué objetivos desea lograr y comunicarlos a la Comisión. Las siguientes se cuentan entre las acciones que deben continuarse y desarrollarse:

- alertar a grupos de riesgo, como niños y mujeres embarazadas, sobre los peligros de fumar; un estatuto podría elaborarse para estos grupos;
- la protección de los no fumadores, particularmente en los lugares públicos y en el lugar de trabajo;
- el desarrollo de redes existentes (ciudades 'no fumadoras', hospitales 'no fumadores', clubs de jóvenes no fumadores);
- apoyo a la puesta en práctica de los métodos más efectivos de prevenir el tabaquismo y de ayudar a la gente a dejar fumar;
- apoyo a campañas educativas dirigidas a profesores y a adultos responsables de la educación de los jóvenes fuera del contexto de escuela;
- una implicación más estrecha con campañas de información organizadas por la OMS, particularmente el "día mundial sin tabaco" (31 de mayo cada año);
- la armonización al alza de los precios del tabaco en la Unión;
- fomentar que se establezca un índice del coste de la vida del que quede excluido el precio del tabaco, y evaluar los efectos de esta medida en los países en donde se ha introducido;
- evaluación de políticas antitabáquicas, especialmente restricciones en la publicidad directa e indirecta de los productos de tabaco, que se han puesto en práctica en los Estados miembros.

a.2.1. Información al público y a grupos específicos

67. La información al público es una de las maneras más efectivas de prevenir el cáncer y de promover la salud; deben seguir organizándose campañas de información, especialmente para ciertos grupos destinatarios clave y en momentos clave, por ejemplo durante las semanas europeas contra el cáncer. El instrumento principal debería continuar siendo el código europeo contra el cáncer, adoptado por el Comité de expertos oncólogos en 1986 y distribuido desde entonces ampliamente en de los Estados miembros. Este código podría revisarse habida cuenta de los resultados actuales de la investigación y adaptarse a nuevos grupos destinatarios o a entornos específicos, como a locales públicos y puestos de trabajo.
68. Los objetivos deben ser:
 - hacer que los europeos estén mejor informados sobre la prevención del cáncer, especialmente a través de la difusión del código europeo, y animarlos a que adopten formas de vida más sanas;
 - mejorar la calidad de los intercambios de información entre Estados miembros sobre las actividades de prevención del cáncer;

- diseñar campañas de información más específicamente dirigidas a grupos específicos de población, por ejemplo profesionales de la sanidad, patronos y sindicatos, organizaciones de voluntarios y profesores.
69. El planteamiento adoptado deberá incluir los siguientes elementos clave:
- seguir organizando semanas europeas de información sobre la prevención del cáncer;
 - crear folletos informativos acompañados por mensajes específicos para grupos destinatarios particulares, por ejemplo campañas para dejar de fumar dirigidas a mujeres, particularmente embarazadas;
 - servirse de los medios de comunicación para difundir mensajes de prevención del cáncer y adaptar específicamente estos mensajes a las características socioculturales de cada Estado miembro;
 - fomentar estudios y encuestas diseñados para evaluar la eficacia de las campañas de información;
 - apoyar la organización de reuniones europeas para facilitar intercambios sobre los métodos más eficaces de informar a la población sobre la prevención del cáncer;
 - informar a médicos, dentistas, enfermeras, farmacéuticos y demás profesionales de la sanidad y alertar a grupos de riesgo sobre la importancia de consultar a un médico, según se recomienda en el código europeo contra el cáncer, para la detección precoz del cáncer.

a.2.2. Educación sanitaria

70. La educación sanitaria es un proceso continuo en una vida que comienza en la edad más precoz. Sin embargo, hay dos entornos clave en los que la educación sanitaria debe ser una prioridad absoluta: escuela y trabajo. Habría que insistir en mensajes positivos tales como el concepto de una "cantidad limitada" de salud que no debe verse reducida o dañada por acciones malsanas como el abuso de sustancias, lícitas o ilícitas.
71. La educación sanitaria en la escuela se diseña para inculcar precozmente a los niños el sentido de la responsabilidad individual, empezando en la escuela primaria, cuando son más receptivos a la adopción de formas de vida y de comportamiento sanos. Es también un medio de reducir desigualdades sociales, en cuanto que se dota a cada niño con las mismas herramientas para prepararse a una vida adulta sana.
72. Por todo ello, debería concentrarse la atención en apoyar los esfuerzos de los Estados miembros por diseñar y poner a prueba un programa básico de educación sanitaria en la escuela y un programa mínimo de formación del profesorado. Con este fin, los intercambios de materiales de experiencia y de enseñanza deberían fomentarse, al igual que la puesta en práctica y la evaluación de proyectos piloto de educación sobre temas tales como el tabaco, la nutrición y la exposición excesiva al sol. Estas actividades deberían implicar una colaboración estrecha no sólo entre los ministerios implicados (de Educación y de Sanidad) sino también entre todos los implicados en la colectividad escolar (padres, profesores y directores de centro). También sería preciso implicar a las organizaciones no gubernamentales que pudieran poder hacer una contribución significativa para promover y

apoyar la educación sanitaria en las escuelas, especialmente en aquellos países y regiones en donde las infraestructuras y las iniciativas de educación sanitaria están poco desarrolladas. Esta iniciativa debería ser acompañada por la evaluación rigurosa de la aplicación de planteamientos de enseñanza y de los resultados logrados. De esta manera será posible transferir los resultados a otros países. Estas acciones se llevarán a cabo fundamentalmente dentro de los futuros programas horizontales de promoción de la salud, información, educación y formación, y se complementarán y consolidarán mediante acciones específicamente relacionadas con el cáncer y mediante acciones dirigidas a grupos específicos tales como trabajadores, personal sanitario, profesores, etc.

73. Si quiere hacerse efectivo el concepto de "la escuela, promotora de salud" (concepto introducido en la primera conferencia europea sobre la educación sanitaria y la prevención del cáncer en escuelas, celebrada en Dublín como parte del programa Europa contra el cáncer) es preciso aplicar la educación sanitaria en un contexto más amplio, que también tenga en cuenta el entorno sociocultural de los niños. Los objetivos principales deberán ser los siguientes:

- promover la adopción de formas de vida sanas por la población, particularmente por los niños y los jóvenes;
- interesar a los padres de interés en actividades de educación sanitaria en la escuela y en poner en la práctica los mensajes de salud que se les da a los niños en la escuela;
- coordinar acciones organizadas en el marco del programa contra el cáncer y otras organizadas dentro de otros programas, particularmente los de las organizaciones internacionales competentes en asuntos de educación sanitaria;
- estimular los esfuerzos por introducir innovaciones en la formación inicial y continua de los profesores y demás responsables de la educación sanitaria.

74. Podría insistirse especialmente en los siguientes elementos:

- definir y aplicar programas básicos de educación sanitaria, dando prioridad a los factores de riesgo relacionados con el cáncer, particularmente el tabaco y la alimentación;
- interesar e implicar a niños y jóvenes en las acciones de educación sanitaria y en la concepción de mensajes de educación sanitaria;
- implicar a padres para que pongan en práctica los mensajes de educación sanitaria, tanto en la escuela (dando a los niños fruta fresca, etc.) como en la familia;
- fomentar la motivación del profesorado organizando seminarios y conferencias y suministrándoles materiales de enseñanza audiovisual.

a.2.3. Formación del personal sanitario

75. Las iniciativas tomadas a nivel europeo en el curso de los dos primeros planes de acción han tenido un impacto positivo en la calidad de la formación a nivel nacional, regional y local, colaborando así a reducir las diferencias sustanciales que existen entre Estados miembros en materia de formación del personal sanitario. Las iniciativas se basaron en la

recomendación de la Comisión del 27 de noviembre de 1989 referente a la formación del personal sanitario en materia de cáncer, recomendación que sigue siendo pertinente y que servirá de marco para la promoción de acciones dirigidas a los médicos, las enfermeras y los dentistas. Las actividades ya emprendidas deberían continuarse para garantizar que el personal sanitario implicado directamente en la prevención del cáncer y el tratamiento adquiera el conocimiento y las habilidades necesarios para poder intervenir de modo rápido y decisivo.

76. La rápida evolución del conocimiento científico y la superabundancia de programas de formación inicial hacen esencial el desarrollo de planteamientos basados en la formación continua, especialmente para la formación médica.
77. Los objetivos principales pueden resumirse del siguiente modo:
- mejorar el conocimiento y las habilidades del personal sanitario (médicos, enfermeras, dentistas) en materia de cáncer;
 - promover una formación de calidad, en especial a través del establecimiento y del apoyo de redes de formación (formación inicial y continua) para el personal sanitario implicado en la lucha contra el cáncer;
 - mejorar la calidad de la formación de otras categorías de personal sanitario como farmacéuticos y gestores de datos;
 - asegurarse de que la formación también incluya los aspectos psicosociales del cáncer.
78. La estrategia de formación debe incorporar los siguientes elementos clave a nivel europeo:
- la constitución de grupos de trabajo integrados por expertos oncólogos y representantes de los profesionales de la sanidad que participan en las redes existentes de formación (médicos, enfermeras, dentistas);
 - consolidación de los vínculos con autoridades nacionales y regionales;
 - desarrollo a nivel comunitario de material adecuado para formar al personal sanitario en materia de oncología (incluida la prevención primaria de cánceres) sobre bases consensuadas a escala europea; uso de planteamientos innovadores como redes alejadas y EUROCODE para el intercambio rápido de información;
 - acciones para facilitar la movilidad de profesionales de la sanidad entre Estados miembros con fines de formación, en especial entre centros altamente especializados que ofrezcan cursos de formación de alta calidad, en los casos en los que esto no se cubre con programas comunitarios existentes;
 - apoyo a seminarios de formación europeos para formadores de profesionales de la sanidad que den acceso a los últimos avances en el tema del cáncer: prevención (incluida la epidemiología), *screening* y diagnóstico.

a.3. Detección precoz y sistemática

79. La detección sistemática del cáncer sigue teniendo una importancia vital, si se pretende que el programa alcance su objetivo global. En los primeros dos planes de acción se insistió en el *screening* del cáncer de mama y del cuello uterino.
80. Es de gran importancia la introducción de la detección sistemática del cáncer de mama para mujeres de edades comprendidas entre 50 y 69 años, junto con los procedimientos diagnósticos y terapéuticos en el caso de las mujeres que presentan una imagen sospechosa. Se ha creado una red de proyectos piloto de *screening* del cáncer de mama en 11 Estados miembros. Estos proyectos, que en su fase inicial proponen explorar métodos de investigación y de control de calidad y facilitar intercambios de experiencia, han llegado poco a poco a la fase de mejora real y de control de calidad. Las directrices de garantía de calidad del *screening* mamográfico fueron definidas a nivel europeo en 1992 por expertos de alto nivel. La mejora vendrá de la formación apropiada para todas las categorías de personal implicadas en el *screening* de cáncer de mama, de que se impliquen los médicos de medicina general para asegurar un alto nivel de participación, y de la aplicación de las directrices europeas de garantía de calidad del *screening* mamográfico.
81. Un grupo de alto nivel estableció en 1993 directrices europeas para el *screening* del cáncer cervical. Se creó al mismo tiempo una red europea de proyectos piloto, tomando estas directrices en consideración. Los proyectos piloto tendrán que ir acompañados por una formación en citología y una formación en materia de garantía de calidad para el personal sanitario implicado. Además, necesitarán elaborarse una terminología y un sistema comunes de clasificación.
82. El tercer plan de acción deberá continuar llevando a cabo y desarrollando todas estas acciones, que han permitido que se difunda el conocimiento y la experiencia adquiridos por ciertos Estados miembros en toda la Unión Europea, y que también han dado lugar a recomendaciones y a la puesta en práctica de proyectos piloto a nivel europeo, particularmente en aquellos campos donde se han obtenido resultados satisfactorios (cáncer de mama y cáncer cervical). Pero estos campos podrían ampliarse poco a poco si los resultados de estudios de coste-eficacia y de viabilidad para otros tipos de cáncer resultan prometedores (colon, próstata, ovarios, cavidad bucal).
83. Los objetivos deberán ser los siguientes:
 - contribuir al desarrollo y al establecimiento de sistemas efectivos de *screening*, teniendo en cuenta las particularidades de cada Estado miembro;
 - difundir el uso de prácticas apropiadas basadas en las directrices elaboradas a nivel europeo en los protocolos de garantía de calidad para el *screening* del cáncer y el diagnóstico precoz;
 - mejorar la calidad del *screening* del cáncer mediante a través del desarrollo de la formación continua para el personal sanitario.

84. La estrategia deberá incluir los siguientes elementos clave:

- la puesta en práctica de las directrices europeas de garantía de calidad del *screening* mamográfico y del de cáncer de cuello del útero;
- la elaboración y la difusión de terminologías comunes en los campos especializados, particularmente para los citopatólogos de la Unión Europea;
- la promoción de la investigación de interés europeo sobre la eficacia y la viabilidad del *screening* en ciertos tipos de cáncer como los de colon, próstata, cavidad bucal y ovario;
- el apoyo a la formación del personal sanitario, en especial en el marco de redes europeas de centros de excelencia;
- análisis de costes y beneficios del *screening* para diversos tipos de cáncer.

a.4. Control de calidad en la asistencia (incluida la asistencia paliativa)

85. La gestión asistencial en el segundo plan de acción se concentraba en el intercambio de información entre Estados miembros. La importancia dada a este aspecto se justifica por el movimiento interno aumentado dentro de la Unión y por la necesidad de asegurarse de que las normas fueran comparables entre los países. El desarrollo del conocimiento científico y la variación de los procedimientos de la gestión asistencial a través de la Unión exigen (como el Consejo indicó en su resolución de 13.12.1993) que la Unión apoye iniciativas que permitan la identificación de las mejores prácticas de gestión asistencial y de control de calidad. Se complementarán con mejoras en el intercambio de datos gracias a las nuevas tecnologías informáticas y de telecomunicaciones. La investigación clínica completará la serie de medidas. Todas estas acciones no deben infringir el principio de subsidiariedad ni interferir con las competencias de los Estados miembros en cuanto a su oferta de servicios de salud.

86. Los objetivos principales de este tipo de acción deberán ser, dentro del debido respeto a la subsidiariedad y a la importancia de acciones efectivas a nivel nacional:

- el desarrollo de redes y de mecanismos que permitan la comparación y evaluación de nuevos métodos asistenciales, particularmente de nuevas terapias y nuevas tecnologías. Es particularmente importante estimular estudios para determinar por qué a veces se observan diferencias significativas de índices de supervivencia entre regiones, y a veces entre ciudades, para diversos tipos de cáncer (retraso en la primera consulta, retraso en el diagnóstico o el comienzo del tratamiento, tratamiento prescrito o ejecutado inadecuadamente);
- habrá que prestar especial atención a la mejora en la calidad de la asistencia ofrecida al paciente de cáncer, con inclusión de la asistencia paliativa. Esto tiene una dimensión comunitaria importante por lo que respecta el conocimiento de las mejores técnicas y métodos. El objetivo de la acción en esta área es favorecer el establecimiento de una terminología común y la comparación de las prácticas para facilitar la transferencia de estos conocimientos profesionales de salud;

- serán útiles para la asistencia el intercambio de experiencia y de la difusión de las mejores prácticas y conocimientos a nivel comunitario.

87. El planteamiento adoptado deberá:

- crear un inventario de prácticas asistenciales para con los pacientes de cáncer y ayudar a mejorarlas;
- propiciar reuniones europeas en las que se seleccionarán las mejores prácticas existentes en materia de gestión asistencial, incluida la asistencia paliativa, que puedan ser adecuadas para la difusión en los Estados miembros;
- evaluar el impacto de los procedimientos de control de calidad mediante el empleo de proyectos piloto.

88. En el campo de la asistencia paliativa será preciso apoyar la puesta en práctica de las conclusiones de un informe acabado en 1992 por un grupo de expertos de alto nivel para el programa Europa contra el cáncer:

- evaluar periódicamente el estado actual de la práctica de la asistencia paliativa en la Unión;
- definir criterios de calidad en asistencia paliativa a través de un consenso europeo;
- mejorar la formación del personal sanitario en asistencia paliativa.

89. Dentro del respeto a la subsidiariedad y en estrecha colaboración con las organizaciones internacionales competentes como la OMS, el planteamiento favorecerá:

- el trabajo de apoyo sobre la situación de la asistencia paliativa en la Comunidad Europea;
- la organización de una conferencia europea de consenso sobre el papel de la formación en asistencia paliativa en los estudios médicos, y la difusión de sus resultados en los Estados miembros;
- el desarrollo de la investigación y de estudios sobre la práctica de la asistencia paliativa y la puesta en práctica de sus resultados en la formación continua del personal sanitario.

a.5. Contribución a la formulación y a la difusión de la investigación

90. Como se establece en los artículos 130 f a 130 q del Tratado, la responsabilidad de la investigación sobre el cáncer recae en las actividades con él relacionadas de los programas marco comunitarios de investigación, y específicamente el programa de investigación sanitaria y biomédica, que incluye investigación fundamental e investigación clínica. Las medidas de este plan de acción 1995-1999 constituirán, pues, una importante contribución a las actividades del próximo programa biomédico propuesto, 1994-1998. De la coherencia entre ambos grupos de actividades se encargará la Comisión. Asimismo deberá apoyarse la investigación clínica facilitando ensayos clínicos transeuropeos en caso de que el número

de casos disponibles haga este planteamiento deseable. Las redes oficiales e informales existentes se utilizarán en la medida de lo posible para garantizar la máxima eficacia de la acción.

91. El programa contribuirá a identificar las necesidades en materia de investigación sobre el cáncer a nivel europeo y apoyará la creación de un inventario de investigaciones en curso.
92. Se consolidarán las medidas para asegurar la difusión de resultados de investigación mediante el apoyo a la evaluación científica, conferencias de consenso e intercambio de personal científico. Esta última acción será complementaria de programas existentes en el campo de la movilidad de investigadores científicos y universitarios.

b. Mecanismos de consulta y participación

b.1. Comité consultivo

93. La experiencia del primero y segundo planes de acción para el cáncer ha demostrado claramente la necesidad de que un comité asista a la Comisión. Para permitir la integración más completa posible de los diversos socios en las actividades previstas en este tercer plan de acción, incluidos los científicos al más alto nivel y las administraciones nacionales, la Comisión propondrá la creación de un Comité consultivo presidido por la Comisión y con representantes de cada Estado miembro. La composición de este Comité deberá garantizar la representación adecuada de los intereses y conocimientos de las autoridades nacionales, de los profesionales de la sanidad y de las organizaciones no gubernamentales en la materia.

b.2. Grupo de expertos oncólogos de alto nivel

94. La Comisión estará asistida en su trabajo por un Grupo de expertos compuesto por renombradas personalidades del sector. El Grupo de expertos, cuyos componentes procederán de los Estados miembros, asesorará a la Comisión sobre los aspectos científicos y técnicos de las actividades propuestas. En los dos primeros planes de acción la Comisión se vio competentemente asistida por un grupo de este tipo, denominado entonces Comité de expertos oncólogos.

b.3. Otros grupos implicados

95. La Comisión continuará apoyando a los comités nacionales existentes de coordinación para el programa de cáncer, para aumentar la motivación y la implicación de los agentes nacionales. Estos comités nacionales, cuya composición y normas de funcionamiento son totalmente determinadas a nivel local, han demostrado su eficacia en la ayuda de las muy diversas organizaciones y las profesiones implicadas en el cáncer para trabajar en más estrecha colaboración a nivel nacional.

96. Durante los primeros siete años de la acción comunitaria contra el cáncer las organizaciones no gubernamentales, concretamente las asociaciones y las ligas contra el cáncer, han contribuido generosamente con fondos y con conocimientos. Teniendo en cuenta el papel práctico, en materia de prevención, asistencia e investigación, desempeñado por estas organizaciones, la Comisión mantendrá y consolidará sus vínculos con ellas, a través del Comité consultivo ya mencionado y mediante relaciones directas con agrupaciones tales como las ligas europeas del cáncer. En especial, seguirán desempeñando el papel principal en la preparación y la ejecución de las semanas europeas contra el cáncer.
97. El amplio alcance de la acción contra el cáncer, y los lazos polifacéticos con otros aspectos de la salud pública, requieren que la Comisión responda flexiblemente a las necesidades de implicar diversos tipos de socios. La Comisión se encargará de la coordinación entre acciones de este programa y actividades en los programas previstos también en la comunicación de la Comisión sobre un marco para la salud pública, así como con otras políticas comunitarias pertinentes.

c. Evaluación e informes

98. La evaluación y el informe de la estructura del plan de acción comprenderán tres elementos clave:
 - un informe anual sobre la ejecución del programa al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y Social y al Comité de las Regiones;
 - una evaluación independiente de las actividades y de los estudios principales financiados;
 - un informe global sobre la eficiencia y la eficacia de los proyectos emprendidos dentro del plan de acción que la Comisión presentará a las instituciones pertinentes en la segunda mitad de 1997.

c.1. Informe anual sobre la aplicación del plan de acción

99. El propósito de este informe es asegurarse de que las instituciones, y a través de ellas todos los implicados, se mantendrán en todo momento al corriente del progreso de las acciones emprendidas en el contexto de este plan de acción. Este informe incluirá un análisis de proyectos apoyados también bajo las diversas acciones y detalles completos de actividades en otros sectores relativos al cáncer.

c.2. Evaluación por expertos independientes de las acciones y de los principales estudios apoyados

100. La experiencia adquirida en los dos primeros planes de acción ha resaltado la necesidad de una evaluación más efectiva de las acciones apoyadas por el programa, nacionalmente y a nivel europeo. Tal evaluación facilitaría la transferabilidad de resultados de proyectos piloto de un país a otro, aumentando así el valor añadido europeo del programa. Para introducir una evaluación efectiva de este tipo, la Comisión puede consultar con las autoridades nacionales y otros expertos en la materia para establecer criterios apropiados y protocolos.

c.3. Informes intermedio y global sobre la eficacia del plan de acción

101. La Comisión presentará un informe intermedio a finales de 1997, que permitirá al Consejo y al Parlamento Europeo evaluar si es apropiado proceder a una adaptación en el planteamiento o el presupuesto del programa para los últimos dos años de este plan de acción. Al preparar este informe, la Comisión tendrá en cuenta todos los informes ya presentados, incluso en el marco del primero y segundo planes de acción. La Comisión

d. Actividades de información general

102. Además de las acciones de información mencionadas en el apartado VI.a.2.1., la Comisión velará por que las partes interesadas y la población dispongan de los resultados de las acciones, estudios y evaluaciones más significativos.

VI. RECURSOS

103. Los recursos asignados para los dos primeros planes de acción fueron respectivamente del orden de 9 a 10 y de 10 a 11 millones de ecus, respectivamente. El presupuesto propuesto para el tercer plan de acción, resumido en el siguiente cuadro, ascendería a unos 15 millones de ecus durante el período 1995 - 1999.

CAMPO DE ACCIÓN	PRESU- PUESTO 1993	PRESU- PUESTO 1994	PROYECTO DE PRESU- PUESTO 1995 (MECU / AÑO) Desglose provisional	Presupuesto previsto				TOTAL DE 1995 A 1999
				1996	1997	1998	1999	
1. Registro del cancer	2,1	2,3	2,0					
2. Prevención mediante actuación contra los factores de riesgo								
A. Información a la población	2,6	2,6	2,0					
B. Educación sanitaria	2,4	2,4	2,0					
C. Formación del personal sanitario	1,7	1,7	1,5					
3. Prevención a través de la detección precoz y el screening sistemático	1,4	1,5	2,0					
4. Estudios y encuestas en el campo de la asistencia a los enfermos de cáncer, inventario y métodos de difusión	0,6	0,8	1,5					
TOTAL	10,8	11,3	11	12	13	14	14	64

FICHA FINANCIERA

1. Denominación de la acción

Tercer plan de acción de lucha contra el cáncer (1995-1999).

2. Línea presupuestaria

Partida B3-4304 (lucha contra el cáncer).

3. Fundamento jurídico

- Tratado constitutivo de la Comunidad Económica Europea y, en particular, su artículo 2.
- Tratado constitutivo de la Unión Europea y, en particular, su artículo 129.
- Resolución del Consejo y de los representantes de los gobiernos de los Estados miembros, reunidos en el seno del Consejo de 7 de julio de 1986, referente a un programa de acción de las Comunidades Europeas contra el cáncer (D.O. n° C 184, de 23.7.1986, p.19).
- Conclusiones del Consejo europeo de 5 y 6 de diciembre de 1988 sobre la realización de una campaña informativa concertada y de larga duración en todos los Estados miembros sobre la prevención, la detección sistemática y el tratamiento del cáncer.
- Decisión n° 90/238/Euratom, CECA, CEE del Consejo y de los representantes de los gobiernos de los Estados miembros, reunidos en el seno del Consejo de 17 de mayo de 1990, por la que se adopta un plan de acción 1990-1994 en el marco del programa "Europa contra el cáncer" (D.O. n° L 137, de 30.5.1990, p. 31).
- Informe de la Comisión sobre la evaluación de la eficacia de las acciones emprendidas en el marco del programa "Europa contra el cáncer" (1987-1992) (COM [93] 93 final).
- Conclusiones de la reunión del Consejo y de los ministros de sanidad reunidos en el seno del Consejo de 27 de mayo de 1993.
- Comunicación de la Comisión relativa al marco de acción en el ámbito de la salud pública (COM [93] 559 final).
- Resolución del Consejo de 13.12.1993 relativa a las futuras orientaciones del programa "Europa contra el cáncer", tras su evaluación para el período 1987-1992.

4. Descripción de la acción

- 4.1 **Objetivo general de la acción:** un plan de acción de lucha contra el cáncer para reducir la mortalidad por cáncer en la Unión Europea.

El programa "Europa contra el cáncer" se fijó desde el primer momento, es decir, desde comienzos de 1987 y de la aplicación del primer plan de acción, un objetivo preciso: la reducción en un 15% del número de muertes por cáncer hasta el año 2000. De esta manera se aporta una esperanza de vida a 150.000 europeos. Durante este primer plan de acción, que finalizó en 1989 con un Año europeo de información sobre el cáncer, se prestó especial atención a la información y sensibilización de la población, concretamente

mediante la presentación y difusión de los mensajes contenidos en el decálogo del Código europeo contra el cáncer.

En función de los resultados obtenidos, difícilmente cuantificables, pero que ponían de manifiesto un impacto real en la percepción de la población de los factores de riesgo del cáncer, el 2º plan de acción, correspondiente al período 1990-1994, prosiguió esta acción de sensibilización de la población gracias, en concreto, al relevo que supuso el compromiso del conjunto de socios implicados. También desempeñaron un papel importante las semanas europeas de información sobre el cáncer, organizadas cada año en torno a un tema específico del Código europeo. Simultáneamente se iniciaron acciones específicas en el ámbito de la educación para la salud, al objeto de preparar una estrategia a nivel nacional y a nivel europeo. Se hizo un esfuerzo especial dirigido a las escuelas y el personal docente. Además se insistió en la formación del personal sanitario en materia de prevención del cáncer, concretamente la de médicos de medicina general, odontólogos y personal de enfermería. Por último, el sector de la detección sistemática conoció una mejora continua, ya que se establecieron redes europeas, concretamente para los cánceres de mama y de cuello uterino.

El tercer plan de acción, que comenzará en 1995, tendrá en cuenta los resultados obtenidos (evaluados, por otra parte, en el informe de la Comisión al Consejo, y que fueron objeto de una resolución del Consejo el 13 de diciembre de 1993, en la que se insta a la Comisión a que elabore un tercer plan de acción). En función de la experiencia adquirida y de los resultados ya obtenidos, se aportarán las necesarias modificaciones a las acciones, lo que también se reflejará en el reparto y porcentaje del presupuesto que acompañará al proyecto de decisión. Se garantizará la coherencia, no obstante, pues se mantendrán acciones de prevención, en concreto algunas dirigidas a grupos destinatarios concretos, como los jóvenes y las mujeres.

Objetivos intermedios: se determinarán durante la propia ejecución del plan, y en función de los diversos sectores. Citaremos, a modo de ejemplo:

- en el terreno de la detección precoz y sistemática, la determinación y la difusión de las mejores prácticas, basándose en las directrices elaboradas a escala europea en los protocolos de garantía de calidad;
- en el sector de la educación para la salud, se someterán a prueba programas básicos específicos y un programa mínimo de formación del profesorado en materia de cáncer;
- en el ámbito de la formación, creación de redes de formación de personal sanitario que participa en la lucha contra el cáncer;
- en lo relativo a la alimentación, elaboración de objetivos cualitativos consecutivos a los primeros resultados del estudio EPIC¹

¹ *European Prospective Investigation on Cancer, nutrition and health.*

Los medios para alcanzar este objetivo consistirán en desarrollar la prevención

- mediante una actuación sobre los factores de riesgo (información a la población y educación para la salud; formación del personal sanitario);
- mediante la detección precoz y sistemática;
- mediante la mejora de la recogida de datos y la actualización de la información relativa a la mortalidad y morbilidad de los cánceres (registros del cáncer y estudios epidemiológicos);

de los estudios y acciones en lo referente a la calidad de la asistencia prestada a los enfermos de cáncer.

4.2 **Período cubierto por la acción:** del 1 de enero de 1995 al 31 de diciembre de 1999. Todavía no se han determinado las modalidades previstas para su renovación y prórroga.

5. **Clasificación de los gastos**

Gastos no obligatorios.

6. **Tipo de gastos**

Subvención para cofinanciación con otras fuentes de los sectores público y privado (que no superará un determinado porcentaje del importe total de los proyectos propuestos).

7. **Incidencia financiera**

7.1 **Modo de cálculo del coste total de la acción:** resulta necesario un importe total de 64 millones de ecus en el periodo 1995-1999 para estas actividades. Se ha previsto un cierto aceleramiento del plan de acción entre 1996 y 1998, que volverá a un ritmo más normal en su último año. Además, se ha tenido más en cuenta el papel de la subsidiariedad, tras diez años de funcionamiento del programa; efectivamente, algunas acciones podrán desarrollarse progresivamente en mejores condiciones en los Estados miembros.

7.2 **Desglose por elementos del coste de la acción:** la propuesta de recursos por atribuir para el tercer plan de acción, que se expone en el siguiente cuadro, asciende a cerca de 13 millones de ecus por año para el periodo 1995-1999. El desglose por ámbito de acción para 1994 y 1995 se da a título orientativo. Los importes indicativos de los años siguientes deberán ser confirmados en los sucesivos anteproyectos de presupuesto.

Para 1995, en el importe dado de 11 millones de ecus (ligeramente inferior al de 1994) se tienen en cuenta las actuales restricciones presupuestarias, aun manteniendo la coherencia con la gestión del programa.

CAMPO DE ACCIÓN	PRESU- PUESTO 1993	PRESU- PUESTO 1994	PROYECTO DE PRESU- PUESTO 1995 (MECU / AÑO) Desglose provisional	Presupuesto previsto				TOTAL DE 1995 A 1999
				1996	1997	1998	1999	
1. Registros del cáncer y estudios epidemiológicos	2,1	2,3	2,0					
2. Prevención mediante actuación contra los factores de riesgo								
A. Información a la población	2,6	2,6	2,0					
B. Educación sanitaria	2,4	2,4	2,0					
C. Formación del personal sanitario	1,7	1,7	1,5					
3. Prevención a través de la detección precoz y el <i>screening</i> sistemático	1,4	1,5	2,0					
4. Estudios y encuestas en el campo de la asistencia a los enfermos de cáncer, inventario y métodos de difusión	0,6	0,8	1,5					
TOTAL	10,8	11,3	11	12	13	14	14	64

7.3 Calendario indicativo de los créditos

	1995	1996	1997	1998	1999	TOTAL
Créditos de puesta en marcha	11	12	13	14	14	64
Créditos de pago						
1995	5					
1996	5	6				
1997	1	5	6			
1998		1	4,5	8,5		
1999			2,5	5	7	
Ejercicios ulteriores				0,5	7	
TOTAL	11	12	13	14	14	64

8. Disposiciones antifraude previstas (y resultados de su aplicación)

Controles puntuales a los signatarios de contratos para verificar los créditos utilizados y las modalidades precisas de utilización. Ya durante el ejercicio de 1993 se llevaron a cabo controles, que demostraron ser eficaces.

9. Elementos para un análisis coste-eficacia

9.1 Objetivos específicos y cuantificables; grupos destinatarios

- Estimular a los Estados miembros a desarrollar sus propios medios de lucha contra el cáncer, en particular en sus planteamientos de prevención, en su cooperación intracomunitaria y en el acceso a la información, mediante la creación de redes transnacionales (por ejemplo, la red comunitaria Globalink que permite la rápida utilización de múltiples datos).
- Búsqueda de nuevos destinatarios, especialmente en la población de alto riesgo: embarazadas, niños y adolescentes.
- Creación de redes europeas (formación, detección sistemática, control de calidad) que permitan mejorar la eficacia de la prevención tanto entre los profesionales de la sanidad como en la población.

9.2 Justificación de la acción: empleo racional de la dotación presupuestaria basada en

- a) una aplicación concreta del principio de subsidiariedad en cuanto a la determinación de las acciones por emprender y cofinanciar, que se decidirán y aplicarán a nivel nacional con el aval y el apoyo de los ministerios nacionales de sanidad y de expertos científicos responsables;
- b) el estudio y la selección de proyectos por cofinanciar en los ámbitos de la prevención, la educación sanitaria, la información a la población, la formación y el fomento de la cooperación entre los Estados miembros en la lucha contra el cáncer. Serán seleccionados y aplicados mediante los comités nacionales de coordinación instaurados en cada país, en los que participan el conjunto de agentes de la lucha contra el cáncer;
- c) la noción de plusvalía comunitaria, que seguirá manifestándose en una acción de coordinación de las acciones nacionales, de difusión de la información y de las experiencias, de determinación de las prioridades, de ampliación de las redes europeas existentes, de selección de proyectos europeos y de motivación y movilización del conjunto de los implicados mediante la cooperación.

Un comité especial asiste a la Comisión en la aplicación de su programa. Este comité examina con regularidad una amplia gama de problemas y aconseja a la Comisión en cuanto a las prioridades que conviene otorgar a las acciones propuestas.

El apoyo de proyectos realizados en los Estados miembros constituye el principal método de aplicación del programa. La selección de los proyectos prioritarios se basa en gran medida en los objetivos generales e intermedios. La propia aplicación de las acciones depende también de la calidad y de la fiabilidad de los proyectos sometidos durante el año al servicio competente.

Los criterios de selección de proyectos presentados serán los siguientes:

- compatibilidad con los objetivos y conformidad, como mínimo, con uno de los objetivos definidos;
- examen del "valor añadido" comunitario del proyecto (participación transnacional, creación de un modelo aplicable en otros Estados miembros, informaciones utilizables en otros Estados miembros, etc.);
- eficacia y rentabilidad posibles;
- claridad y justificación de las necesidades;
- grupos destinatarios o afectados por la acción;
- pertinencia de la metodología propuesta;
- competencia y experiencia de la organización;
- adecuación del presupuesto de la acción a los objetivos;
- apoyo de los socios nacionales a los proyectos;
- evaluación definida de modo objetivo.

9.3 Seguimiento y evaluación de la acción

Del seguimiento de la acción se encargarán: a escala europea, el comité de expertos y los servicios de la Comisión; a nivel nacional, los comités nacionales de coordinación, los ministerios de Sanidad y de Educación, las ONG y los responsables de la aplicación y buena marcha de la acción.

La evaluación se llevará a cabo mediante:

- un informe anual de ejecución del programa, dirigido al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y Social y al Comité de las Regiones;
- una evaluación independiente de las principales acciones y de los estudios subvencionados;
- un informe global sobre la fiabilidad y la eficacia de los proyectos aplicados en el plan de acción, que la Comisión someterá a las instituciones competentes en el segundo semestre de 1997.

Para esta evaluación, serán indicadores de eficacia:

- resultados y conclusiones de reuniones de expertos
- estimación de los grupos destinatarios a quienes se ha llegado, e impacto informativo
- evaluación de varios proyectos por funcionarios o colaboradores de la Comisión (aspectos técnicos y financieros)
- análisis de los informes intermedios sobre las acciones previstas y financiadas, que permitirán, en caso necesario, llevar a cabo acciones correctoras
- estudios de impacto por organismos exteriores
 - pertinencia de la metodología empleada por los organizadores
- adecuación del presupuesto de la acción a los objetivos
- claridad de los objetivos de partida
- competencia y experiencia de los organismos
- difusión de los resultados

Modalidades y periodicidad previstas de la evaluación

- redacción de informes intermedios y finales sobre las diversas acciones emprendidas en el ámbito en cuestión;
- creación de una ficha "tipo" de evaluación de la acción, que los beneficiarios transmitirán junto con sus informes finales, y control de dichas fichas por los funcionarios (bien en la Comisión, o bien in situ);

9.4 Coherencia con la programación financiera

- ¿Está prevista la acción en la programación financiera de la DG para los años en cuestión?
Sí.

10. Gastos administrativos (parte A del presupuesto)

Personal únicamente destinado a la propia acción.
Se mantendrá la plantilla actual.

ISSN 0257-9545

COM(94) 83 final

DOCUMENTOS

ES

05

Nº de catálogo : CB-CO-94-093-ES-C

ISBN 92-77-66453-3

Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas

L-2985 Luxemburgo