



COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS

Bruselas, 20.4.2004
COM(2004) 304 final

**COMUNICACIÓN DE LA COMISIÓN AL CONSEJO, AL PARLAMENTO
EUROPEO, AL COMITÉ ECONÓMICO Y SOCIAL EUROPEO
Y AL COMITÉ DE LAS REGIONES**

**Modernizar la protección social para el desarrollo de una asistencia sanitaria y una
asistencia de larga duración de calidad, accesibles y duraderas: apoyo a las estrategias
nacionales a través del «método abierto de coordinación»**

1. INTRODUCCIÓN

Los sistemas de protección social establecidos en los Estados miembros tienen por objeto garantizar el acceso de todos a una asistencia de calidad. Su desarrollo ha permitido reducir considerablemente el riesgo de pobreza, que en el pasado estaba a menudo vinculado a la enfermedad, la vejez o los accidentes, y ha contribuido en gran medida a una mejora considerable del estado de salud de la población europea durante las últimas décadas¹. Constituyen, pues, un elemento importante del modelo social europeo, tanto más cuanto que la calidad de la asistencia ofrecida en Europa prácticamente no tiene parangón en el mundo.

La presente comunicación, anunciada en el *Informe de Primavera 2004*², tiene por objeto favorecer la definición de un marco común que permita apoyar los esfuerzos nacionales de reforma y desarrollo de la asistencia sanitaria y la asistencia de larga duración, asumidas por la protección social, mediante la aplicación del «método abierto de coordinación». Por su parte, la Resolución adoptada por el Parlamento Europeo el 11 de marzo pasado hace un llamamiento en favor de una cooperación reforzada en materia de salud y cuidados de larga duración, y pide a la Comisión que presente propuestas en este sentido en la primavera de 2004, permitiendo al Consejo aplicar el «método abierto de coordinación» a este ámbito y adoptar objetivos comunes.

Esta comunicación completa así la adoptada a raíz de las propuestas del «Proceso de reflexión de alto nivel sobre la movilidad de los pacientes y la evolución de la asistencia sanitaria en la Unión Europea» (en lo sucesivo, la «Comunicación sobre la movilidad de los pacientes»), proceso puesto en marcha a iniciativa de los Comisarios David Byrne y Anna Diamantopoulou e integrado por representantes de los ministros de Sanidad y la Comisión³. Estas dos comunicaciones, adoptadas conjuntamente por la Comisión, presentan así una estrategia global dirigida a construir una visión común para los sistemas de salud europeos y los sistemas de protección social.

La protección social permite, en efecto, distribuir entre toda la sociedad costes que a menudo exceden los medios de una única persona o de su familia: evita así que el recurso a la asistencia sanitaria se traduzca en un empobrecimiento, y que una renta baja limite gravemente el acceso al sistema de asistencia. Esto se ha logrado gracias a una gran diversidad de sistemas —basados en el seguro o en el suministro directo de servicios— que son en primer lugar, según el Tratado, responsabilidad de los Estados miembros. La importancia de esta responsabilidad, así como la necesidad de una mejor cooperación a escala europea, fueron destacadas, en particular, por las conclusiones del «Proceso de reflexión de alto nivel».

Desde hace tiempo se reconocen a nivel de la Unión el papel de los sistemas de asistencia en la reducción del riesgo de pobreza y enfermedad, y su contribución a la cohesión social y al empleo, así como las consecuencias del envejecimiento

¹ Por ejemplo, entre 1960 y 2001 la esperanza de vida de los hombres aumentó 8,1 años y la de las mujeres, 8,7 años.

² COM (2004) 29 final – «Hagamos Lisboa - Reformas para la unión ampliada».

³ Las conclusiones del «Proceso de reflexión de alto nivel» pueden consultarse en:
http://europa.eu.int/comm/health/ph_overview/Documents/key01_mobility_es.pdf

demográfico. Ya en 1992, una recomendación del Consejo⁴ pedía a los Estados miembros «*velar por el mantenimiento y, en su caso, el desarrollo de un sistema de asistencia de calidad, adaptado a la evolución de las necesidades de la población y, en particular, a las derivadas de la dependencia de las personas de edad avanzada, a la evolución de las patologías y de las terapéuticas y a la necesaria intensificación de la prevención*». En 1999, el Consejo consideró la asistencia sanitaria uno de los cuatro ámbitos de la protección social⁵ donde era precisa una cooperación reforzada entre los Estados miembros.

A raíz de los Consejos Europeos de Lisboa y Gotemburgo, que hicieron hincapié en la necesidad de reformar y adaptar los sistemas de protección social, incluida la asistencia sanitaria, para hacer frente al envejecimiento demográfico y garantizar la cohesión social, la Comisión definió tres orientaciones⁶ que podían servir de marco a esta reforma. El Consejo Europeo de Barcelona aprobó estas orientaciones en marzo de 2002⁷:

- **la accesibilidad de la asistencia** sobre la base de los principios de universalidad, equidad y solidaridad, teniendo en cuenta las necesidades y dificultades de los grupos e individuos más desfavorecidos, y también de aquellos que han de recibir cuidados costosos y de larga duración;
- **el ofrecimiento de una asistencia de calidad** a la población, que se adapte a los avances de la ciencia y a las necesidades que surgen con el envejecimiento, y que se base en una evaluación de sus beneficios para la salud;
- medidas que garanticen la **sostenibilidad financiera** a largo plazo de esta asistencia y traten de conseguir la mayor eficacia posible del sistema.

2. ACCESIBILIDAD, CALIDAD Y SOSTENIBILIDAD FINANCIERA: UN RETO PARA LOS SISTEMAS DE ASISTENCIA, UNA CLAVE DEL ÉXITO DE LA ESTRATEGIA DE LISBOA

En el informe conjunto de la Comisión y del Consejo «Apoyar las estrategias nacionales para el futuro de la asistencia sanitaria y de la asistencia a las personas de edad avanzada», de 10 de marzo de 2003, se destaca que las innovaciones tecnológicas y terapéuticas, la mejora del bienestar y de la información de los pacientes, así como el envejecimiento demográfico, plantean hoy nuevos problemas en cuanto a la capacidad de los sistemas nacionales de garantizar accesibilidad y calidad, y de asegurar su sostenibilidad financiera a largo plazo. Se trata de desafíos comunes a todos los sistemas, que ponen de manifiesto ciertos problemas: persisten las desigualdades y las dificultades de acceso, a pesar de la universalidad garantizada en principio por los sistemas; la oferta de servicios de calidad es a veces insuficiente en relación con las necesidades de la población, con periodos de espera

⁴ Recomendación del Consejo, de 27 de julio de 1992, relativa a la convergencia de los objetivos y de las políticas de protección social (92/442/CEE), DO L 245 de 26.8.1992, pp. 49 – 52.

⁵ En 2000, la salud representaba el 27,3 % de los gastos de protección social en la UE-15, en segundo lugar después de las pensiones de jubilación y de supervivencia [*Fuente*: Anexo estadístico del proyecto de «Informe conjunto sobre la inclusión social 2003», [SEC (2003) 1425].

⁶ COM(2001) 723 final.

⁷ § 25: «El Consejo Europeo [...] toma nota del informe inicial del Consejo sobre la asistencia sanitaria y la asistencia a las personas de edad avanzada, e invita a la Comisión y al Consejo a que estudien más detenidamente los problemas de accesibilidad, calidad y sostenibilidad financiera a tiempo para el Consejo Europeo de primavera de 2003».

excesivamente largos, y en algunos sistemas se están incrementando los desequilibrios financieros.

Los nuevos Estados miembros van a hacer aumentar esta diversidad y a acentuar algunas características de la actual UE-15. Sus principales indicadores de salud son, en general, peores que los de la UE-15, especialmente en el caso de los hombres, y dedican considerablemente menos recursos a sus sistemas de asistencia, a pesar de un crecimiento continuo desde comienzos de los años noventa. Por otra parte, el envejecimiento de las profesiones de salud es aún más patente en estos países que en la UE-15. La «estrategia de Lisboa» constituye, pues, un marco coherente para la recuperación del nivel y la calidad de la asistencia, con el apoyo de diversos instrumentos, como el «método abierto de coordinación».

Al mismo tiempo, la integración europea supone una interacción creciente de los sistemas de asistencia:

- La jurisprudencia del Tribunal de Justicia ha establecido que los servicios de asistencia sanitaria son servicios en el sentido del Tratado, y los pacientes, como destinatarios de los mismos, deben poder beneficiarse de la libre prestación de servicios que el Tratado garantiza⁸. La modernización del Reglamento 1408/71⁹ integra esta dimensión y su aplicación se precisa en una propuesta de Directiva, presentada el 13 de enero de 2004, relativa a los servicios en el mercado interior, que incluye una definición de los servicios hospitalarios¹⁰;
- los ciudadanos de la Unión hacen un uso creciente de su derecho a la movilidad¹¹ para instalarse en otros Estados miembros, desplazarse a ellos temporalmente o incluso para recibir allí asistencia sanitaria.

Al mismo tiempo, esta interacción ha ido acompañada por el desarrollo de políticas a escala de la Unión que influyen en los sistemas de asistencia sanitaria, y, más en general, en la salud de los europeos. Esta evolución, no obstante, nunca ha sido objeto de una estrategia global, que aborde al mismo tiempo el desarrollo y la modernización de la oferta y la financiación de la asistencia, la movilidad de los pacientes y los profesionales en la Unión ampliada, la cooperación entre regiones y sistemas de salud, y la integración en el conjunto de las políticas comunitarias del objetivo esencial que constituye un elevado nivel de protección de la salud humana. En el «Informe de Primavera 2004» se hace, pues, un llamamiento para reforzar la coordinación de las políticas nacionales, con el fin de apoyar los esfuerzos de modernización y desarrollo de este sector emprendidos por todos los Estados miembros, tanto los actuales como los nuevos. En consecuencia, lo que actualmente se presenta en dos comunicaciones de la Comisión es una **estrategia global para los sistemas de salud**:

⁸ Véase el Informe de síntesis sobre la aplicación de las normas del mercado interior a los servicios de salud y la aplicación por los Estados miembros de la jurisprudencia del Tribunal [SEC (2003) 900].

⁹ Propuesta de Reglamento del Parlamento Europeo y del Consejo relativo a la coordinación de los sistemas de seguridad social [COM(1998) 779 final]; Propuesta modificada de Reglamento del Parlamento Europeo y del Consejo sobre la coordinación de los sistemas de seguridad social [COM(2003) 596 final]; Comunicación de la Comisión al Parlamento europeo acerca de la Posición común adoptada por el Consejo con vistas a la adopción de un Reglamento del Parlamento Europeo y del Consejo relativo a la coordinación de los sistemas de seguridad social [COM(2004) 44 final].

¹⁰ COM(2004) 2 final.

¹¹ Plan de acción de la Comisión sobre las capacidades y la movilidad, COM(2002) 72 final.

- La presente comunicación propone objetivos comunes para el desarrollo y la modernización de la oferta y la financiación de la asistencia que permitirían a cada Estado miembro definir su estrategia nacional y beneficiarse de las experiencias y las «buenas prácticas» de los demás. Esta coordinación de las políticas nacionales completaría así los otros tres grandes ámbitos de la protección social —pensiones, inclusión y «hacer que trabajar resulte rentable»— que son objeto de una coordinación reforzada desde 2000.

La otra comunicación es el resultado de las recomendaciones adoptadas por el «Proceso de reflexión de alto nivel». Presenta así un conjunto de propuestas concretas sobre un gran número de ámbitos, y permite incorporar a las políticas comunitarias el objetivo, proclamado por el Tratado, de un elevado nivel de protección de la salud humana. Por otra parte, la oferta y la financiación de la asistencia sanitaria y de la asistencia de larga duración representan elementos clave de la estrategia de modernización económica y social puesta en marcha en Lisboa en marzo de 2000, por tres razones complementarias.

La **cohesión social** se ve reforzada por el acceso a una asistencia de calidad, basada en los principios de universalidad, equidad y solidaridad. Se reconoce que mejorar el acceso a la asistencia sanitaria es un medio de movilizar el potencial de mano de obra de la Unión en el contexto de la disminución de su población activa. Estudios recientes¹² demuestran a este respecto que la política de asistencia sanitaria debería considerarse un instrumento de las políticas activas de empleo, ya que permite reforzar la capacidad de inserción social y profesional de los solicitantes de empleo. Con todo, como se muestra en el proyecto de Informe conjunto sobre la inclusión¹³, los grupos más desfavorecidos experimentan más problemas de salud, y de mayor importancia: por ejemplo, un 16 % de las personas situadas en el quintil de renta inferior declara que su estado de salud es malo, frente a un 7 % del quintil superior¹⁴. Estas personas encuentran a menudo más dificultades de acceso a la asistencia, debido a periodos de espera prolongados, a costes de tratamiento elevados en relación con sus ingresos, a procedimientos administrativos complejos y, más en general, a una prevención insuficiente (detección, vacunación).

En segundo lugar, el sector de la asistencia sanitaria y la asistencia de larga duración¹⁵ representaba en 2002 alrededor del 10 % del **empleo** total en la UE-15, y del 4,1 % al 7,1 % en los nuevos Estados miembros. Con 1,7 millones de nuevos empleos entre 1997 y 2002 en la UE-15, es también el segundo sector creador de empleo. Para poder afrontar los retos derivados de la evolución demográfica y los progresos tecnológicos, es esencial disponer de un número suficiente de profesionales, y garantizarles empleos de calidad. Ahora bien, el envejecimiento de la mano de obra se dejará sentir de forma especial en este ámbito. En 2002, el 11 % de la mano de obra empleada en este sector en la UE-15 y en la UE-25 tenía edades comprendidas entre 55 y 64 años, y esta proporción era aún más elevada en el caso

¹² Brenner, H., «*Unemployment and public health*» – Informe final encargado por la Comisión Europea, mayo de 2002.

¹³ COM(2003) 773 final.

¹⁴ En 2000. Fuente: Indicadores comunes de pobreza y exclusión social, EUROSTAT, PHCE. BDU, versión de diciembre de 2002.

¹⁵ Véase «*Emploi en Europe 2003*», página 37. La encuesta de población activa incluye la asistencia sanitaria, todos los servicios «sociales», incluido el cuidado de niños, y los servicios veterinarios.

de los médicos¹⁶. Sobre todo, una elevada proporción de los trabajadores de este sector (el 27 %, tanto en la UE-15 como en la UE-25) pertenece al grupo de edad entre 45 y 54 años, lo que permite prever un «choque demográfico» de gran amplitud en los próximos años. Estas jubilaciones tendrán lugar en un contexto de envejecimiento general, lo que significa que el sector de la asistencia sanitaria y los «servicios sociales» habrá de afrontar la competencia de otros sectores para la contratación de nuevos trabajadores.

La mejora de la calidad de los empleos será, pues, indispensable para evitar las salidas anticipadas del mercado de trabajo, en particular de las personas que ocupan los empleos más duros y los más estresantes, y de los trabajadores mayores de 55 años, y también para favorecer nuevas contrataciones. La mejora de la productividad y la eficacia de los prestadores de asistencia será también un desafío clave para el desarrollo sostenible de este sector. La «e-salud», cuyo desarrollo promueve el Plan de acción e-Europe 2005¹⁷, tiene aquí un papel esencial que desempeñar, tanto en la información como en la prevención, la mejora de la oferta de asistencia y la formación permanente de los profesionales¹⁸.

El **envejecimiento demográfico** tendrá otros dos efectos en el sector de la asistencia sanitaria y la asistencia a los ancianos: el aumento del número de personas de más de 65 años (+ 64 % entre 2002 y 2050, según el escenario tendencial de EUROSTAT) y del número de personas de más de 80 años (que pasarán de 14,8 a 37,9 millones en ese mismo intervalo). Esta evolución, que pone de manifiesto, en primer lugar, la mejora del estado de salud de los europeos, significa también más patologías vinculadas a la edad, y plantea la cuestión de los cuidados de larga duración. En efecto, el envejecimiento de la población va acompañado de un aumento del número de personas mayores que viven solas, debido a la movilidad de las familias, así como a la mayor participación de las mujeres en el empleo, cuando son estas las que garantizan todavía la mayor parte de la «asistencia informal». La respuesta a las necesidades de esta población pasa, pues, por el desarrollo de una oferta diversificada, que incluya la asistencia a domicilio —la opción que elegirán cada vez más personas— e instituciones especializadas, así como una coordinación reforzada entre prestadores de asistencia que a menudo trabajan de forma aislada (servicios de cuidados intensivos, asistencia primaria, servicios sociales, etc.).

Para afrontar estos retos, la reforma de los sistemas de protección social debe llevarse adelante de manera integrada y coordinada. La Comunicación de la Comisión «Refuerzo de la dimensión social de la estrategia de Lisboa: racionalización del método abierto de coordinación en el ámbito de la protección social»¹⁹ puso de manifiesto que el sector de la asistencia sanitaria y la asistencia a las personas mayores debía ser uno de los ámbitos en los que aplicar la racionalización de los procesos de coordinación en materia de protección social. Esta racionalización contribuirá a reforzar los mensajes políticos en favor de la modernización de los sistemas y a garantizar su coherencia con los otros procesos de coordinación en el marco de la «estrategia de Lisboa».

¹⁶ En 2001 era del 11,7 % en Inglaterra, el 21,7 % en la República Checa y el 33,2 % en Dinamarca, por ejemplo. Véase también el informe de la Comisión sobre la situación social en 2003.

¹⁷ Comunicación de la Comisión «eEurope 2005: Una sociedad de la información para todos», COM(2002) 263 final.

¹⁸ Véase la Comunicación de la Comisión: eSalud – mejorar la asistencia sanitaria prestada a los ciudadanos europeos - Plan de acción para un espacio europeo de la eSalud, COM(2004) XXX.

¹⁹ COM(2003) 261 final.

Los resultados serán:

- Una mayor coherencia con los procesos existentes en materia de protección social (reforma de las pensiones, inclusión social), con los que hay muchos aspectos de interés común²⁰. En el marco de la racionalización de estos procesos, una tarea importante será definir cuestiones que puedan constituir objetivos generales para todas las ramas de la protección social, como las cuestiones relacionadas con la dimensión del género, con el papel de la asistencia sanitaria para garantizar un envejecimiento activo o con el papel de los sistemas de protección social en los incentivos al empleo.
- Una coordinación reforzada con otros procesos políticos: la estrategia europea de empleo, en particular por lo que se refiere a los retos del envejecimiento de la mano de obra empleada en estos sectores; y las orientaciones generales de política económica. Gracias a la racionalización, las cuestiones relacionadas con la salud y los cuidados de larga duración estarán mejor reflejadas en la estrategia de Lisboa, de acuerdo con la importancia que revisten para los ciudadanos. Tal como se prevé en el informe de primavera 2004, la Comisión examinará para 2005 las modalidades de integración de la Salud Pública en la estrategia de Lisboa, y su contribución al crecimiento y al desarrollo sostenible.
- En este contexto, el «método abierto de coordinación» será una herramienta flexible, respetuosa de la diversidad de las situaciones y competencias nacionales y, en consecuencia, particularmente adaptada a la especificidad de los sistemas de asistencia sanitaria en el conjunto de las ramas de la protección social.
- Los objetivos comunes, uno de cuyos pilares se refiere a la asistencia sanitaria, ofrecerán un marco político global para las reformas, incrementando su transparencia y destacando los retos comunes a los sistemas de asistencia.
- El método abierto de coordinación contribuirá a la participación de los numerosos agentes de este sector y, en particular, de los interlocutores sociales, las profesiones de salud y los representantes de los pacientes, cuyo papel se afirma cada vez más.
- Los intercambios de experiencias permitirán mejorar el conocimiento de los distintos agentes sobre las reformas posibles. Los indicadores comunes apoyarán estos intercambios.
- Por último, el «método abierto de coordinación» favorecerá un enfoque global e integrado de los problemas a que se enfrentan hoy los distintos sistemas, estableciendo un estrecho vínculo con los distintos instrumentos y las distintas políticas asociados con este ámbito.

3. OBJETIVOS COMUNES PARA EL DESARROLLO DE LOS SISTEMAS DE ASISTENCIA

La disminución del riesgo de pobreza vinculado a la enfermedad, los accidentes o la edad, así como la considerable mejora del estado de salud de los europeos, son

²⁰ Por ejemplo, la accesibilidad de la asistencia es un tema importante de las políticas de inclusión social (véase el proyecto de informe conjunto 2003, op. cit.); el envejecimiento tiene repercusiones en la sostenibilidad social y financiera de los sistemas de pensiones.

importantes logros de los sistemas de protección social. Estos deben seguir proporcionando una asistencia de calidad, accesible sobre la base de los principios de universalidad —es decir, que cubra a toda la población— y solidaridad —es decir, sin vinculación con el nivel de riqueza, mediante contribuciones colectivas—, y financieramente sostenible. Accesibilidad, calidad y sostenibilidad financiera forman, pues, un **conjunto global e integrado**. Además, una clave del desarrollo y la reforma de los sistemas reside en su capacidad de aplicar una **gestión eficaz, basada en la participación y la responsabilización de los agentes implicados —incluidos los interlocutores sociales, las entidades locales y regionales, los pacientes y la sociedad civil— y en la coordinación entre prestadores de servicios de asistencia, organismos financieros, ONG y poderes públicos**. En consecuencia, a nivel europeo sería deseable que los interlocutores sociales sectoriales pudieran aportar una contribución concreta a los esfuerzos de reforma.

Sobre la base de las orientaciones aprobadas en marzo de 2002 por el Consejo Europeo de Barcelona, y del Informe conjunto adoptado por la Comisión y el Consejo en marzo de 2003, la Comisión propone, pues, los objetivos comunes siguientes dirigidos a apoyar el desarrollo de los sistemas en la Unión ampliada.

3.1. Garantizar el acceso a la asistencia: universalidad, equidad y solidaridad

Un logro considerable de los sistemas europeos de asistencia sanitaria ha sido hacer accesible a todos una asistencia de gran calidad. Estos sistemas deben seguir previniendo el riesgo de pobreza o exclusión social vinculado a la enfermedad, los accidentes o la vejez, tanto para los beneficiarios de la asistencia como para sus familias. La universalidad de su cobertura debe estar basada en la solidaridad, según las modalidades propias de cada sistema. La solidaridad debe beneficiar especialmente a las personas con rentas bajas y a aquellas cuyo estado de salud requiera una asistencia intensiva, prolongada o costosa, incluidos los cuidados paliativos y el acompañamiento a enfermos terminales. Sin embargo, ciertos grupos o particulares experimentan especiales dificultades de acceso que comprometen su capacidad de inserción social y profesional. Por otra parte, las desigualdades en la distribución regional de la oferta de servicios de asistencia, o una oferta insuficiente en relación con las necesidades, dan lugar a plazos excesivamente largos para acceder a la asistencia. Las dificultades de contratación y gestión de determinadas categorías de personal provocan resultados semejantes. Los sistemas de asistencia deben, por tanto, desarrollar una oferta de servicios suficiente y adaptada a las necesidades de la población.

Objetivos:

Garantizar el acceso a una asistencia sanitaria de calidad sobre la base de los principios de universalidad, equidad y solidaridad.

Prevenir el riesgo de pobreza o exclusión social vinculado a la enfermedad, los accidentes, la discapacidad o los cuidados necesarios en la vejez, tanto para los beneficiarios de la asistencia como para sus familias.

En concreto, y según las peculiaridades propias de sus sistemas, los Estados miembros acuerdan:

- Ofrecer al conjunto de la población una asistencia de calidad adaptada a las necesidades. Deberá prestarse una atención especial a las personas que precisen cuidados prolongados o costosos, a las personas y a los grupos que experimenten

dificultades particulares de acceso —como las minorías étnicas y los inmigrantes— y a las personas con rentas bajas.

- Garantizar la accesibilidad, financiera y física, de los sistemas de asistencia a las personas discapacitadas.
- Ofrecer cuidados adaptados a los mayores, en particular mediante una coordinación reforzada entre los servicios de asistencia social, los cuidados primarios, los servicios hospitalarios y las instituciones especializadas.
- Promover dispositivos de cuidados paliativos y acompañamiento de los enfermos terminales.
- Reducir, allí donde sea necesario, las desigualdades regionales en la oferta de servicios de asistencia.
- Desarrollar, cuando sea necesario, estructuras adaptadas, dotadas de personal cualificado, con el fin de aumentar la oferta y reducir los plazos de acceso a los tratamientos, en particular cuando estas esperas perjudiquen la salud y la calidad de vida de los pacientes. En el marco de la política de cohesión económica y social, puede prestarse apoyo al desarrollo de las infraestructuras, en particular las hospitalarias: las instancias responsables de los fondos estructurales, especialmente el FEDER y el Fondo de cohesión, deberán examinar cómo utilizar plenamente este apoyo en las regiones que reúnan las condiciones para beneficiarse de él.
- Promover una gestión de los recursos humanos que permita hacer frente a las consecuencias del envejecimiento demográfico en el sector de la asistencia sanitaria y la asistencia de larga duración y, en particular, prevenir o solucionar la escasez de ciertas categorías de personal, mediante una inversión suficiente en la formación inicial y continua y la mejora de la calidad de los empleos, incluida la de la salud y la seguridad en el trabajo. La contribución del Fondo Social Europeo debe utilizarse plenamente en este marco. La Comunicación sobre la movilidad de los pacientes completa también este objetivo con la propuesta de promover la movilidad transfronteriza de los profesionales de la salud y de mejorar nuestro conocimiento de estos flujos.
- Tener en cuenta, en el conjunto de estas medidas, los problemas específicos que pueden experimentar los hombres y las mujeres, sobre todo en las políticas de gestión de los recursos humanos y de promoción de la calidad de los empleos.

3.2. Promover la calidad de la asistencia

Ofrecer a la vez accesibilidad y calidad debe seguir siendo un objetivo fundamental de los sistemas europeos. El logro de este objetivo, no obstante, se ha vuelto hoy mucho más complejo que en el momento de la creación de estos sistemas, por dos razones esenciales:

- El impacto del progreso técnico sigue siendo incierto, en particular en el contexto de una sociedad que envejece. Puede, en efecto, mejorar la eficacia del sistema de asistencia, aumentar la esperanza de vida con buena salud e incrementar los costes, sobre todo de los nuevos medicamentos. Por otra parte, el aumento del nivel de educación, en particular en el caso de los «baby boomers» que se están

empezando a jubilar, tiene los mismos efectos potenciales: favorece los comportamientos más sanos y la prevención, pero aumenta también la demanda de servicios de asistencia, en particular los innovadores.

- La oferta de servicios sanitarios es hoy día más rica, variada y compleja que cuando se establecieron los sistemas de asistencia. Los recursos globales invertidos en la salud reflejan una elección política, y esta inversión tendrá un impacto positivo en la economía a largo plazo. Sin embargo, en un contexto de recursos públicos limitados, la inversión en cualquier sector tiene necesariamente consecuencias en los otros sectores²¹. Los recursos, fundamentalmente públicos, que se invierten en la sanidad deben, pues, utilizarse de la manera más eficiente y eficaz posible con el objetivo de mejorar la salud.

Esta evolución, que se verá reforzada por el envejecimiento, hará cada vez más necesario evaluar la auténtica calidad y beneficio para las personas y la salud de los medicamentos, los tratamientos o los sistemas de cuidados disponibles. Para ello se requiere un enfoque preventivo, que permita mejorar el «bienestar» global, así como una gestión eficaz del sistema de asistencia, basada en una coordinación reforzada entre todos los agentes y en su responsabilización en la gestión de los recursos y de la oferta de asistencia.

Objetivo:

Promover una asistencia de calidad con el fin de mejorar el estado de salud y la calidad de vida de las personas.

En concreto, y según las peculiaridades propias de sus sistemas, los Estados miembros deberían procurar:

- Promover prácticas y tratamientos que representen un beneficio efectivo para la salud y la calidad de vida, sobre la base de una evaluación científica adecuada. Los costes y los beneficios de los medicamentos, materiales y tratamientos se deben evaluar según los procedimientos propios de los sistemas nacionales en cuestión, y se debe desarrollar la cooperación europea en este ámbito.
- Integrar la perspectiva del género en la definición de las políticas de prevención y de salud, a fin de tener mejor en cuenta los problemas específicos de los hombres y las mujeres y de mejorar la eficacia de la asistencia.
- Asegurar un alto nivel de formación inicial y continua de los profesionales, en el marco de una formación permanente.
- Desarrollar políticas de salud y seguridad en el trabajo basadas en la prevención de los riesgos que permitan garantizar empleos de mejor calidad a todos los trabajadores, en particular a los trabajadores de mayor edad, a fin de contribuir a la reducción de las muertes prematuras (antes de los 65 años) y al aumento de la esperanza de vida sin discapacidades importantes.

²¹ Según *OECD-Healthcare 1996*, los gastos sanitarios crecen un 0,5 % cuando la riqueza aumenta un 1 %. Además, según un estudio del Comité de Política Económica de la Unión Europea publicado en 2001, el efecto «espontáneo» del envejecimiento demográfico podría incrementar la parte del gasto público destinado a la salud y a los cuidados de larga duración entre 1,7 y 4 puntos del PIB.

- Asignar recursos financieros y humanos a las regiones, los servicios y los distintos tipos de asistencia en función de las necesidades efectivas, a fin de conseguir los mejores resultados posibles para la salud y la calidad de vida de los beneficiarios. La Comunicación sobre la movilidad de los pacientes completa este objetivo con la propuesta de identificar «centros de referencia» y promover su funcionamiento en red.
- Promover una gestión que favorezca la capacidad de adaptación de los sistemas a las necesidades, en particular mediante una coordinación eficaz entre los agentes de que se trata (presupuestos públicos, aseguradores, profesiones de salud, hospitales, instituciones y organismos de prevención, incluidos los establecimientos de enseñanza, entidades regionales y locales implicadas en los sistemas de salud, pacientes y ciudadanos).
- Definir los derechos de los pacientes y sus familias, así como las modalidades de participación de la sociedad civil organizada. La Comunicación sobre la movilidad de los pacientes completa este objetivo con la propuesta de reunir y mejorar la información disponible en materia de derechos de las personas y de normas europeas y nacionales sobre prestación de la asistencia.

3.3. Garantizar la sostenibilidad financiera de una asistencia accesible y de calidad

Seguir ofreciendo una asistencia accesible y de calidad, sin perjudicar la financiación de otros sectores o políticas prioritarias, es un reto importante para todos los Estados miembros, tanto los actuales como los nuevos. Todos ellos se enfrentan a la necesidad de garantizar una financiación adecuada de su sistema de asistencia para que ofrezca prestaciones de calidad adaptándose al mismo tiempo a las nuevas necesidades vinculadas, en particular, al envejecimiento, y a los progresos técnicos. Una parte importante de los gastos en salud y en cuidados para los ancianos la financian los presupuestos públicos, que están sometidos a las exigencias del pacto de estabilidad y crecimiento. A fin de garantizar la disponibilidad de recursos públicos suficientes para cubrir las necesidades del sistema de asistencia, es indispensable que los Estados miembros gocen de una situación presupuestaria saneada y sostenible. La reducción acelerada de la deuda pública y el aumento de la tasa de empleo constituyen medios importantes para contribuir a la viabilidad de la hacienda pública.

En este contexto, los Estados miembros vienen aplicando desde hace tiempo medidas o reformas dirigidas a garantizar el equilibrio financiero de los sistemas, basadas en distintos instrumentos: las tasas de reembolso, con el fin de responsabilizar u orientar la demanda; los precios y volúmenes de los tratamientos, con el fin de controlar determinados productos o prescripciones; la fijación de los presupuestos, en particular en el sector hospitalario; el desarrollo de herramientas de orientación basadas en objetivos de salud, resultados obtenidos y patologías tratadas, y en una mayor responsabilidad de los profesionales y los organismos de financiación en la gestión de los recursos; la definición de nuevos equilibrios entre las distintas modalidades posibles de financiación, con el fin, en particular, de reforzar la responsabilidad de los agentes en cuestión. No hay única solución para responder a este reto: la búsqueda de la sostenibilidad financiera debería, pues, seguir basándose en una combinación de estos distintos instrumentos.

En general, los Estados miembros deben adoptar medidas apropiadas para garantizar una gestión acertada de la financiación pública de la asistencia sanitaria y la asistencia de larga duración, concentrándose en la necesidad de mejorar la calidad y la eficacia del gasto público.

Objetivo:

Garantizar la sostenibilidad financiera a largo plazo de una asistencia accesible para todos y de calidad.

En concreto, y según las peculiaridades propias de sus sistemas, los Estados miembros deberían procurar:

- Desarrollar políticas de prevención y orientación al inicio de los procesos de asistencia que permitan reducir el recurso a tratamientos costosos, en particular la asistencia hospitalaria y la intensiva, y reforzar con este fin la coordinación entre los distintos prestadores de servicios asistenciales (cuidados primarios, hospitales, servicios sociales locales). Este objetivo completa así la acción emprendida en el marco del programa de acción comunitario para la salud²², que apoya las medidas de prevención con el fin de mejorar el estado de salud y reducir los gastos futuros en asistencia sanitaria.
- Alcanzar un ritmo sostenible de evolución de los gastos, a través de medidas adaptadas a la situación y a las peculiaridades de cada sistema, por ejemplo, medidas de estímulo adecuadas para los prestadores de servicios y para los pacientes, o medidas de promoción de nuevos tratamientos o nuevos productos que reduzcan los costes prestando el mismo servicio.
- Asegurar una financiación adecuada del sistema, a fin de responder a las nuevas necesidades vinculadas al envejecimiento, los cambios de la sociedad y el progreso técnico.
- Ofrecer servicios con la mejor relación de coste-beneficio posible, en particular mediante una evaluación de la contribución efectiva a la salud de los medicamentos, los procedimientos o las modalidades de asistencia, y mediante una financiación basada en la actividad y las necesidades reales.
- Mejorar la eficacia del sistema, especialmente mediante la descentralización, la responsabilización y la participación de los distintos agentes (entidades públicas locales y regionales, instituciones de seguridad social y otros organismos de financiación, profesiones de salud y hospitales, pacientes) en la gestión de los recursos y de la oferta asistencial.

4. LAS PRÓXIMAS ETAPAS

La organización y las modalidades de financiación del sector de la asistencia sanitaria y la asistencia a las personas de edad avanzada son, en primer lugar, competencia de los Estados miembros que deben, en el ejercicio de esta

²² Decisión nº 1786/2002/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 23 de septiembre de 2002, relativa a la adopción de un programa de acción comunitario en el ámbito de la salud pública (2003-2008) - Declaraciones de la Comisión, DO L 271 de 9.10.2002, p. 1.

competencia, respetar las libertades y las normas establecidas en el Tratado. El valor añadido del «método abierto de coordinación» es, pues, permitir la definición de retos comunes y apoyar los esfuerzos de reforma realizados por los Estados miembros.

Sobre la base de esta comunicación, sería deseable llegar a un acuerdo sobre los «objetivos comunes» en 2004. Los Estados miembros, incluidos los nuevos, deberían presentar antes de la próxima «Cumbre de Primavera», en marzo de 2005, «informes preliminares» sobre los retos a que se enfrentan sus sistemas a nivel nacional, las reformas en curso y las orientaciones políticas a medio plazo. Estos informes deberían incluir datos estadísticos y, cuando proceda, objetivos cuantificados. En esta fase preliminar, serían necesariamente breves.

A continuación, los informes serían analizados por la Comisión, con el fin de tener en cuenta el dictamen y la contribución de los Estados miembros en el momento de la fijación de los «objetivos comunes» del proceso de protección social «racionalizado». Esta «racionalización» dará lugar en 2006 a una primera serie de «estrategias de desarrollo y reforma» de la asistencia sanitaria y de larga duración para el periodo 2006-2009. Las conclusiones del examen de estas estrategias se presentarían en el «Informe conjunto sobre la protección social y la inclusión social» de 2007.

Habida cuenta de la diversidad de los temas y de los retos abordados por los «objetivos comunes», el Comité de protección social y las demás instancias competentes (el Comité de empleo, el Comité de política económica, el futuro «Grupo de alto nivel en materia de servicios de salud y atención médica» creado paralelamente por la Comisión) deberían forjar unas estrechas relaciones de cooperación, incluido, en particular, el establecimiento de un programa de trabajo en el que se definirían los temas competencia de cada uno.

Por lo que se refiere a los indicadores, la Comisión propondrá comenzar a establecer en 2004 posibles indicadores para estos objetivos, y los «informes preliminares» de la primavera de 2005 contribuirán a esta tarea con la presentación de datos nacionales. Se podrá así elaborar un primer cuadro comparativo de las distintas situaciones nacionales y medir el progreso con relación a los objetivos enunciados. Este trabajo deberá basarse en las acciones emprendidas hace varios años en el marco del programa de acción en materia de vigilancia de la salud²³ y, seguidamente, del programa de acción en materia de salud, en el contexto de la creación de un prototipo del futuro sistema comunitario de vigilancia de la salud. Se basará asimismo en los trabajos de EUROSTAT en materia de estadísticas sanitarias. Por último, será también necesaria la cooperación con organizaciones internacionales, como la OCDE y la OMS.

²³ Decisión n° 1400/97/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 30 de junio de 1997, por la que se adopta un Programa de acción comunitario sobre vigilancia de la salud en el marco de la acción en el ámbito de la salud pública (1997-2001), DO L 193 de 22.7.1997.