

Dictamen del Comité Económico y Social Europeo sobre la «Comunicación de la Comisión - Seguimiento del proceso de reflexión de alto nivel sobre la movilidad de los pacientes y los progresos de la asistencia sanitaria en la Unión Europea»

(COM(2004) 301 final)

(2005/C 120/11)

Procedimiento

El 20 de abril de 2004, de conformidad con el artículo 262 del Tratado constitutivo de la Comunidad Europea, la Comisión decidió consultar al Comité Económico y Social Europeo sobre la propuesta mencionada.

La Sección Especializada de Empleo, Asuntos Sociales y Ciudadanía, encargada de preparar los trabajos en este asunto, aprobó su dictamen el 22 de septiembre de 2004 (ponente: Sr. BEDOSSA).

En su 412º Pleno de los días 27 y 28 de octubre de 2004 (sesión del 27 de octubre de 2004), el Comité Económico y Social Europeo ha aprobado por 170 votos a favor, 3 votos en contra y 6 abstenciones el presente Dictamen.

1. Introducción

Los sistemas y las políticas sanitarias en vigor en los Estados miembros de la Unión Europea están cada vez más interrelacionados y, por otra parte, los responsables nacionales, antes de tomar una decisión, comparan insuficientemente los sistemas empleados, sean o no europeos, y cuando lo hacen, desgraciadamente, no informan de ello.

1.1 Las razones de esta evolución son múltiples y se entrecruzan:

- La primera de ellas son las expectativas cada vez más exigentes de la opinión pública en toda Europa, y también fuera de ella.
- La reciente ampliación de la Unión Europea supondrá para los nuevos países la obligación de ofrecer a sus ciudadanos un sistema cada vez más moderno.
- Las importantes innovaciones tecnológicas implican prácticas nuevas y actuaciones terapéuticas que permiten aportar a los ciudadanos una asistencia sanitaria de calidad cada vez mayor.
- Las nuevas técnicas de la información que se ponen a disposición de los ciudadanos de la Unión Europea les permiten establecer, de forma casi inmediata, una comparación de los diagnósticos y asistencia sanitaria en los distintos Estados de la Unión Europea. Ello puede dar lugar, por razones respetables y comprensibles, a exigir los medios que permitan obtener los mejores resultados.

1.2 La consecuencia necesaria serán problemas de política sanitaria, tanto por la calidad y la accesibilidad de la asistencia sanitaria transfronteriza como por las exigencias de información de los pacientes, profesionales de la salud y responsables políticos.

1.3 Estos hechos plantean desde ahora mismo la necesidad de evaluar las políticas nacionales, que han de tener presentes

todas estas exigencias habida cuenta de las obligaciones europeas que paulatinamente van aumentando y otorgan nuevos derechos a los ciudadanos europeos.

1.4 Esta nueva situación arroja luz sobre el debate entre quienes defienden la tesis de que la nueva libertad provocará una desestabilización perniciosa de los sistemas actuales de asistencia sanitaria –pues consideran que limitando la movilidad de los pacientes es más fácil controlar los sistemas, los costes y las prioridades– y los partidarios de la movilidad de los pacientes, que creen que permite la interoperabilidad de los sistemas, la utilización de los mismos indicadores, el intercambio de mejores prácticas y la puesta en común de los recursos de una forma más inteligente. El objetivo irrenunciable sería sin duda desarrollar la segunda corriente, extrayendo todas sus consecuencias en materia de armonización de los sistemas nacionales.

2. Contexto

2.1 En su Dictamen de iniciativa del 16 de julio de 2003 ⁽¹⁾, el Comité Económico y Social Europeo definía la salud como «un bien muypreciado en nuestras sociedades, tanto para los ciudadanos y sus familias como para cada Estado» y concluía afirmando que «pretende hacer de las cuestiones relativas a la salud un ámbito de intervención, respetando al mismo tiempo el marco jurídico comunitario existente».

2.2 En dicho Dictamen, el Comité Económico y Social Europeo desarrollaba los argumentos y proponía fórmulas de trabajo y métodos de análisis que ha encontrado ahora recogidos en las dos Comunicaciones recientes presentadas por la Comisión Europea, el 20 de abril de 2004, al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones.

⁽¹⁾ Dictamen de iniciativa sobre «La asistencia sanitaria». Ponente: Sr. BEDOSSA. DO C 234 de 30.9.2003.

2.3 La Comunicación objeto de examen se hace también necesaria por la aparición reciente —el 9 de febrero de 2004— de la propuesta de Directiva sobre los servicios. Lamentablemente, ha sido objeto de numerosas críticas por la forma en que aborda el tema de los servicios sociales y sanitarios, ya que permite diversas interpretaciones. Por tanto, se necesitan unas definiciones más precisas en las partes de la Directiva relativas a estos temas, para tener debidamente en cuenta el carácter específico de estos servicios, relacionados con la seguridad de los ciudadanos y la igualdad de trato.

2.4 Por otra parte, la Comisión había elaborado estas dos Comunicaciones simultáneamente, porque, desde la sentencia Kroll, de 28 de abril de 1998, hasta la sentencia Leichtle, de 18 de marzo de 2004, el Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas ha establecido una jurisprudencia que permite a los ciudadanos de la Unión Europea recibir atención médica en todos los países de la Unión Europea y ha aclarado las condiciones en las que se podría producir el reembolso de los gastos sanitarios.

2.5 Desde el 1 de junio de 2004, los ciudadanos europeos pueden demostrar sus derechos mediante la futura tarjeta sanitaria europea ⁽¹⁾, que sustituirá a los formularios en papel E111.

2.6 La asimetría de las situaciones y el entorno sanitario de los distintos Estados miembros de la Unión Europea pueden llevarles a buscar los sistemas con mejores resultados, lo cual provocaría a su vez saturación o paralización de los centros de salud de referencia europeos y el riesgo de dumping de los instrumentos de protección social, que serían incapaces de responder a los movimientos erráticos de usuarios llegados de otros lugares. En esta misma línea, el nuevo Reglamento 1408/71 puede contribuir a la aparición de situaciones nuevas y difíciles.

2.7 Así pues, el reto consiste en desarrollar una política europea que permita tender hacia objetivos más positivos, aunque sea modificando, cuando resulte absolutamente imprescindible, las prerrogativas de los sistemas de salud nacionales.

2.8 Un atento análisis del Dictamen de iniciativa del Comité Económico y Social Europeo del 16 de julio de 2003 muestra que cubre ampliamente el proceso de reflexión a alto nivel desarrollado por la Comisión Europea, puesto que los contenidos de los temas de estas recomendaciones se recogen y analizan en dicho Dictamen: cooperación europea, información de los pacientes, los profesionales de la salud y los responsables políticos, acceso a una atención médica de calidad, conciliación de las políticas sanitarias nacionales con las obligaciones europeas, etc.

⁽¹⁾ Véase el Dictamen del CESE «Introducción de la tarjeta sanitaria europea». Ponente: Sr. DANTIN. DO C 220 de 16.9.2003.

3. Observaciones generales

3.1 La Comunicación sobre la movilidad de los pacientes presenta una serie de propuestas concretas que abarcan numerosos ámbitos y permiten integrar el objetivo de un alto nivel de protección de la salud humana en las políticas comunitarias, tal y como se recoge en el Tratado.

3.2 La legislación comunitaria ofrece a los ciudadanos el derecho de buscar asistencia en otro Estado miembro y ser reembolsados. La jurisprudencia del Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas y la propuesta de Directiva sobre los servicios en el mercado interior establecen claramente las condiciones en las que puede reembolsarse la asistencia prestada en un Estado miembro distinto de aquél en el que está asegurado el paciente. En la práctica, no obstante, no siempre es sencillo ejercer estos derechos.

3.3 Por tanto, parece necesario establecer una estrategia europea para:

3.3.1 Favorecer una cooperación europea que permita un mejor uso de los recursos.

— Derechos y deberes de los pacientes: la Comisión Europea tomará medidas para profundizar en la posibilidad de llegar a un consenso europeo en cuanto a los derechos y los deberes de los pacientes, tanto individuales como colectivos.

— Compartir capacidad excedentaria y atención transnacional: la Comisión Europea apoyará el trabajo de evaluación de los proyectos transfronterizos de salud existentes, en particular los proyectos Euregio, y estudiará cómo favorecer la creación de redes entre ellos al objeto de compartir las mejores prácticas.

3.3.2 A fin de establecer un marco claro y transparente para la compra de asistencia sanitaria que puedan utilizar los órganos competentes de los Estados miembros para la conclusión de acuerdos mutuos, la Comisión Europea solicitará a los Estados miembros que faciliten información sobre dispositivos existentes al respecto y presentará propuestas apropiadas.

— Profesionales de la salud: la Comisión Europea pedirá a los Estados miembros que presenten estadísticas actualizadas y completas sobre la libre circulación de los profesionales de la salud, a través de las estructuras que rigen el reconocimiento de las cualificaciones profesionales. La Comisión seguirá trabajando con el Consejo y el Parlamento para asegurar procedimientos de reconocimiento sencillos y transparentes.

— La Comisión Europea proseguirá asimismo el trabajo preparatorio con los Estados miembros para asegurar el adecuado intercambio de información relativa a la libre circulación de los profesionales de la salud.

- La Comisión Europea invitará a los Estados miembros a estudiar cuestiones relacionadas con las carencias actuales y futuras de los profesionales de la salud en la Unión.
 - Centros europeos de referencia: la Comisión Europea convocará una licitación en el marco del programa de salud pública para determinar la situación de los centros de referencia antes de presentar sus propuestas.
 - Evaluación de las tecnologías sanitarias: la Comisión establecerá un mecanismo de coordinación para evaluar las tecnologías sanitarias y presentará propuestas específicas y concretas al respecto.
- 3.3.3 Responder a las necesidades de información de los pacientes, los profesionales y los responsables de elaborar las políticas.
- Estrategia de información sobre los sistemas sanitarios: la Comisión Europea elaborará un marco comunitario de información sanitaria a partir de los resultados del programa de salud pública y determinará particularmente las distintas necesidades de información de los responsables políticos, los pacientes y los profesionales, así como los medios que permitan suministrar esta información, teniendo en cuenta el trabajo realizado en este mismo ámbito por la Organización Mundial de la Salud y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico.
 - Justificación y alcance de la atención transfronteriza: con el objetivo de determinar cuáles son los motivos que llevan a los pacientes a buscar asistencia transfronteriza, así como las especialidades solicitadas, la naturaleza de los convenios bilaterales, etc., la Comisión Europea propone realizar un estudio específico en el marco del programa de salud pública. Este aspecto se examinará igualmente en el proyecto de investigación «La Europa de los pacientes».
 - Protección de los datos: la Comisión Europea colaborará con los Estados miembros y con las autoridades nacionales responsables de la protección de datos para conocer mejor las normas de protección de los datos relativos a la asistencia sanitaria.
 - Salud en línea: la Comisión Europea, a la que se ha pedido que estudie la posibilidad de establecer principios europeos de la competencia y de las responsabilidades de cuantos participan en la prestación de servicios de salud en línea, examinará esta cuestión en el marco de su plan de acción general para la salud en línea, tal y como se recoge en la Comunicación «Salud en línea – Cómo mejorar la asistencia sanitaria de los ciudadanos de Europa: plan de acción para un espacio europeo de salud en línea».
- 3.3.4 Reforzar el papel de la Unión en la consecución de los objetivos sanitarios.
- Mejorar la integración de los objetivos sanitarios en todas las políticas y actividades europeas: la Comisión Europea colaborará con los Estados miembros para recabar información sobre su punto de vista en cuanto al funcionamiento en cada país de las distintas formas de acceso a la asistencia sanitaria de los demás Estados miembros y sobre la incidencia, particularmente en lo relativo a las formas de acceso que se derivan de la normativa comunitaria.
 - Además, la Comisión Europea se basará en los proyectos existentes de evaluación del impacto sanitario para velar por que las repercusiones de las futuras propuestas sobre salud y asistencia sanitaria se tengan en cuenta en su evaluación integrada general.
 - Establecimiento de un mecanismo para apoyar la cooperación en cuanto a servicios de salud y atención médica: la Comisión, a la que se ha pedido que considere el desarrollo de un mecanismo permanente a escala de la Unión Europea para respaldar la cooperación europea en el ámbito de la asistencia sanitaria y supervisar el impacto de la acción de la Unión sobre los sistemas sanitarios, ha instituido un grupo de alto nivel sobre servicios de salud y atención médica.
- 3.3.5 Responder a la ampliación aumentando la inversión en salud e infraestructuras sanitarias.
- 3.3.5.1 En el proceso de reflexión se invitó a la Comisión, a los Estados miembros y a los países en fase de adhesión a estudiar cómo facilitar la inclusión de la inversión en sanidad, el desarrollo de infraestructuras sanitarias y de aptitudes como ámbitos prioritarios de financiación al amparo de los instrumentos financieros comunitarios existentes, en particular en las regiones del objetivo 1. En realidad, la Unión ya apoya la inversión en salud en los Estados miembros actuales cuando estos o sus regiones la han señalado como cuestión prioritaria. Todo esto significa que, para que esta recomendación se haga realidad, es preciso que las regiones y los países afectados establezcan la inversión en salud e infraestructuras sanitarias como una prioridad para el apoyo comunitario. La Comisión trabajará con los Estados miembros a través del grupo de reflexión de alto nivel sobre servicios de salud y atención médica y mediante las estructuras apropiadas a los instrumentos financieros en cuestión, para velar por que se dé a la salud la importancia que le corresponde al formular planes generales. La necesidad de más inversión comunitaria en infraestructura sanitaria también se tratará como parte del desarrollo de las nuevas perspectivas financieras para la Unión a partir de 2006.

4. Observaciones particulares

4.1 La libre circulación de pacientes entre los Estados miembros plantea varios problemas cuyas consecuencias es preciso calcular, evaluar, analizar y tener presentes. Si la primera de ellas es el mejor conocimiento de los distintos sistemas de protección social que existen, debe establecer, en la mejor situación posible y de forma dinámica –en particular, describiendo las tendencias actuales y futuras–, la lista de los criterios que marcaron su creación.

4.2 La prevención constituye sin duda uno de los objetivos prioritarios, puesto que esta política puede y debe conseguir ahorros notables y constituye el mejor enfoque de las políticas sanitarias: pueden recordarse fácilmente, por ejemplo, los resultados de una buena política de prevención de los accidentes de tráfico, la transmisión del SIDA o el consumo de tabaco. Las actividades de prevención en estos ámbitos consiguen unos resultados espectaculares.

4.3 A esta lista, ciertamente incompleta, pueden añadirse las políticas de prevención que en estos momentos acaparan la atención de todos los interesados, tales como profesionales de la salud, medios de comunicación y responsables políticos: abuso de drogas, alcohol y medicamentos, fomento de estilos de vida sanos (ejercicio, alimentación, reposo), accidentes laborales, enfermedades profesionales, etc.

4.4 Evaluar estos factores de riesgo individuales, sociales y familiares permite conocer el grado de mortalidad prematura evitable y los costes derivados.

4.5 El progreso tecnológico en materia de medicamentos o técnicas de investigación debe llevar a la sustitución efectiva y real de las técnicas antiguas por las nuevas.

4.6 Se trata, sobre todo, de lograr una mayor eficacia y, en definitiva, conseguir mayores ahorros para el conjunto de la sociedad, aunque los cambios necesarios se enfrenten a trabas sociales, culturales y corporativistas.

4.6.1 Se trata con ello de apoyar la investigación de acciones más precisas y eficaces destinadas a fomentar las iniciativas de los medios sociales profesionales para mejorar las políticas sanitarias comunes.

4.7 Si se valoran correctamente estos movimientos de pacientes, la Unión Europea ha de estar en condiciones de garantizar a esta población que se desplaza el empleo de polos de excelencia sanitaria y hospitalaria que no estén centrados únicamente en los países más ricos, que han realizado grandes inversiones en sus respectivos sistemas de atención. Para conseguirlo, la Unión Europea debe ayudar a establecer instrumentos de evaluación, certificación y aprobación que permitan hacer

frente a la revalorización de nuevas tecnologías y nuevas terapias: la eficacia de los sistemas hospitalarios o centros asistenciales de toda índole debe basarse en estos procedimientos de aprobación o certificación.

4.8 Esta búsqueda cualitativa puede permitir a la Unión Europea establecer en su territorio esta red de establecimientos, donde también se encuentran los científicos y los profesionales de alto nivel, tan importantes para la existencia de tales centros de referencia. Es lógico esperar que estos centros aparezcan rápidamente en ciertos países de la Unión Europea de 25, sobre todo si la Unión Europea se compromete a idear un instrumento de observación, análisis e intercambio para las políticas nacionales, respetando los principios fundamentales de los tratados, en especial el de subsidiariedad y el de competencia nacional.

4.9 En la lógica de esta reflexión no debe olvidarse, por supuesto, la armonización de los indicadores de salud pública. Esta armonización es útil para conocer mejor los objetivos de salud que busca alcanzar la Unión Europea: los índices pertinentes de mortalidad y de mortalidad evitable, de morbilidad y de morbilidad evitable, que no tienen la misma aceptación en todos los Estados de la Unión Europea.

4.10 Las diferencias ponen de manifiesto que los resultados obtenidos pueden mejorarse acercando la asistencia sanitaria al nivel del mejor país. En el cáncer de pulmón, la tasa de supervivencia a cinco años no es la misma en Francia y Polonia en estos momentos. El tratamiento de las enfermedades de la sangre (leucemia) no da los mismos resultados en Inglaterra y en Francia según los protocolos utilizados.

4.11 La información de pacientes, profesionales de la salud y responsables políticos es un objetivo fundamental de estas orientaciones de la Comisión Europea.

4.12 Para los pacientes, la educación sanitaria permite aclarar la idea de salud que tiene el ciudadano europeo, sobre todo en lo referente a expectativas y comportamientos. Ahora la salud se percibe como un bien absoluto, como un derecho, y constituye en cualquier caso un estado que ha de ser protegido por todas las autoridades competentes. La satisfacción de esta expectativa supone un aumento de los recursos asignados a los objetivos sanitarios, en particular a la atención sanitaria, aunque también a menudo a la prevención y al entorno sanitario, con el fin de no desequilibrar los sistemas de protección social.

4.13 La seguridad sanitaria se ha convertido en un derecho y en un nuevo poder de los ciudadanos de la Unión Europea⁽¹⁾.

(1) Dictamen de iniciativa en elaboración sobre «La seguridad sanitaria: una obligación colectiva, un derecho nuevo». Ponente: Sr. BEDOSSA (SOC/171).

4.14 Las soluciones tecnológicas, el respeto de la vida privada, la gestión del historial médico compartido, la libertad de información y la protección de los datos son otros tantos puntos que deben debatirse de la forma más transparente posible para lograr que tomen conciencia todos los interesados. Ha de ser un debate permanente, puesto que los cambios son rápidos y las decisiones que deben tomarse son urgentes y complicadas. Cada uno de estos elementos representa una dificultad para los tres ángulos del triángulo de la salud.

4.15 Conciliar los objetivos nacionales con las obligaciones europeas: el análisis comparativo de los sistemas sanitarios plantea consideraciones estratégicas difíciles que deben utilizarse para apoyar la cooperación europea en el ámbito de la asistencia sanitaria y hacer un seguimiento de la incidencia de la Unión Europea sobre los regímenes sanitarios. Por ejemplo, es preciso estudiar con más atención los temas transversales que pueden tener grandes consecuencias: buenas prácticas y eficacia en el sector de la salud; envejecimiento y salud; la salud en los nuevos Estados miembros de la Unión Europea; la evaluación del impacto de distintos determinantes sobre la salud.

4.16 También es urgente estudiar los medios que ofrece la seguridad jurídica, que permite a los pacientes contar con un tratamiento de alta calidad en cualquier Estado de la Unión Europea, a la cual corresponde presentar propuestas adecuadas al respecto (aclarar la aplicación de la jurisprudencia, simplificar la normativa de coordinación de los sistemas de seguridad social y facilitar la cooperación intraeuropea).

4.17 La novedad más inesperada y más útil que la Comisión ofrece en su Comunicación es la movilización del Fondo de Cohesión y de los Fondos Estructurales de la Unión Europea con vistas a facilitar las inversiones en el ámbito de la salud, el desarrollo de infraestructuras sanitarias y de competencias médicas, como objetivos ahora prioritarios de la intervención para los instrumentos financieros comunitarios.

4.18 El Comité Económico y Social Europeo manifiesta su pleno acuerdo con esta decisión: se abre un nuevo campo para el desarrollo y el éxito de la Unión Europea, particularmente en el marco de la estrategia de Lisboa.

4.19 Por último, el Comité Económico y Social Europeo suscribe en principio el enfoque de la Comisión Europea en lo relativo a los profesionales de la salud. La evolución de los sistemas de salud implica una dinámica en las profesiones y las competencias. La atención médica precisa personal formado, altamente cualificado, y una formación permanente.

4.20 El Comité Económico y Social Europeo debe conseguir que exista una conciencia de la importancia del reto que suponen los problemas sanitarios para la Unión Europea, su

cohesión y su capacidad para convertirse en la economía del conocimiento.

4.21 Es preciso analizar y prever los problemas para favorecer la movilidad profesional sin desestabilizar los sistemas nacionales. El Comité Económico y Social Europeo confía al respecto en que el proyecto de directiva actualmente objeto de examen sobre la cualificación y la competencia sea un documento esencial, útil y necesario para hacer realidad el mercado interior.

4.22 Los dispositivos previstos son útiles y están bien planeados. Por otra parte, el Comité Económico y Social Europeo estima que será también de gran utilidad armonizar los códigos de conducta de todos los profesionales de la salud y tendrá una buena acogida.

4.23 El objetivo previsto es anticiparse a las dificultades que se anuncian para los profesionales de la salud durante los próximos años. La inversión en estos profesionales es rentable, útil y necesaria si se pretende ofrecer a los ciudadanos de la Unión Europea una atención médica de calidad.

4.23.1 Mejorar la salud y la asistencia sanitaria gracias a las tecnologías de la información y la comunicación.

4.24 El Comité Económico y Social Europeo considera que de este planteamiento procederán los mejores argumentos para la reforma de los sistemas sanitarios y la mejora de la calidad en el seno de la Unión Europea. Ya se estudian distintos aspectos.

— El historial médico informatizado y compartido, que permite garantizar a todos los ciudadanos un derecho social, el derecho a la salud, y un mejor conocimiento de su salud. Por otra parte, este sistema permitirá evitar los abusos, los problemas de los gastos redundantes, las incompatibilidades medicamentosas y el nomadismo médico, sin olvidar que se simplificarán todos los procedimientos de recepción, registro e información del paciente.

— La telemedicina, que está llamada a tener un gran éxito para la consulta a distancia de los especialistas y de todos los profesionales de la salud. Además, permitirá dar al paciente una información precisa.

— La utilización de las tarjetas sanitarias, que permite verificar en tiempo real la apertura de los derechos y la situación del paciente en cuanto a su cobertura social.

— Y todas las demás aplicaciones actuales y futuras, útiles para una mejor gestión de los sistemas, para elaborar estrategias sanitarias y de salud pública, conseguir bases de datos eficaces con que evaluar la productividad de los centros y conocer todos los detalles de consumo.

4.25 Ya existen redes de información y las asociaciones de pacientes pueden comprobar que su demanda ha sido atendida. No obstante, es necesario estar atentos a la protección del secreto profesional cuando esté en juego la relación entre el paciente y el médico.

5. Propuestas del Comité Económico y Social Europeo

5.1 En su Dictamen del 16 de julio de 2003, el Comité Económico y Social Europeo, tras reconocer la considerable importancia de estas políticas, presentó unas propuestas que aparentemente ya ha hecho suyas la Comisión Europea, puesto que sus argumentos tienen un mismo hilo conductor.

5.2 La cooperación entre los Estados miembros debe servir para establecer unos objetivos comunes que permitan crear planes nacionales. Eligiendo indicadores pertinentes será posible seguir atentamente la evolución de las políticas sanitarias, con seguimiento en todos los países de la Unión Europea.

5.3 El Comité señala que un instrumento se hace indispensable: un observatorio o una agencia debería recoger las observaciones, análisis y datos sobre las políticas sanitarias nacionales, respetando siempre plenamente los tratados en vigor (subsidiariedad y competencia nacional): proceso de mejora de calidad de la atención, preocupaciones de las autoridades públicas y de los responsables de la gestión para aumentar la eficacia de todos los centros asistenciales, públicos o privados, creación de polos de excelencia y su interconexión en red en toda la Unión Europea, tanto rica como pobre.

5.4 Una política de empleo sólida y continuada para cubrir el riesgo de dificultades previsibles, sin esperar a la demanda.

5.5 El respaldo de una política de información en materia de salud que se base en los resultados de programas de salud y determine las necesidades de información de quienes forman parte del sistema –pacientes, profesionales, poderes públicos–, teniendo también en cuenta fuentes como la Organización Mundial de la Salud y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico.

5.6 El Comité Económico y Social Europeo acoge con agrado la voluntad de la Comisión de utilizar un método abierto de coordinación (Dictamen del Comité Económico y Social Europeo de julio de 2003). Previamente se definirán con precisión su funcionamiento y sus condiciones, que incluirán elementos de gran importancia como los siguientes:

- los intercambios de buenas prácticas (acreditaciones), normas de calidad, homologación de competencias, reconocimiento recíproco de prácticas, con el objetivo de reducir costes, dada la gran disparidad entre los sistemas nacionales,
- los indicadores pertinentes de las estructuras y de las prácticas,
- la mejora de la oferta de productos sanitarios, incluidos los imperativos de la innovación, de la lucha contra los grandes problemas de salud pública, como el sida, la tuberculosis o el paludismo en los países más pobres y la lucha contra el despilfarro,
- la coordinación de los sistemas nacionales, para evitar cualquier efecto de dumping y de pérdida de competencias en el ámbito transfronterizo,
- la necesaria realización del mercado único del medicamento.

6. Conclusión

6.1 El Comité Económico y Social Europeo es muy sensible al hecho de que las tres últimas Comunicaciones sean fruto de la reflexión de cinco Direcciones Generales de la Comisión Europea.

6.2 Es la prueba de que la Comisión Europea ha comprendido el desafío de estas políticas sanitarias al hacerse realidad el mercado interior y la ampliación.

6.3 Se trata de una de las primeras ocasiones en que cinco direcciones generales de la Comisión Europea ponen en común su voluntad política, sus competencias y sus recursos con el objetivo de dotar a todos los países de Europa de los medios para dar coherencia a su política sanitaria y de protección social, en beneficio de todos los ciudadanos de la Unión Europea.

6.4 El Comité Económico y Social Europeo desea que se cree un grupo de trabajo –una estructura ágil, aunque permanente– para el seguimiento de estas políticas que permita al CESE aportar su punto de vista, su competencia específica y su experiencia en esta cuestión, delicada e importante para todos los ciudadanos de la Unión Europea.

Bruselas, 27 de octubre de 2004.

La Presidenta
del Comité Económico y Social Europeo
Anne-Marie SIGMUND
