

PARLAMENTO EUROPEO

1999



2004

Documento de sesión

FINAL
A5-0452/2002

17 de diciembre de 2002

INFORME

sobre la 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 (COM(2001) 723 – C5-0163/2002 – 2002/2071(COS))

Comisión de Empleo y Asuntos Sociales

Ponente: Mario Mantovani

ÍNDICE

	Página
PÁGINA REGLAMENTARIA.....	4
PROPUESTA DE RESOLUCIÓN.....	5
EXPOSICIÓN DE MOTIVOS.....	17
OPINIÓN DE LA COMISIÓN DE ASUNTOS ECONÓMICOS Y MONETARIOS	22
OPINIÓN DE LA COMISIÓN DE MEDIO AMBIENTE, SALUD PÚBLICA Y POLÍTICA DEL CONSUMIDOR	25

PÁGINA REGLAMENTARIA

Mediante carta de 5 de diciembre de 2001, la Comisión transmitió al Parlamento su Comunicación 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 (COM(2001) 723 – 2002/2071(COS)).

En la sesión del 11 de abril de 2002, el Presidente del Parlamento anunció que había remitido esta Comunicación, para examen del fondo, a la Comisión de Empleo y Asuntos Sociales y, para opinión, a la Comisión de Asuntos Económicos y Monetarios, así como a la Comisión de Medio Ambiente, Salud Pública y Política del Consumidor (C5-0163/2002).

En la reunión del 24 de enero de 2002, la Comisión de Empleo y Asuntos Sociales había designado ponente a Mario Mantovani.

En las reuniones de los días 10 de septiembre, 1 de octubre, 12 de noviembre y 9 y 10 de diciembre de 2002, la comisión examinó la Comunicación de la Comisión y el proyecto de informe.

En la última de estas reuniones, aprobó la propuesta de resolución por 22 votos a favor, 2 votos en contra y 6 abstenciones.

Estuvieron presentes en la votación los diputados: Theodorus J.J. Bouwman (presidente), Marie-Hélène Gillig (vicepresidenta), Winfried Menrad (vicepresidente), Marie-Thérèse Hermange (vicepresidenta), Mario Mantovani (ponente), Jan Andersson, Elspeth Attwooll, Philip Bushill-Matthews, Chantal Cauquil, Alejandro Cercas, Harald Ettl, Jillian Evans, Carlo Fatuzzo, Ilda Figueiredo, Lisbeth Grönfeldt Bergman, Richard Howitt (suplente de Enrico Boselli), Stephen Hughes, Karin Jöns, Ioannis Koukiadis (suplente de Elisa Maria Damião), Arlette Laguiller, Elizabeth Lynne, Thomas Mann, Manuel Pérez Álvarez, Bartho Pronk, Lennart Sacrédeus, Giacomo Santini (suplente de Regina Bastos, de conformidad con el apartado 2 del artículo 153 del Reglamento), Amalia Sartori (suplente de Luigi Cocilovo, de conformidad con el apartado 2 del artículo 153 del Reglamento), Herman Schmid, Miet Smet, Helle Thorning-Schmidt, Claude Turmes, Ieke van den Burg y Sabine Zissener.

Las opiniones de la Comisión de Asuntos Económicos y Monetarios y de la Comisión de Medio Ambiente, Salud Pública y Política del Consumidor se adjuntan al presente informe; el 17 de abril de 2002, la Comisión de Presupuestos decidió no emitir opinión.

El informe se presentó el 17 de diciembre de 2002.

PROPUESTA DE RESOLUCIÓN

Resolución del Parlamento Europeo sobre la 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 (COM(2001) 723 – C5-0163/2002 – 2002/2071(COS))

El Parlamento Europeo,

- Vista la Comunicación de la Comisión (COM(2001) 723 – C5-0163/2002),
- Vistos el artículo 13 y el artículo 152 del Tratado CE, modificado a raíz del Tratado de Amsterdam,
- Vista la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea¹ y en particular sus artículos 21, 25, 34, 35 y 38,
- Vista la Comunicación de la Comisión al Consejo y al Parlamento Europeo titulada "La respuesta de Europa al envejecimiento a escala mundial - Promover el progreso económico y social en un mundo en proceso de envejecimiento - Contribución de la Comisión Europea a la segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (COM(2002) 143),
- Vista su Resolución de 15 de diciembre de 2000² sobre la Comunicación de la Comisión titulada "Hacia una Europa para todas las edades" (COM(1999) 221),
- Vista su Resolución de 25 de enero de 2000³ sobre la Agenda de política social (COM(2002) 379),
- Vista su Resolución de 9 de marzo de 1999⁴ sobre el informe de la Comisión sobre la situación sanitaria de la mujer en la Comunidad Europea (COM(1997) 224),
- Vista su Resolución de 16 de noviembre de 2000 sobre el seguro de enfermedad complementario⁵,
- Vista la Directiva 2000/78/CE del Consejo relativa al establecimiento de un marco general para la igualdad de trato en el empleo y la ocupación⁶ y la Decisión del Consejo 2000/275/CEE⁷ por la que se establece un programa de acción comunitario para luchar contra la discriminación (2001-2006),

¹ DO C 364 de 18.12.2000, p. 14.

² DO C 232 de 17.8.2001, p. 387.

³ DO C 197 de 21.7.2001, p. 180.

⁴ DO C 175 de 21.6.1999, p. 17.

⁵ DO C 223 de 8.8.2001, p. 339.

⁶ DO L 303 de 2.12.2000, p. 16.

⁷ DO L 303 de 2.12.2000, p. 23.

- Visto el Reglamento (CEE) n° 1408/71¹, relativo a la aplicación de los regímenes de seguridad social a los trabajadores por cuenta ajena y a sus familias que se desplazan dentro de la Comunidad, y el Reglamento (CEE) n° 574/72², por el que se establecen las modalidades de aplicación, actualmente en curso de revisión,
- Vista su Resolución de 10 de marzo de 1999³ y la Comunicación de la Comisión sobre el desarrollo de la política de salud pública en la Comunidad Europea (COM(1998) 230), así como la Comunicación sobre la estrategia sanitaria de la Comunidad Europea (COM(2000) 285-1), acompañada de un programa de acción⁴, y la Decisión n° 1786/2002/CE⁵ 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),
- Vista la Comunicación de la Comisión titulada "Una estrategia concertada para modernizar la protección social" (COM(1999) 347),
- Vista la Decisión del Parlamento Europeo y del Consejo relativa al Sexto Programa marco de la Comunidad Europea para acciones de investigación, desarrollo tecnológico y demostración, destinado a contribuir a la creación del Espacio Europeo de Investigación y a la innovación (2002-2006)⁶,
- Vistas las conclusiones pertinentes de los Consejos Europeos de Lisboa, Gotemburgo y Barcelona, así como el primer informe del Consejo sobre la asistencia sanitaria y la atención a las personas mayores y las conclusiones del Consejo de Sanidad, de 26 de junio de 2002, sobre la movilidad de los pacientes,
- Vistos los objetivos e indicadores de lucha contra la pobreza y exclusión social acordados por los Consejos Europeos de Niza y Laeken,
- Vistas las conclusiones de las dos Asambleas mundiales de las Naciones Unidas sobre el envejecimiento, y en particular el nuevo plan de acción aprobado por la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento⁷,
- Visto el apartado 2 del artículo 47 de su Reglamento,
- Vistos el informe de la Comisión de Empleo y Asuntos Sociales y las opiniones de la Comisión de Asuntos Económicos y Monetarios y de la Comisión de Medio Ambiente, Salud Pública y Política del Consumidor (A5-0452/2002),

¹ DO L 149 de 5.7.1971, p. 2.

² DO L 74 de 27.3.1972, p.1

³ DO C 175 de 24.5.1999, p. 135.

⁴ DO C 337E de 28.11.2000, p. 122.

⁵ DO L 271 de 9.10.2002, p. 1.

⁶ DO L 232 de 28.8.2002, p. 1.

⁷ Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, 8 a 12 de abril de 2002, organizada por las Naciones Unidas y el Gobierno español, que contiene las resoluciones y el programa de acción aprobados por la Asamblea, A/CONF 197/9.

- A. Considerando que la tendencia demográfica hacia el envejecimiento de la población constituye un fenómeno mundial cuyas implicaciones, notables y complejas, no pueden hallar una respuesta eficaz en un ámbito exclusivamente nacional,
- B. Considerando que la estrategia y programa de acción comunitario en el ámbito de la salud pública (2003-2008) proporciona un enfoque integrado de las políticas sanitarias y la atención sanitaria, basado, entre otros elementos, en la promoción de la salud y la prevención primaria, en la eliminación de las fuentes de peligro para la salud, en la inclusión de un nivel elevado de protección de la salud, en la definición y la aplicación de todas las políticas sectoriales y en la reducción de las desigualdades en materia de sanidad,
- C. Considerando que, entre diferentes estimaciones relativas al cambio demográfico en los Estados miembros, las divergencias llegan al 60%, lo que indica que las previsiones de la evolución social a lo largo de un periodo de más de cincuenta años deben tratarse con precaución y en ningún caso pueden considerarse resultados probados,
- D. Considerando que la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea reconoce el derecho de las personas mayores a llevar una vida digna e independiente y a participar en la vida social, cultural y laboral, así como el derecho de toda persona a la prevención y atención sanitarias,
- E. Recordando que la Unión Europea ha reafirmado en numerosas ocasiones la necesidad de elaborar una estrategia europea global, que incluya las implicaciones económicas, profesionales y sociales del envejecimiento demográfico, movilizándolo plenamente el potencial de las personas de todas las edades y reforzando la solidaridad entre generaciones,
- F. Considerando que en la Unión Europea la asistencia sanitaria se basa en los principios de solidaridad, equidad y universalidad y que los regímenes sanitarios desarrollados a lo largo de la historia continuarán, por lo que se refiere a su organización y financiación, bajo la responsabilidad de los Estados miembros también en el futuro,
- G. Considerando que el envejecimiento de la población, el progreso de la tecnología médica y la creciente demanda de prestaciones sanitarias han dado lugar a un incremento considerable de los costes de la atención sanitaria y la atención a las personas mayores, de modo que actualmente los Estados miembros se encuentran ante el problema de la contención y la cobertura de los costes del régimen de asistencia sanitaria,
- H. Considerando que la prevención es una pieza clave de una política sanitaria previsor y que las medidas sistemáticas de prevención aumentan la esperanza de vida general, reducen las disparidades sociales en relación con las expectativas de salud y evitan la aparición de enfermedades crónicas, con lo que permiten economizar costes de tratamiento,
- I. Considerando que el Consejo Europeo de Barcelona de marzo de 2002 ha subrayado la necesidad de poner en práctica y desarrollar durante 2002 y 2003 la cooperación entre Estados miembros en el sector de la protección social, procediendo al intercambio de buenas prácticas y de información, y que ha fijado entre sus objetivos prioritarios

garantizar un nivel elevado y sostenible de protección de la salud,

- J. Considerando que el Consejo Europeo de Barcelona también tomó nota de una propuesta preliminar del Consejo relativa a la atención sanitaria y la atención a las personas mayores y pidió a la Comisión y al Consejo que examinen más en profundidad los problemas de accesibilidad, calidad y sostenibilidad financiera con la suficiente antelación al Consejo Europeo de la primavera de 2003,
- K. Considerando que el Consejo Europeo de Laeken de diciembre de 2001 pidió al Consejo que, en lo referente a la sanidad pública y la atención a las personas mayores, adoptara un enfoque comparable al de la modernización de los regímenes de pensiones al elaborar el informe comunitario sobre la sanidad pública y la atención a las personas mayores, es decir, un enfoque equilibrado de los elementos de accesibilidad, calidad y sostenibilidad financiera; que el Comité de protección social está examinando el informe conjunto elaborado sobre la base de los informes nacionales transmitidos por los Estados miembros en julio de 2002,
- L. Considerando que el artículo 152 del Tratado CE estipula que "al definirse y ejecutarse todas las políticas y acciones de la Comunidad se garantizará un alto nivel de protección de la salud humana" y que la acción "se encaminará a mejorar la salud pública, prevenir las enfermedades humanas y evitar las fuentes de peligro para la salud humana",
- M. Considerando que la Comunicación de la Comisión sobre el futuro de la asistencia sanitaria subraya que los sistemas y las políticas de sanidad de la Unión Europea deben hacer frente a serios desafíos y aunque la prestación de asistencia sanitaria y de asistencia a las personas mayores siga siendo esencialmente competencia de los Estados miembros, estas cuestiones deben inscribirse, no obstante, en el marco de una cooperación europea más amplia para poder lograr resultados eficaces, y deben tener muy en cuenta los principios y objetivos del programa de acción en el ámbito de la salud pública, así como los objetivos específicos establecidos por el programa de acción de las Naciones Unidas (la reducción de los efectos acumulativos de los factores de riesgo y el desarrollo de políticas de prevención, el acceso universal y equitativo a los servicios sanitarios, la mejora continua de los servicios sanitarios y la promoción de la integración social de las personas afectadas por alguna discapacidad y de las categorías más vulnerables),
- N. Considerando que la jurisprudencia del Tribunal de Justicia desempeñará un significativo papel en el aumento de la movilidad de los pacientes y del recurso a prestaciones sanitarias transfronterizas y que esta evolución, junto con el desarrollo del mercado único, tendrá repercusiones cada vez mayores en los sistemas sanitarios nacionales,
- O. Considerando que el Consejo, en vista de la creciente movilidad de los pacientes, ha acordado como primeros ámbitos para una cooperación, los temas siguientes: creación de centros de referencia muy especializados en los que puedan recibir tratamiento de enfermedades específicas pacientes de toda la Unión; utilización de capacidad libre en las listas de espera de otros Estados miembros; refuerzo de la cooperación en las regiones fronterizas y asistencia a pacientes establecidos por largo tiempo en un Estado miembro distinto del de origen, como por ejemplo las personas jubiladas,
- P. Considerando que la situación sanitaria de las mujeres está determinada en gran medida

por diferencias socioeconómicas y que, por su mayor esperanza de vida, las mujeres constituyen la mayoría de las personas de edad avanzada,

- Q. Considerando que el título de la Comunicación de la Comisión es "El futuro de la asistencia sanitaria y de la atención a las personas mayores",
- R. Considerando que el Consejo Ecofin del 6 de noviembre de 2000 establece en sus conclusiones que "deberán presentarse las estrategias completas de los Estados miembros para tratar los retos económicos y presupuestarios que plantea el envejecimiento de la población, junto con programas de estabilidad y de convergencia",
1. Considera que la Comunicación de la Comisión constituye una base adecuada para debatir el futuro de los sistemas de asistencia sanitaria y de cuidados de larga duración en los Estados miembros a la vista del envejecimiento demográfico, teniendo en cuenta que todos estos sistemas de asistencia sanitaria en la Unión Europea se enfrentan, en distinto grado, a retos fundamentales similares;
 2. Estima que conviene reforzar la cooperación comunitaria con objeto de elaborar políticas para luchar contra el envejecimiento, en particular en el ámbito del desarrollo y de la mejora de la asistencia y de los servicios sanitarios para todas las personas mayores, y considera que para apoyar una política que favorezca un envejecimiento activo se requiere una mayor coordinación entre los sistemas nacionales de seguridad social, de salud pública y de lucha contra la discriminación;
 3. Critica que la estrategia de la Comunidad Europea y el programa de acción de la Comisión en el ámbito de la salud pública (2003-2008), basados en la promoción de la salud y en la prevención primaria, no hayan sido tenidos en cuenta en el enfoque de la Comisión sobre el futuro de la asistencia sanitaria y de la atención a las personas mayores;
 4. Insta a la Presidencia griega a que, de conformidad con las conclusiones de los Consejos Europeos de Laeken y de Barcelona, haga de la asistencia sanitaria y la atención a las personas mayores un tema prioritario;
 5. Subraya la necesidad de ofrecer una imagen correcta de las personas mayores, no solamente en términos de coste para los servicios sanitarios, sino también en términos de recursos y de posibilidades sociales; recuerda, en particular, que es especialmente importante evitar los conceptos discriminatorios, como por ejemplo la expresión "envejecimiento excesivo", tanto en los textos jurídicos como en sus justificaciones;
 6. Recuerda que el bienestar y la salud de las personas mayores exigen una respuesta global, no sólo en el plano sanitario, sino también en el plano social y económico;
 7. Recuerda a la Comisión y al Consejo, a este respecto, las recomendaciones del Informe de la OMS sobre la salud en Europa 2002, que deberían incorporarse por igual a las políticas europea y de los Estados miembros: "Se atiende mejor a la salud en sociedades igualitarias, más cohesionadas socialmente, con menor carga de privaciones relativas. (...) Por consiguiente, en todos los Estados miembros europeos es crucial el nexo entre la política sanitaria y otros ámbitos políticos como el empleo, el mantenimiento de los

ingresos y la asistencia social, la vivienda y la educación. Para reducir la desigualdad socioeconómica, es necesario reducir tanto la proporción de población que se queda atrás como la distancia a la que se retrasa. Hay indicios de que una mayor igualdad de ingresos y el entorno social mejorado que entraña actúan potenciando el bienestar psicosocial de la población";

8. Advierte del peligro de que se sobrevalore el objetivo de la sostenibilidad financiera a expensas de la accesibilidad y de la calidad; señala que es difícil hacer pronósticos sobre el aumento de costes previsible y que tales pronósticos dependen en gran medida de las hipótesis en que se basen;
9. Considera que los asuntos cruciales planteados en la Comunicación exigen un examen detallado y que, dada la gran diversidad de las necesidades existentes en los sistemas de asistencia sanitaria y de cuidados a largo plazo en la Unión Europea y en los países candidatos, deben adoptarse sin demora soluciones que se basen tanto en estudios como en un debate político y económico pertinente; cree que el problema de la asistencia sanitaria y los cuidados a largo plazo para las personas mayores debería figurar también en cualquier futuro programa de trabajo de la Comisión;
10. Considera que la realización de los objetivos de sostenibilidad, accesibilidad y calidad de los servicios sanitarios requiere, entre otras cosas:
 - a) el mantenimiento y la mejora de una protección social de calidad y una prestación de servicios sanitarios en los Estados miembros basada en la solidaridad y accesible para todos,
 - b) una información correcta e imparcial de los ciudadanos sobre las posibilidades de tratamiento existentes,
 - c) la creación de un mercado interior de servicios y productos sanitarios que, en primer lugar, garantice una asistencia sanitaria de calidad elevada accesible para todos, teniendo en cuenta la sostenibilidad y la capacidad de los regímenes de los Estados miembros, que garantice asimismo la libre circulación de los ciudadanos y el acceso a los servicios en todos los países de la Unión, sea compatible con los principios enumerados de los regímenes de sanidad nacionales y no ponga en peligro los objetivos de política sanitaria de los Estados miembros,
 - d) la garantía de una mayor libertad de elección del paciente y de una verdadera participación de los agentes sociales;
11. Recomienda que los principios y objetivos generales de la estrategia europea de salud pública pasen a ser el punto central de referencia para orientaciones, intercambio de mejores prácticas, etc., en la OCM propuesta para la asistencia sanitaria y la atención a las personas mayores, lo que implica:

- la necesidad de considerar la promoción de la buena salud, la prevención de la enfermedad, el tratamiento médico, la atención y la rehabilitación como sectores de interés igualmente importantes para el proceso de coordinación,
 - la intervención estratégica del Comisario competente para Sanidad y Protección de los Consumidores y de sus servicios en el proceso OCM previsto para aportar coherencia con los objetivos de la estrategia de salud pública,
 - la aplicación de un enfoque intersectorial integrado a las políticas sanitarias a nivel de los Estados miembros, así como regional y local, en el proceso de coordinación (por ejemplo, contribución de las políticas social, de empleo, de medio ambiente, económica, etc., a la mejora de la sanidad pública y, entre otras cosas, reducir el gasto en asistencia sanitaria);
12. Considera que los objetivos a largo plazo de accesibilidad, calidad y sostenibilidad financiera propuestos por la Comisión están concebidos con miras demasiado estrechas y excesivamente sesgados hacia una estrategia de meros recortes de costes en el marco del pacto de estabilidad; recomienda, por consiguiente, que:
- se considere la eliminación de la desigualdad ante la sanidad como un objetivo a largo plazo, que aborde la desigualdad en términos de salud por razones socioeconómicas, de género, de edad, etc., y asimismo la igualdad de acceso a una asistencia sanitaria de elevada calidad,
 - se considere la mejora de la calidad y la transparencia como un objetivo a largo plazo que cubra todos los elementos de la "cadena" de la política sanitaria, desde la promoción de la buena salud, la prevención y el tratamiento, hasta la atención y la rehabilitación,
 - se considere la sostenibilidad financiera como un objetivo a largo plazo que debe abordarse a lo largo de toda la "cadena" de la política sanitaria y debe ser compatible con el principio de solidaridad;
13. Considera, no obstante, que a fin de controlar los gastos, ya se financien mediante fiscalización como mediante cotización, es necesario promover modos de vida más saludables y medidas de prevención, y concienciar al mismo tiempo a los prestadores de servicios y a los usuarios sobre los costes ocasionados por las terapias y el consumo de tratamientos;
14. Pide a la Comisión y al Comité de protección social que tengan en cuenta las siguientes indicaciones:
- a) es necesario reforzar la cooperación comunitaria en lo que concierne a la mejora de los servicios sanitarios para hacer frente al envejecimiento de la población, entre otras cosas gracias a la contribución que podrá facilitar el programa de acción para la salud pública, en vías de adopción, a través de las medidas siguientes:

- el intercambio de información sobre el estado de salud de la población y los factores de riesgo,
 - el intercambio de buenas prácticas,
 - la definición de indicadores y el análisis de las necesidades,
 - la elaboración de normas comunes, cualitativas y cuantitativas, para la vigilancia de los servicios sanitarios,
 - la elaboración de estrategias de desarrollo de los servicios sanitarios y de análisis sistemático de las necesidades, con vistas a la planificación, ejecución y evaluación de los programas sanitarios realizados en el ámbito nacional y local;
- b) es necesario crear un banco de datos sobre el sector sociosanitario, con análisis estadísticos y proyecciones, tanto a nivel europeo como nacional, para que quienes se dedican a proyectar y realizar servicios puedan comprender la situación del sector;
- c) sobre la base de prácticas acreditadas de los Estados miembros, la Comisión debe elaborar orientaciones científicas de carácter más específico para la asistencia sanitaria y la atención a las personas mayores y presentarlas al Consejo para su adopción como recomendación del Consejo,
- d) la Comisión debe elaborar un inventario general sobre la movilidad de los pacientes y presentar un estudio sobre las experiencias acumuladas hasta ahora en las regiones fronterizas,
- e) es necesario prever la organización, en el plano nacional y comunitario, de campañas de formación y de información de los operadores y de campañas de prevención y de promoción de la salud, como la referente a la degeneración macular relacionada con la edad, incluido el reconocimiento de que la salud futura de las personas mayores requiere un enfoque que abarque toda la vida y la educación de los jóvenes en relación con las consecuencias de sus acciones para etapas posteriores de su vida,
- f) se debe garantizar a las personas mayores el acceso a los servicios sanitarios, no sólo en lo que concierne a los tratamientos de larga duración y a la hospitalización, o a los servicios estrictamente médicos, sino también en lo relativo a los tratamientos preventivos, la fisioterapia, la rehabilitación y el resto de los servicios que tienen como fin garantizar durante el máximo tiempo posible la independencia, prevenir o retardar la enfermedad y apoyar a las personas discapacitadas mejorando su calidad de vida,
- g) se debe prestar especial atención al estudio de los múltiples factores de riesgo, en particular los que están relacionados con las condiciones sociales o económicas, como el entorno físico y geográfico, especialmente la contaminación, el consumo de tabaco, el nivel de educación, la profesión, la renta, la ayuda social, la cultura, el sexo, la alimentación, etc.,

- h) aún sabiendo que la prestación de servicios de salud no se puede delegar en las familias, las ONG o las comunidades locales, convendría definir medidas que fomenten, faciliten y sostengan sus actividades en materia de atención sanitaria mediante:
- la formación y la información de las personas encargadas de los cuidados,
 - la creación de servicios especializados para las personas mayores en el ámbito local y comunitario,
 - la participación de las ONG y de los usuarios en la planificación y la mejora de los servicios sanitarios,
 - el desarrollo de las actividades culturales y sociales que combaten el aislamiento de las personas mayores,
 - el apoyo psicológico, económico, jurídico y social a las familias o las personas que asumen el cuidado de una persona mayor,
- i) considera que el personal sanitario resulta fundamental para garantizar el mantenimiento y desarrollo de estructuras sanitarias eficaces que funcionen correctamente, así como un alto nivel de asistencia sanitaria y de atención, y subraya que la escasez de enfermeros es una realidad común a todos los Estados miembros, aunque con características diferentes,
- j) propone que la Unión Europea financie campañas de sensibilización en torno a las profesiones sanitarias necesarias para el desarrollo de los servicios y el mantenimiento de un alto nivel de asistencia sanitaria en los Estados miembros,
- k) pide a la Comisión que elabore un programa específico para la financiación de proyectos de formación que faciliten el acceso y la asistencia a cursos de estudio en ciencias relativas a la enfermería y a cursos de maestría en los principales sectores (transplantes, oncología, cardiocirugía, geriatría, urgencias, rehabilitación, telemedicina y teleasistencia, neurociencias),
- l) se debe prestar especial atención a la formación continua en geriatría y gerontología de los profesionales de la sanidad y de los servicios sociales, no sólo en el entorno médico, sino también en el de la enfermería y, en general, de las personas encargadas de los servicios de atención sanitaria,
- m) es necesario analizar las posibles respuestas al problema de las enfermedades mentales en las personas mayores, que afectan ante todo a las mujeres, en particular en lo que concierne a la prevención, el diagnóstico y el tratamiento precoz, el establecimiento de protocolos para el diagnóstico, los tratamientos farmacéuticos y la psicoterapia, la elaboración de programas dedicados a la autoayuda y a la ayuda a domicilio de las personas que sufren la enfermedad de Alzheimer u otras formas de demencia senil,

- n) son necesarias medidas para retardar la aparición de discapacidades en las personas mayores y garantizar a quienes las sufren soluciones que faciliten el mantenimiento de la autonomía (alojamiento, transporte, etc.); para este fin, pueden ser muy útiles unos "centros integrados" en los que equipos interdisciplinarios puedan atender a las necesidades de las personas mayores con un enfoque holístico, haciéndose cargo de todos los aspectos de la vida del interesado en estrecha consulta con el mismo,
- o) es necesario buscar soluciones e instrumentos adecuados, incluidos los de orden económico, para garantizar la seguridad, dignidad y calidad de vida de las personas no autosuficientes, con el fin de evitar que las molestias recaigan solamente en las familias,
- p) hay que desarrollar y sostener la investigación comunitaria orientada al bienestar y al mantenimiento de la salud y de la autonomía de las personas mayores y potenciar y mejorar la didáctica y la tecnología de la información, dado que la prevención y la educación contribuyen a una mayor esperanza de vida,
- q) es necesario prever la coordinación de una amplia gama de servicios dentro de una continuidad que incluya la prevención y la promoción de la salud, los servicios sanitarios primarios, los cuidados intensivos, la rehabilitación, los tratamientos de larga duración y los tratamientos paliativos,
- r) se debe prestar especial atención a la lucha contra los malos tratos, los abusos físicos, psicológicos, sexuales y financieros, así como el abandono a que son sometidas las personas mayores en su propio domicilio, en residencias y hospitales, por parte de familiares, cuidadores o profesionales del ámbito de la asistencia sanitaria o social, tanto mediante campañas de sensibilización dirigidas al gran público y a los usuarios de los servicios de salud y de los servicios sociales, como mediante la creación de servicios específicos destinados a las víctimas de malos tratos y mediante programas de reeducación; celebra las investigaciones llevadas a cabo sobre los malos tratos a las personas mayores y pide a la Comisión que solicite a la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo que coordine el intercambio y la divulgación de los conocimientos y políticas en este ámbito; está convencido de la urgente necesidad de crear una red de sistemas de control en los respectivos Estados miembros, de manera que una persona que se traslade a otro Estado miembro y busque un trabajo relacionado con la asistencia a personas mayores pueda ser sometida a controles de seguridad en colaboración con el Estado miembro del que proceda,
- s) deben tenerse especialmente en cuenta las necesidades de atención de las personas que viven en comunidades rurales,
- t) los aspectos específicos de la mujer deben tenerse adecuadamente en cuenta en todas las medidas relacionadas con la salud,
- u) el futuro del sistema sanitario y de la atención a las personas mayores debe formar en lo sucesivo parte integrante del programa de trabajo de la Comisión;

15. Subraya que una mayor calidad de los sistemas de asistencia sanitaria y de cuidados a largo plazo debe ir acompañada de una mayor capacidad y de una oferta de alta calidad, puesto que las esperas en la sanidad repercuten también negativamente en la calidad de vida de las personas mayores y de los miembros de sus familias, así como, en consecuencia, en la productividad y en los resultados económicos globales; considera que se requiere una importante inversión pública y privada para mantener y mejorar la calidad y la diversidad, aumentando al mismo tiempo la capacidad;
16. Insta a la Comisión y al Consejo a que:
- a) mejoren y armonicen los sistemas europeo y nacionales de elaboración de informes y recopilación de datos sobre la salud, de manera que puedan apreciarse los aspectos positivos y las deficiencias de un régimen de asistencia sanitaria y de atención a las personas mayores, puedan hallarse bases para la introducción de mejoras y puedan determinarse las mejores prácticas,
 - b) fomenten el desarrollo de ofertas generales de prevención en escuelas, lugares de trabajo y para la población en general, y la introducción de programas nacionales de prevención para las enfermedades más extendidas entre la población,
 - c) inicien un intercambio de experiencias sobre la cuestión de la información al paciente y de los derechos del paciente y elaboren criterios comunes,
 - d) emprendan una reelaboración en profundidad del marco jurídico del acceso transfronterizo a prestaciones de asistencia sanitaria en la Unión Europea con el fin de llegar a la sistematización del reembolso de costes, las normas de calidad y la información al paciente; celebra, en este contexto, el primer paso que supone la reelaboración del Reglamento nº 1408/71 y la propuesta de introducción de una tarjeta europea de asistencia sanitaria, anunciada para la primavera,
 - e) incorporen cuanto antes, en la medida de lo posible, a los países candidatos a los programas de política sanitaria de la Unión Europea y destinen más recursos a la cooperación transfronteriza;
17. Celebra que, en el ámbito de la asistencia sanitaria y la atención a las personas mayores, el Consejo haya decidido el refuerzo de la cooperación, el intercambio de información y experiencias y la determinación de las mejores prácticas nacionales, y pide que en la Cumbre de primavera de 2003, el Consejo adopte una propuesta de la Comisión y del Comité de protección social y establezca en sus elementos esenciales la aplicación del método abierto de coordinación, así como un calendario concreto para el resto del proceso y acuerde, para la primavera de 2004, objetivos e indicadores comunes;
18. Pide un acuerdo interinstitucional que sirva de marco para establecer normas sobre la participación de las instituciones comunitarias en todas las fases del método abierto de coordinación (formulación de objetivos, definición de indicadores, consultas e informes), incluidas normas en materia de acceso a documentos y de participación en reuniones;

19. Espera que el Comité de protección social termine a primeros de 2003 sus trabajos sobre el examen de posibilidades de medición de la esperanza de vida ajustada según la calidad, de la mortalidad prematura en función del nivel socioeconómico y del acceso a la asistencia sanitaria, y pide al Consejo que acuerde los indicadores correspondientes en el año 2003;
20. Pide a la Convención Europea que incorpore al proyecto de constitución como objetivo general un elevado nivel de protección de la salud y caracterice la política sanitaria como ámbito de competencia compartida entre la Unión Europea y los Estados miembros, de manera que la Unión Europea siga teniendo la posibilidad de actuar también en el terreno legislativo para complementar la política de los Estados miembros;
21. Pide a la Comisión y al Consejo que tengan en cuenta los resultados del informe comunitario en preparación a la hora de elaborar las orientaciones generales de política económica y el informe comunitario de síntesis para la Cumbre de primavera de 2003;
22. Pide a la Comisión y al Comité de protección social que informen al Parlamento Europeo oportuna y periódicamente sobre sus actividades;
23. Subraya que, dentro del objetivo de mayor coordinación de los modelos existentes en la Unión Europea, se deberán tener en cuenta las futuras necesidades de los pensionistas europeos, entre éstas, que sus derechos adquiridos durante su período productivo se mantengan sea cual fuere su Estado miembro de residencia una vez que éstos han llegado al período de jubilación; para ello, habrá que adoptar mecanismos que concilien la aplicación de tales derechos con la estructura de los distintos sistemas de pensiones existentes actualmente en la Unión Europea;
24. Recuerda, en este contexto, su llamamiento en favor de la participación del Parlamento Europeo en la elaboración de las orientaciones generales de las políticas económicas;
25. Subraya la necesidad de tener en cuenta los retos que supondrá la ampliación de la Unión Europea al someter a debate la política de asistencia sanitaria y cuidados de larga duración para las personas mayores;
26. Encarga a su Presidente que transmita la presente Resolución al Consejo, a la Comisión, al Comité de protección social y a los Parlamentos de los Estados miembros.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

1. Introducción

Las tendencias demográficas mundiales revelan el progresivo envejecimiento de la población: según las estimaciones de la Unión Europea, el porcentaje de población europea mayor de 65 años pasará del 16,1% del 2000 al 22% en el 2025 y al 27,5% en el 2050. De manera paralela, los ancianos de más de 80 años, que en el 2000 representaban el 3,6%, deberían alcanzar en el 2025 el 6% y el 10% en el 2050.

Este fenómeno provoca, con demasiada frecuencia, dos reacciones opuestas, pero igualmente injustificadas: el catastrofismo, por una parte, y el intento de eludir la cuestión, por otra. Aunque el envejecimiento de la población es, de hecho, un dato ineluctable al que los responsables políticos deben enfrentarse, la presencia de tantas personas mayores en nuestra sociedad y la revisión de las estrategias políticas y sociales que ésta impone constituyen un capital de oportunidades y potencialidades que no se debe subestimar. El aumento de la población de edad representa, sustancialmente, un éxito de nuestra civilización que se debe al desarrollo de los cuidados médicos y de las condiciones generales de vida en nuestros países. Es decir, se trata de una conquista de la que no hay que arrepentirse ni considerarla un peso, sino plantearla con la adecuación cultural y con un plan de desarrollo socioeconómico coherente.

La comunicación de la Comisión objeto de este informe se centra específicamente en el futuro de los servicios sanitarios y de la asistencia a las personas mayores. Sin embargo, toda política sanitaria debe interpretarse dentro del marco global de la estrategia internacional y comunitaria encaminada a la mejora de la calidad de vida de los ancianos.

Una premisa es necesaria: las personas mayores de 65 años no constituyen un grupo homogéneo con necesidades similares. Más allá de la división “horizontal” entre tercera y cuarta edad, una primera diferenciación “vertical” evidente es la que se establece entre personas con buena salud, autosuficientes y activas y personas enfermas o no autosuficientes. Se trata, pues, de las dos variables más inmediatamente relacionadas con los servicios sanitarios y de asistencia, si bien no faltan otros factores relevantes (contexto urbano o rural, nivel de educación, etc.). Por otra parte, las fronteras entre los dos grupos (autosuficientes y no autosuficientes) a menudo son inestables y dependen de la capacidad de la sociedad para garantizar, durante el mayor tiempo posible, una vida autónoma.

2. Planteamiento internacional y comunitario

La Unión Europea ha apoyado las iniciativas de la ONU sobre el envejecimiento (las dos asambleas mundiales, el Año Internacional de la Tercera Edad y los planes de acción) y, en particular, el nuevo plan de acción aprobado por la Segunda Asamblea Mundial, que identifica tres ejes prioritarios:

- la plena participación de las personas mayores en el proceso de desarrollo social y la participación equitativa en los beneficios derivados del crecimiento económico y social (vejez activa, habilitación, solidaridad entre generaciones, lucha contra la exclusión social, etc.);
- la implantación de la salud y del bienestar en la tercera y cuarta edad;
- la creación de un marco de vida adecuado para las personas mayores (ambiente, vivienda, transportes).

La Comunicación de la Comisión sobre “La respuesta de Europa al envejecimiento a escala mundial”, elaborada con motivo de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, reafirmó la necesidad de elaborar una estrategia europea global que contemple las repercusiones económicas, ocupacionales y sociales del envejecimiento.

Este planteamiento pretende movilizar las plenas potencialidades de las personas de todas las edades sobre la base de políticas y prácticas cuyo objetivo sea el envejecimiento activo y a la participación de todos los interesados en la definición de las políticas en el ámbito de la protección social, la inclusión y el empleo¹.

Desde esta perspectiva, la Comunidad ha definido algunos retos fundamentales: la gestión de las repercusiones económicas del envejecimiento a fin de mantener el crecimiento y asegurar unas finanzas públicas sanas; una adaptación eficaz a una mano de obra que envejece y que se reduce en número; la garantía de pensiones adecuadas, sostenibles y adaptables; y la reforma de la asistencia sanitaria.

Éste es el punto de llegada de la reflexión llevada a cabo hasta ahora en el ámbito de la Comunidad sobre este tema. Con la Comunicación de la Comisión “Hacia una Europa para todas las edades” de 1999, se concluyó una primera etapa. Esta Comunicación abrió el debate sobre el tema del envejecimiento a escala europea, subrayando el interés que tenían todos los Estados miembros en mantener una cooperación europea más estrecha en estos temas. A este respecto, sólo hay que recordar que en el 2025 un italiano de cada 14 tendrá más de 80 años, y que tal tendencia demográfica incide en el mercado laboral, en los sistemas de pensiones y sanitarios, en los procesos económicos y comerciales, en las políticas fiscales y, en definitiva, en todo un conjunto de políticas que, a pesar de los esfuerzos de reforma de los Estados miembros, tienen repercusiones de carácter global.

Se dio un segundo paso fundamental con la inserción en el Tratado CE de la lucha contra la discriminación por razones de edad y con la aprobación de la Carta de los Derechos Fundamentales, que, además de confirmar la lucha contra la discriminación, reconoce “el derecho de las personas mayores a llevar una vida digna e independiente y a participar en la vida social y cultural”.

El Consejo de Niza de diciembre de 2000, al adoptar la Agenda para la política social que diseña la estrategia de la Unión en el ámbito del empleo y de los asuntos sociales para los

¹ Una mención aparte merece la Declaración de Madrid de marzo de 2002 sobre las personas discapacitadas y su integración, que concierne también a los ancianos: dicha declaración, adoptada en el Congreso Europeo sobre las Personas Discapacitadas, y resultado del acuerdo entre el Foro Europeo de las Personas Discapacitadas, la Presidencia española de la UE y la Comisión Europea, proporciona un marco conceptual para las acciones en este campo.

años 2000-2006, subrayó la necesidad de afrontar las repercusiones sociales y laborales más importantes del envejecimiento mediante políticas que se refuercen recíprocamente en el ámbito del empleo, la protección social y la economía.

Al adoptar la Agenda de la política social para los años 2000-2006, el Consejo de Niza de diciembre de 2000 hizo hincapié en la necesidad de afrontar las implicaciones sociales y laborales del envejecimiento mediante políticas que se refuercen recíprocamente en el ámbito del empleo, de la protección social y de la economía.

Teniendo en cuenta la necesidad de garantizar una respuesta al envejecimiento que asegure al mismo tiempo el crecimiento económico y la sostenibilidad financiera, el Consejo de Estocolmo de marzo de 2001 aprobó una estrategia que gira en torno a tres ejes y que posteriormente fue incorporada a las orientaciones generales de las políticas económicas: el aumento de las tasas de empleo; la reducción de la deuda pública para compensar el aumento de los gastos destinados a las pensiones y la asistencia sanitaria; y la reforma de los sistemas de pensiones.

Sobre la base de esta estrategia, el Consejo aprobó, en noviembre de 2000, una Directiva y un plan de acción sobre la lucha contra la discriminación en el lugar de trabajo, destinada, entre otras cosas, a hacer frente a las actitudes negativas con respecto a los trabajadores de edad avanzada.

El Consejo Europeo de Gotemburgo de junio de 2001 estableció, a su vez, la aplicación del método abierto de coordinación para la política de pensiones, fijando tres grandes principios comunes: la necesidad de garantizar pensiones adecuadas para todos, de mantener la sostenibilidad financiera del sistema y de adaptar tales sistemas a las nuevas necesidades sociales y, en particular, a la demanda de una mayor flexibilidad de la edad de jubilación.

3. La estrategia europea en materia de sanidad

La cooperación europea en materia de asistencia sanitaria y de protección de la salud pública es relativamente reciente. El artículo 152 del Tratado, que garantiza la promoción de un nivel elevado de protección de la salud humana, encontró una primera aplicación en la Comunicación de la Comisión sobre el desarrollo de la política de la sanidad pública en la Comunidad Europea de 1998 y en la Comunicación sobre la “Estrategia de la Comunidad Europea en el ámbito de la sanidad pública”, acompañada de la propuesta de un plan de acción comunitario en proceso de adopción. Paralelamente, la cooperación europea en materia de protección social ha incluido entre sus principales objetivos la garantía de un nivel elevado y duradero de protección de la salud.

En particular, la Comunicación sobre la estrategia en materia de sanidad subrayaba la mayor incidencia de las enfermedades asociadas a la edad avanzada, sobre todo de tipo mental (cerca del 25 por ciento de las personas mayores de 85 años padecen alguna forma de demencia senil) y el correspondiente aumento de la demanda de servicios de asistencia a largo plazo y especializados.

Sobre la base de estas consideraciones, el plan de acción se centra en la mejora de las informaciones y los conocimientos relativos a la sanidad pública, el refuerzo y mantenimiento de sistemas eficaces, el aumento de la capacidad de respuesta rápida y coordinada frente a las amenazas, las medidas de prevención y promoción de la salud y la necesidad de sinergias entre acciones en el campo de la sanidad y en materia de mercado único de los productos farmacéuticos, defensa de los consumidores, medio ambiente e investigación.

En este sentido, el quinto programa marco de investigación preveía una acción específica sobre “Envejecimiento de la población e incapacidad”, así como una serie de medidas relacionadas con la salud y el envejecimiento. El sexto programa marco de investigación, que se halla en vías de aprobación, ha confirmado tales prioridades. En particular, el Parlamento ha hecho hincapié en la investigación sobre el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades degenerativas del sistema nervioso (enfermedad de Alzheimer, Parkinson, etc.), la diabetes y, de manera más general, todas las enfermedades relacionadas con el proceso de envejecimiento o asociadas a la exclusión social.

A su vez, el Sistema Estadístico Europeo ha dado luz verde a importantes proyectos en el ámbito sanitario y social, en particular relativos al estado de salud, los servicios sanitarios y los factores de riesgo.

Por último, conviene recordar que la legislación en materia de productos farmacéuticos, protección del medio ambiente, seguridad social e imposiciones fiscales tiene una incidencia relevante sobre la salud de los ciudadanos. Por este motivo, una estrategia europea en materia de políticas sanitarias debe tener en cuenta los aspectos que repercuten en la salud de las normas del mercado común de las mercancías y productos, en la normativa en materia de categorías profesionales y de estándares técnicos, de la cooperación transfronteriza, etc., y tender hacia la eliminación de los obstáculos al derecho de establecimiento de las personas jurídicas y a la libre circulación de ciudadanos dentro de la Unión.

4. La comunicación de la Comisión

La presente Comunicación sobre el futuro de la asistencia sanitaria ha sido adoptada por el Consejo Europeo de Barcelona de marzo de 2002, que ha señalado la necesidad de iniciar y desarrollar, durante 2002 y 2003, la cooperación entre los Estados miembros en tales sectores, proceder al intercambio de buenas prácticas e información, y entablar un debate sobre los retos comunes en el ámbito europeo.

En su Comunicación, la Comisión recuerda que los sistemas de asistencia sanitaria en la Unión y en los países candidatos deben hacer frente a un triple reto: el acceso a la asistencia para todos, un elevado nivel de calidad en la oferta de asistencia, y la sostenibilidad financiera de los sistemas. El documento concluye que “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.”

Las conclusiones de la Comisión y los objetivos propuestos son, sin duda alguna, encomiables. Sin embargo, la estrategia para lograr esos objetivos y los instrumentos

concretos que se han de poner en marcha, así como el papel que la Unión desempeñará en dicha estrategia, no parecen estar suficientemente elaborados.

De hecho, por una parte, los objetivos de accesibilidad, calidad y sostenibilidad del sistema sanitario deben interpretarse en el contexto del objetivo más amplio de la promoción de una sociedad para todas las edades, en la que la longevidad se vea acompañada por la salud, entendida como un estado de bienestar global, físico, mental y social, según la definición de la OMS.

Por otra parte, la elaboración de sistemas sanitarios adecuados para responder a las necesidades de las personas mayores, a pesar de seguir siendo principalmente materia de competencia de los Estados miembros, sólo puede lograr resultados eficaces en el marco de una cooperación europea más amplia que tenga en cuenta los objetivos específicos establecidos por el plan de acción de las Naciones Unidas:

- reducción de los efectos acumulativos de los factores de riesgo en lo que se refiere a la salud de las personas mayores y desarrollo de las políticas de prevención;
- acceso universal e igual a los servicios sanitarios;
- desarrollo de los servicios de asistencia primaria para que respondan a las necesidades de las personas mayores y promuevan su inclusión;
- mejora continua de los servicios sanitarios para satisfacer las necesidades de las personas mayores (definiciones de normas de calidad de los servicios sanitarios y de rehabilitación, mejora de la coordinación entre los diferentes servicios, creación de centros geriátricos especializados);
- participación de los interesados en la definición de los servicios;
- formación continuada del personal sanitario;
- desarrollo de los servicios sanitarios de prevención, tratamiento y gestión de las enfermedades mentales en las personas mayores;
- mantenimiento de la máxima capacidad funcional durante toda la vida y promoción de la inclusión social de las personas mayores con discapacidades.

Las propuestas recogidas en la resolución se mueven en esta dirección, destacando, en particular, la necesidad de una mayor cooperación comunitaria en materia de intercambio de información y de buenas prácticas, de investigación, de definición de indicadores de salud y de normas cualitativas y cuantitativas de los servicios; pero también llamando la atención sobre algunas líneas de desarrollo de los servicios sanitarios y sociales para los ancianos, como el tratamiento de las enfermedades mentales seniles, el mantenimiento de la autonomía, la inclusión social, el acceso a los servicios de rehabilitación y prevención, la asistencia y el apoyo a las familias que cuidan de los ancianos y la lucha contra el maltrato y el abandono.

6 de noviembre de 2002

OPINIÓN DE LA COMISIÓN DE ASUNTOS ECONÓMICOS Y MONETARIOS

para la Comisión de Empleo y Asuntos Sociales

sobre la Comunicación de la Comisión al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y Social y al Comité de las Regiones sobre el futuro de la asistencia sanitaria y de la atención a las personas mayores: garantizar la accesibilidad, la calidad y la sostenibilidad financiera
(COM(2001) 723 - C5-0163/2002 - 2002/2071 (COS))

Ponente de opinión: Mary Honeyball

PROCEDIMIENTO

En la reunión del 19 de marzo de 2002, la Comisión de Asuntos Económicos y Monetarios designó ponente de opinión a Mary Honeyball.

En las reuniones de los días 10 de julio, 27 de agosto, 7 de octubre y 5 de noviembre de 2002, la comisión examinó el proyecto de opinión.

En la última de estas reuniones, la comisión aprobó las conclusiones por 22 votos a favor y 13 votos en contra.

Estuvieron presentes en la votación los diputados: Christa Randzio-Plath (presidenta), Philippe A.R. Herzog (vicepresidente), John Purvis (vicepresidente), Mary Honeyball (ponente de opinión), Generoso Andria, Pervenche Berès, Roberto Felice Bigliardo, Hans Blokland, Hans Udo Bullmann, Carles-Alfred Gasòliba i Böhm, Robert Goebbels, Lisbeth Grönfeldt Bergman, Christopher Huhne, Othmar Karas, Giorgos Katiforis, Piia-Noora Kauppi, Christoph Werner Konrad, Astrid Lulling, Hans-Peter Mayer, Fernando Pérez Royo, Alexander Radwan, Mónica Ridruejo, Olle Schmidt, Peter William Skinner, Helena Torres Marques, Bruno Trentin, Theresa Villiers, Luis Berenguer Fuster (suplente de David W. Martin), Harald Ettl (suplente de Bernhard Rapkay), Wilfried Kuckelkorn (suplente de un diputado que será nombrado miembro titular), Werner Langen (suplente de Ingo Friedrich), Peter Michael Mombaur (suplente de Renato Brunetta), Karla M.H. Peijs (suplente de Ioannis Marinou), José Javier Pomés Ruiz (suplente de Jonathan Evans) y Marcelino Oreja Arburúa (suplente de José Manuel García-Margallo y Marfil, de conformidad con el apartado 2 del artículo 153 del Reglamento).

CONCLUSIONES

La Comisión de Asuntos Económicos y Monetarios pide a la Comisión de Empleo y Asuntos Sociales, competente para el fondo, que incorpore los siguientes elementos en la propuesta de resolución que apruebe:

1. Considera que la Comunicación de la Comisión constituye una base adecuada para debatir el futuro de los sistemas de asistencia sanitaria y de cuidados de larga duración en los Estados miembros a la vista del envejecimiento demográfico, teniendo en cuenta que todos estos sistemas de asistencia sanitaria en la Unión Europea se enfrentan a retos fundamentales similares aunque en distinto grado;
2. Acoge con satisfacción los tres objetivos comunes de los sistemas de asistencia sanitaria y de cuidados de larga duración de la Unión Europea, es decir, la accesibilidad, la calidad y la sostenibilidad financiera;
3. Recuerda que los programas de estabilidad y de convergencia ponen de manifiesto que el envejecimiento de la población tendrá repercusiones presupuestarias considerables que darán lugar a un aumento del gasto público entre el 4 y el 8% del PIB en la mayoría de Estados miembros e incluso más en algunos de ellos; cree, en consecuencia, que los Estados miembros deben adoptar medidas urgentes con respecto al aumento del gasto relacionado con el envejecimiento;
4. Subraya que una mayor calidad de los sistemas de asistencia sanitaria y de cuidados a largo plazo debe ir acompañada de una mayor capacidad y de una oferta de alta calidad, puesto que las esperas en la sanidad repercuten también negativamente en la calidad de vida de las personas mayores y los miembros de sus familias, así como, en consecuencia, en la productividad y en los resultados económicos globales; considera que se requiere una importante inversión pública y privada para mantener y mejorar la calidad y la diversidad, aumentando al mismo tiempo la capacidad;
5. Destaca que las inversiones públicas pueden ayudar al desarrollo de otras inversiones privadas paralelas para desarrollar y mejorar las prestaciones; cree que el sistema de salud y atención a la tercera edad ofrece un gran número de oportunidades para la inversión privada en bienes y servicios complementarios a la vejez; considera, así pues, que el desafío que supone la asistencia sanitaria ofrece al mismo tiempo nuevas posibilidades que pueden ser aprovechadas para alcanzar mayores cuotas de empleo y de bienestar social en un modelo en el que las prestaciones públicas y privadas encuentren el grado necesario de complementariedad;
6. Considera que los asuntos cruciales planteados en la Comunicación exigen un examen detallado y que, dada la gran diversidad de las necesidades existentes en los sistemas de asistencia sanitaria y de cuidados a largo plazo en la Unión Europea y en los países candidatos, deben adoptarse sin demora soluciones que se basen tanto en estudios como en un debate político y económico pertinente; cree que el problema de la asistencia sanitaria y los cuidados a largo plazo para las personas mayores debería figurar también en cualquier futuro programa de trabajo de la Comisión;

7. Se felicita por el hecho de que en la Comunicación se reconozca que la diversidad de los modos de financiación y de organización constituye una de las principales características de los sistemas de asistencia sanitaria de Europa; considera por ello que la organización de los sistemas de asistencia sanitaria y de cuidados a largo plazo, su financiación y planificación son competencia de los Estados miembros que pueden evaluar las necesidades de sus poblaciones respectivas; si bien, a la vista de esta diversidad y variedad, no cabe duda de que es posible aumentar y mejorar la coordinación, no puede plantearse como opción armonizar los sistemas de asistencia sanitaria;
8. Considera, no obstante, que a fin de controlar los gastos, ya se financian mediante fiscalización como mediante cotización, es necesario promover modos de vida más saludables y medidas de prevención, y concienciar al mismo tiempo a los prestadores de servicios y a los usuarios sobre los costes ocasionados por las terapias y el consumo de tratamientos; cree a este respecto que cabe alentar a los usuarios, mediante desgravaciones fiscales u otras medidas, a contribuir de forma adecuada a las prestaciones y/o a tomar un seguro complementario de asistencia sanitaria, así como un seguro de dependencia;
9. Subraya que, dentro del objetivo de mayor coordinación de los modelos existentes en la Unión Europea, se deberán tener en cuenta las futuras necesidades de los pensionistas europeos, entre éstas, que sus derechos adquiridos durante su período productivo se mantengan sea cual fuere su Estado miembro de residencia una vez que éstos han llegado al período de jubilación; para ello habrá que adoptar mecanismos que concilien la aplicación de tales derechos con la estructura de los distintos sistemas de pensiones existentes actualmente en la Unión Europea;
10. Manifiesta su acuerdo, en lo que respecta a la coordinación de las políticas económicas, con la necesidad de tener en cuenta los efectos derivados del envejecimiento de la población en el marco de las orientaciones generales de las políticas económicas de la Unión Europea;
11. Recuerda, en este contexto, su llamamiento en favor de la participación del Parlamento Europeo en la elaboración de las orientaciones generales de las políticas económicas;
12. Subraya la necesidad de tener en cuenta los retos que supondrá la ampliación de la Unión Europea al someter a debate la política de asistencia sanitaria y cuidados de larga duración para las personas mayores;
13. Pide un acuerdo interinstitucional en el que se establezcan las normas que han de regular la participación de las instituciones comunitarias en todas las etapas del método abierto de coordinación (fijación de objetivos, definición de indicadores, consultas sobre el informe), incluidas normas relativas al acceso a los documentos, la participación en reuniones y el procedimiento para pasar del método abierto de coordinación a un enfoque comunitario.

3 de octubre de 2002

OPINIÓN DE LA COMISIÓN DE MEDIO AMBIENTE, SALUD PÚBLICA Y POLÍTICA DEL CONSUMIDOR

para la Comisión de Empleo y Asuntos Sociales

sobre la Comunicación de la Comisión al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y Social y al Comité de las Regiones relativa al futuro de la asistencia sanitaria y de la atención a las personas mayores: garantizar la accesibilidad, la calidad y la sostenibilidad financiera
(COM(2001) 723 – C5-0163/2002 – 2002/2071(COS))

Ponente de opinión: Antonio Mussa

PROCEDIMIENTO

En la reunión del 27 de marzo de 2002, la Comisión de Medio Ambiente, Salud Pública y Política del Consumidor designó ponente de opinión a Antonio Mussa.

En las reuniones de los días 9 de septiembre y 2 de octubre de 2002, la comisión examinó el proyecto de opinión.

En la última de estas reuniones, la comisión aprobó las conclusiones por 35 votos a favor, 3 votos en contra y 2 abstenciones.

Estuvieron presentes en la votación los diputados: Mauro Nobile (presidente en funciones), Alexander de Roo y Anneli Hulthén (vicepresidentes), Antonio Mussa (ponente de opinión), Per-Arne Arvidsson, María del Pilar Ayuso González, Hans Blokland, John Bowis, Philip Bushill-Matthews (suplente de Martin Callanan), Dorette Corbey, Avril Doyle, Anne Ferreira, Marialiese Flemming, Karl-Heinz Florenz, Pernille Frahm, Cristina García-Orcoyen Tormo, Robert Goodwill, Françoise Grossetête, Christa Klab, Eija-Riitta Anneli Korhola, Bernd Lange, Peter Liese, Torben Lund, Jules Maaten, Minerva Melpomeni Malliori, Eryl Margaret McNally (suplente de Catherine Stihler, de conformidad con el apartado 2 del artículo 153 del Reglamento), Jorge Moreira da Silva, Emilia Franziska Müller, Giuseppe Nisticò, Ria G.H.C. Oomen-Ruijten, Marit Paulsen, Dagmar Roth-Behrendt, Guido Sacconi, Karin Scheele, Inger Schörling, María Sornosa Martínez, Nicole Thomas-Mauro, Antonios Trakatellis, Kathleen Van Brempt y Phillip Whitehead.

BREVE JUSTIFICACIÓN

Introducción

De conformidad con la solicitud del Consejo Europeo de Gotemburgo de junio de 2001, se ha presentado al Consejo Europeo de Barcelona de los días 15 y 16 de mayo de 2002 un informe provisional sobre los principios en materia de asistencia sanitaria para las personas mayores. En dicha ocasión, el Consejo Europeo pidió a la Comisión y al Consejo que examinaran con más atención los aspectos relativos a la accesibilidad, la calidad y la sostenibilidad financiera con vistas al Consejo Europeo de la primavera de 2003.

La Comunicación de referencia es la contribución de la Comisión Europea al debate en curso y a la consecución del mandato de Gotemburgo, y al mismo tiempo ha servido de base para el informe elaborado por el Consejo con vistas a la Cumbre de Barcelona.

En la Unión Europea, la situación sanitaria en general y los sistemas de asistencia sanitaria alcanzan niveles muy altos gracias no sólo a la mejora de las condiciones de vida y a la educación sanitaria sino también a la generalización de la cobertura de los riesgos de enfermedad e invalidez. El gasto público en concepto de sanidad representa, en los sistemas sanitarios europeos, una parte fundamental del gasto sanitario total, y en los últimos treinta años, en particular antes de 1990, ha tenido un crecimiento más rápido que el PIB.

Los objetivos a largo plazo

Para los europeos, es fundamental conservar y adaptar los sistemas sanitarios desarrollados en los últimos treinta años a los retos del nuevo milenio, en particular al envejecimiento demográfico. Es necesario, tal como lo señala la Comisión, lograr que el acceso generalizado a la asistencia no perjudique el alto nivel de la calidad de la asistencia que se ofrece y la sostenibilidad financiera de los sistemas de asistencia. Estos son los tres objetivos a largo plazo aprobados por el Consejo Europeo de Barcelona que constituyen el marco de referencia para el debate sobre el futuro de la asistencia sanitaria.

La organización de los sistemas sanitarios nacionales, las modalidades de financiación, el tipo de asistencia y los tratamientos que se ofrecen son competencia de los Estados miembros de la Unión Europea, y entre ellos existen profundas diferencias históricas; no obstante, resulta evidente que el intercambio de información y de conocimientos tendrá repercusiones positivas de cara a la elaboración de respuestas adecuadas a las nuevas exigencias de los sistemas sanitarios nacionales.

Por último, cabe incluir en el debate sobre el futuro de la asistencia sanitaria las recientes sentencias del Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas en materia de libertad de circulación de los pacientes con objeto de recibir tratamiento en un Estado miembro diferente al Estado miembro de residencia.

Los problemas

La prolongación de la duración de la vida, con el consiguiente aumento del porcentaje de personas mayores en la población total, podría tener importantes consecuencias, aunque por ahora no son cuantificables, sobre los sistemas sanitarios, a causa de la mayor morbilidad de

las personas mayores, su tendencia a la polimorbilidad, la mayor gravedad y cronicidad de las patologías vinculadas a la edad, que pueden llevar a la dependencia. A ello se debe añadir el probable crecimiento de los gastos relativos a la asistencia de larga duración, tanto en consultorios como en unidades de hospitalización o de asistencia psiquiátrica, vinculada también al debilitamiento de las estructuras familiares, que constituían la red tradicional de asistencia y custodia de las personas mayores que necesitan asistencia.

Esta probable doble evolución plantea claramente el problema de los recursos humanos y de personal cualificado en el sector sanitario y social, en el que en los últimos cinco años se ha duplicado el crecimiento del empleo con respecto a la media. En este contexto es más necesaria que nunca una iniciativa de los Estados miembros y de la Unión Europea encaminada a sensibilizar a los jóvenes hacia las profesiones paramédicas, financiar proyectos de formación en ciencias relativas a la enfermería y definir un marco normativo que permita la contratación de jóvenes diplomados no europeos en las estructuras sanitarias de los Estados miembros.

La evolución de las tecnologías médicas y de las terapias constituye el segundo reto que deberán afrontar los sistemas de asistencia sanitaria en los próximos decenios. El progreso técnico no sólo determina un aumento de la productividad, tanto en términos de reducción de la duración de la asistencia sanitaria como de reducción de los riesgos de patologías graves, sino también la posibilidad de curar nuevas patologías y de utilizar tratamientos más intensos. En un sector de actividad atípico como el sanitario, en el que la demanda está ampliamente determinada por la oferta, tanto de medicinas como de terapias, y en el que los pacientes, en su mayoría instruidos e informados, ejercen presión sobre los médicos para beneficiarse de los últimos descubrimientos, es necesario definir mecanismos claros, transparentes y eficaces de evaluación que garanticen la accesibilidad a los nuevos productos y las nuevas terapias.

La mejora del bienestar y del nivel de vida también conllevan importantes consecuencias para la evolución de los sistemas de asistencia sanitaria: las acciones de educación y de prevención permiten, con el tiempo, un menor recurso a los tratamientos intensivos y más caros; el acceso a la información conlleva la exigencia de una mayor calidad y una mejor eficacia de los sistemas sanitarios, pero también la posibilidad de comparar los tratamientos de otros países y, en consecuencia, una mayor movilidad transfronteriza; los pacientes piden cada vez más participación y más transparencia en cuanto a la calidad y el funcionamiento de los servicios sanitarios.

CONCLUSIONES

La Comisión de Medio Ambiente, Salud Pública y Política del Consumidor pide a la Comisión de Empleo y Asuntos Sociales, competente para el fondo, que incorpore los siguientes elementos en la propuesta de resolución que apruebe:

Apartado 1

1. Comparte, en líneas generales, el análisis de la Comisión según el cual la prolongación de la duración de la vida conlleva un aumento de las solicitudes de asistencia cualificada a causa de la morbilidad y la tendencia a la polimorbilidad;

Apartado 2

2. Apoya los objetivos a largo plazo y equivalentes señalados en la Comunicación (accesibilidad, calidad y sostenibilidad financiera a largo plazo);

Apartado 3

3. Señala que toda previsión sobre evolución de costes en el ámbito de la salud está lastrada de grandes incertidumbres;

Apartado 4

4. Considera que un sistema de protección social sostenible presupone una acción concertada entre las políticas y las estrategias comunitarias;

Apartado 5

5. Considera que para apoyar una política que favorezca un envejecimiento activo se requiere una mayor coordinación entre los sistemas nacionales de seguridad social, de salud pública y de lucha contra la discriminación;

Apartado 6

6. Considera que el personal sanitario resulta fundamental para garantizar el mantenimiento y desarrollo de estructuras sanitarias eficaces que funcionen correctamente, así como un alto nivel de asistencia sanitaria y de atención, y subraya que la escasez de enfermeros es una realidad común a todos los Estados miembros, aunque con características diferentes;

Apartado 7

7. Recuerda que el sector de la salud y la atención sanitaria representa un mercado de trabajo en crecimiento, por lo que contribuye a la consecución de objetivos en las políticas de empleo; señala también que deben garantizarse unas retribuciones idóneas si se pretende desarrollar adecuadamente este sector;

Apartado 8

8. Considera que la contratación de personal fuera de la Unión Europea podría ser una solución adecuada a corto plazo si se lleva a cabo según determinadas orientaciones éticas, si bien, a largo plazo, la Unión Europea debería tratar de ser autosuficiente en cuanto a personal sanitario;

Apartado 9

9. Propone que la Unión Europea financie campañas de sensibilización en torno a las profesiones sanitarias necesarias para el desarrollo de los servicios y el mantenimiento de un alto nivel de asistencia sanitaria en los Estados miembros;

Apartado 10

10. Pide a la Comisión que elabore un programa específico para la financiación de proyectos de formación que faciliten el acceso y la asistencia a cursos de estudio en ciencias relativas a la enfermería y a cursos de maestría en los principales sectores (transplantes, oncología, cardiocirugía, geriatría, urgencias, rehabilitación, telemedicina y teleasistencia, neurociencias);

Apartado 11

11. Considera prioritario contar con los medios necesarios para la formación de enfermeros cualificados en las siguientes ramas: geriatría, oncología, primeros auxilios, transplantes, cardiocirugía, nefrología y psiquiatría, con objeto de aumentar el interés de los jóvenes por iniciar carreras breves en ciencias de la enfermería y permitir una cualificación e incentivos en aquellos sectores en los que el trabajo exige un mayor esfuerzo, tanto desde el punto de vista intelectual como psicológico (agotamiento profesional en oncología y estrés en la cirugía de transplantes); considera asimismo oportuno prever ciclos de formación diferenciados en los que se preste especial atención a los aspectos psicológicos que afectan particularmente al personal de enfermería, en la medida en que está expuesto a presiones emotivas relacionadas con la gravedad de la sintomatología del paciente;

Apartado 12

12. Considera necesario establecer directrices para la formación del personal, sea cual sea su especialidad, que se ocupe de las enfermedades que afectan exclusivamente a las personas mayores;

Apartado 13

13. Considera necesario crear redes de información sobre los nuevos métodos de tratamiento, así como apoyar a todas las profesiones dedicadas al cuidado de las personas mayores que padecen enfermedades neuropsiquiátricas o degenerativas;

Apartado 14

14. Considera necesario, desde el punto de vista de la sostenibilidad financiera, que la asistencia a las personas mayores no se preste sólo recurriendo a las profesiones paramédicas, sino también al entorno familiar y social de las personas mayores, tras una formación adecuada en este sentido;

Apartado 15

15. Señala que, por cuanto respecta al objetivo de accesibilidad, debe tenerse especialmente en cuenta la situación de las personas víctimas de la exclusión social;

Apartado 16

16. Sugiere que el problema de la escasez de enfermeros y médicos se ve agravado en algunos Estados miembros por el hecho de que numerosos enfermeros abandonan su profesión prematuramente y que muchos médicos tratan de acogerse a una jubilación anticipada; pide a la Comisión que aliente a los Estados miembros a que faciliten datos en este ámbito con vistas a establecer estudios comparativos;

Apartado 17

17. Reconoce que la organización, la financiación y la planificación de los sistemas sanitarios son competencia de cada Estado miembro, pero considera que éstos tienen mucho que aprender unos de otros y que deberían tratar de intercambiar ideas y mejores prácticas de forma más activa;

Apartado 18

18. Toma nota, en particular, de que una minoría de Estados miembros financia el servicio de asistencia sanitaria solamente a partir de la fiscalidad y recomienda que se estudien otras fuentes de financiación;

Apartado 19

19. Coincide con la Comisión en que la financiación de la asistencia sanitaria debería tener más en cuenta las necesidades específicas de las personas mayores de 65 años;

Apartado 20

20. Subraya que en los últimos años se ha registrado un considerable aumento de las listas de espera, como consecuencia directa de un significativo incremento de la demanda de asistencia sanitaria para tratamientos de larga duración y enfermedades crónicas; propone, por tanto, que en aquellos casos en que pueda prestarse una asistencia domiciliaria, se disponga de todos los medios necesarios para ello; en efecto, la asistencia domiciliaria debe contar con personal sanitario cualificado, médicos y estructuras itinerantes;

Apartado 21

21. Pide que se mantenga el pago de la remuneración hasta un máximo de una semana laboral regular al año cuando el trabajador, una vez iniciada la relación laboral, demuestre que le resulta imposible desempeñar su trabajo por tener que atender a un pariente próximo que viva en el mismo domicilio, se consideran "parientes próximos" el cónyuge, la pareja de hecho y los parientes en línea directa;

Apartado 22

22. Recuerda que el ejercicio de la medicina en geriatría requiere un planteamiento pluridimensional, que tenga en cuenta múltiples patologías agudas y crónicas, así como las dificultades psíquicas y sociales propias de personas afectadas tanto por la pérdida de autonomía como por el debilitamiento de la estructura familiar;

Apartado 23

23. Considera imperativo favorecer una estrategia de prevención y diagnóstico precoz de los factores de riesgo propios de la vejez como la desnutrición, los efectos de la polimedicación, la osteoporosis, la incontinencia urinaria, la enfermedad de Alzheimer y otras enfermedades similares, así como el problema de la gravedad y frecuencia de las caídas en personas mayores;

Apartado 24

24. Es consciente del problema cada vez más acuciante de los malos tratos físicos y psicológicos, así como de los abusos sexuales y financieros a que son sometidas las personas mayores vulnerables en su propio domicilio, en residencias o en hospitales, por parte de familiares, cuidadores o profesionales del ámbito de la asistencia sanitaria o social; celebra las investigaciones llevadas a cabo sobre los malos tratos a las personas mayores y pide a la Comisión que solicite a la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo que coordine el intercambio y la divulgación de los conocimientos y políticas en este ámbito;

Apartado 25

25. Está convencido de la urgente necesidad de luchar contra los malos tratos a que son sometidas las personas mayores mediante el establecimiento de una red de sistemas de investigación en los respectivos Estados miembros, de manera que una persona que se traslade a otro Estado miembro y busque un trabajo relacionado con la asistencia a personas mayores pueda ser sometida a controles de seguridad en colaboración con el Estado miembro del que proceda;

Apartado 26

26. Señala que el aumento de la esperanza de vida debe considerarse un éxito de la política sanitaria y farmacéutica y que por tanto es especialmente importante evitar los conceptos discriminatorios, como por ejemplo la expresión "envejecimiento excesivo", tanto en los textos jurídicos como en sus justificaciones.