



COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS

Bruselas, 05.12.2001  
COM (2001) 723 final

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

El futuro de la asistencia sanitaria y de la atención a las personas mayores: garantizar  
la accesibilidad, la calidad y la sostenibilidad financiera

# ÍNDICE

Introducción .....	3
Retos comunes .....	4
1 Impacto del envejecimiento demográfico sobre los sistemas y los gastos .....	4
2 Desarrollo de nuevas tecnologías y terapias .....	6
3 Mejora del bienestar y del nivel de vida.....	7
La diversidad de los sistemas nacionales y la contribución de las políticas comunitarias .....	8
1 La diversidad de los sistemas nacionales.....	8
2 Contribución de las políticas comunitarias.....	9
Tres objetivos a largo plazo: accesibilidad, calidad y sostenibilidad .....	10
1 Accesibilidad .....	10
2 Calidad.....	11
3 Sostenibilidad financiera.....	12
Conclusión .....	14
ANEXO 1: la contribución de las políticas comunitarias .....	15
ANEXO 2: sistemas de asistencia sanitaria y políticas sanitarias en la Unión.....	18

## INTRODUCCIÓN

Los europeos consideran que la existencia de una protección de calidad contra el riesgo de enfermedad y de dependencia es un logro fundamental que ha de protegerse y adaptarse a los retos de nuestro tiempo, en particular el del envejecimiento demográfico.

Por ello, el Consejo Europeo de Lisboa, en marzo de 2000, recordó que es preciso reformar los regímenes de protección social, a fin de que sigan prestando servicios sanitarios de calidad. Por otra parte, en junio de 2001, el Consejo Europeo de Gotemburgo señaló que *«el Consejo, de acuerdo con el método abierto de coordinación basándose en un informe conjunto del Comité de Protección Social y del Comité de Política Económica, debería [...] elaborar un informe inicial para el Consejo Europeo de la primavera de 2002 sobre orientaciones en el ámbito de la asistencia sanitaria y de la atención a los ancianos. Los resultados de los trabajos se integrarán en las Orientaciones Generales de Políticas Económicas.»* (§ 43)

En este contexto, y con arreglo a las conclusiones de Lisboa, en las que se define el método abierto de coordinación como un método basado en la cooperación entre distintos actores, en el marco de sus respectivas competencias, la Comisión pretende contribuir, mediante esta Comunicación, a la realización efectiva del mandato otorgado por el Consejo Europeo de Gotemburgo.

En la Unión Europea, la sanidad en general y los sistemas de asistencia gozan de una situación excepcional a nivel mundial, debido, entre otras cosas, a la generalización de la cobertura del riesgo de enfermedad-invalidez; cabe señalar además otros factores, como el incremento del nivel de vida per cápita, la mejora de las condiciones de vida y de los modos de vida, o una mejor educación en materia de salud<sup>1</sup>. En efecto, eso es lo que ha permitido proteger a los individuos contra las consecuencias financieras de la enfermedad y, al mismo tiempo, apoyar los rápidos y continuos progresos de la medicina y de las terapias: la protección social es, pues, un elemento fundamental en el funcionamiento de los sistemas sanitarios en general, ya que representa una parte decisiva de los gastos globales de sanidad, que convierte a esta rama de la protección social en la más importante después de las pensiones de jubilación y de supervivencia, en términos de gastos.

El gasto global de sanidad aumentó desde aproximadamente el 5 % del PIB en 1970 hasta más del 8 % en 1998; cabe señalar que el incremento más importante se produjo antes de 1990. El gasto público de sanidad ha seguido la misma tendencia: crecimiento más rápido que el del PIB desde 1970 hasta 1990 (su porcentaje en el PIB se incrementó del 3,9 % al 6% aproximadamente), y evolución más moderada desde 1990, en particular debido a los esfuerzos realizados por todos los países para

---

<sup>1</sup> Por ejemplo, los resultados globales en materia de salud no están directamente relacionados con los gastos destinados a la salud ni, en consecuencia, con los sistemas de asistencia. Por ejemplo, en 1999, la RFA gastaba más de un 10 % de su PIB para sanidad –el más elevado de la Unión–, frente a un 7 % en España; sin embargo, la esperanza de vida en Alemania es inferior en dos años; es inferior a la de los hombres británicos e igual a la de las mujeres británicas, mientras que el Reino Unido gasta sensiblemente menos (6,8 % del PIB).

controlar los gastos. Sin embargo, desde 1999, en numerosos países los gastos en sanidad parecen haber recobrado un ritmo de crecimiento superior al PIB<sup>2</sup>.

Los sistemas de asistencia sanitaria de la Unión tienen un reto ante sí: alcanzar simultáneamente el triple objetivo del acceso de todos a la asistencia, del alto nivel de calidad de la oferta de asistencia y de la sostenibilidad financiera de los sistemas.

## RETOS COMUNES

### 1 Impacto del envejecimiento demográfico sobre los sistemas y los gastos

El envejecimiento demográfico presenta dos aspectos:

Una *duración de vida más larga*<sup>3</sup>. Desde 1970, la esperanza de vida al nacer se ha incrementado en 5,5 años para las mujeres y en casi 5 años para los hombres. Aunque existen notables diferencias –en 1997, el hombre sueco y la mujer francesa tenían una esperanza de vida que excedía en 3 años a la de sus homólogos finlandeses e irlandeses–, la longevidad media de la población de la Unión Europea es una de las más altas del mundo, y no cesa de aumentar. En 2000, era de 74,7 años para los hombres nacidos en ese año, y de 81,1 años para las mujeres; en 2050, según los datos facilitados por Eurostat, será de 79,7 y 85,1 años, respectivamente. Este incremento de la esperanza de vida al nacer también se traduce en un incremento de la esperanza de vida «en buen estado de salud», o sin discapacidad.

- Un *incremento del porcentaje de personas mayores*. En la población europea, el porcentaje de personas mayores de 65 años aumentará desde el 16,1 % en 2000 hasta el 22 % en 2025, y el 27,5 % en 2050. Se estima que el porcentaje de las personas mayores de 80 años, que en 2000 era del 3,6 %, aumentará hasta el 6 % en 2025, y el 10 % en 2050<sup>4</sup>.

Estos cambios pueden tener consecuencias importantes sobre los *sistemas sanitarios*, aunque es difícil evaluarlas con precisión. En efecto, el gasto de sanidad per cápita se incrementa considerablemente después de los 65 años, y más aún después de los 80. La más elevada morbilidad de las personas mayores, su tendencia a la multimorbilidad, la mayor gravedad y cronicidad de las patologías relacionadas con la edad, que pueden llegar hasta la dependencia de terceras personas, son factores que pueden explicar esa distribución de los gastos por grupos de edad. El sistema de información sanitaria, cuya creación está prevista en la propuesta pendiente de programa de acción en materia de salud pública, permitirá incrementar los conocimientos sobre estas cuestiones.

Resulta, sin embargo, difícil evaluar el estado de salud –o de morbilidad– que podrían tener las personas mayores dentro de varios decenios, o la esperanza de vida «en buen estado de salud» de las generaciones que cumplirán 60 años hacia 2030. En primer lugar, porque, independientemente de la edad de la persona, los gastos sanitarios se concentran en el último año de vida y porque los gastos en cuidados intensivos en ese

---

<sup>2</sup> Véase el gráfico 1 del anexo 3.

<sup>3</sup> Véase el gráfico 2 del anexo 3.

<sup>4</sup> Véase el gráfico 3 del anexo 3.

último año son más bajos si la persona es muy mayor. Por otra parte, el incremento del nivel de vida y de formación –que, además del sistema sanitario son elementos que influyen decisivamente en el estado de salud– contribuirá a mejorar el estado de salud de la población, principalmente porque favorecerá unos modos de vida más sanos y una actitud preventiva. Podría entonces ocurrir que se retrasara la edad en que aumenta el consumo de asistencia, en cuyo caso los riesgos de gran dependencia podrían disminuir. Pero, inversamente, las personas mayores, al pertenecer a generaciones acostumbradas a un nivel alto de consumo de asistencia, podrán exigir los tratamientos más innovadores, que probablemente también serán más caros.

Por otra parte, el incremento del número de personas de esas categorías de edad provoca *nuevas solicitudes de asistencia de larga duración*. En efecto, las enfermedades relacionadas con la edad, que pueden incluso llevar consigo una dependencia de terceras personas, necesitan cuidados de larga duración (ambulatorios, en unidades de estancia prolongada y en unidades de asistencia psiquiátrica), que no pertenecen al sistema de sanidad «clásico», sino al sector médicosocial. Por otra parte, el incremento del número de estructuras familiares más reducidas y más inestables podría acabar con las redes familiares de solidaridad y dificultar los cuidados proporcionados dentro de las familias. Por consiguiente, si el número de personas que necesitan asistencia de larga duración llega a ser importante, y teniendo en cuenta el incremento de la tasa de empleo de las mujeres (que suelen ser las que proporcionan los cuidados informales), debería crearse una oferta específica. Resulta, pues, fácil comprender que, en este ámbito, los factores ligados a la organización de la oferta tienen una importancia decisiva.

Esta doble naturaleza de los efectos del envejecimiento también está presente en las estimaciones de sus efectos sobre los gastos públicos efectuadas para el Comité de Política Económica de la Unión por los corresponsales nacionales del grupo de trabajo «envejecimiento», utilizando un método sencillo, aunque no desprovisto de incertidumbre<sup>5</sup>:

- Si las hipótesis de partida en lo que respecta a la evolución de la población se confirman, los gastos públicos en *asistencia sanitaria* experimentarían, en el período 2000-2050, un incremento comprendido entre 0,7 puntos del PIB (hipótesis baja para DK) y 2,3 puntos del PIB (IRL). Mientras que, en 2000, los gastos públicos de sanidad se hallaban entre el 4,6 % (UK y FIN) y el 6,2 % del PIB (F), en 2050 dichos gastos oscilarían entre el 5,6 % (UK y NL) y el 8,2 % (IRL) del PIB. En todos los países, los gastos para la categoría de edad de 0 a 64 años disminuirían (de 0,2 a 0,7 puntos del PIB). En total, en la mayor parte de los Estados miembros, el incremento en ese medio siglo está comprendido entre 1 y 1,5 puntos del PIB (lo cual no es considerable con respecto al nivel actual), y únicamente tres Estados miembros experimentarían un incremento superior a 2 puntos del PIB (D, IRL y A).

---

<sup>5</sup> La estructura de los gastos de asistencia sanitaria y de cuidados de larga duración por grupos de edad se combinó con las previsiones demográficas para elaborar estimaciones de gastos públicos futuros. Como se indica en el informe del grupo de trabajo, se trata, pues, más bien de una «instantánea» de la incidencia de las evoluciones demográficas y no de gastos públicos «reales».

- La incidencia de las evoluciones demográficas sobre la *asistencia de larga duración* (con las mismas hipótesis) sería mayor, ya que los países en cuestión tienen ya formas de asistencia estructuradas y, en consecuencia, unos niveles actuales de gasto elevados (entre el 1,5% y el 3% del PIB). En Suecia, Finlandia, Dinamarca y los Países Bajos, que pertenecen a este grupo, como consecuencia del envejecimiento demográfico los gastos de asistencia de larga duración se incrementarían de forma espontánea entre aproximadamente 1,7 y 2,5 puntos del PIB, es decir, casi se duplicarían. Otros seis países –que, con excepción del Reino Unido, gastan todos menos del 1 % del PIB en ese tipo de asistencia– tendrían unos incrementos más modestos (entre 0,2 y 1 punto del PIB). Sin embargo, es posible que en esos países las estructuras de asistencia evolucionen hacia una mayor formalización, debido al aumento de las poblaciones afectadas y a las transformaciones sociales, lo cual conllevaría un incremento de su porcentaje en los gastos públicos y en el PIB. Estas evoluciones previsibles traerán consigo la necesidad de definir unas modalidades de financiación apropiadas, dentro de la rama enfermedad-invalididad o, de modo específico (creación de un riesgo específico «dependencia», reparto de los gastos entre sistema de asistencia sanitaria y ayuda social, o recurso a los seguros privados).

En definitiva, el efecto «espontáneo» del envejecimiento demográfico podría incrementar el porcentaje de gastos públicos destinados a la sanidad y a la asistencia de larga duración de 1,7 hasta casi 4 puntos del PIB, lo cual representa un nivel de gastos públicos comprendido entre un 7,5 % (hipótesis baja para I) y un 12,1 % del PIB (hipótesis alta para S), frente a un 5,5 % (I) y un 8,8 % (S) del PIB en 2000.

En líneas generales, ese incremento de la asistencia sanitaria y de la asistencia de larga duración plantea la cuestión de los *recursos humanos*, ya que, por naturaleza, esa asistencia exige un elevado número de trabajadores cualificados. Pues bien, esas necesidades de contratación tendrían lugar en un contexto de estabilización o de reducción de la población activa, y precisamente cuando el sector «sanidad-social» experimenta ya un crecimiento del empleo muy superior a la media: entre 1995 y 2000, el empleo global en la Unión aumentó en un 6,8 %, pero ese incremento fue del 12,6 % en el sector «sanidad-social»<sup>6</sup>.

## 2 Desarrollo de nuevas tecnologías y terapias

La evolución de las tecnologías médicas –ya se trate de la utilización de robots en miniatura utilizados en cirugía, de las terapias génicas, del cultivo de órganos o de tejidos de sustitución, o de nuevos medicamentos– es el segundo reto al que se enfrentan los sistemas nacionales, sobre todo en lo que respecta a la asistencia sanitaria<sup>7</sup>.

El progreso técnico aporta productos y terapias en los que se recurre más a la investigación, el desarrollo y la tecnología. Puede contribuir a obtener una mayor productividad, por ejemplo, reducción del período de hospitalización para una

---

6 Encuesta de Población Activa 2001, distribución del empleo por sector de actividad.

7 En las previsiones realizadas por el Comité de Política Económica de la Unión Europea se tiene en cuenta el efecto de las tecnologías y de su evolución de modo indirecto, a través de distintas hipótesis de evolución de los gastos per cápita.

patología determinada, o reducción de los riesgos de patología grave, mediante un tratamiento preventivo. Pero lo más frecuente es que la mejora de la eficacia de los tratamientos se materialice en la posibilidad de tratar nuevas patologías y en un incremento de la intensidad de los tratamientos, lo cual lleva consigo un incremento de los costes globales.

Contribuyen a este incrementos algunos efectos de oferta y de demanda. La salud es un sector de actividad atípico, ya que la oferta –los médicos– determinan en gran parte la demanda, en ocasiones a expensas de una evaluación sistemática de los beneficios reales que las innovaciones tienen sobre la salud y del coste que representan para la colectividad. Por otra parte, los pacientes –que actualmente tienen más formación e información– piden las últimas moléculas o terapias, o productos como los complementos alimentarios supuestamente beneficiosos para la salud, de modo que ejercen una presión sobre los médicos; esa presión es particularmente importante en los países donde hay libre elección de médico. Esta presión de la demanda tiene gran importancia, y puede medirse en lo que respecta a los medicamentos, ya que, casi siempre, las moléculas más recientes son más caras.

Estas características del progreso técnico plantean la cuestión de su financiación y de quién se va a hacer cargo de los gastos, ya que su efecto podría ser comparable –incluso superior– al del envejecimiento demográfico. En un contexto de control de los gastos, es necesario crear unos mecanismos claros, transparentes y eficaces de evaluación, ya que sólo de esa forma podrá garantizarse la accesibilidad de los nuevos productos o las nuevas terapias. No obstante, deberían tenerse más en cuenta de lo que se hace ahora las necesidades específicas de las personas mayores de 65 años, que aún representan sólo una parte reducida de los pacientes sometidos a pruebas clínicas.

Las nuevas tecnologías de la información hacen posible la colaboración entre profesionales de la salud a escala europea, de modo que ofrecen nuevas posibilidades de mejorar las evaluaciones.

### **3 Mejora del bienestar y del nivel de vida**

La oferta y la demanda de asistencia sanitaria dependen en gran medida del nivel de vida y de educación, que, a su vez, determina también los modos de vida de las personas. Por ejemplo, se observa que, desde hace medio siglo, el aumento de la demanda de asistencia sanitaria no es proporcional al incremento de la renta per cápita, sino superior.

Este fenómeno tiene tres consecuencias fundamentales.

- Los pacientes tienen una mayor formación; por consiguiente, pueden adoptar unos *modos de vida más sanos y una actitud de prevención* que, a la larga, permiten evitar tener que recurrir a una asistencia intensiva y costosa. Por consiguiente, los sistemas de asistencia sanitaria deben incrementar sus acciones de educación y de prevención, en el marco global de las políticas de salud pública.
- Por otra parte, los pacientes esperan que los sistemas sanitarios tengan una calidad y una eficacia crecientes. El desarrollo de las nuevas tecnologías de la *información* incrementa las posibilidades de buscar información médica, pero también de recurrir a prestaciones de servicios (consejos en materia de salud, etc.) y adquirir

productos, con los riesgos que esas prácticas pueden llevar consigo. La posibilidad de acceder más fácilmente a la información –con independencia de su calidad– también hace posible efectuar comparaciones con lo que se hace en otros países, lo cual da lugar a una mayor movilidad transfronteriza de las personas, los bienes y los servicios. Esto incide directamente sobre el funcionamiento de los sistemas de salud, tanto en términos de oferta como de modalidades de cobertura de los gastos.

- Por último, los pacientes expresan cada vez más su deseo de que se les considere como *socios* y *actores* de pleno derecho de los sistemas de asistencia sanitaria, tanto por parte de los profesionales de la salud como por las autoridades públicas. El desarrollo de las «cartas de derechos de los enfermos» en los hospitales, o el incremento de los derechos de los enfermos en las legislaciones nacionales son claras muestras de ello. Hablando en términos más generales, los enfermos desean una mayor transparencia en los resultados y en la calidad de los servicios sanitarios.

## **LA DIVERSIDAD DE LOS SISTEMAS NACIONALES Y LA CONTRIBUCIÓN DE LAS POLÍTICAS COMUNITARIAS**

La organización de los sistemas de asistencia, sus modalidades de financiación y la oferta de asistencia en función de las necesidades de la población son competencia de los Estados miembros. Sin embargo, esa competencia se ejerce cada vez más en un marco general en el que intervienen numerosas políticas comunitarias<sup>8</sup>, lo cual justifica el desarrollo de una cooperación europea.

### **1 La diversidad de los sistemas nacionales**

La diversidad de los modos de financiación<sup>9</sup> y de organización es una característica fundamental de Europa; constituye, pues, el marco de las reformas destinadas a adaptarse al envejecimiento y a los demás factores de evolución de los gastos de la asistencia sanitaria y de los cuidados destinados a las personas mayores.

Sin embargo, se observa que, en todos los países, la financiación pública tiene una importancia decisiva en los gastos sanitarios: en el país en el que es menor (Grecia), representa, pese a todo, aproximadamente un 56 % de dichos gastos, y casi el 84 % en el Reino Unido. Esta diversidad tiene dos caras:

- Algunos sistemas –principalmente los que están organizados en servicio sanitario nacional– se financian mediante recursos procedentes de los *impuestos*, en ocasiones íntegramente (NL, P, S, UK, DK, IRL). En otros, los recursos provienen de las *cotizaciones sociales*, si bien se observa una tendencia a reducir el porcentaje de éstas últimas y a incrementar el de los ingresos fiscales (por ejemplo, en Francia y en la RFA).
- El otro elemento de diversidad, independiente del anterior, es la repartición entre *financiación pública* y *privada*, es decir, la parte de los gastos sanitarios totales que

---

8 Véase el anexo 1.

9 Véase el gráfico 4 del anexo 3.

corren a cargo de las familias y, en su caso, están cubiertos por seguros complementarios facultativos. Estos gastos representan entre una quinta y una cuarta parte del gasto global en la mayoría de los Estados miembros, pero son muy bajos en el Reino Unido y en Luxemburgo (menos del 5 %), y ascienden al 42 % en Italia y Portugal.

Dichos gastos suelen variar según el tipo de asistencia: en muchos casos, el seguro de base cubre ampliamente la asistencia hospitalaria, pero no ocurre así con los medicamentos, la asistencia odontológica, los productos de óptica, por citar sólo los casos más frecuentes. En muchos casos, se aduce como justificación para dejar esa parte a cargo de los usuarios la voluntad de que sean más conscientes del coste de la asistencia. No obstante, de esa forma también se contribuye a incrementar el papel de los seguros complementarios en las posibilidades de acceder a los sistemas sanitarios, incluso para las personas más desfavorecidas, para las cuales es preciso establecer dispositivos de cobertura.

## **2 Contribución de las políticas comunitarias**

Cabe destacar tres políticas que son elementos fundamentales de las adaptaciones y de las reformas.

- La política de salud pública y la promoción de un alto nivel de protección de la salud humana (artículo 152 del Tratado). En la Comunicación de la Comisión sobre la estrategia sanitaria de la Comunidad Europea (COM(2000) 285 final), se hace hincapié en que los servicios sanitarios deben ser una respuesta efectiva a las expectativas y preocupaciones de la población, en un contexto caracterizado por los retos del envejecimiento y del desarrollo de las técnicas médicas, así como por una mayor dimensión transfronteriza en lo que a la salud se refiere (enfermedades transmisibles, salud medioambiental, mayor movilidad de las personas, de los servicios y de los bienes).
- *La mejora de la calidad y de la sostenibilidad de las finanzas públicas.* El alto porcentaje que los gastos sanitarios representan en el gasto público hace que este sector sea decisivo para aplicar estrategias centradas en la calidad y en la sostenibilidad, según los principios establecidos en las *Orientaciones Generales de la Política Económica* para 2001 («Conceder prioridad a la acumulación de capital físico y humano» y «Racionalizar el gasto público mediante reformas institucionales y estructurales»).
- *La profundización del mercado interior.* La ordenación de los sistemas de seguridad social y la organización de la financiación son competencia de los Estados miembros. Según reiterada jurisprudencia del TJCE<sup>10</sup>, el Derecho comunitario no afecta a la competencia de los Estados miembros en lo que respecta a la ordenación de sus sistemas de seguridad social; no obstante, en el ejercicio de dicha competencia, los Estados miembros deben respetar el Derecho comunitario<sup>11</sup>.

---

10 Sentencias de 7 de febrero de 1984, Duphar y otros 238/82, Rec. p. 523, punto 16; de 17 de junio de 1997, Sodemare y otros C-70/95, Rec. p. I-3395, punto 27 y de 28 de abril de 1998, Kohll, C-158/96, Rec. p.I-1931, punto 17.

11 Asuntos C-157/99 (Smits/Peerbooms) y C-368/98 (Vanbraeckel).

Desde 1999, y a raíz de la Comunicación de la Comisión «*Una estrategia concertada para modernizar la protección social*» (COM(99)347 final), se desarrolla una cooperación europea en materia de protección social, con la participación de los agentes interesados. En sus Conclusiones de 29 de noviembre de 1999, el Consejo considera que la garantía de un nivel elevado y sostenible de protección de la salud es uno de los cuatro objetivos prioritarios de esa cooperación europea. Asimismo, recuerda que una acción comunitaria debe apoyar y fomentar los esfuerzos de reforma realizados por los Estados en el marco de sus prioridades nacionales.

## **TRES OBJETIVOS A LARGO PLAZO: ACCESIBILIDAD, CALIDAD Y SOSTENIBILIDAD**

### **1 Accesibilidad**

Para los europeos, el acceso a la asistencia sanitaria es un derecho fundamental y un elemento esencial de la dignidad humana; en consecuencia, debe estar garantizado para todos. La Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea establece que «*Toda persona tiene derecho a la prevención sanitaria y a beneficiarse de la atención sanitaria*»<sup>12</sup> y que «*La Unión reconoce y respeta el derecho de acceso a las prestaciones de seguridad social y a los servicios sociales que garantizan una protección en casos como la maternidad, la enfermedad, los accidentes laborales, la dependencia o la vejez*»<sup>13</sup>.

En la Recomendación del Consejo de 27 de julio de 1992, relativa a la convergencia de los objetivos y de las políticas de protección social<sup>14</sup>, se establecían como objetivos fundamentales de los sistemas de protección social el acceso a la asistencia sanitaria y la concesión de rentas de sustitución suficientemente elevadas a las personas que se vean obligadas a interrumpir su trabajo por enfermedad.

Cabe, sin embargo, señalar que, según los datos de mortalidad<sup>15</sup>, en todos los países la situación global de la salud de las personas depende de su posición social, en ocasiones sensiblemente. Esta situación refleja una insuficiencia de ingresos, que lleva a algunas personas a restringir su consumo de asistencia, en particular cuando una parte importante del coste corre a su cargo (asistencia odontológica o productos de óptica, etc.), o cuando el sistema de asistencia establece que han de abonar los gastos por adelantado. Asimismo, revela otros factores, como las condiciones de vida y de vivienda, la calidad de los puestos de trabajo ocupados, o los modos de vida y de alimentación.

Los retos del acceso a la asistencia por parte de los grupos desfavorecidos y de las personas más necesitadas, así como la relación entre el sistema de asistencia sanitaria y los demás agentes que intervienen en la lucha contra la exclusión están, pues,

---

12 Artículo 35.

13 Artículo 34.

14 92/442/CEE, DOCE n° L 245 de 26/08/1992, p. 0049 - 0052

15 La relación entre la mortalidad de los trabajadores manuales y no manuales, de edades comprendidas entre 45 y 59 años, varía entre 1,71 en Francia y 1,33 en Dinamarca, según *Inégalités sociales de santé*, Inserm-La Découverte, 2000.

reconocidos como «objetivos comunes» de lucha contra la exclusión, adoptados en el Consejo Europeo de Niza. En el *Informe conjunto* de evaluación de los planes nacionales de acción para la inclusión social se describen tres grandes categorías de medidas en este ámbito:

- El desarrollo de la prevención y de la educación en materia de salud; si bien no afecta únicamente a los más desfavorecidos, permite llegar a ellos más fácilmente. Es el caso, por ejemplo, de los dispositivos de PMI (protección materno-infantil), de la medicina escolar y de la medicina del trabajo.
- La mejora del acceso a la asistencia, a través de una mayor cobertura (que puede incluso ser gratuita para las personas con ingresos bajos), pero también a través de una mayor coordinación entre los servicios sociales y los servicios sanitarios.
- La aplicación de medidas destinadas a grupos desfavorecidos, como las personas que padecen trastornos mentales, los migrantes, las personas sin hogar, los alcohólicos o drogodependientes, las prostitutas, etc.

## 2 Calidad

Recibir una asistencia sanitaria de calidad es una exigencia que comparten todos los europeos, y un objetivo fundamental de la salud pública. Además, el lugar decisivo que desempeña la financiación pública confiere otra dimensión a esa exigencia de calidad, a saber, los medios para obtener la mejor relación posible entre los beneficios para la salud y los costes ocasionados por los productos o los tratamientos. El desarrollo de los medios de información a disposición del público, así como la intensificación del mercado interior y la mayor movilidad de las personas confieren a esta cuestión una dimensión transfronteriza desconocida hasta ahora.

Sin embargo, ese enfoque de la calidad es particularmente complejo y delicado debido a dos elementos:

- *La diversidad de los modelos de oferta de asistencia.* Por ejemplo, en materia de camas hospitalarias, en 1997 había 465 camas por 100 000 habitantes en DK, pero 708 en la RFA y 877 en Francia. Por lo que respecta a los médicos, en 1999 las cifras variaban entre 226 médicos/100 000 habitantes en Irlanda y casi 405 médicos/100 000 habitantes en Bélgica. En cuanto a los farmacéuticos, en 1997 había 46,4 farmacéuticos (trabajando en oficinas de farmacia) en Francia, pero sólo 17,5 en los Países Bajos<sup>16</sup>. Las estructuras de asistencia de larga duración varían aún más, dependiendo de si dicha asistencia está muy institucionalizada o no en los distintos países. Pues bien, la estructura y el nivel de la oferta desempeñan en este aspecto un papel decisivo para determinar la demanda de asistencia (y, en consecuencia, el nivel de gastos).
- *La heterogeneidad de las prácticas terapéuticas.* Éste es el caso, por ejemplo, de los partos. Francia y los Países Bajos tienen unas tasas de mortalidad perinatal bastante próximas (en 1996, 8,2 ‰ y 8,4 ‰); sin embargo, mientras que en Francia la mayor parte de los partos tienen lugar en medio hospitalario, en los Países Bajos

---

16 Datos de Eurostat, en Cifras clave sobre la salud (2000).

casi una tercera parte de los nacimientos tienen lugar en el domicilio (aunque desde hace treinta años se ha incrementado el número de partos en el hospital). Por consiguiente, es difícil sacar la conclusión, *a priori*, de que uno de los dos métodos tiene resultados «superiores» al otro. Además, dentro de un mismo país, se observan variaciones regionales, no sólo en los métodos o protocolos seguidos, sino también en la eficacia aparente de los servicios o de las técnicas (medida, por ejemplo, a través de la mortalidad postoperatoria).

Numerosos estudios han puesto de manifiesto que unas políticas de mejora de la calidad, en particular en el medio hospitalario (que es la partida más importante de los gastos sanitarios), permiten reducir los costes de la falta de calidad<sup>17</sup>. Métodos como la evaluación de los costes y de los resultados, la realización de encuestas sobre la satisfacción de los pacientes, la evaluación y la acreditación de los servicios de asistencia, son medios necesarios para explicar y corregir esas variaciones, con objeto de mejorar la calidad global del sistema de asistencia<sup>18</sup>. Dichos métodos exigen la participación de todas las partes interesadas (autoridades de tutela del sistema de asistencia, profesionales de la salud, organismos «pagadores», incluidos los seguros complementarios).

El análisis comparativo de los sistemas de asistencia y de las prácticas terapéuticas, que permite detectar las «buenas prácticas», reviste, pues, especial interés para mejorar la calidad de los sistemas de asistencia sanitaria y, en consecuencia, para una utilización óptima de los recursos de la protección social. El futuro Programa de acción en materia de salud pública, que se halla actualmente ante el Consejo y el Parlamento Europeo, podrá contribuir a la promoción de la calidad y de «buenas prácticas» en los sistemas de asistencia sanitaria.

### **3 Sostenibilidad financiera**

La disponibilidad de una asistencia de calidad, que integre los progresos científicos y técnicos y que sea accesible para la población exige cierto nivel de financiación. Las presiones sobre los costes unitarios de la asistencia y sobre la demanda de sanidad se producen sean cuales fueren los modos de organización de los sistemas de asistencia, aunque con efectos diferentes. Para simplificar, cabe decir que los sistemas de tipo «servicio nacional de salud» permiten, en teoría, controlar más fácilmente el gasto (ya que éste es intrínsecamente presupuestario), pero la presión de la demanda puede llevar consigo un alargamiento de las listas de espera<sup>19</sup>, cuya amplitud puede revelar una verdadera inadecuación de la oferta. Por su parte, los sistemas de seguro, en los que, en muchos casos, los prestadores de asistencia son independientes del financiador, un incremento de la demanda y/o de los costes lleva consigo un incremento de los gastos, que puede llegar a ser insostenible para las finanzas públicas, salvo que se recurra a incrementar los ingresos o a adoptar medidas de

---

17 Informe de la Agence française pour l'accréditation et l'évaluation en santé (ANAES) *Le coût de la qualité et de la non-qualité à l'hôpital* (septiembre de 1998).

18 Por ejemplo: «*A First Class Service: Quality in the new NHS*» (UK), en el que se prevé, en particular, la creación de un «National Institute for Clinical Excellence»; creación de la Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (F).

19 El «*NHS High-Level Performance Framework*» (UK) contiene un indicador que mide la amplitud de las listas de espera («% de los pacientes en lista de espera durante 12 meses o más»).

control de los gastos, que, en muchos casos, se enfrentan con la oposición de los profesionales interesados y, sobre todo, ante la dificultad de elegir en función de la importancia de las necesidades que han de satisfacerse.

En este contexto, se ha producido, al menos hasta 1999, una sensible desaceleración del ritmo de incremento de los gastos con relación al crecimiento del PIB. Sin embargo, desde 1999, en muchos países los gastos sanitarios parecen haber recobrado un ritmo de crecimiento superior al PIB. En efecto, desde comienzos de la década de 1990 se han llevado a cabo numerosas reformas<sup>20</sup>, en las que se suelen utilizar dos elementos básicos, en ocasiones combinándolos, y con una amplitud que varía según los casos:

- la regulación de la demanda, que puede efectuarse aumentando los impuestos (fiscales o sociales) o haciendo que el consumidor final asuma cada vez más gastos (reduciendo el porcentaje de reembolso o el porcentaje de los co-pagos).
- la regulación de la oferta, que puede ser ella misma macroeconómica (en particular, mediante el establecimiento de presupuestos o de dotaciones fijas para los prestadores de asistencia) o estar dirigida a incrementar la eficacia microeconómica de la oferta: éste es el objetivo de las medidas basadas en la competencia organizada de los financiadores y/o de los prestadores de asistencia (RFA) o en una contractualización de las relaciones entre «compradores» y «suministradores» de asistencia (UK).

De lo que se trata es de poder distinguir entre el efecto coyuntural de las medidas y su efecto estructural, es decir, su capacidad para lograr un ritmo sostenible de evolución de los gastos, sin poner en peligro la calidad del sistema de asistencia ni sus resultados. A este respecto, el intercambio de experiencias que permitan establecer balances de las políticas aplicadas –con frecuencia, desde hace muchos años– serían unos instrumentos útiles de comparación y de progreso.

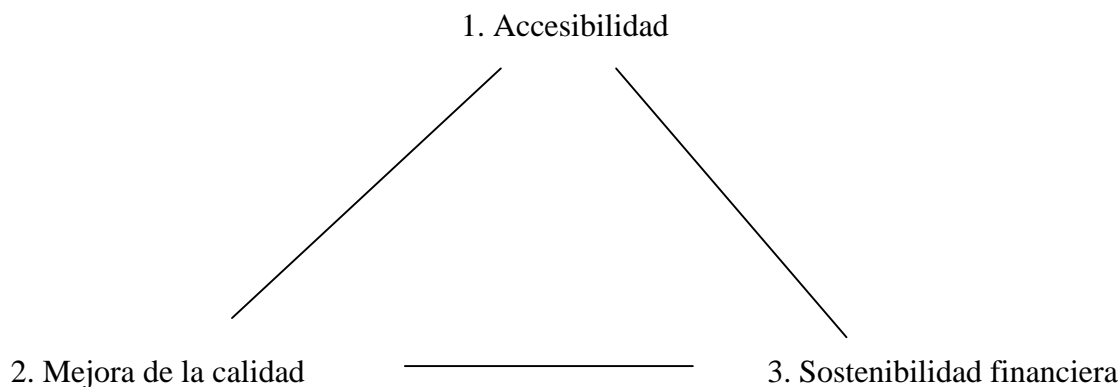
El reto al que deben hacer frente la mayoría de los *países candidatos* tiene otra dimensión. Muchos se han esforzado por transformar radicalmente tanto las estructuras como las modalidades de financiación de su sistema de asistencia sanitaria, en particular la distribución entre la financiación pública y la privada –con objeto de mejorar su eficacia y su calidad global. Sin embargo, el éxito de unas reformas de este tipo depende en gran medida de la capacidad de garantizar la sostenibilidad financiera de los sistemas, que depende a su vez de las reformas económicas y del éxito de la transición hacia la economía de mercado.

---

20 Véase el anexo 2, que contiene una presentación simplificada de los sistemas de asistencia y de las reformas recientes.

## CONCLUSIÓN

Los sistemas de asistencia sanitaria en la Unión y en los países candidatos tienen ante sí un reto: el de alcanzar al mismo tiempo el triple objetivo del acceso de todos a la asistencia sanitaria, del alto nivel de calidad de la oferta de cuidados y de la sostenibilidad financiera de los sistemas.



1. Velar por que todo el mundo pueda acceder a una asistencia sanitaria de calidad. Las personas mayores que necesitan cuidados de larga duración constituyen un reto especial, tanto en lo que respecta a la financiación como a la adaptación de la oferta de asistencia, en particular en materia de institucionalización de la asistencia de larga duración.
2. Incrementar la transparencia y la calidad de los sistemas de asistencia, en particular fomentando la evaluación de las técnicas, de los productos sanitarios y de las estructuras de asistencia.
3. Proseguir las reformas iniciadas a fin de lograr un ritmo de evolución viable, en el contexto de políticas dirigidas a mejorar la calidad de las finanzas públicas y a garantizar una financiación adecuada de la asistencia sanitaria.

Para alcanzar esos objetivos, es fundamental que exista una **cooperación de todos los agentes del sistema sanitario**, es decir, las autoridades públicas, los profesionales de la salud, los organismos de protección social, los organismos de seguros complementarios, los usuarios o sus representantes. En muchos casos, esto resulta difícil debido a que esos agentes tienen intereses y lógicas diferentes, o incluso divergentes.

## **ANEXO 1: la contribución de las políticas comunitarias**

### **LIBRE CIRCULACIÓN DE MERCANCÍAS (ARTÍCULO 28).**

Los bienes sanitarios son mercancías, cuya libre circulación únicamente puede obstaculizarse por razones imperiosas de interés general, relacionadas, por ejemplo, con la protección de la salud o la necesidad de preservar el equilibrio financiero de los regímenes, que se considera necesario para mantener una oferta de asistencia de calidad. Estos obstáculos, en particular la negativa a reembolsar un producto sanitario comprado en un Estado miembro distinto del de afiliación, deben motivarse y ser proporcionados con respecto al objetivo perseguido.

### **LIBRE CIRCULACIÓN DE LAS PERSONAS (ARTÍCULOS 18, 39, 42 Y 43).**

Con vistas a promover el derecho a la libre circulación de las personas, el Reglamento (CEE) n° 1408/71 coordina los sistemas legales de seguridad social de los Estados miembros, incluidos los regímenes de asistencia sanitaria. Además, en el contexto de la libre circulación de los trabajadores por cuenta ajena y por cuenta propia, que también es aplicable al sector de la asistencia médica, numerosas directivas prevén el reconocimiento mutuo de los títulos de médicos y otros profesionales del sector de la sanidad y definen los requisitos fundamentales de su formación inicial.

### **LIBRE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (ARTÍCULOS 49 Y 50).**

El Tribunal de Justicia ha dictaminado que los cuidados sanitarios, ambulatorios y hospitalarios son servicios, lo cual significa que la prestación transfronteriza de los mismos únicamente puede obstaculizarse por razones imperiosas de interés general, relacionadas, por ejemplo, con la protección de la salud o la necesidad de preservar el equilibrio financiero de los regímenes, que se considera necesario para mantener una oferta de asistencia de calidad. Estos obstáculos, en particular la negativa a reembolsar una asistencia sanitaria prestada en un Estado miembro distinto del Estado de afiliación, deben motivarse y ser proporcionados con respecto al objetivo perseguido.

### **FUNCIONAMIENTO DEL MERCADO INTERIOR (ARTÍCULO 95)**

Éste establece las normas de aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas dirigidas a la creación y el funcionamiento del mercado interior, en particular en materia de productos sanitarios (productos farmacéuticos, dispositivos médicos) y de seguro complementario de enfermedad.

### **COMPETENCIA (ARTÍCULOS 85 Y 86).**

Los seguros de enfermedad o los organismos que contribuyen a la gestión del servicio público de la seguridad social cumplen una función exclusivamente social, siempre que su actividad esté basada en el principio de la solidaridad nacional y carezca de fines lucrativos y si las prestaciones que abonan están definidas por la ley y son independientes del importe de las cotizaciones. Por consiguiente, su actividad no es una actividad económica y los organismos que se encargan de ello no son, pues,

empresas con arreglo a los artículos 85 y 86 del Tratado<sup>21</sup>. No obstante, si determinadas actividades en el sector de la asistencia sanitaria pueden ser calificadas de actividades económicas con arreglo al Tratado, entonces dichas normas serán aplicables.

#### **COORDINACIÓN DE LAS POLÍTICAS ECONÓMICAS (ARTÍCULO 99)**

Las consecuencias económicas y presupuestarias del envejecimiento de la población se examinan en el marco del procedimiento de vigilancia multilateral. En ese contexto, en las *Orientaciones generales de las políticas económicas* para 2001 adoptadas en el Consejo Europeo de Gotemburgo, el 15 de junio de 2001, se hace hincapié en que «*Es necesario que los Estados miembros desarrollen estrategias integrales para hacer frente a los retos económicos y presupuestarios que plantea el envejecimiento de la población. Las medidas de carácter estratégico podrían incluir la reforma de los sistemas de pensiones y de atención sanitaria y de los sistemas de cuidado de los ancianos.*» El Comité de Política Económica apoya los trabajos sobre los aspectos económicos y presupuestarios del envejecimiento de la población.

#### **COOPERACIÓN ENTRE LOS ESTADOS MIEMBROS Y COORDINACIÓN DE SU ACCIÓN EN MATERIA DE PROTECCIÓN SOCIAL (ARTÍCULO 140)**

El artículo 2 del Tratado establece que «*La Comunidad tendrá por misión promover, mediante el establecimiento de un mercado común y de una unión económica y monetaria y mediante la realización de las políticas o acciones comunes, en el conjunto de la Comunidad [...] un alto nivel de empleo y de protección social.*» En este marco, en la Comunicación «*Una estrategia concertada para modernizar la protección social*» (COM(99)347 final) se considera que la garantía de un nivel elevado de protección de la salud es uno de los cuatro objetivos prioritarios de una cooperación europea en materia de protección social. En sus Conclusiones de 29 de noviembre de 1999, el Consejo acogió con satisfacción dichos objetivos e hizo un llamamiento para que se fomentara la cooperación europea en ese ámbito, en el cual la organización de los sistemas y sus modalidades de financiación son competencia nacional.

#### **SALUD PÚBLICA (ARTÍCULO 152)**

El Tratado establece que el objetivo de un alto nivel de protección de la salud humana debe integrarse en la definición y aplicación de *todas las políticas y acciones* de la Comunidad. En materia de salud pública, el papel de la Comunidad es completar las políticas nacionales, fomentar su cooperación y apoyar su acción, en materia de mejora de la salud pública, de prevención de las enfermedades humanas y de reducción de los riesgos para la salud humana. En la Comunicación de la Comisión sobre la estrategia sanitaria de la Comunidad<sup>22</sup>, se indica cómo contribuirá la Comunidad a hacer frente a los principales retos ante los que se hallan los sistemas de asistencia y a responder al deseo de los ciudadanos de que se proteja eficazmente su salud. Un nuevo programa de acción comunitaria apoyará esa estrategia en el período 2001-2006. La acción de la Comunidad en este ámbito respeta plenamente la

---

21 Asuntos acumulados C-159/91 y C-160/91 (Poucet y Pistre).

22 COM (2000) 285 final de 22 de mayo de 2000.

responsabilidad de los Estados miembros para la organización y el suministro de servicios sanitarios y asistencia médica.

#### **INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO TECNOLÓGICO (TÍTULO XVIII)**

El Quinto Programa Marco de Investigación y Desarrollo dedica una de sus 23 acciones clave a los retos médicos y sociales del envejecimiento y de las discapacidades relacionadas con la edad. Uno de los ámbitos de investigación de dicha acción clave se centra en la eficacia y la competencia de los servicios de asistencia sanitaria y de ayuda social a las personas mayores, así como en la comparación de las modalidades de financiación de la asistencia de larga duración y de las pensiones de jubilación.

Por otra parte, en los Cuarto y Quinto Programas Marco de Investigación y Desarrollo se aboga por el desarrollo de instrumentos electrónicos para la gestión de las pruebas clínicas, la introducción de datos a distancia, el acceso a la bibliografía científica, el desarrollo de referencias médicas y el seguro de calidad. En el marco del Quinto Programa Marco de Investigación y Desarrollo, se han desarrollado proyectos de investigación sobre la adaptación de dichos instrumentos a las necesidades específicas de las personas mayores.

**ANEXO 2: sistemas de asistencia sanitaria y políticas sanitarias en la Unión**

	Total health expenditure	Public expenditure	General government expenditure	Social security expenditure	Private Expenditure	Out-of-pocket expenditure	Private health insurance	Recent trends
<b>A</b>	8,2	72,1	39,4	60,6	27,9	16,6	7,1	No overall fixed health care budget
<b>B</b>	8,8	71,3	n/a	N/A	28,7	n/a	n/a	Budget set annually by Government
<b>D</b>	10,3	75,8	8,4	91,6	24,2	12,8	7,1	No overall fixed health care budget
<b>DK</b>	8,4	82,2	100	0	17,8	16,2	1,6	Budget negotiated annually and set by central and local governments
<b>E</b>	7	76,8	88,3	11,7	23,2	n/a	n/a	Budget set annually
<b>EL</b>	8,4	56,3	n/a	n/a	43,7	n/a	n/a	Budget set annually
<b>F</b>	9,3	76,2	3,3	96,7	23,8	10,1	12,6	Target budget set by Parliament since constitutional reform in 1996;"Universal Health Coverage" for low-income households
<b>FIN</b>	6,8	75,7	80,2	19,8	24,3	20	2,6	No overall fixed health care budget
<b>I</b>	7,9	76,8	99,9	0,1	27,7	24,1	n/a	Budget set annually
<b>IRL</b>	6,8	72,3	91	9	23,2	11,4	8,3	Expenditure is cash-limited and set by Government
<b>L</b>	6,1	92,9	11,5	88,5	7,1	7,1	n/a	Target budget since 1994
<b>NL</b>	8,7	68,5	6	94	31,5	8	17,5	Target budget set for a 4-years period
<b>P</b>	7,7	66,9	n/a	n/a	33,1	n/a	n/a	Budget set annually on an historical basis

<b>S</b>	7,9	83,8	n/a	n/a	16,2	n/a	n/a	No overall fixed health care budget
<b>UK</b>	6,9	83,3	88,2	11,8	16,7	11,2	3,4	Expenditure is cash-limited and set by Government

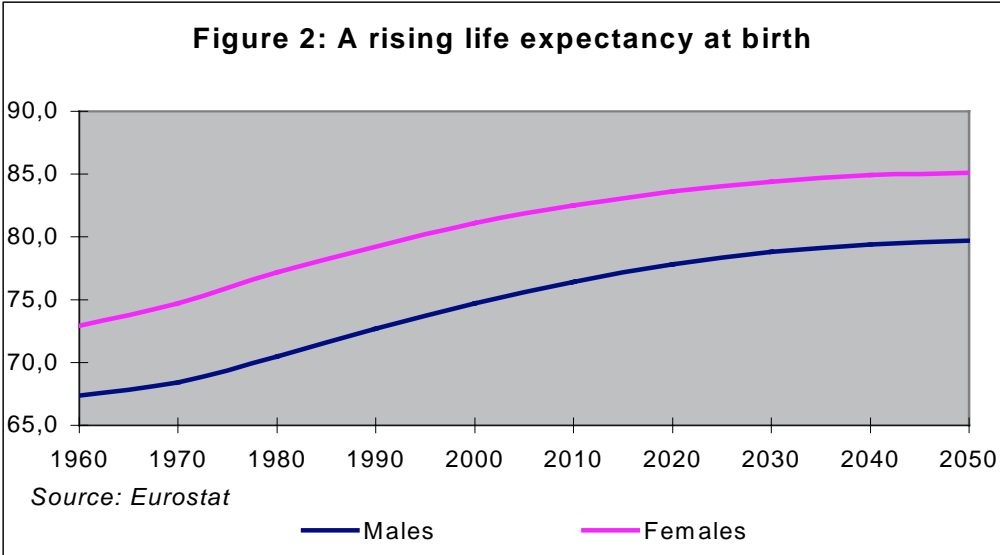
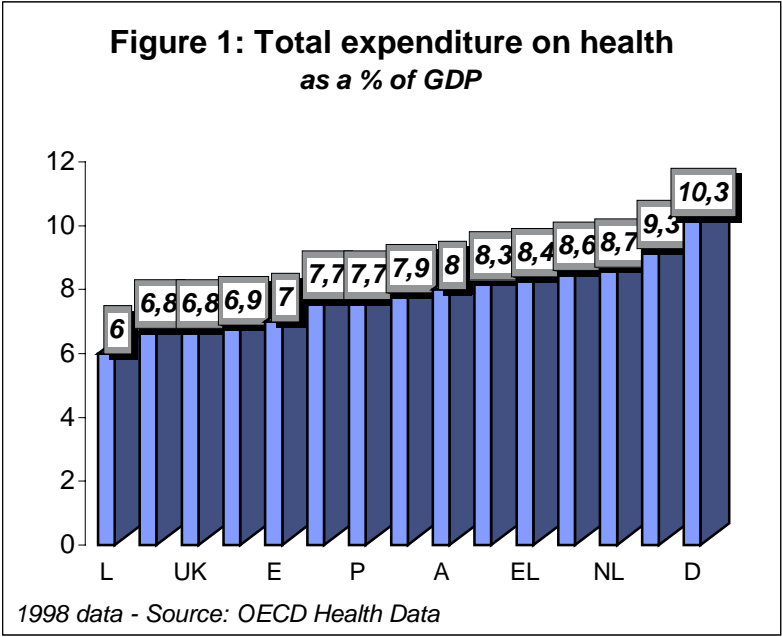
as % of GDP (1999 data, as % of total health as % of public expenditure as % of total health as % of total health expenditure (1999 data for A,DK,F,FIN,I,L;1998 for D,S,UK,IRL,E,EL) expenditure (1999 data, on health (1999 data for expenditure on health expenditure (1999 IRL,NL,D) 1998 for A,DK,F,FIN,I,L;1998 for (1999 data for data for A,DK,F,FIN,I,L,UK; 1998 for D,E,IRL,NL,UK) D,E,IRL,NL,UK) for D,E,IRL,NL)

**Source:** OECD Health Data 2001, Health care & Cost Containment in the EU, edited by Elias Mossialos & Julian Le Grand, Ashgate, 1999

		Recent trends and reforms			
Organisation		Hospitals	Doctors	Pharmaceutical products	
Contracted services	Integrated services				
<b>Most countries</b>		<i>Co-payments;prospective budget setting;development of activity-based funding</i>	<i>Co-payments;restriction on the number of doctors</i>	<i>Co-payments;price controls;positive and negative lists of products;</i>	
BE	All services	Prospective budgets for hotel and biology costs	Fee for service;free choice of doctor	Expenditure targets	
DK	Most hospitals, GPs and specialists outside hospitals, dentists, pharmacies	Prospective budgets	Fee for service and capitation	Expenditure targets;Reference prices	
DE	All services	Prospective budgets	Fee for service;free choice among sickness funds doctors;indicative budget	Reference prices	
GR	Pharmacies, private hospitals, most dentists, private doctors	Prospective budgets	Fee for service (private doctors) and salary (NHS)		
ES	Specialist doctors, hospitals, 60% of GPs	Prospective budgets combined with activity-based payments	Salary payment or capitation	Fixed budget;ceilings on promotion expenditures	
FR	All services	Prospective global budgets, with phasing-in of activity-based payment	Fee for service;free choice of doctor;expenditure global targets;non-binding medical guidelines (RMO)	Expenditure targets;revenue target for companies;taxes on promotion expenditure;development of generics;practice guidelines	
IE	Private hospitals, GPs, pharmacies	Prospective budgets and diagnosis-related group measures	Capitation plus fee for service (for special service);referral;indicative budget		
IT	Private hospitals, GPs and specialists, pharmacies	activity-based payment	Salary payment or capitation, plus fee-for-service (for special services);referral	Fixed budget;Reference prices	
LU	All services	Prospective budgets combined with activity-based payments	Fee for service;free choice of doctor		
NL	All services	Prospective functional budgets based on activities	Capitation (low income) or fee for service (high	Pharmacists paid on a flat rate;Reference prices	

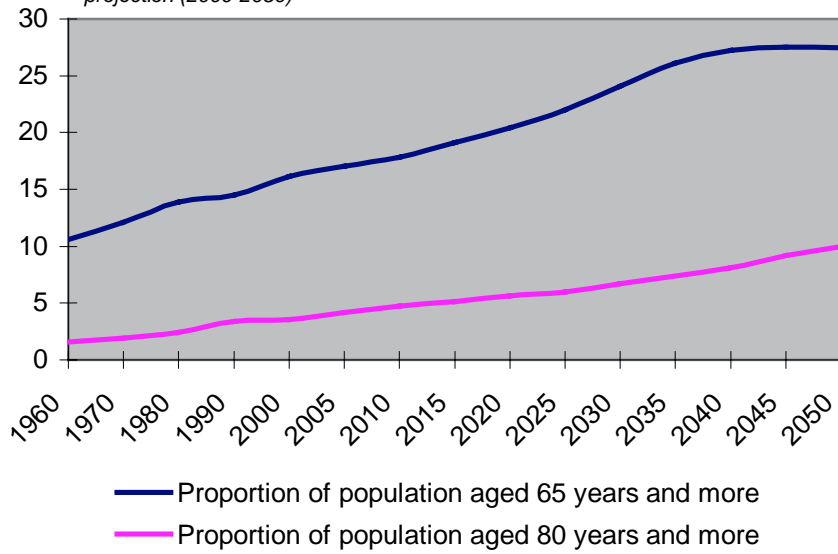
					income);referral;prescription auditing;	
AT	All services		Prospective budgets combined with activity-based payments		Fee-for-service combined with capitation;free choice among sickness funds doctors	
PT	Private hospitals, doctors in rural areas, pharmacies, most dentists, labs	GPs, some specialists, public hospitals	Prospective global budgets based on activities		Salary;referral	
FI	Hospitals, pharmacies, private out-patient care	Health centres	Purchasing of packages of hospital services, phasing-in of DRG-based prices		Salary payment or capitation;referral	
SE	Hospitals, pharmacies, private hospitals, dentists	Health centres, pharmacies, dentists	Prospective payments based on DRGs, complemented by price, volume and quality controls		Salary payment;fee for service for private doctors	Reference prices;taxes on promotion expenditure
UK	Public hospitals, GPs, most dentists, pharmacies	Community care services	Activity-related annual contracts between purchaser and provider		Fixed budgets (fundholding GPs);salary payment or capitation for first-contract doctors;referral;prescription auditing;	Pharmacists paid on a flat rate;promotion of generics;profit control;ceilings on promotion expenditures

**Source:** *Health care & Cost Containment in the EU*, op.cit.; European Commission

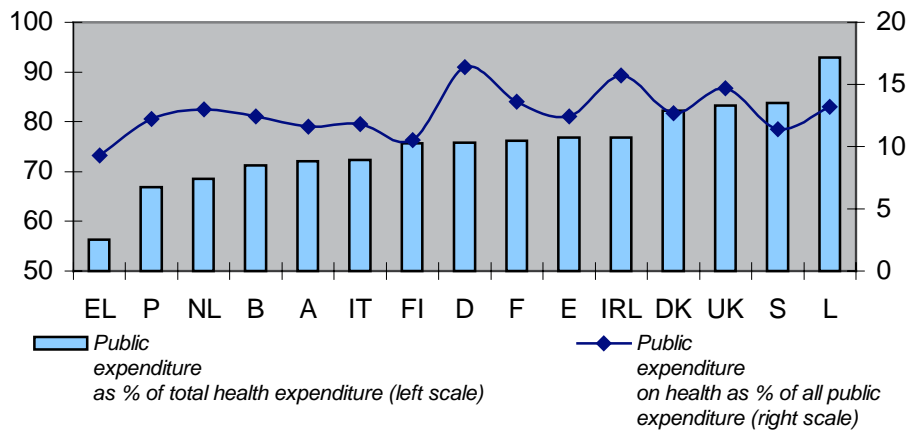


**Figure 3: The ageing EU population**

Source: Eurostat, population structure indicators (1960-1990), baseline scenario projection (2000-2050)



**Figure 4: Public expenditure on health**



Source: OECD Health Data 2001