

Dictamen del Comité Económico y Social Europeo sobre la «Propuesta de Reglamento del Parlamento Europeo y del Consejo por el que se establece el Programa de Salud para el Crecimiento, tercer programa plurianual de acción de la UE en el ámbito de la salud para el período 2014-2020»

[COM(2011) 709 final — 2011/0339 (COD)]

(2012/C 143/19)

Ponente general: **Béatrice OUIIN**

El 30 de noviembre de 2011 y el 12 de diciembre de 2011, respectivamente, de conformidad con el artículo 304 del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea, el Consejo y el Parlamento Europeo decidieron consultar al Comité Económico y Social Europeo sobre la

«Propuesta de Reglamento del Parlamento Europeo y del Consejo por el que se establece el Programa de Salud para el Crecimiento, tercer programa plurianual de acción de la UE en el ámbito de la salud para el período 2014-2020»

COM(2011) 709 final – 2011/0339 (COD).

El 6 de diciembre de 2011, la Mesa del Comité encargó a la Sección Especializada de Empleo, Asuntos Sociales y Ciudadanía la preparación de los trabajos del Comité en este asunto (ponente general: Béatrice OUIIN).

Dada la urgencia de los trabajos, en su 478º Pleno de los días 22 y 23 de febrero de 2012 (sesión del 23 de febrero de 2012), el Comité Económico y Social Europeo ha nombrado ponente general a Béatrice OUIIN y ha aprobado por 169 votos a favor, 1 en contra y 4 abstenciones el presente dictamen.

1. Conclusiones y recomendaciones

1.1 El CESE acoge favorablemente la iniciativa de la Comisión: la existencia de este tercer programa, en una época de crisis como la actual, constituye un mensaje positivo a los ciudadanos europeos. Se congratula de un programa dedicado específicamente a la salud, y cuyo presupuesto, aun siendo modesto, ha sido aumentado.

1.2 El CESE considera positiva la reorientación sobre un número reducido de prioridades y el aumento del límite máximo de las ayudas para aquellos países cuya renta nacional bruta por habitante sea inferior al 90 % de la media de la UE ⁽¹⁾.

1.3 El CESE comparte la opinión de que es necesario mejorar el uso de los recursos financieros y humanos, pero advierte del peligro de ceder a la tentación de reducir los presupuestos y servicios públicos sanitarios en época de crisis.

1.4 El CESE opina que, en el ámbito de la salud, el valor añadido europeo reside en impulsar los intercambios de buenas prácticas y la difusión de los principios de integración de la salud en todas las políticas, lucha contra las desigualdades en materia de salud y lucha contra la pobreza y la exclusión social.

1.5 El CESE insiste en la importancia de la prevención para mantener a la población en buena salud: educación sanitaria y mejora de las condiciones de trabajo, vida y vivienda. En efecto, un buen envejecimiento se prepara a lo largo de toda la vida.

1.6 El CESE afirma que, como la falta de mano de obra en este sector es generalizada, conviene buscar soluciones comunes: igualdad profesional, reevaluación de las competencias y los salarios, reconocimiento del elevado carácter técnico, valoración de los conocimientos adquiridos mediante el trabajo informal en la familia, carácter mixto de los empleos, mejora de las condiciones de trabajo y la organización del tiempo de trabajo, formación permanente y adecuación de los últimos años de carrera para tener en cuenta la carga física y psicológica soportada por el personal sanitario.

1.7 El CESE considera preferible formar a estas profesiones a personas desempleadas en vez de hacer venir a personas ya formadas en terceros países u otros Estados miembros de la Unión, a fin de evitar que el país de origen se vea privado de estas competencias.

1.8 El CESE insiste en la necesidad de facilitar a las familias y la comunidad (amigos, vecinos...) los medios necesarios para ocuparse de las personas enfermas o dependientes, mediante una mejor distribución del tiempo de trabajo a lo largo de toda la vida.

1.9 El CESE anima a los intercambios de experiencias sobre el uso de los sistemas de salud electrónica en línea, tanto por parte de los profesionales como de los particulares, y pide que se establezcan marcos europeos para:

— proteger los datos confidenciales en los intercambios transfronterizos de expedientes o prescripciones médicos,

⁽¹⁾ EE, HU, LV...

— garantizar la exactitud de los datos divulgados en los sitios web de acceso público, gracias a un sistema de acreditación por parte de las autoridades sanitarias competentes.

1.10 El CESE considera que conviene añadir a las prioridades (tabaco, alcohol, obesidad, VIH) los nuevos riesgos asociados:

- al cambio climático, la contaminación, la difusión de los productos químicos, las nanotecnologías,
- a la seguridad de los medicamentos y prótesis, y al consumo excesivo de medicamentos,
- a los cambios de modo de vida y alimentación y a sus consecuencias para la reproducción humana;
- a la salud mental, como el estrés, las depresiones y la enfermedad de Alzheimer.

1.11 El CESE estima que es necesario fomentar en mayor medida las nuevas tecnologías en la atención sanitaria con el objetivo de reducir la carga de trabajo del personal sanitario, mejorar la calidad de la asistencia y el apoyo a los pacientes y mejorar y mantener la movilidad de las personas mayores.

2. Contexto

2.1 Lucha contra las desigualdades en materia de salud, lucha contra el alcoholismo, la enfermedad de Alzheimer, el cáncer o el tabaquismo, seguridad de los pacientes: en los dos últimos años, el Comité Económico y Social Europeo ha elaborado numerosos dictámenes sobre las cuestiones relativas a la salud⁽²⁾.

2.2 Pero aun cuando el sector de la asistencia sanitaria pueda aportar una valiosa contribución al crecimiento económico, la salud no se reduce a eso. Para mejorar la viabilidad de los sistemas sanitarios, que intervienen cuando la enfermedad se presenta, hay primero que preservar la buena salud de la población mediante medidas de prevención y salud pública e integrar la salud en todas las políticas. Sería útil disponer de más estadísticas sobre las actividades de los sistemas sanitarios.

2.3 La crisis económica se traduce en recortes masivos en los presupuestos que hacen peligrar la calidad de los servicios públicos sanitarios y el acceso de todos a la atención sanitaria. En un contexto de cambio demográfico y climático es necesario, para preservar la buena salud de la población, consagrar a este fin los recursos suficientes.

⁽²⁾ Véanse los siguientes dictámenes del CESE:

DO C 18 de 19.1.2011, p. 74.
 DO C 339 de 14.12.2010, p. 1.
 DO C 255, de 22.9.2010, pp. 72 y 76.
 DO C 128 de 18.5.2010, p. 89.
 DO C 228 de 22.9.2009, p. 113.
 DO C 318 de 23.12.2009, p. 10.
 DO C 306 de 16.12.2009, p. 64.
 DO C 317 de 23.12.2009, p. 105.
 DO C 218 de 11.9.2009, p. 91.
 DO C 175 de 28.7.2009, p. 116.
 DO C 77 de 31.3.2009, p. 115.
 DO C 224 de 30.8.2008, p. 88.
 DO C 77 de 31.3.2009, p. 96.

2.4 Mantenerse en buena salud requiere una educación sanitaria desde la infancia (por parte de la familia, los centros escolares y los medios de comunicación), una alimentación sana a lo largo de la vida, la limitación de la exposición a los productos peligrosos, unas condiciones de vida dignas, condiciones de trabajo decentes, etc. Debe prestarse particular importancia al envejecimiento en buena salud, ya que las personas en edad avanzada son, junto con los recién nacidos, los principales consumidores de los sistemas sanitarios. Un envejecimiento en buena salud debe prepararse pronto.

2.5 La mejora de las condiciones de vida y trabajo, así como la prevención, constituyen la manera más adecuada de preservar la salud de la población y, por consiguiente, reducir el absentismo laboral y los costes de la atención sanitaria.

2.6 El primer problema que hay que combatir es el de la pobreza y la exclusión social: el frío, el hambre, el desequilibrio alimentario, la falta de higiene, la vivienda insalubre, todo ello asociado con frecuencia a la soledad, así como la ausencia de medicina preventiva, etc., propician el desarrollo de enfermedades, en particular de las enfermedades crónicas, que tienen un coste muy elevado para los sistemas de protección social, es decir, para todos los ciudadanos que contribuyen a su financiación.

2.7 El Comité comparte el objetivo de contribuir a sistemas sanitarios innovadores y viables, lo que requiere la elaboración de instrumentos y mecanismos comunes para hacer frente a la escasez de recursos humanos y financieros. Es necesario invertir más recursos en la asistencia a domicilio y en la atención sanitaria "ligera", reorientando los gastos sanitarios hospitalarios, lo que permitirá reconocer el importante papel de las familias para mantener en buena salud a la población y mejorar la sostenibilidad del sistema de asistencia..

2.8 Desde una edad temprana, es en el ámbito familiar donde comienza la educación sanitaria, que incluye nociones de higiene, equilibrio alimentario y comportamiento, así como un entorno afectivo estable. La familia no solo constituye el primer lugar de aprendizaje de las reglas para mantenerse en buena salud, sino que también se ocupa de los enfermos, dado que, por una parte, muchas enfermedades no requieren hospitalización y los enfermos se quedan en su domicilio, y por otra, cuando un enfermo está en el hospital, las visitas de sus familiares y allegados le aportan un respaldo psicológico y material, que complementa el trabajo del personal hospitalario. Esta función esencial de la familia y el entorno debe conservarse, ya que, cuando la enfermedad disminuye las capacidades de la persona, esta necesita ante todo el respaldo de sus allegados.

2.9 Las modificaciones de la estructura familiar no dejan de tener una incidencia en la salud mental y física, y es necesario actuar preventivamente a otro nivel sobre aquellos aspectos que posibilitan que la familia se mantenga como un entorno protector.

2.10 La disminución de la «oferta de cuidados informales en el entorno familiar» no es algo ineludible. Recibir cuidados primordialmente de manos de profesionales no es el deseo de los enfermos. La familia no puede sustituir a los profesionales de la salud para aquellos actos que requieren una competencia técnica especializada. Sin embargo, los enfermos y sus familias deben

poder optar por realizar en el domicilio las tareas de acompañamiento. Para ello, es necesario permitir que todas las personas activas puedan ausentarse de su trabajo cuando un miembro de su familia requiera atención sanitaria.

2.11 En un momento en que es necesario revisar todos los sistemas de pensiones, hay que aprovechar para reequilibrar el tiempo de trabajo a lo largo de la vida. Si el aumento de la duración de la vida hace posible permanecer más tiempo en la vida laboral, tanto hombres como mujeres deben poder beneficiarse, durante su vida activa, de períodos de inactividad largos, en régimen de jornada completa o tiempo parcial y financiados de manera similar a la jubilación, a fin de ocuparse de familiares enfermos o de personas mayores dependientes. Convendría ofrecer más libertad a los trabajadores para que puedan disponer del tiempo financiado por su trabajo en función de sus necesidades, y no únicamente cuando se jubilan. Los interlocutores sociales europeos que han negociado ya el permiso parental podrían dar un nuevo paso con este tipo de períodos de inactividad, estas bolsas de tiempo que se precisan para responder a la necesidad de conciliar mejor la vida familiar y la profesional.

2.12 Para que la familia pueda seguir siendo el principal espacio de solidaridad, debe disponer de los medios necesarios. Conviene, por tanto, empezar ya a tener en cuenta el tiempo que las personas dedican a acompañar a un familiar enfermo o dependiente en el cálculo de sus derechos de seguridad social y pensión.

2.13 Asimismo, es necesario crear servicios destinados a los enfermos que no pueden atender solos a sus necesidades cotidianas: asistencia para el aseo, la limpieza, la preparación de comidas, cuidados nocturnos. Este sector de empleos de ayuda a las familias está en plena expansión, y crea puestos de trabajo. En demasiados países, el trabajo doméstico sigue siendo un empleo informal, no declarado, sin protección ni cualificaciones reconocidas, que ocupa con frecuencia a trabajadoras inmigrantes. Se trata de un ámbito esencial en materia de igualdad entre mujeres y hombres, en el que los estereotipos son tenaces, los conocimientos técnicos no están reconocidos, los contratos son precarios o inexistentes y los salarios muy bajos, a pesar de que estos empleos resultan indispensables para el funcionamiento de la economía. El convenio que acaba de adoptar la OIT sobre el trabajo digno para los trabajadores domésticos debería contribuir a moralizar y profesionalizar este sector, siempre y cuando se encuentren las condiciones de financiación adecuadas, teniendo en cuenta que los recursos no podrán provenir únicamente del bolsillo de los enfermos afectados o de sus familias.

3. Objetivos del programa

3.1 El programa propone dar difusión a las soluciones innovadoras para hacer frente a la escasez de mano de obra. En el actual período de desempleo masivo en Europa, es necesario preguntarse por qué el sector de la atención sanitaria tiene tantas dificultades de contratación. Este sector profesional, muy feminizado, no atrae a un número suficiente ni de jóvenes ni de hombres: esto se explica por el escaso reconocimiento de las cualificaciones y competencias, los horarios y condiciones de trabajo penosos y el bajo nivel de los salarios. La igualdad

profesional exige una revalorización de los salarios y un mejor reconocimiento de las competencias técnicas, además de un acceso a la formación permanente.

3.2 Una innovación importante consistiría en aumentar la presencia masculina, para lo que se requiere adoptar medidas. Los interlocutores sociales deberían fomentar políticas que permitan favorecer la presencia de los grupos subrepresentados. Es necesario mantenerse vigilantes en los casos en que el estatus de «autoempresario» hace que los trabajadores sanitarios no respeten las pausas laborales y trabajen hasta el agotamiento. Asimismo, debe hacerse hincapié en todas las innovaciones técnicas, organizativas y sociales que permitan mejorar las condiciones de trabajo y atenuar su dureza.

3.3 En el sector sanitario, con sus grandes imperativos, los enfermos necesitan asistencia 24 horas al día, todos los días de la semana. En él son imprescindibles el trabajo de noche y los horarios difícilmente compatibles con una vida familiar. Para lograr establecer condiciones de trabajo satisfactorias es preciso que el personal esté estrechamente vinculado a la toma de decisiones. En el marco del diálogo social sectorial, los interlocutores sociales deben prever la puesta en práctica de visiones innovadoras del lugar de trabajo, como la gestión individual del horario de trabajo (*self-rostering*) gracias al respaldo de los dispositivos de las TIC (tecnologías de la información y la comunicación).

3.4 Los interlocutores sociales deben colaborar con los poderes públicos para respaldar la formación permanente, la movilidad interna de los puestos y la obtención de competencias en gestión y organización. Para poder conciliar más fácilmente el trabajo y la formación, deben tener en cuenta una serie de opciones, como las comisiones de servicio, la formación por el empleo y el aprendizaje en línea. La ampliación de las posibilidades profesionales resulta esencial para retener al personal sanitario.

3.5 Responder a la falta de mano de obra mediante el apoyo a la formación de los desempleados y salarios apropiados parece mejor solución que atraer a trabajadores ya formados procedentes de terceros países: en efecto, estos médicos, enfermeros, fisioterapeutas, etc., de África, Asia o América Latina serán echados en falta en sus países, que fueron los que financiaron su formación. Los interlocutores sociales europeos del sector sanitario han elaborado un Código de conducta de la ética en la contratación y retención de mano de obra transfronteriza en el sector hospitalario. Será conveniente aplicarlo y extender su uso. Aun así, para los casos en que profesionales de terceros países quieran instalarse en Europa, el Comité proponía, en un dictamen sobre salud y migración de 2007, la creación de un fondo de indemnización para que otros profesionales puedan formarse en sus países⁽³⁾.

3.6 El primer objetivo del programa consiste en «promover la cooperación europea en la evaluación de las tecnologías sanitarias (ETS) y explorar las posibilidades que ofrecen la sanidad electrónica y las TIC para la salud». Conviene establecer marcos europeos para la protección de los datos confidenciales en los intercambios transfronterizos (por ejemplo, de expedientes o prescripciones médicos).

⁽³⁾ Dictamen del CESE, DO C 256 de 27.10.2007, p. 123.

3.7 El segundo objetivo del programa es «facilitar el acceso, también en una dimensión transfronteriza, a los conocimientos médicos y la información sobre determinadas enfermedades y desarrollar soluciones y orientaciones comunes para mejorar la calidad de la atención sanitaria y la seguridad de los pacientes, con el fin de mejorar el acceso de los ciudadanos de la UE a una asistencia sanitaria mejor y más segura». Hay sitios internet sobre la salud dirigidos al público en general y muy consultados, que divulgan información médica y contribuyen a la educación sanitaria. Para los problemas benignos, su consulta evita a menudo una visita médica. Estos sitios también facilitan información sobre los beneficios de las medicinas tradicionales o suaves, basadas en plantas, curas termales, masajes, etc., que permiten conservarse en buena salud. Impulsar un mejor conocimiento de uno mismo y de las necesidades psicológicas y fisiológicas de la persona resulta útil para mantener el buen estado de salud de la población y limitar el consumo excesivo de atención sanitaria y medicamentos. Conviene organizar intercambios y establecer marcos europeos que garanticen la exactitud de los datos divulgados (acreditación) a fin de evitar la proliferación de los sitios que solo buscan el lucro y abusan de la credulidad de los enfermos.

3.8 Es preciso fomentar el intercambio de buenas prácticas sobre los mecanismos utilizados en diferentes regiones para mejorar el acceso a la atención sanitaria y asegurar el mantenimiento y la renovación del cuerpo médico y el personal sanitario cualificado en las zonas rurales o los barrios más desfavorecidos, así como sobre la planificación de los sistemas y políticas de sanidad y servicios a la persona.

3.9 El tercer objetivo propone «Identificar, difundir [...] la adopción de las mejores prácticas validadas en lo que respecta a medidas de prevención rentables mediante el tratamiento de los principales factores de riesgo, principalmente el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol y la obesidad, así como el VIH/SIDA». En un programa en el que la innovación se halla muy presente, también es necesario fomentar el intercambio sobre los nuevos factores de riesgo, que tienen tanta importancia para el futuro.

3.10 Están apareciendo nuevos problemas y nuevas enfermedades crónicas que se convertirán en los males más importantes del siglo XXI, debido al cambio climático, el aumento de la contaminación, el cambio de modo de vida (sedentarismo, largas horas delante de una pantalla...) y a la difusión de numerosos agentes químicos cuyos efectos a largo plazo para la salud no se conocen.

3.11 Entre finales del siglo XIX, cuando empezó a utilizarse en la industria y la construcción, y su prohibición a finales del siglo XX, el amianto mató a decenas de miles de trabajadores.

3.12 La agricultura utiliza pesticidas y otros productos químicos cuya nocividad para el organismo solo se observa a largo plazo. Hay estudios que se inquietan por las tasas de cáncer entre los agricultores. Estos productos se difunden en el aire, el

agua y los alimentos. Para conservar los alimentos más tiempo y modificar su gusto, la industria agroalimentaria utiliza también aditivos.

3.13 A esto se añaden los productos de limpieza del hogar y del lugar de trabajo, además de numerosos productos utilizados en la industria y los medicamentos. El consumo excesivo de medicamentos ya ha resultado en una mayor resistencia a los antibióticos. Los antibióticos se utilizan también en la ganadería, y acaban propagándose a través del agua. Hay otros productos, como el gas, el hollín, etc., que se propagan en la atmósfera. Juntos componen una «sopa química» presente en nuestro entorno, entre cuyas consecuencias parece contarse el rápido aumento de las alergias y el cáncer. Además, las ondas también son fuente de trastornos.

3.14 Otra cuestión preocupante es la de las consecuencias tanto de la exposición a los productos y las radiaciones como de los cambios de modo de vida sobre las capacidades de reproducción de los seres humanos. Aunque las causas actuales del descenso de la natalidad sean ante todo sociológicas, no hay que pasar por alto las dificultades fisiológicas cada vez mayores que experimentan muchas parejas cuando deciden tener hijos.

3.15 Entre los nuevos riesgos, el estrés en el trabajo es una de las causas de la depresión, que puede incluso llevar al suicidio. Asimismo, conviene combatir también el estrés de los desempleados, y en general de todos aquellos que se sienten inútiles en la sociedad. En efecto, la salud mental es un componente esencial del estado de salud de la población.

3.16 Un buen envejecimiento se prepara a lo largo de toda la vida. Las condiciones de trabajo desempeñan un papel esencial: la esperanza de vida no es la misma para los empleados de oficina, los trabajadores por turnos o los asalariados del sector agrario. Reducir el desgaste de determinados trabajos, limitar el trabajo de noche y hacer bajar el nivel de estrés son diversas maneras de prepararse para una vejez en buena salud.

3.17 Para envejecer en buena salud, es esencial conservar un sentimiento de utilidad social, una red de relaciones y una curiosidad despierta, mantener una actividad, profesional o benévola, adaptada a sus capacidades físicas, así como practicar deporte y tener una buena higiene de vida.

3.18 De la misma manera, el tema del final de la vida merece tratarse a nivel europeo, ya que afecta a la responsabilidad de cada ciudadano y a su idea de una vida digna. En la actualidad, la gran mayoría de la población muere en el hospital; el final de la vida también es una cuestión importante.

3.19 Resulta indispensable desarrollar servicios de cuidados paliativos que eviten el sufrimiento al enfermo en fase terminal, cuando los tratamientos son inoperantes. Estos servicios no existen en todos los hospitales, o no pueden acoger a todos los enfermos que los necesitan.

3.20 El cuarto objetivo del programa es «Desarrollar enfoques conjuntos y demostrar su utilidad para mejorar la preparación y coordinación frente a emergencias sanitarias, con objeto de proteger a los ciudadanos de las amenazas transfronterizas para la salud». Las epidemias no conocen fronteras, por lo que la cooperación en este ámbito resulta esencial. Convendría extraer las lecciones de las medidas adoptadas, para evitar en el futuro los gastos inútiles. Es necesario distinguir entre las medidas de prevención, que son una cuestión educativa y pueden perpetuarse, y aquellas que implican la adquisición de productos que caducan al cabo de un tiempo. Un intercambio sobre los costes y los resultados podría permitir determinar métodos que se adecuen a los objetivos.

Bruselas, 23 de febrero de 2012.

El Presidente
del Comité Económico y Social Europeo
Staffan NILSSON
