INSTITUTO DE ESPAÑA

REAL ACADEMIA NACIONAL DE FARMACIA

EUROPA Y LA GLOBALIZACIÓN DE LA SANIDAD

DISCURSO

LEÍDO EN LA SOLEMNE SESIÓN INAUGURAL DEL CURSO
CELEBRADA EL 19 DE ENERO DE 2006

por el

EXCMO. SR. DON BARTOLOMÉ RIBAS OZONAS
ACADÉMICO DE NÚMERO

MADRID - 2006

Depósito legal: M. 1.212-2006

Impreso en Realigraf, S.A. - Pedro Tezano, 26. 28039 Madrid

Índice

Págs.

1. Globalización de la Salud 7

2. Instituciones y Legislación Europeas relacionadas con la Salud.... 23

3. Función del Observatorio Europeo de la Salud 43

4. Consideraciones finales 69

5. Bibliografía..... 71

1. Globalización de la Salud

1.1. PREÁMBULO

El camino hacia la globalización en Europa es una realidad, porque Europa ya fue antes. Existe una identidad común previa. Los europeos con los mismos usos y costumbres, han retomado sus raíces comunes romanas y carolingias. En el siglo XVI Carlos V hizo una gran unidad europea, pero ya antes desde el siglo XII, hasta el XVIII se estudió en la misma lengua (latín) en todas las Universidades europeas. En España y en Europa, hay una identidad común, por encima de los estados-nación, y a pesar de las actuales fuerzas centrífugas en España, la unidad europea es posible, porque Europa ya ha cristalizado. España fue la Hispania Romana, y antes de la musulmana la España de los Godos. Ortega y Gasset, 1969, señaló, que Europa es un gigantesco proyecto en común. Si Europa entrara en crisis, como la yugoeslava, sería una crisis del absurdo: ocasionada por la falta de visión trascendental e histórica de sus políticos, y como en la época de la invasión musulmana del 711, por pérdida de los valores culturales, sociales y religiosos (Ayguals de Izco, 1848); y como señala Sánchez Albornoz, 1962, por la degradación de las costumbres. A pesar de todo, existe una conciencia común europea.

1.2. INTRODUCCIÓN

Los temas sanitarios que afectan a la Salud Pública de la Unión Europea están en período de globalización. Sin embargo la globalización no es actual, se inició en el tiempo, con la «Real Expedición Filantrópica de la Vacuna» subvencionada por la Corona de España en tiempos de Carlos IV, dirigida por Balmis a Sur América y Filipinas, y que el Instituto de

Salud Carlos III, ha conmemorado doscientos años después, en el año 2004. La globalización de la salud en el planeta será una realidad, si se siguen las indicaciones y recomendaciones de la «Carta de Bangkok para la promoción de la Salud en un mundo globalizado». Conclusión a la que se llega después de la VI Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, de agosto de 2005, en Bangkok, Thailandia.

Son numerosas las instituciones sanitarias responsables de la salud en Europa. Entre ellas, además de la propia Comisión de la Unión Europea, el Observatorio Europeo que consideramos mas adelante, la Oficina Europea de la Organización Mundial de la Salud, las propias de cada país y Comunidades Autónomas, y otras que enumeraremos, debido a lo corta y razonada de esta exposición. Pues el objetivo es, el de atraer la atención de esta gratificante audiencia de personalidades Académicas, profesores, doctores y posiblemente con mas motivo de algunos alumnos, y conseguir así que el tema os sea próximo y atractivo.

Los medios de comunicación son los primeros que se hacen eco de los casos de enfermedad o accidentes que surgen en cualquier parte del planeta y los difunden y transmiten de una manera rápida y eficaz. De tal manera que, son los primeros en dar a conocer la noticia de una infección, contaminación o muerte, presentándolos como una primicia, a los lectores, oyentes y televidentes. Se trata principalmente de enfermedades emergentes, y que los medios de comunicación alertan globalmente a toda la población, y sobre todo lo que pueda afectar a la Salud Pública.

Por una parte, es una ventaja, que los medios de comunicación participen, con evidente rapidez, pues implican una alerta informativa para la sociedad, y en algunos casos comunican la actitud de prevención a tomar. La participación de los medios de comunicación ha sido clara en lo ocurrido con el reciente caso de la peste o gripe aviar, y con anterioridad, con el Síndrome respiratorio agudo grave (SARS-CoV), y con el síndrome de las vacas locas, tratados todos ellos en Mesas Redondas y sesiones científicas en su día, en esta Academia por los compañeros Domínguez Carmona, Cabezas Fernández del Campo y Martínez Fernández. Por otra parte, diversos medios bibliográficos manifiestan que, la participación de los medios de comunicación, es considerada como un trastorno sociológico, ya que algunos problemas sanitarios que estarían limitados a áreas geográficas locales, se mundializan, causando serias alarmas, como ocurrió en el caso del Síndrome respiratorio agudo grave (SARS-CoV).

Las redes de información existentes sobre los sistemas de salud y legislación, en las que participa el Observatorio Europeo, permiten hoy día actualizar y cuantificar las informaciones y conocimientos en minutos y en su caso horas, y transmitir cualquier opinión, informe o suceso en todo el planeta. Los avances científicos permiten también la detección e identificación de los agentes causales en cortos periodos de tiempo. Los avances en bioquímica analítica, salud pública, virología y epidemiología facilitan y acortan este proceso. Por ello, las grandes inversiones en investigación se orientan a aquellos centros, grupos o estructuras cuyas actividades y resultados permiten garantizar una investigación de alto nivel motivadora de profesionales que realicen una investigación de rigor y competitiva a nivel mundial, tanto básica como aplicada. Se debe apostar por un impulso definitivo a la investigación, desarrollo e innovación, para superar el objetivo europeo del 3 % del Producto Interior Bruto para el año 2.010.

La Unión Europea, en el caso de la gripe aviar, promueve en contacto con la Industria, la producción y aumento de las reservas de antivirales, entre otras medidas, para una acción internacional coordinada, ante la amenaza de la enfermedad y posible desarrollo de una pandemia, en el caso de que el virus sufra una mutación, es decir, modifique su estructura génica y llegara a transmitirse de persona a persona.

Un gran avance, en relación a la protección de la salud humana y del ecosistema, y en reducir gastos en los Sistemas de Salud Europeos, Seguridad Social y Servicios Hospitalarios, ha sido, que el Parlamento Europeo haya aprobado el 17 noviembre 2005, el nuevo «Reglamento» sobre Registro, Evaluación y Autorización de Sustancias Químicas. Este obliga a la industria europea a registrar las sustancias y sus preparados a comercializar, aportando datos científicos que lo justifiquen. Porque hoy día se conoce poco o muy poco, de sus efectos biológicos y tóxicos y su participación en la etiología de enfermedades crónicas. Como es sabido, ocasionan estas un elevado gasto a los Sistemas de Salud europeos. Todo ello, sin perjudicar la competitividad de la industria europea, líder en este campo.

1.3. UN EJEMPLO, EL PELIGRO DE GRIPE AVIAR

La gripe aviar ha demostrado la globalización de la Sanidad, en Europa y a nivel mundial. Ha sido tema de discusión en Mesa Redonda, en esta Academia, y está disponible en la web, como primicia desde los ini-

cios del brote. Ello muestra el vanguardismo de sus miembros y de los trabajos de las Academias en la puesta al día y discusión de los temas científicos que inquietan a la sociedad. Sin embargo, aquí justificamos su difusión y globalización en la humanidad tanto por los cauces científicos y técnicos como a través de las tecnologías de la información y de las comunicaciones.

Se trata de una enfermedad infecciosa de las aves, causada por un virus de la familia Orthomyxoviridae, del género Influenzavirus A y B, pertenece a la cepa A de la gripe aviar H5N1. La sintomatología consiste en altas fiebres, vómitos y diarreas, pero pueden acabar con la muerte de los pacientes siempre que se vean afectados gravemente. Esta vieja enfermedad, identificada por primera vez en Italia hace más de cien años, se da en todo el mundo. El brote actual aparecido en China ha sufrido una mutación que afecta a los humanos.

Las cifras económicas que se manejan son elevadas y variadas, la Comisión Europea destina unos 30 millones de euros para combatir la gripe aviar en los países asiáticos. La Organización Mundial de la Salud pronostica en teoría que, puede haber entre 2 y 360 millones de muertes en el mundo. Lo razonable sería, según señala la OMS, unos 7 millones y medio de muertes. En diversos países del Sur-Este de Asia ya hubo un receso del producto interior bruto (PIB) del 2%, lo que ocurriría en EE.UU, Europa y el resto del mundo si acaeciera una pandemia. EE.UU ha dedicado más de 7 billones de dólares, para un plan estratégico de alerta y diagnóstico rápido, en relación al virus aviar (flu virus). El Banco Mundial cifra en mil millones de dólares la lucha contra la gripe aviar, y el laboratorio que elabora la vacuna, señala, que no se dispondrá de la suficiente vacuna hasta el año 2007, datos que fueron reiterados por el Director de la Organización Mundial de la Salud. En China se ha cifrado el coste de una pandemia en 800.000 millones de dólares en total, desde la elaboración de la vacuna, la producción de antivirales y frenar y evitar nuevos focos, e impedir que las aves contagien a los humanos y que haya mutación entre los virus aviar y de la gripe común humana. El primer ministro de China señaló, a mediados de noviembre, que el brote no está totalmente controlado, y que su país padece una situación grave, ante la muerte de 64 personas. Indonesia y Vietnam han alcanzado un acuerdo con la Firma suiza Roche, para elaborar el antiviral «tamiflu», y reconoció que solo disponía de dosis para 55 millones de personas, y que hasta 2007 no dispondrán las dosis necesarias para hacer frente a la enfermedad para 300 millones de personas.

Su reservorio son las aves silvestres, pero ha pasado a infectar las domésticas, y representar una gran inquietud para el próximo futuro, principalmente para las aves y por lo tanto para la protección de las silvestres en los humedales. Se han sacrificado mas de 150 millones de aves afectadas, en mas de diez países: Camboya, Indonesia, Tailandia, Vietnam, China, Laos, Rusia, Kazajstán, Turquía, Rumania y Croacia, y finalmente Grecia, al cerrar esta edición. El mayor peligro consiste en que el virus sea transportado por las aves migratorias hacia el sur de Europa y norte de África, y pueda originar gran mortalidad en numerosos países, es decir, una pandemia. Por otra parte, es evidentemente importante, que tanto los expertos sanitarios como los periodistas, pongan de manifiesto, los datos disponibles científicos y epidemiológicos, de las patologías emergentes. Los expertos en salud temen que el virus pueda mutar en una forma más fácilmente transmisible de persona a persona. Hasta el momento, la mayoría de los casos humanos han mantenido un contacto intenso con aves infectadas vivas.

1.4. INQUIETUD DE GLOBALIZACIÓN

La epidemia del Sudeste Asiático o Síndrome respiratorio agudo grave, conocido por las siglas SARS-CoV, que también fue tratado en Mesa Redonda en junio del 2003 en esta Academia, es una enfermedad respiratoria viral que está causada por un coronavirus. Su forma de contagio es a modo de resfriado común, y sembró gran inquietud en la población europea, debido a los medios de comunicación. Hace todavía pocos años, esta epidemia del SARS-CoV hubiera sido un problema local, recluida en la región geográfica del sudeste asiático. Con una sintomatología de fuerte gripe, con un porcentaje elevado de muertes y afectando primordialmente a ancianos. Según el Informe Quiral, de la Fundación Vila Casas, de Barcelona, fue el tema sanitario prominente en España y Europa durante la primera mitad del año 2003, cuya evolución estuvo completamente mediatizada por factores como la globalización, su desorbitada difusión a través de los medios de comunicación y la influencia de los organismos internacionales.

1.5. POSIBLE PÁNICO MORAL

El desarrollo y el conocimiento de la gripe aviar está enmarcada en lo que conocemos hoy sobre los estudios culturales y sobre las tecnologías

de la información y de las comunicaciones (TIC), en el movimiento nuevo llamado revisionismo. Su aplicación en este caso promueve el pánico moral. Proviene inicialmente de la tradición crítica, que ha dedicado gran parte de su energía creativa a atacar las premisas y asunciones de esa tradición. En el ámbito cultural, el nuevo revisionismo rechaza sin duda los modelos de sociedad, los modos de conceptuar el papel de los medios, los marcos de interpretación y las problemáticas centrales de los principales paradigmas críticos en la investigación de la comunicación de masas.

Existe un cambio radical de conducir la sociedad, a través de las tecnologías de la información y de las comunicaciones que hemos comprobado hoy en día en diversos ámbitos de nuestra vida cotidiana. Este nuevo revisionismo se presenta a sí mismo, a menudo, como original e innovador, como un movimiento emancipatorio y progresista, que está desechando los corsés de la tradición. Pero no es ninguna de estas cosas. Parte de este nuevo pensamiento es más re-vivalista que revisionista, supone una reversión de saberes recibidos previamente, más que el reconocimiento de otros nuevos. Otra tendencia de este movimiento es la de que continúa la tradición «crítica» pero en una forma suavizada que incorpora el liberalismo y otras visiones.

1.6. PRIMERA GLOBALIZACIÓN POR ESPAÑA

1.6.1. Globalización de una vacuna

El Instituto de Salud Carlos III acaba de recordar, en el año de 2004, con su libro: «Las vacunas doscientos años después de Balmis», el bicentenario del viaje de vacunación contra la viruela, de Balmis y Salvany por toda la América española y Filipinas, bajo los auspicios de la Corona de España. Hoy podemos señalar que esta empresa ha representado el inicio de la globalización de la Sanidad por un país europeo y Europa. La Real Expedición partió del puerto de A Coruña el 30 de noviembre de 1803, con un gran sentido humanitario. Francisco Javier Balmis se graduó de médico en Valencia en 1772, viajó a Méjico en 1779, y trabajó como médico en el Hospital del Amor de Dios, y en el año 1790 pasó a dirigir el Hospital de San Andrés, de la ciudad de Méjico. Su larga estancia en Méjico le valió para adquirir una sólida formación en Salud Pública y de la cultura del Nuevo Mundo. José Salvany, su colaborador, permaneció en América del Sur aplicando la vacuna contra la viruela hasta 1810, y murió cuando intentaba llevarla a Buenos Aires. Ambos son los

artífices de la primera campaña de vacunación masiva en la historia de la medicina. Hicieron realidad el primer Programa de Cooperación Internacional en Salud de la historia de la Humanidad, con el apoyo y financiación de la administración, en este caso por el rey Carlos IV. Como se observa, la Ciencia fue capaz de llevar los avances científicos a países donde los recursos eran escasos, y donde los mas necesitados no tenían acceso a la Salud Pública. Por todo ello, España realiza el camino de la cooperación y el desarrollo mundial.

Las expediciones de Balmis y Salvany, dejaron en las instalaciones sanitarias que utilizaron, las técnicas que aplicaron, sus enseñanzas, libros, los escritos y la necesaria organización sanitaria para llevar a cabo y mantener las vacunaciones, según destaca Giménez Sánchez, 2004, en el libro: "Tras los pasos de Balmis: cooperación internacional y vacunas", la importancia de la sostenibilidad, la formación y la continuidad, que son características imprescindibles de cualquier proyecto de cooperación sanitaria, es decir, plantaron las bases de la prevención y promoción de la salud, que hoy en día tiene tanta actualidad. Balmis se convierte en el primer preventivista y el precursor de la Educación sanitaria, hoy entendida en sentido mas global, la Educación para la Salud (Bando Casado, 2004).

Las epidemias de la viruela de las que verdaderamente tenemos constancia fueron desencadenadas por movimientos de población, como en el caso de las Cruzadas, las invasiones turcas de Europa, así como la llegada de los españoles al Nuevo Continente, que hasta este momento había permanecido ajeno a diversos virus comunes en Europa; como la viruela, la gripe, el sarampión y el tifus exantemático. En el s. XVII la enfermedad infecciosa, alcanza una gran expansión, a través de las rutas marítimas llega a África Austral, Escandinavia, Groenlandia, y Canadá, convirtiéndose en una de las principales causas de muerte. La trascendencia de este viaje y su positiva repercusión internacional fueron motivo de otras empresas, como la geográfica y naturalista de Jorge Juan y Antonio de Ulloa; la expedición botánica de Cumaná, por un discípulo de Linneo, Peter Loefling; la de Hipólito Ruiz y José Pavón, en el ámbito de la Botánica, a Perú y Chile; la de Celestino Mutis, prestigioso botánico español en Lima, Perú, a quien visitó Alexander von Humboldt; y la cartográfica de Alejandro Malaspina quien durante 5 años recorrió las costas americanas del Océano Pacífico. Asimismo esta Real Expedición fue el prólogo de proyectos mundiales que llevaron a la erradicación de la viruela en el siglo XX, y próximamente de la poliomielitis y el sarampión en nuestro planeta.

1.6.2. Reconocimiento a la gesta española

La expedición de la viruela, que subvencionó Carlos IV, para proteger a sus súbditos de las colonias, gozó de gran reconocimiento y valoración, en la misma época de su realización. Así, Edward Jenner, descubridor de la vacuna contra la viruela, afirmó en 1806: «No me imagino que en los anales de la historia haya un ejemplo de filantropía tan noble y tan extenso como este» (Nuñez Centella, 2004).

Alexander von Humboldt, de cuya Fundación alemana, somos tres miembros exbecarios en esta Academia, en 1825, refiriéndose a esta expedición, escribió: «Este viaje permanecerá como el mas memorable en los anales de la historia».

También en su día, Gregorio Marañón afirmó: «…mi adhesión a lo que este siglo ha representado en el progreso del pensamiento y de la ética. Sus tres creaciones, «El hombre sensible», «La ilustración», y La filantropía», se acercaron al ideal de lo que debe ser la sociedad humana».

Reconocimiento a los veintidós niños de 3 a 9 años que llevaron la vacuna en su cuerpo hasta América. Isabel Cendala y Gómez, Rectora del Hospicio Coruñés, los acompañó y cuidó durante la travesía. Su entrega y dedicación la convirtieron en la primera mujer que participó oficialmente en una expedición marítima. Los niños eran necesarios para conservar el virus de la vacuna durante el viaje en barco; cada semana se inoculaban dos de ellos con el material obtenido de las pústulas de los vacunados la semana anterior. Doscientos años después el Instituto de Salud Carlos III reconoce y celebra la gesta española en Salud Pública con su libro-homenaje anteriormente mencionado y citado en la Bibliografía, que nos lleva a entender la Educación para la salud en el sentido de dar a la persona un sentido positivo de entender la salud y la vida, los alimentos y el medioambiente de una manera responsable y personal, como señala Bando Casado, 2002.

1.7. PLAN NACIONAL DE PREVENCIÓN DE LA SUBNORMALIDAD

Constituye este Plan, otra prueba más del espíritu emprendedor, universal y altruista del español. Nuestro compañero Académico, Federico Mayor Zaragoza, ha sido el iniciador y propulsor en España, del Plan Na-

cional de la Prevención de la Subnormalidad en 1975, con el patronazgo también de la Corona de España a través del decidido apoyo de Su Majestad la Reina Doña Sofía, creado por Real Decreto de abril de 1976 y que ostenta la Presidencia del Real Patronato para la Prevención de las Minusvalías. Constituyó una iniciativa sanitaria de gran relieve y envergadura mundial, para la detección precoz, prevención y tratamiento de varias patologías congénitas. Posteriormente se colabora con diversos países iberoamericanos en la investigación de la fenilcetonuria (Chile, Brasil, Cuba, México, Venezuela). La Dirección General de Salud Pública se encargó de tutelar la eficaz aplicación de las medidas de toda índole, para llevar a buen término la aplicación y desarrollo del Plan de prevención. Se detectaron, identificaron y aplicaron medidas terapéuticas a enfermos con alteraciones congénitas del metabolismo –aminoacidopatías e hipotiroidismo- que producen un deterioro progresivo de la actividad cerebral. El daño cerebral puede evitarse mediante el oportuno tratamiento durante las primeras semanas de vida. Este Plan ha permitido avances considerables en la etiología de varias anomalías génicas y metabólicas, alteraciones enzimáticas como la fenilcetonuria, hiperfenilalaninemias y glicinemias, y por supuesto en la curación o prevención del trastorno patológico y su investigación molecular en variados países europeos e iberoamericanos.

Con el fin de la ejecución del Plan se creó un Consejo Nacional de Prevención, con una amplísima participación de profesionales clínicos e investigadores bioquímicos, que abarcaban todo el espectro de competencias metabólico-genéticas, perinatológicas, pediátricas y nutricionales, coordinado por el obstetra Dr. Zamarriego, y que económicamente se cubrió con la tasa del juego acabado de legalizar en la España de aquella época. La patología se pone de manifiesto cuando se ha adquirido la vida autónoma, y la dependencia y protección de la madre ha concluido. El tratamiento debe realizarse con rapidez para evitar la irreversibilidad del daño cerebral, dependiente de la mayor o menor alteración de las reacciones bioquímicas alteradas, con la consiguiente instalación de la idiocia fenilpirúvica. Es necesario, por tanto, un diagnóstico precoz, en las primeras horas de vida y rápida disponibilidad del tratamiento para evitar los efectos neurotóxicos. Acaece una manifestación prenatal, cuando también existe la patología en la madre, y el embrión puede sufrir un gran abanico de trastornos neurológicos y motores.

La coordinadora y responsable del Plan, doctora Magdalena Ugarte, presentó una recopilación de los resultados, en el «Internacional Meeting

of Neonatal Screening», en Japón, en 1982, relacionándose la detección precoz de casi 300 alteraciones en recién nacidos: 75 casos de hipotiroidismo congénito, de fácil y eficaz tratamiento, y mas de 100 casos de hiperfenil-alaninemia y de fenilcetonuria, evitables a través de un tratamiento dietético adecuado. En el año 2000 los niños hipotiroideos y fenilcetonúricos detectados y tratados a tiempo ascienden a 3200 y 750 respectivamente y se les previno del trastorno patológico.

Se trata de otro ejemplo de la participación de España, y Europa, en acciones de relieve en el ámbito de la Salud Pública mundial, que nos enorgullece y da brillo a esta Academia, por ser el promotor científico miembro de la misma. Su brillante colaboradora, la doctora Ugarte, continúa los grandes avances a nivel mundial del estudio de la patología molecular de la fenilcetonuria, en el ámbito de la cooperación internacional con diversos países iberoamericanos: Chile, Argentina y México, en los que encontró una alta frecuencia de la enfermedad como en España y en la región mediterránea (Pérez et al., 1993); con Brasil y Chile (Desviat et al., 1995); Sur de Brasil (Pérez et al., 1996); en Venezuela (De Lucca et al., 1998); en Chile (Pérez et al., 1999) y Cuba (Desviat et al., 2001).

1.8. LA VACUNA DEL CÓLERA EN ESPAÑA

En el año 1817, el cólera moro traspasó las fronteras de la India, en donde estaba confinado, extendiéndose por todo el mundo. El cólera hizo que se organizara la Sanidad Pública en Europa, se reforzara la cooperación internacional y se reuniera en Paris, en 1851, la «Primera Conferencia Sanitaria Internacional», para acordar medidas sanitarias en casos de enfermedad pestilencial. Posteriormente tuvo lugar la Conferencia Internacional sobre el Cólera, que tuvo lugar en 1885. En el año 1883 se descubrió en el intestino delgado, de enfermos fallecidos en Egipto, el vibrión colérico. Louis Pasteur en Paris y Robert Koch en Berlín, participaron en la aclaración de la epidemiología, etiología y caracterización del cólera, y en España fue Jaime Ferrán, quien se hizo famoso con su vacuna anticolérica (López Piñero, 1985). Ferrán, autodidacta, polémico, de gran inteligencia y sólida formación científica, tuvo reconocimiento universal, aplicó su vacuna satisfactoriamente en el curso de la epidemia de 1885 en Valencia, con 120.000 fallecidos y 400.000 afectados, y se vacunaron con éxito más de 50.000 personas. En la época, el carácter de Ferrán fue discutido, porque su actividad científica tuvo seguidores y detractores, porque no universalizó su vacuna y negarse a transmitir a otros científicos in-

teresados sus conocimientos del laboratorio. Su actividad estuvo controlada por Comités y Comisiones diversas, que también emitieron juicios diferentes, apoyándole unas y criticándole otras, por su personalismo en desarrollar y aplicar su vacuna. En el año 1907, Ferrán fue galardonado por el premio Bréant de la Academia de Ciencias de París por su descubrimiento, como reconocimiento de la comunidad científica internacional por su labor en la lucha contra esta enfermedad (Fernández Sanz, 1990).

1.9. MEDICINA DEL FUTURO

Podemos señalar que la medicina del futuro será muy compleja, en la que cabe toda una amplia gama de ámbitos, desde la epidemiología hasta la biología molecular con su terapia génica, proteómica, genómica, toxicogenómica y otras. Una de las ramas de mayor interés es la Medicina Preventiva, para impedir que los brotes se conviertan en epidemias y estas en pandemias. Las enfermedades crónicas y degenerativas, el cáncer con un 80% de etiología ambiental, las de la nutrición, las endocrinas, neurológicas, genéticas, hereditarias e inmunológicas, como otras muchas, justifican que su desarrollo sea esencial para la medicina del futuro (González Barón y Casado Sáenz 1997). En el ámbito de las enfermedades infecciosas, se deben tomar medidas para disminuir al mínimo la posibilidad de contagio, y prevenir pandemias. En el caso de nuevos brotes deberán tomarse las conocidas medidas drásticas, como el cierre de fronteras, bloqueo de transportes humanos y de mercancías.

Las enfermedades crónicas van a constituir un reto futuro para los Sistemas de Salud europeos, por una parte debido al incremento del porcentaje de población anciana, y por otra al aumento de la contaminación ambiental (Nolte and McKee, 2005). En el ámbito medioambiental, es de actualidad en Salud Pública y Medicina del Trabajo, el control de las fumigaciones agrícolas con productos químicos, que contaminan el ecosistema y la salud humana y animal. Es imprescindible conocer y evaluar la presencia de las sustancias aplicadas en agricultura y en los cultivos intensivos terrestres y acuáticos, para el rendimiento de la producción de alimentos. En ese sentido se acaba de aprobar en el Parlamento Europeo, el Reglamento para la comercialización de sustancias químicas de la vida cotidiana, que son del orden de 30.000 compuestos (REACH: Reglamento para la Evaluación y Autorización de Químicos), que pasará próximamente a la Comisión, para su aprobación o modificación definitiva, y del que hablaremos más adelante.

En su aportación personal, en la Real Academia Nacional de Medicina, Mayor Zaragoza, 2002, señala, que otro de los campos de la medicina del futuro, que se abordará son grados más complejos de integración: macromoléculas, compartimentos celulares, células, órganos en desarrollo y organismos en su conjunto. Todos ellos interactúan tanto internamente como externamente con el medio ambiente. Se trata de una visión molecular integrada de la vida, donde se sitúan la salud y la enfermedad. Aboga por una medicina de diagnóstico-tratamiento-ajustes, a una medicina más personalizada, y a la aplicación de la información genética y terapia génica. Esta prevención está abocada a tener en cuenta los parámetros de longevidad activa, los factores económicos, sociales, laborales, educativos, psicológicos y todos los que procedan de un elevado porcentaje de población inmigrante.

1.10. CARTA DE BANGKOK

1.10.1. Introducción

En la VI Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, celebrada en agosto de 2005, en Bangkok, Thailandia, se suscribió la «Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado». En ella se establecen las medidas, los compromisos y las promesas necesarias, para abordar los factores determinantes de la salud en un mundo globalizado mediante la promoción de la misma. Su objetivo consiste en que las políticas vayan dirigidas a mejorar la salud y la igualdad en materia de salud, y deben ocupar un lugar central en el desarrollo mundial y nacional. La Carta de Bangkok se fundamenta en la Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud y en las conferencias mundiales sobre promoción de la salud, ratificadas por los estados miembros, en la Asamblea Mundial de la Salud. Se dirige a todos, a los Gobiernos y a los políticos de todos los niveles; a la sociedad civil, por la que estamos todos y cada uno de nosotros comprometidos; al Sector privado; a las Organizaciones Internacionales y a la Comunidad de Salud Pública.

Las Naciones Unidas reconocen: que el disfrute del mayor grado de Salud es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin discriminación alguna. (….) … y que la salud es un factor determinante de la calidad de vida, que abarca el bienestar individual y espiritual. (…..) y se debe capacitar a la gente para ejercer un mayor control sobre los determinantes de su salud y mejorar así esta. En definitiva, todos debemos

esforzarnos en evitar y tal vez afrontar las enfermedades transmisibles, las no transmisibles y otras amenazas para la salud.

1.10.2. Factores determinantes

Entre los factores determinantes que tienen hoy una influencia crítica sobre la salud, cabe destacar:

- Desigualdades crecientes en los países y entre ellos.
- Nuevas formas de consumo y comunicación.
- Medidas para la comercialización.
- Cambios ambientales mundiales, y
- Urbanización.
- Coherencia de las políticas de cada país.
- Sostenibilidad del ecosistema.

Entre otros factores que influyen en la salud consideramos los cambios sociales, económicos y demográficos rápidos y con frecuencia adversos, que afectan a las condiciones laborales, entornos de aprendizaje, las estructuras familiares, la cultura y las diferencias sociales. Mujeres y hombres se ven afectados de distinta forma, vulnerabilidad actual de los niños y de las mujeres, las personas marginadas, los discapacitados y los pueblos indígenas.

La globalización brinda nuevas oportunidades de colaboración para mejorar la salud y disminuir los riesgos transnacionales que la amenazan, como son las tecnologías de la información y las comunicaciones, por una parte, y por la otra los mejores mecanismos disponibles para el gobierno mundial y el intercambio de experiencias en los sistemas de salud, como en Europa promovidas por el Observatorio de Salud, del que mas adelante expondremos su función, actividades y beneficios. La coherencia política en cada país y la responsabilidad civil de la sociedad de cada país.

1.10.3. Medidas a adoptar

Se debe poner en práctica y cumplir con las leyes, reglamentaciones y Directivas sanitarias de cada país a todos los niveles, por su probada eficacia y experiencia adquirida. Debemos añadir que el Tratado de Maastricht de la Unión Europea, 1999, aboga por una salud en base a los de-

rechos humanos y la solidaridad. Invertir en las políticas, medidas e infraestructura sostenibles para poner en práctica los factores determinantes de la salud. Educación, promoción, prevención, transferencia de conocimientos, y la investigación en la salud. Garantía de un alto grado de protección para todos, con la igualdad de oportunidades y el bienestar de todas las personas. Es importante la participación de todos como las organizaciones públicas, privadas, no gubernamentales nacionales e internacionales y la responsabilidad de la sociedad civil que se logra con los planes de promoción y prevención; y de educación sobre el ecosistema.

1.10.4. Salud para todos

El ámbito de la salud es clave en el desarrollo de los pueblos y en su conjunto de la Humanidad, por ello son indispensables las políticas sobre salud, su promoción y su prevención y las alianzas entre países, e implica los sectores institucionales, oficiales y privados, y la sociedad. La responsabilidad social es clave en la salud de cada uno y del ecosistema. En esta última se incluye la llamada «Garantía de Calidad» en todos los ámbitos del saber y del trabajo, como las buenas prácticas empresariales e industriales, buenas prácticas de laboratorio, etc. En lo que respecta a la Unión Europea, se va cerrando la brecha en salud entre ricos y pobres, el «Reglamento sobre Evaluación y Autorización de sustancias Químicas» es una prueba de ello, así como las actividades de las Agencias Europeas del Medicamento, de Seguridad Alimentaria, de Sustancias Peligrosas, etc. Todas ellas implicadas en la prevención y protección de la salud para todos, en relación al comercio, los productos, los servicios y las estrategias de comercialización, mediante la evaluación del riesgo en humanos y del impacto ambiental. El sector empresarial incluido el de los transportes por mar, carretera y aéreo, tiene un importante impacto en la salud humana y del ecosistema. Las empresas públicas y privadas tienen que velar por la salud y seguridad en el ambiente de trabajo, así como promocionarla y mejorar el bienestar de sus empleados, sus familias y sus comunidades. Además, a escala mundial deben reducir los riesgos personales y ambientales de posibles accidentes, como tantos habidos en el transporte por tierra y por mar, cumpliendo las normas y acuerdos locales, nacionales e internacionales, que fomenten y protejan la salud (Carta de Bangkok, 2005).

La promoción de la salud para todos debería evitar conflictos y guerras, por ser esencial en la protección de la vida y del medio ambiente para todos, lo que requiere alianzas, pactos y ayudas internacionales y re-

laciones de buena vecindad. En un mismo país requiere colaboración entre todos los estamentos, gubernamental, privado y sociedad civil. La cooperación entre las naciones puede tomar como ejemplo los tratados ya existentes, como el «Convenio Marco para el Control del Tabaco de la Organización Mundial de la Salud» (Carta de Bangkok, 2005).

La implicación de una sociedad en su salud determina el desarrollo social, económico y político de la misma, en beneficio del propio país que la promociona. Las Asociaciones profesionales tienen una importante función en la promoción a través de la formación continuada, implicación de sus afiliados y en la rapidez y efectividad de las medidas a tomar y de sus planes educativos. Necesita de inversiones dentro y fuera del ámbito sanitario, una financiación sostenible y la ayuda e implicación de todos. Por ello es particularmente importante la necesidad de apoyar a las Comunidades menos desarrolladas. Los niños, los ancianos y las mujeres suelen ser los que precisan una atención preferente y por supuesto su promoción, ayuda y protección.

1.11. Conclusiones

En la lucha contra las enfermedades es necesario sumar esfuerzos; ningún país puede luchar por si solo, y para mejorar la salud de su población, debe reforzar la de sus vecinos. Sobre todo en la actualidad cuando los transportes de alimentos, animales y de personas no tienen fronteras, y están globalizados, lo que propicia la difusión de las enfermedades.

Promover la investigación experimental, pluridisciplinar, y la cooperación internacional, en sus distintos niveles y ámbitos. Establecer los mecanismos de acción e interacción molecular, las interacciones hormonales y receptoras, las alergias, la inmunología, la patología molecular con la terapia génica, profundizar en el genoma y la proteómica. Apoyar las iniciativas creadoras de tipo diagnóstico y clínico en salud, así como la educación y formación en salud.

Reducir gastos sanitarios, de los Sistemas Nacionales de Salud europeos, mediante la disminución de los índices de enfermedades crónicas (pulmonares, cardíacas, cardiovasculares, asma, alergias, cáncer, infertilidad, disfunciones hormonales), y las degenerativas (Alzheimer, Parkinson, artrosis, osteoporosis), a través del control de la toxicidad y persistencia (compuestos tóxicos persistentes), y de la evaluación del riesgo para los humanos y el ecosistema de las sustancias químicas.

Favorecer el interés que muestran las nuevas generaciones para trabajar, y hacer algo útil y nuevo, mostrarles la capacidad y habilidad para desarrollarlo, y el saber y la formación para ponerlo en marcha, y finalmente su aplicación en beneficio de la Humanidad. Se necesita pues, aplicar medios suficientes, para el avance de la Ciencia y la Técnica, para la salud humana y del ecosistema.

Aplicar la legislación vigente sobre medio ambiente, seguridad alimentaria, salud pública y trabajo, mediante la educación sanitaria, docencia e investigación, es decir, mediante una promoción integral de la salud (Bando Casado, 2002), que incluye la ética de los medios de comunicación

2. Instituciones y Legislación Europeas relacionadas con la Salud

2.1. INTRODUCCIÓN

La globalización de la Salud, no solamente en Europa sino también en el mundo, es una realidad, como manifestamos anteriormente, en primer lugar por la difusión de la información, a través de los medios de comunicación. Como observamos, las tecnologías de la información y las telecomunicaciones se van imponiendo en el devenir de la Sociedad e influyen de una manera drástica sobre la cultura, manera de pensar, inquietudes y concepción el mundo (Weltanschaung, de los filósofos). Es un hecho, que un tema o accidente de un área geográfica en las antípodas puede afectar o inquietar negativamente en la vida cotidiana de los pueblos del planeta, aunque no les afecte directamente. Son numerosas las instituciones sanitarias responsables de la salud en Europa.

2.2. INSTITUCIONES EUROPEAS Y LA SALUD

El derecho a la Salud de todos los europeos en su conjunto, se especifica a partir del artículo 129 del tratado de la CEE, en la redacción dada por el tratado de Maastricht, del 7 de febrero de 1992. Entre los organismos responsables de la Salud en la Unión Europea, relacionamos los siguientes:

— Comisión Europea.
— Consejo de la Unión Europea.
— Parlamento.
— Tribunal de Justicia.

— Otras instituciones y órganos consultivos.
— Las Representaciones Permanentes ante la Unión Europea.
— Oficina Europea de la OMS.
— El Observatorio Europeo.
— Otras.

2.3. SALUD PÚBLICA EN LA UNIÓN EUROPEA

2.3.1. El derecho a la salud en el Tratado de Maastricht

Desde 1992 aparecen disposiciones oficiales en salud, artículo 129, del tratado de la CEE, específico sobre «el derecho a la salud», cuya redacción en el Tratado de Maastricht, es como sigue:

En su punto 1 señala: La Comunidad contribuirá a la consecución de un alto nivel de protección de la salud humana fomentando la cooperación entre los Estados miembros, y si fuere necesario apoyando la acción de los mismos. La acción de la Comunidad se encaminará a la prevención de las enfermedades, especialmente de las más graves y ampliamente difundidas, incluida la toxicomanía, apoyando la investigación de su etiología y de su transmisión, así como la información y la educación sanitarias. Las exigencias en materia de protección de la salud constituirán un componente de las demás políticas de la Comunidad.

En su punto 3 señala que: La Comunidad y los Estados miembros favorecerán la cooperación con los terceros países y las organizaciones internacionales competentes en materia de salud pública.

El tratado de Maastricht referente al sector farmacéutico, se pronuncia sobre el propósito de aproximar todas las legislaciones. En el tratado de la CEE el derecho a establecimiento se regula en los artículos 52 a 58, cuyo título es sobre la libre circulación de personas, servicio y capitales. El tratado de Maastricht señala que la actividad farmacéutica tiene el perfil de servicio público, y la Directiva 92/25/CEE alude a la obligación de servicio público de las empresas de distribución de medicamentos. La Directiva 85/433/CEE relaciona los reconocimientos de diplomas, certificados y otros títulos de Farmacia, todo ello actualizado, como se vera mas tarde en la Parte III, del Tratado para una Constitución Europea. Que aunque no aprobada por todos los países, recoge y actualiza todos los tratados y Directivas anteriores en el ámbito de la Salud, que posiblemente

tengan validez total en el futuro de la Unión Europea. Es decir, relaciona todas las implicaciones de la Farmacia y la Medicina en el ámbito de la Salud, y que pasamos a exponer seguidamente.

2.4. TRATADO PARA UNA FUTURA POSIBLE CONSTITUCIÓN PARA EUROPA

2.4.1. Preámbulo del Tratado

Por un interés ético y cultural debemos expresar algunos datos que señala el Preámbulo del Tratado manifestando que, «la Unión se inspira en la herencia cultural, religiosa y humanista de Europa, a partir de la cual se han desarrollado los valores universales de los derechos inviolables e inalienables de la persona humana, la democracia, la igualdad, la libertad y el Estado de Derecho. (….) Se quiere seguir siendo un continente abierto a la cultura, al saber y al progreso social; (…..) en pro de la paz, la justicia y la solidaridad en el mundo, (….), forjar un destino común (….). »Unida en la diversidad» (….), con responsabilidad para con las generaciones futuras y la Tierra (….). (….) y garantizando la continuidad del acervo comunitario, se conviene en las disposiciones contenidas en las Partes I a III del Tratado por el que se establece una Constitución para Europa».

2.4.2. Impacto actual de la Unión sobre la Salud

Los recientes artículos del «Tratado para una Constitución para Europa» (2004) tienen un *impacto en Salud* y en los sistemas de salud europeos. En referencia a los mercados internos, trata de diferentes productos entre ellos los *medicamentos*, aparatos, accesorios e instalaciones clínicas, alimentos, etc.

Se clarifica la libertad de movimientos de los *profesionales de la salud*, de los ciudadanos necesitados de *cuidados para su salud* y de *servicios sanitarios*. Se especifica sobre el control medio ambiental y sus normas sobre aire, agua, control de calidad, emisiones, residuos y vertidos, efluentes.

Se expresan disposiciones sobre normativas sociales, protección social, *salud y seguridad en el trabajo*, *tarjeta de seguridad social*. Investigación Científica, Tecnológica y del Espacio, y programas en ciencias de la vida, telemática y sociedad de la información. Se relacionan varios ar-

tículos sobre programas marco de investigación y desarrollo. Se establecen Fondos estructurales relacionados con la *salud*. Temas globales y desarrollo. Mercancías. Competencias Sanitarias de la Unión Europea. Todo ello para contribuir a alcanzar el mayor nivel de *protección de la salud* humana y del ecosistema. La Unión Europea se implica verdaderamente a una regulación, control y defensa del ecosistema.

Como explicaremos más adelante, la posible nueva Constitución, promueve estándares de calidad y seguridad para medicamentos, productos químicos, sustancias peligrosas, y productos sanitarios: plaguicidas, tabaco y alcohol para el bienestar, la prevención y la curación de sus ciudadanos.

2.4.3. Artículos sobre la Salud, en el Tratado

2.4.3.1. *Salud Pública* (Parte III. Capítulo V. Sección 1.ª)

ARTÍCULO III-278

1. En la definición y ejecución de todas las políticas y acciones de la Unión se garantizará un nivel elevado de protección de la salud humana.

   La acción de la Unión, que complementará las políticas nacionales, se encaminará a mejorar la salud pública y a prevenir las enfermedades humanas y las fuentes de peligro para la salud física y psíquica. Dicha acción abarcará también:

   a) la lucha contra las pandemias, promoviendo la investigación de su etiología, transmisión y prevención, así como la información y la educación sanitarias;

   b) la vigilancia de las amenazas transfronterizas graves para la salud, la alerta en caso de tales amenazas y la lucha contra ellas.

   La Unión complementará la acción de los Estados miembros, y dirigida a reducir la incidencia nociva de las drogas en la salud, entre otras cosas mediante la información y la prevención.

2. La Unión fomentará la cooperación entre los Estados miembros en los ámbitos que abarca el presente artículo y, en caso necesa-

rio, apoyará su acción. Fomentará, en particular, la cooperación entre los Estados miembros, y destinada a mejorar la complementariedad de sus servicios de salud en las regiones fronterizas.

Los Estados miembros, en colaboración con la Comisión, coordinarán entre sí sus políticas y programas respectivos en los ámbitos a que se refiere el apartado 1. La Comisión, en estrecho contacto con los Estados miembros, podrá tomar cualquier iniciativa adecuada para fomentar dicha coordinación, en particular iniciativas tendentes a establecer orientaciones e indicadores, organizar el intercambio de mejores prácticas y preparar los elementos necesarios para el control y la evaluación periódicos. Se informará cumplidamente al Parlamento Europeo.

3. La Unión y los Estados miembros propiciarán la cooperación con terceros países y con organizaciones internacionales competentes en materia de salud pública.

4. No obstante lo dispuesto en el apartado 5 del artículo I-12 y en la letra a) del artículo I-17, y de conformidad con la letra k) del apartado 2 del artículo I-14, la ley o ley marco europea contribuirá a la consecución de los objetivos enunciados en el presente artículo estableciendo las siguientes medidas para hacer frente a los problemas comunes de seguridad:

   a) medidas que establezcan normas elevadas de calidad y seguridad de los órganos y sustancias de origen humano, así como de la sangre y derivados de la sangre; estas medidas no impedirán a ningún Estado miembro mantener o instaurar medidas de protección más estrictas;

   b) medidas en los ámbitos veterinario y fitosanitario que tengan directamente como objetivo la protección de la salud pública.

   c) medidas que establezcan normas elevadas de calidad y seguridad de los medicamentos y productos sanitarios;

   d) medidas relativas a la vigilancia de las amenazas transfronterizas graves para la salud, la alerta en caso de tales amenazas y la lucha contra ellas.

   La ley o ley marco europea se adoptará previa consulta al Comité de las Regiones y al Comité Económico y Social.

5. La ley o ley marco europea podrá establecer también medidas de fomento destinadas a proteger y mejorar la salud humana y, en particular, a luchar contra las pandemias transfronterizas, así como medidas que tengan directamente como objetivo la protección de la salud pública en lo que se refiere al tabaco y al consumo excesivo de alcohol, con exclusión de toda armonización de las disposiciones legales y reglamentarias de los Estados miembros. La ley o ley marco se adoptará previa consulta al Comité de las Regiones y al Comité Económico y Social.

6. A efectos del presente artículo, el Consejo podrá adoptar también recomendaciones, a propuesta de la Comisión.

7. La acción de la Unión en el ámbito de la salud pública respetará las responsabilidades de los Estados miembros por lo que respecta a la definición de su política de salud, así como a la organización y prestación de servicios sanitarios y atención médica. Las responsabilidades de los Estados miembros incluyen la gestión de los servicios de salud y de atención médica, así como la asignación de los recursos que se destinan a dichos servicios. Las medidas contempladas en la letra a) del apartado 4 se entenderán sin perjuicio de las disposiciones nacionales en materia de donaciones o uso médico de órganos y sangre.

2.4.4. Otros artículos relacionados con la salud

Se señalan a continuación algunos de los artículos relacionados con la Salud en el Tratado para una futura Constitución Europea, y otros se resumen, o se indican en letra cursiva los términos de interés sanitario y medioambiental:

2.4.4.1. *Sobre definición y objetivos de la Unión* (Parte I, Título I)

ARTÍCULO I-3. OBJETIVOS DE LA UNIÓN

En su punto 1. señala: La Unión tiene como finalidad promover la paz, sus valores y el *bienestar* de sus pueblos. Y en su punto 3. señala que obrará en pro del desarrollo sostenible, el *progreso social* y un nivel ele-

vado de protección y mejora de la calidad del *medio ambiente*. (...). Fomentará la justicia y la *protección sociales*. (...).

ARTÍCULO I-14. ÁMBITOS DE COMPETENCIA COMPARTIDA

En su punto 2.b sobre la competencia compartida entre la Unión y los estados miembros, se indica que se aplicará una *política social*, en los aspectos definidos en la Parte III; en el punto 2.e. asimismo sobre el *medio ambiente*; y en el punto 2.k. también en los asuntos comunes de seguridad en materia de *salud pública*, en los aspectos definidos en la Parte III.

ARTÍCULO I-15. COORDINACIÓN DE POLÍTICAS ECONÓMICAS Y DE EMPLEO

En su punto 3, señala, La Unión podrá tomar iniciativas para garantizar la coordinación de las *políticas sociales* de los Estados miembros.

ARTÍCULO I-17. ÁMBITOS DE LAS ACCIONES DE APOYO, COORDINACIÓN O COMPLEMENTO

Uno de los ámbitos de esta acción, en su punto a), es la protección y mejora de la *salud humana*.

2.4.4.2. *Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión* (Parte II)

2.4.4.2.1. Preámbulo

Los pueblos de Europa, al crear entre sí una unión cada vez más estrecha, han decidido compartir su porvenir pacífico basado en valores comunes. Conscientes de su patrimonio espiritual y moral, la Unión está fundada sobre los valores individuales y universales de la *dignidad humana*, la libertad, la igualdad y la solidaridad, y se basa en los principios de la democracia y del Estado de Derecho.

ARTÍCULOS II-61. DIGNIDAD HUMANA

La *dignidad humana* es inviolable. Será respetada y protegida.

Artículo II-62. Derecho a la vida

1. Toda persona tiene derecho a la *vida*
2. *Nadie* podrá ser condenado a la pena de muerte y ejecutado

Artículo II-63. Derecho a la integridad de la persona

1. Toda persona tiene derecho a su *integridad física y psíquica*
2. En el marco de la medicina y de la biología, se respetarán en particular:
   a) el consentimiento libre e informado de la *persona* de que se trate, de acuerdo con las modalidades establecidas por la ley;
   b) la *prohibición de las prácticas eugenésicas*, en particular las que tienen como finalidad la selección de las personas:
   c) la prohibición de que el *cuerpo humano* o partes del mismo en cuanto tales se conviertan en objeto de lucro;
   d) la *prohibición de la clonación* reproductora de seres humanos.

Siguen los *artículos II-64,* sobre la *prohibición de la tortura* y de las penas o *tratos inhumanos* o degradantes. Y el *artículo II-65,* sobre la *prohibición de la esclavitud* y del *trabajo forzado*.

2.4.4.2.2. Igualdad (Título III)

Artículo II-86. Integración de las personas discapacitadas

La Unión reconoce y respeta el derecho de las personas discapacitadas a beneficiarse de medidas que garanticen su autonomía, su *integración social* y profesional y su participación en la vida de la comunidad.

2.4.4.2.3. Solidaridad (Título IV)

Artículo II-92. Prohibición del trabajo infantil y protección de los jóvenes en el trabajo

Se prohíbe el trabajo infantil. La edad mínima de admisión al trabajo no podrá ser inferior a la edad en que concluye el período de escolari-

dad obligatoria, sin perjuicio de disposiciones más favorables para los jóvenes y salvo excepciones limitadas.

Los jóvenes admitidos a trabajar deberán disponer de condiciones de trabajo adaptadas a su edad y estar protegidos contra la explotación económica o contra cualquier trabajo que pueda ser perjudicial para su seguridad, *su salud*, su desarrollo físico, psíquico, moral o social, o que pueda poner en peligro su educación.

Artículo II-94. Seguridad social y ayuda social

1. La Unión reconoce y respeta el derecho de acceso a las prestaciones de seguridad social y a los servicios sociales que garantizan una protección en casos como la maternidad, *la enfermedad*, los accidentes laborales, la dependencia o la vejez, así como en caso de pérdida de empleo, según las modalidades establecidas por el Derecho de la Unión y las legislaciones y prácticas nacionales.

2. Toda persona que resida y se desplace legalmente dentro de la Unión tiene derecho a las prestaciones de *seguridad social* y a las ventajas sociales de conformidad con el Derecho de la Unión y con las legislaciones y prácticas nacionales.

3. Con el fin de combatir la exclusión social y la pobreza, la Unión reconoce y respeta el derecho a una *ayuda social* y a una ayuda de vivienda para garantizar una existencia digna a todos aquellos que no dispongan de recursos suficientes, según las modalidades establecidas por el Derecho de la Unión y por las legislaciones y prácticas nacionales.

Artículo II-95. Protección de la salud

Toda persona tiene derecho a acceder a la prevención sanitaria y a beneficiarse de la atención sanitaria en las condiciones establecidas por las legislaciones y prácticas nacionales. Al definirse y ejecutarse todas las políticas y acciones de la Unión se garantizará un nivel elevado de *protección de la salud humana*.

ARTÍCULO II-96. ACCESO A LOS SERVICIOS DE INTERÉS ECONÓMICO GENERAL

La Unión reconoce y respeta el *acceso a los servicios* de interés económico general, tal como disponen las legislaciones y prácticas nacionales, de conformidad con la Constitución, con el fin de promover la *cohesión social* y territorial de la Unión.

ARTÍCULO II-97. PROTECCIÓN DEL MEDIO AMBIENTE

En las políticas de la Unión se integrarán y garantizarán, conforme al principio de desarrollo sostenible, un nivel elevado de *protección del medio ambiente y la mejora de su calidad*.

ARTÍCULO II-98. PROTECCIÓN DE LOS CONSUMIDORES

En las políticas de la Unión se garantizará un nivel elevado de *protección de los consumidores*.

2.4.4.3. *De las políticas y el funcionamiento de la Unión* (Parte III)

ARTÍCULO III-117

La Unión tendrá en cuenta (…) la garantía de una protección social adecuada con la lucha contra la exclusión social y con un nivel elevado de educación, formación y *protección de la salud humana*.

2.4.4.3.1. *Políticas y Acciones Internas* (Título III)

Mercado Interior: Sección 2.ª: Libre circulación de personas y Servicios

ARTÍCULO III-136

1. En el ámbito de *seguridad social*, la ley o ley marco europea establecerá las medidas necesarias para realizar la libre circulación de los trabajadores, creando, en particular, un sistema que permita garantizar a los trabajadores inmigrantes por cuenta ajena y por cuenta propia, así como a sus derechohabientes:

a) la acumulación de todos los períodos tomados en consideración por las distintas legislaciones nacionales para adquirir y conservar el derecho a las *prestaciones sociales*, así como para calcularlas;

b) el pago de las prestaciones a las personas que residan en el territorio de los Estados miembros.

2. Cuando un miembro del Consejo considere que un proyecto de ley o de ley marco europea de las previstas en el apartado 1 perjudica a aspectos fundamentales de su sistema de *seguridad social*, como su ámbito de aplicación, coste o estructura financiera, o afecta al equilibrio financiero de dicho sistema, podrá solicitar que el asunto se remita al Consejo Europeo, en cuyo caso quedará suspendido el procedimiento establecido en el artículo III-396. Tras deliberar al respecto, el Consejo Europeo, en un plazo de cuatro meses desde dicha suspensión:

a) devolverá el proyecto al Consejo, poniendo fin con ello a la suspensión del procedimiento establecido en el artículo III-396, o

b) pedirá a la Comisión que presente una nueva propuesta, en cuyo caso se considerará que no ha sido adoptado el acto propuesto inicialmente.

2.4.4.3.2. *Libertad de establecimiento*

ARTÍCULO III-141

1. La ley marco europea facilitará el acceso a las actividades por cuenta propia y su ejercicio. Tendrá como finalidad:

a) el reconocimiento mutuo de *diplomas*, *certificados* y *otros títulos*;

b) la coordinación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros relativas al acceso a las actividades por cuenta propia y a *su ejercicio*.

2. En cuanto a las profesiones médicas, paramédicas y farmacéuticas, la *progresiva supresión de las restricciones* quedará supeditada a la coordinación de las condiciones exigidas para el ejercicio de dichas profesiones en los diferentes Estados miembros.

2.4.4.3.3. *Libertad de prestación de servicios* (Subsección 3.ª)

ARTÍCULO III-144

En el marco de la presente Subsección, quedarán prohibidas las restricciones a la libre *prestación de servicios* dentro de la Unión para los nacionales de los Estados miembros establecidos en un Estado miembro distinto del destinatario de la prestación.

La ley o ley marco europea podrá extender el beneficio de las disposiciones de la presente Subsección a los prestadores de servicios que sean nacionales de un tercer Estado y estén establecidos dentro de la Unión.

2.4.4.3.4. *Política Social* (Sección 2.ª)

ARTÍCULO III-209

La Unión y los Estados miembros, teniendo presentes *derechos sociales fundamentales* como los enunciados en la Carta Social Europea, firmada en Turín el 18 de octubre de 1961, y en la Carta comunitaria de los derechos sociales fundamentales de los trabajadores, de 1989, tendrán como objetivo el fomento del empleo, la mejora de las condiciones de vida y de trabajo para hacer posible su equiparación por la vía del progreso, una *protección social* adecuada, el diálogo social, el desarrollo de los recursos humanos para conseguir un nivel de empleo elevado y duradero, y la lucha contra las exclusiones.

Con este fin, la Unión y los Estados miembros actuarán teniendo en cuenta la diversidad de las prácticas nacionales, en particular en el ámbito de las relaciones contractuales, así como la necesidad de mantener la competitividad de la economía de la Unión.

Consideran que esta evolución será consecuencia tanto del funcionamiento del mercado interior, que favorecerá la *armonización de los siste-*

mas sociales, como de los procedimientos establecidos en la Constitución y de la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros.

Y su desarrollo en los siguientes Artículos hasta el Artículo III-219.

2.4.4.4. *Medio Ambiente* (Sección 5.ª)

ARTÍCULO III-233

La política medioambiental de la Unión contribuirá a alcanzar los siguientes objetivos:

Entre ellos el punto 1.b) *proteger la salud* de las personas. (….). En el punto 3. En la elaboración de una política medio ambiental, la Unión tendrá en cuenta: *a)* los datos *científicos y técnicos* disponibles. *b)* Las condiciones *medioambientales* en las diversas regiones de la Unión. (….).

ARTÍCULO III-234

Trata sobre recursos hídricos, *gestión de residuos y sus fuentes*, y sobre los abastecimientos energéticos.

2.4.4.5. *Protección de los Consumidores* (Sección 6.ª)

ARTÍCULO III-235

1. Para promover los intereses de los consumidores y garantizarles un nivel elevado de protección, la Unión contribuirá a *proteger la salud*, la seguridad y los intereses económicos de los consumidores, …(…).

2.4.4.6. *Investigación y Desarrollo Tecnológico y Espacio* (Sección 9.ª)

ARTÍCULO III-248

1. La acción de la Unión tendrá por objetivo fortalecer sus bases científicas y tecnológicas, mediante la realización de un «*espacio eu-*

ropeo de investigación» en el que los investigadores, los conocimientos científicos y las tecnologías, circulen libremente, favorecer el desarrollo de su competitividad, incluida la de su industria, así como fomentar las acciones de investigación que se consideren necesarias en virtud de los demás capítulos de la Constitución. (…).

ARTÍCULO III-249

Señala la persecución de los objetivos mencionados en el artículo III-248, y la Unión complementará las acciones emprendidas en los Estados miembros:

a) Ejecución de programas de *investigación*, desarrollo tecnológico, (…).

b) Promoción de la cooperación en materia de *investigación*, (…).

c) Difusión y explotación de los exultados de las actividades de *investigación*, (…..).

d) Estímulo a la *formación y movilidad* de los investigadores de la Unión.

ARTÍCULO III-250

Explica la coordinación de acciones en *investigación*, (…). La colaboración entre Estados miembros (…) sobre orientaciones, indicadores, intercambios, control y evaluación.

ARTÍCULOS III-251 Y III-252

Tratan sobre *programas marco plurianuales*; y normas y transferencia de los resultados, respectivamente. (…).

2.5. IMPACTO DEL MERCADO INTERNACIONAL SOBRE LA SALUD

El mercado internacional tiene libertad de movimientos sobre:

Mercancías, Servicios, Capital y Población y el reconocimiento de calificaciones así como la presión demográfica.

Debemos destacar la libertad del ejercicio de la profesión y movimiento entre: Médicos, Profesionales de la salud (médicos, farmacéuticos, veterinarios, y otros, enfermeras, auxiliares sanitarios, etc), pacientes. Medicamentos, tecnologías para la salud y accesorios. Aseguradoras y sus Agentes de Seguros, Inversiones Hospitalarias.

2.6. COMISIÓN EUROPEA

La Comisión es la única instancia que tiene poder decisivo, solo esta puede decidir, sobre iniciativas legislativas, constituye la única instancia ejecutiva, propuestas, ejercicios y procesos jurídicos que estén en marcha y aun los previsibles. La Comisión es la guardiana de los tratados. En todos los organismos internacionales, la representación de la Unión Europea la tiene la Comisión. La decisión en la OMS, cuando acude o participa la U.E. recae también en la Comisión, que tiene plena responsabilidad en todos los problemas, actos, negociaciones y decisiones en las Instituciones europeas y no europeas. Las instituciones de decisión más representativas en relación con la salud, son: el Consejo de la Unión Europea, y el Parlamento Europeo, que tiene tres sedes:

1. En Estrasburgo se reúnen las Sesiones Plenarias; 2.- En Bruselas funcionan las Comisiones y plenos; y 3.- En Luxemburgo se ubica su Secretaría General.

2.7. PROGRAMAS EN SALUD PÚBLICA

Adoptado en septiembre de 2002, desde el 1 enero 2003 al 31 diciembre 2008. Con un montante superior al actual, su presupuesto se fija en 312 millones de euros, y reemplaza los 8 programas que existían hasta entonces. En febrero entrará en vigor el programa de enfermedades transmisibles. Mejorar la información sanitaria. Responder rápidamente a las amenazas para la salud. Trabajar en los determinantes de salud, para evitar gastos sanitarios, previniendo enfermedades crónicas y los trastornos neurodegenerativos, mediante programas, propaganda con folletos, carteles y anuncios, actividades, cursos y conferencias. Por otro lado su promoción y prevención a través de una Educación Integral en Salud (Bando Casado, 2002). Con el estudio y enfoque para la sociedad de sus determinantes: tabaco, alcohol, drogas, nutrición y actividad física, salud sexual y de la reproducción, salud mental, actividades deportivas o

senderismo, prevención de accidentes, salud ambiental, determinantes socioeconómicos, prevención en lugares específicos (escuelas, trabajo), enseñanza en salud pública y prevención de enfermedades con los hábitos específicos de cada ámbito como antídoto.

2.8. FONDOS ESTRUCTURALES Y PROYECTOS SANITARIOS

— Se sigue una política de cohesión, y una nueva regulación para 2007-2013.

— Para finales de 2005 se dará a conocer la decisión del Consejo y el Parlamento Europeo.

— Estructuras necesarias en el sector sanitario, con algunas excepciones como: promoción de la salud en Portugal y prevención de la enfermedad. Carreteras e infraestructura sanitaria.

— Mejora de las Estructuras Sanitarias que contribuyan a promocionar la provisión sanitaria y el desarrollo regional y la calidad de vida en las regiones.

— El estado de desarrollo de la salud, no es requerimiento previo para la entrada en la Unión Europea, sin embargo, sí lo es la convergencia en otras áreas. Se sigue el precepto de salud para todos.

2.9. INSTITUCIONES RELACIONADAS CON LA SALUD

2.9.1. Agencias Europeas directamente relacionadas con la Salud

— Agencia Europea del Medio Ambiente (EEA).
— Centro Europeo de Monitorización de Drogas y Adicción a Drogas (EMCDDA).
— Agencia Europea de Evaluación de Medicamentos (EMEA) incluye la protección de la vida humana y animal.
— EU-OSHA: Agencia Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo
— EFSA: Agencia Europea de Seguridad Alimentaria.
— ECDC: Centro Europeo de Prevención y Control de Enfermedades.

2.9.2. Agencias Europeas en el Campo de la Salud

— Existe una Agencia de Productos Peligrosos, con Sede en la ciudad española de Bilbao, País Vasco.
— Agencia Europea de Seguridad Alimentaria (EFSA)
— Seguridad de las Redes y de la Información (ENISA)
— Prevención y Control de Enfermedades (ECDC)
— Desarrollo y Formación Profesional (Cedefop)
— Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo (Eurofound)
— Agencia Europea para el Medio Ambiente (AEMA)
— Fundación Europea de Formación (ETF)
— Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías
— Agencia Europea del Medicamento (EMEA)
— Armonización del Mercado Interior (OAMI)
— Seguridad y Salud en el Trabajo (EU-OSHA)
— Variedades Vegetales (OCVV)

2.10. ACCESO A LA ASISTENCIA SANITARIA

Existe un derecho a la salud y al bienestar en la U.E. a través de una «gestión autónoma y democrática», en solidaridad y sin fines de lucro. Para ello se requiere una cooperación internacional, para que todas las gentes tengan un acceso a la asistencia sanitaria en un mercado único. Ello tiene un determinado impacto en los Sistemas Nacionales de Salud.

La estrategia de la conferencia de Lisboa (2000), determinó que la economía del conocimiento en Europa debe ser la más dinámica del mundo, con pleno empleo y con los mayores niveles de cohesión social de aquí al año 2010, para más de 300 millones de ciudadanos que la integran.

2.11. CONCLUSIONES

Con anterioridad al Tratado de propuesta para una Constitución, el artículo 152/CEE, del Tratado de la Comunidad Económica Europea señala, que un elevado nivel de protección de la salud humana está garantiza-

do en la definición de la aplicación de todas las políticas. Los sistemas de protección pública en la Unión Europea incluyen o contemplan, el acceso al sistema sanitario y los cuidados médicos, considerados como un bien público a través de:

a) La Seguridad Social en función de un límite o sin límite máximo de renta y

b) El Servicio Nacional de Salud según categorías o bien universal.

Por supuesto en España, el Sistema Público de Salud ha mejorado profundamente, con avances manifiestos en todos sus ámbitos. Y como ha señalado el «I Foro Médico Nacional de Atención Primaria», de Madrid, 2005, se debe siempre tratar de mejorar aún más la Sanidad Pública en general, y la Atención Primaria en particular; para conseguir un Sistema Sanitario Público mas eficiente, equitativo y satisfactorio para todos. Los tres agentes implicados en la Sanidad son: la población, los profesionales y los políticos; y son en quienes incumbe resolver las necesidades sanitarias existentes en base epidemiológica y poblacional, mediante, el control de la actividad desarrollada en todos los niveles asistenciales:

1) Elección del marco de la sanidad pública, universal y gratuita en el punto de atención.

2) Mediante una forma sostenible, equitativa, accesible y eficaz

3) Mediante el estilo propio del humanismo social de integración equilibrada de las diferentes parcelas de la persona humana: laboral, profesional, familiar y social.

4) Procurando la mejor satisfacción del enfermo y del profesional de la salud.

Existen toda una serie de medidas clave, para mejorar la calidad y dignidad de la Atención Primaria de salud:

Incremento de los presupuestos destinados a la Atención Primaria, como se ha hecho con los del Hospital. Adecuar el número y recursos materiales y plantillas a las necesidades de salud, las características de cada población y zona, funciones objetivos y actividades. Una gestión mas profesionalizada con aplanamiento de la pirámide de decisión. Una organización en función de las necesidades, demandas y características específicas de cada zona, dentro de un modelo general básico. Movilidad voluntaria

para conseguir equipos mas armónicos. Recientemente ha sido mejorada la gestión clínica, pues se ha observado instalada una base de datos, respecto a las historias clínicas y modelo de recetas. Este hecho ha incrementado la gratificación del personal sanitario y de los pacientes de Atención Primaria. Informatización que asegura la confidencialidad de los pacientes y el secreto profesional. Establecimiento de Áreas administrativas específicas y prominentes, solo las necesarias, con adecuación de funciones, para la atención de pacientes y ratio por médico. Atención al número de profesionales sanitarios, enfermería y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería por funciones y responsabilidades. Necesidad de tecnología diagnóstica y terapéutica, para un diagnóstico basado en la evidencia científica y tecnológica, en la experiencia clínica y en el saber fundamentado en el estudio del avance científico. Establecer Programas de formación continuada dentro del horario laboral. Promover la investigación epidemiológica y clínica en Atención Primaria, para favorecer la efectividad clínica, la gratificación en el trabajo, el saber clínico y teórico-experimental en beneficio del Sistema de Salud Pública. Programas para incentivar los logros científicos y de las necesidades sanitarias. Mejorar los Servicios Sociales y su coordinación con el Sistema Sanitario. Control de las condiciones de trabajo para su mejora, organización, limpieza, orden y discernimiento de sus necesidades. Implicar a la población para la toma de decisiones, mayor responsabilidad y uso racional de los Servicios de la Sanidad Pública. Disponibilidad del Libro de Reclamaciones y Buzón de sugerencias ya existentes, para posibles mejoras e innovaciones.

3. Función del Observatorio Europeo de la Salud

3.1. INTRODUCCIÓN

El Observatorio Europeo está implicado directamente sobre los sistemas de salud y sus normativas, lo que permite hoy día actualizar y cuantificar las informaciones y conocimientos en minutos y en su caso horas. Puede transmitir cualquier opinión, informe, suceso o accidente sanitario en todo el planeta. Los avances científicos permiten también la detección e identificación de los agentes causales en cortos periodos de tiempo. Los avances en bioquímica analítica, salud pública, virología y epidemiología facilitan y acortan este proceso.

Una aportación importante del Observatorio Europeo consiste en tratar de reducir gastos sanitarios, de los Sistemas Nacionales de Salud europeos, y también de otros países, mediante estudios, normativas y actuaciones, para la disminución de los índices de enfermedades crónicas (pulmonares, cardíacas, cardiovasculares, asma, alergias, cáncer, infertilidad, disfunciones hormonales), y las degenerativas (Alzheimer, Parkinson, artrosis, osteoporosis). Uno de los caminos, que se pretende se añadan a este fin, es a través del control de la toxicidad y persistencia de los compuestos tóxicos persistentes, y a través de la evaluación del riesgo para los humanos y el ecosistema, con el «Reglamento de Evaluación y Autorización de Sustancias Químicas». Existe una legislación vigente, que debería aplicarse sobre medio ambiente, seguridad alimentaría, salud pública y trabajo, promoviéndose una educción sanitaria, docencia e investigación, es decir, una promoción integral de la salud (Bando Casado, 2002).

3.2. SIGNIFICADO DEL OBSERVATORIO EUROPEO

3.2.1. Funciones

El Observatorio Europeo es una Unidad de Salud dedicada a los Sistemas de Salud de la Unión Europea. Puede incidir en un ámbito estadístico sobre el estado de salud de las poblaciones. Apoya y promueve políticas sanitarias basadas en la evidencia, a través de un riguroso y comprensivo análisis, de los sistemas de atención sanitaria en Europa y otros países del planeta. En consecuencia, conoce los ámbitos de asistencia técnica, promoción, control y evaluación, de la salud. Observa y analiza el desarrollo, evolución y mejoras de la salud en beneficio de los ciudadanos europeos y del planeta en general. Estudia e informa sobre los Sistemas de Salud Pública por países, realiza perfiles sanitarios y estudios analíticos por países, y la difusión de la información entre los países de la Unión. Es fuente de información sobre la salud en Europa, y al observar los sistemas de salud de los países europeos, y el estado de los sistemas de salud, elabora sus propios temas cuya información transfiere a las diferentes regiones europeas mediante consejos y recomendaciones, revistas, monografías y libros.

El Observatorio Europeo depende de siete áreas geográficas europeas y otras tantas instituciones también europeas, entre las que se hallan dos mundiales. Entre las dos últimas, el Banco Mundial y la Oficina Europea para la Salud de la Organización Mundial de la Salud. Entre las siete europeas se cuentan los Gobiernos de Bélgica, España, Finlandia, Noruega, Grecia, la Región del Véneto y Suecia; y el Banco Europeo de Inversiones, la Escuela Londinense de Economía y Ciencia Política, la Escuela Londinense de Higiene y Medicina Tropical y el Instituto para la Sociedad Abierta.

Se plantea retos sanitarios comunes en base a la evidencia, en temas sanitarios respecto de la salud. Debe ser independiente de las ideologías y disponer amplios conocimientos, evitando las modas pasajeras. Es decir, debe participar y proporcionar conocimientos para establecer políticas sanitarias basadas en la evidencia. Influye en la coordinación de los que deciden la política, los investigadores y la industria farmacéutica.

Los objetivos principales que se ha propuesto son: a). cubrir el espacio entre la evidencia científica y las necesidades de los políticas sanitarias. b). el análisis comparativo de la evidencia existente; y c). el desarrollo de temas prácticos y alternativas en política sanitaria.

El Observatorio Europeo procura evitar que cada país realice experimentos propios, ya hechos por otros, con el consiguiente gasto de energías, tiempo y esfuerzos humanos, sin considerar ni utilizar la experiencia adquirida en otros países. Experiencias, como resultado de haber tenido situaciones análogas, y haber podido evitar el pasar por situaciones similares y obtener idénticas conclusiones. Debe evitarse que, al ser parte de Europa, manifiesten con posterioridad de haber fracasado tras el proceso de la aplicación de su plan local o de sus pautas, y lo recriminen al Observatorio.

El Observatorio influye, por supuesto, en las decisiones políticas, y según los casos puede que demasiado pronto o tal vez demasiado tarde, lo que depende de la solicitud de su intervención. Todos los países tienen:

- Retos sanitarios comunes.
- Globalización de las pensiones.
- Transferencia de modelos e ideas a través de contextos socio-económicos y culturales distintos.
- Convergencia aparente en las estrategias adoptadas.

3.2.2. Promoción de una política sanitaria basada en la evidencia

Una buena política sanitaria es la de aumentar la calidad de vida, es decir, vivir mas años con una ancianidad activa en ausencia de enfermedades crónicas y degenerativas. Un nuevo medicamento no puede ser lanzado al mercado sin pruebas científicas exhaustivas, sin embargo, generalmente se introducen nuevos caminos en proporcionar servicios sanitarios con insuficiente, poca o ninguna evaluación científica. Ocasionalmente, una morbilidad y mortalidad significativa puede estar asociada a los nuevos modelos proporcionados de asistencia sanitaria. Si los cambios en el sistema de asistencia sanitaria estuviesen sometidos al mismo examen, como las evaluaciones de nuevos fármacos, probablemente no serían autorizados, para su aplicación, a los seres humanos (Hillman, 1998). La experimentación animal es importante, pues en caso de su prohibición, debería aplicarse el medicamento directamente en humanos, lo que no es agradable, ni para el paciente o enfermo ni para su familia o allegados, sin conocer previamente una respuesta en mamíferos. Recientemente ha sido aprobado por el Parlamento Europeo, el REACH,

Reglamento para la Evaluación, Autorización de Productos Químicos, con el objetivo de prevenir la salud humana y del medio ambiente y para ahorrar gastos sanitarios, al disminuir las enfermedades crónicas y degenerativas.

3.2.3. Análisis comparado de sistemas

Diferencias internacionales en sistemas de asistencia sanitaria y el abordaje o apertura a reformas, pueden proporcionar a los analistas, un experimento natural. Que si se analiza rigurosamente, puede facilitar el aprendizaje a través de los éxitos y fracasos de otros países. Se ha observado, que la mayoría de los países, aplican reformas de asistencia sanitaria, como si estuvieran solos en el planeta. Pocos entre ellos, han intentado aprender de otros. Cada país, antes de aplicar una reforma, debería estudiar las de los demás, por su experiencia, resultados, riesgos y costes (Mossialos et al., 2002). Realiza un control y monitorización por países de la salud en transición (HiT = Health in Transition), y sus perfiles sanitarios (Bentes et al., 2004).

3.2.4. Difusión de la información

El Observatorio Europeo de sistemas de servicios sanitarios promueve la elaboración de normativas basadas en la evidencia, a través del análisis comprensivo y riguroso de los sistemas de asistencia sanitaria en Europa. Trabaja en colaboración con Gobiernos para describir los sistemas de servicios sanitarios y las modificaciones que se deseen introducir. Reúne los responsables, académicos, legisladores y sanitarios, para el análisis de las diferentes tendencias en los servicios sanitarios. Utiliza la experiencia adquirida en algunas áreas Europeas para iluminar nuevas normativas. Gestiona, a través del esfuerzo de sus colaboradores, encuentros y grupos de trabajo para proporcionar a los legisladores de cada área geográfica, consejos basados en la evidencia. Elabora una amplia gama de estudios analíticos y comparativos para los servicios sanitarios.

Las instituciones siguientes, que voluntariamente han tenido la iniciativa e interés, de poner en marcha esta función interna europea y también de sondeo mundial, en una institución de regulación, control y promoción de la sanidad, a las que proporciona la oportuna información como

a todos los Gobiernos, Instituciones y a la población. Disponible en Bibliotecas de Salud y a los ciudadanos que la soliciten

- Organización Mundial de la Salud (Sede Europea).
- Banco Mundial.
- Banco de Inversión Europeo.
- España, Noruega, Grecia.
- Bélgica, Finlandia y Suecia.
- Región del Veneto.
- LSE (Escuela Londinense de Economía).
- LSHTM (Escuela Londinense de Higiene y Medicina Tropical).
- Instituto de Sociedad Abierta.

3.3. REFORMA DE LA SANIDAD

En virtud de la experiencia adquirida durante los años, y de la aplicación de planes sanitarios en diversos países, son muy útiles y prácticas en algunas áreas de la sanidad, la aplicación de los resultados positivos obtenidos, ventajas y conclusiones, en los ámbitos siguientes; (Nolten and McKee, 2005).

- Cambios en las necesidades de la población en salud.
- Envejecimiento y enfermedades degenerativas.
- Enfermedades crónicas.
- Discusión sobre la libre elección.
- Desarrollos tecnológicos.
- Difusión / transferencia de la información.
- Cambio en los valores sociales.
- Mejores expectativas para pacientes y ciudadanos.

3.4. ENFERMEDADES CRÓNICAS Y GASTO

3.4.1. El Reto de las enfermedades crónicas

El Observatorio Europeo analiza el reto que presentan las enfermedades crónicas, que conllevan un acusado gasto económico en la mayoría de los países de la Unión. El número de las enfermedades crónicas aumenta continuamente, y de una forma solidaria con el envejecimiento de la población. Deben analizarse los factores, para en lo posible, poner re-

medio a la situación. Entre estos cabe destacar el sedentarismo, hábitos nutritivos, el tabaco, alcohol, dieta grasa, y la polución del ecosistema, del que dependen, como es lógico, todo tipo de alimentos. No hay que olvidar que el 80% de las patologías cancerosas tienen un componente o etiología medioambiental. Hoy en día se encuentran cifras de plaguicidas (insecticidas, herbicidas, bactericidas) en frutas, hortalizas, legumbres, agua de bebida, aire y materiales de plástico. El tratamiento alarga la vida pero conlleva un acusado gasto sanitario. La artrosis es la segunda causa de incapacidad laboral, afecta a 7 millones de españoles y cursa con inflamación de las articulaciones, y con pérdida progresiva del cartílago, lo que conlleva como es sabido, un importante gasto sanitario.

Los efectos agudos a corto plazo son improbables o muy leves, sin embargo los crónicos pueden ser importantes, sobretodo en la edad adulta, y conllevan un acusado gasto sanitario a escala social, por el número de personas afectadas en el conjunto de la sociedad.

Se acusa actualmente un incremento de las enfermedades crónicas y de los padecimientos múltiples, principalmente en personas ancianas y con tratamientos de hipertensión, insuficiencia cardíaca, angina, enfermedad pulmonar obstructiva crónica o artritis y en algunos casos con diabetes. Hay que añadir en zonas industriales, una disminución de la fertilidad. El incremento de enfermos infecciosos con Inmunodeficiencias (HIV) con tratamientos de por vida, sometidos los enfermos a una costosa medicación antiviral (retrovirales). El SIDA o Síndrome de inmunodeficiencia adquirida, ha pasado a incrementar recientemente, el número de enfermedades crónicas, que además de requerir un tratamiento de por vida, es letal, infecciosa y por lo tanto entraña un elevado gasto. A este grupo debemos añadir los enfermos de cáncer, operados y en prevención post-operatoria, con un largo tratamiento inmunosupresor. Añadimos además, los que reciben una terapia sustitutiva con hormonas tiroideas y sexuales. En definitiva, un médico de cabecera puede tener varias decenas de enfermos en tratamiento con «cocktails» de medicamentos, con un gasto todavía mas acusado.

3.4.2. Prevención de la enfermedad y disminución del gasto

Para un enfoque ordenado y responsable de la prevención de la enfermedad y de la reducción del gasto sanitario son importantes ambos criterios, el gasto-beneficio y el riesgo-beneficio. Bruselas llama la atención

sobre el gasto sanitario en relación con los efectos de las sustancias químicas, como factores de riesgo en la etiología de enfermedades crónicas, sugiriendo que es mayor a 5 mil millones de euros/año, y solo contemplando el asma y las alergias en Alemania. A este gasto sanitario habría que añadir el de más de 2.000 casos de cáncer y el de todo el grupo de las enfermedades crónicas en ese mismo país, lo que equivaldría a multiplicar el mismo por un factor diez o superior.

En este sentido y después de una discusión de años, sobre la trascendencia de la polución de sustancias químicas en el ambiente y sus posibles efectos en la salud humana, en el ecosistema y sus costes sanitarios, el Parlamento Europeo aprobó el 17 de noviembre 2005, el nuevo «Reglamento» (REACH: siglas en inglés de Register, Evaluation and Authorization of Chemicals) Reglamento para la Evaluación y Autorización de sustancias químicas, y que para su aceptación definitiva tiene que ser revisado y posiblemente modificado por la Comisión de la U.E. en Bruselas. Pero ya se ha dado un paso importante y decisivo. Se obliga a la industria europea a registrar y evaluar científicamente los compuestos vendidos en mas de una tonelada/año, que son unos 30.000 de mas de 100.000 sustancias químicas registradas. Hoy estamos expuestos a la mayoría de ellos, sin conocer con exactitud, en que medida influyen o son factores de riesgo de la etiología de enfermedades crónicas, como: cáncer, cáncer de mama, asma, alergias, Alzheimer, Parkinson, artrosis, diabetes, problemas hormonales de tiroides, criptorquidia, infertilidad, cambio de sexo. El objetivo es proteger la salud, sin perjudicar la competitividad de la industria europea, actualmente líder mundial en la síntesis, elaboración y comercialización de estos productos.

El nuevo ordenamiento obliga a las compañías que solicitan el permiso de comercializar sus productos, a proporcionar toda la información con los datos experimentales, publicaciones y monografías, sobre los efectos biológicos de las sustancias químicas, en los preparados que deseen poner a la venta. La documentación presentada será revisada para elaborar una seria evaluación del riesgo, para la salud y el ecosistema, por expertos, nombrados por la Agencia de Productos Químicos, con sede en Helsinki. Por otra parte, en el ámbito de los medicamentos, actúa la Agencia Europea del Medicamento (EMEA) con sede en Londres, y con subsedes contratadas para las evaluaciones de riesgo en York (ReinoUnido) y Braunschweig (Alemania). A partir de la documentación presentada por los laboratorios, se elaborará una Monografía sobre la sustancia

en cuestión, sea nueva o ya conocida o antigua, en la que se caracterizará su peligrosidad, mediante toda una serie de datos metabólicos, farmacológicos y toxicológicos, estableciéndose claramente sus dosis, y sus efectos biológicos ante la exposición. Se establece la obligación de revisar las autorizaciones cada cinco años. Se tiene previsto que el nuevo reglamento se aplique en toda su extensión en el año 2007, y en su totalidad en el 2018.

Este «Reglamento» REACH, de Registro, Evaluación y Autorización de Productos Químicos, ha sido el más complejo de los reglamentos que ha conocido la Unión, por las exigencias de las partes intervinientes, su trascendencia económica, su proyección en diferentes ámbitos de la salud y del ecosistema y los diferentes ministerios implicados. Entre ellos cabe destacar: el poder político que obra a partir de los datos científicos proporcionados por los expertos; los agricultores que desean abaratar costes, reducir las plagas y aumentar el rendimiento de las cosechas, aplicando los compuestos más potentes y baratos; la industria con su economía y el interés de sus propietarios. Pero siempre para la Administración, el objetivo de fondo es el de abaratar costes en relación a los Sistemas de Salud Europeos, Seguridad Social y Servicios Hospitalarios. Estas sustancias se vierten en toneladas en el medio ambiente, y sin duda tienen sus efectos nocivos sobre la salud humana y del ecosistema.

3.4.3. Necesidad de una evolución del riesgo.

Los productos químicos son imprescindibles en todos los ámbitos de la vida, tanto en la agricultura y en la ciudad como en el hogar, desde insecticidas, herbicidas (plaguicidas), a esmaltes de uñas, perfumes, cremas (dermofarmacia), pasando por los plastificantes de juguetes o utilizados en la fabricación de todo tipo de aparatos, ordenadores y vehículos. La vida sin ellos sería hoy imposible y sin embargo, aunque se conocen escasos datos acerca de cada compuesto, lo que se quiere detallar y aclarar son todos los efectos biológicos a que pueden dar lugar, y el verdadero significado de su participación como factores etiológicos de las enfermedades crónicas anteriormente mencionadas.

La Comisión Europea, máxima instancia de la Unión admite, que ignora en profundidad y en toda su extensión para la salud humana y del ecosistema, el verdadero significado a nivel de garantía de calidad para la salud, del 99% de todas las sustancias químicas. En el día de hoy, nume-

rosos compuestos son comercializados y utilizados en todos los hogares, conociéndose algunos de los efectos biológicos, pero no todos los que se deberían, como su fisiopatología, bioquímica, mecanismos de acción, y sobre el genoma; y también sus antídotos, para casos de necesidad o intoxicación principalmente infantil de los productos del hogar y de los medicamentos. Por ello, se aplicará a partir de ahora, un «análisis del riesgo» completo, es decir, a)- una «evaluación del riesgo» a partir de las dosis, metabolismo, mecanismos de acción y peligrosidad (toxicología y metabolismo), tanto para la salud humana como para el ecosistema (ecotoxicología), fundamentados en los resultados científicos de la biología experimental; b)- una «gestión del riesgo», con la correspondiente recogida, tratamiento, neutralización y reciclaje con vistas al medio ambiente y la salud humana; y c)- una correcta «comunicación del riesgo» en su justa medida, sin sobresaltos ni inquietudes para el día a día en el devenir de la Sociedad Europea.

Las sustancias que no estén registradas y que tampoco estén exentas, no podrán ser comercializadas y por ende utilizadas en toda la Unión. El «Registro», tendrá datos sobre propiedades y utilización de los productos. El plazo de registro para todas las sustancias que se emplean en la UE es de 11 años, en una escala temporal que tiene en cuenta las cantidades producidas, vendidas y su peligrosidad. Las que superen las 1.000 toneladas, y las más tóxicas, persistentes y potentes por su mayor efecto biológico, deberán ser registradas, evaluadas y aprobadas antes del plazo señalado. Una enmienda establece, que los derivados del tabaco deberán ser sometidos al procedimiento de Registro. Se pretende incentivar el desarrollo de nuevas alternativas y de nuevas tecnologías.

En este resumen que exponemos sobre las nuevas disposiciones, debemos mencionar que, para las pequeñas y medianas empresas, se introdujeron unas pertinentes limitaciones legislativas, introducidas con el propósito de aligerar sus cargas económicas, porque evidentemente son consideradas como las más vulnerables a los nuevos requerimientos y pruebas exhaustivas de laboratorio. Con el mismo fin se mantiene el principio de «una sustancia, un registro» (One Substance One Register, con sus siglas en inglés = OSOR) que obliga a compartir los datos con otras compañías, algo a lo que se niegan las grandes multinacionales. Atendiendo a sus demandas se ha aumentado el número de casos en que dejará de aplicarse OSOR, aunque las empresas que quieran acogerse a ese derecho, deberán exponer sus motivos a la Agencia responsable, que po-

drá aceptarlos o en su caso denegarlos. De una forma obligatoria, el principio de OSOR se aplicará estrictamente a las pruebas con animales, incluidos los invertebrados. En todo caso, la experimentación con animales deberá reducirse a la mínima expresión con las indispensables 3R (reemplazar los animales, reducir su número y refinar los experimentos).

3.5. EVOLUCIÓN FUTURA

Una premisa fundamental es la investigación, desarrollo e innovación, principalmente en el ámbito de la salud. Hay pacientes que sufren un tratamiento a largo plazo tan complejos que requieren diversos especialistas (dietista, oftalmólogo, cardiólogo, nefrólogo y podólogo), incrementándose el gasto de la Sanidad. Los enfermos ambulantes, pueden autoadministrarse, como en el caso del autocontrol de los diabéticos (pincharse para su autoanalisis, administración de insulina y preparación de su dieta, y curaciones), todo ello con la supervisión temporal de una enfermera ambulante o fija en su Ambulatorio. Se requiere una visión global y un esfuerzo colectivo, primordialmente en el ámbito de la Geriatría, a la que debemos hacer una especial mención, por inversión de la pirámide humana, los nacimientos escasos y su promoción, la longevidad y la apuesta por una ancianidad activa, la prevención y promoción de la salud.

Establecer redes y mecanismos de colaboración y acción entre todos los estamentos, para evitar lagunas que impiden la aplicación de las medidas oportunas y la inacción en la promoción y prevención. Planes de acción, de desarrollo y de control de su ejecución y de su evolución en la salud de la población, con indicadores y metas apropiadas. Alcanzar un Tratado Mundial de Salud.

3.6. DESARROLLO DE LAS NORMATIVAS EN INGLATERRA

El 60% de la población adulta e Inglaterra padece de enfermedades crónicas (Wilson et al., 2005), sus demandas son desproporcionadas para el sistema de atención sanitaria inglés. El 15% tiene tres o más problemas crónicos, y requieren el 80% de las consultas, y representan el 30% de los días de ingreso. Esto requiere una política de prevención futura de enfermedades crónicas, como prioridad del Sistema Nacional de Salud, con la reducción de los ingresos en urgencias del 5% para el año 2008 (Technical Note, 2004).

Los estudios piloto, que se realizan con 9 grupos de tratamientos crónicos, todavía inconclusos, en cuanto a conseguir una reducción de las admisiones en urgencias (United Health Europe, 2005; Borden et al., 2005). El gasto proporcional en salud de enfermedades crónicas en EE.UU. es inferior que en Europa, por ejemplo, en la diabetes ocurre una mortalidad 5 veces superior en los jóvenes que en Europa (McKee and Nolte, 2004). La atención primaria es crucial en todas las reformas sanitarias (Nolte and McKee, 2005).

3.7. EQUILIBRIO ENTRE PRESENTE Y FUTURO

El Observatorio Europeo realiza estudios comparativos en el ámbito de la salud, no solo entre diversos países de la Unión, sino también con otros de la órbita y extranjeros. Son temas de interés, el estudio, la prospección y el impacto para compartir gastos entre Instituciones, Compañías de Seguros y Asegurados. Estudios sobre los pagos por asistencia sanitaria y los convenios con Compañías de Seguros privados.

- Mejora de la salud y atención primaria.
- Eficiencia macro-económica, sostenibilidad.
- Eficiencia micro-económica.
- Equidad (acceso, financiación), solidaridad.
- Calidad, seguridad.
- Capacidad de dar respuesta, elección.

3.8. ANÁLISIS COMPARATIVOS / ESTUDIOS

- Financiación de los servicios sanitarios: opciones en Europa.
- Seguros médicos voluntarios en la Unión Europea.
- Adquisiciones instrumentales, para mejorar la puesta en práctica de la asistencia sanitaria de calidad y de diagnóstico.
- Servicios apropiados de calidad de los Hospitales, con Unidades Ambulantes de cuidados intensivos o primarios; Recursos humanos con una formación seria, para la salud en Europa.
- Descentralización de la asistencia sanitaria.
- Regulación y facilitación de la conducta emprendedora.
- Impacto de la legislación de la UE sobre la asistencia sanitaria.
- Regulación y control de los medicamentos.

Otros estudios y análisis comparativos, que se realizan en el Observatorio implican la implantación de la Seguridad Social en los países del este Europeo (McKee et al., 2004). Y la evaluación y aplicación de los sistemas sanitarios de los países nórdicos; el mapeo de la evaluación de la extensión de la salud en Europa, la descentralización de sistemas sanitarios, sus objetivos clave o blanco y la evaluación de las normativas, en la Base de Datos de la «Salud para Todos» (HFA = Health For All, de la Organización Mundial de la Salud, Oficina para Europa). Las normativas y prácticas en salud mental en Europa, enfermedades contagiosas, y servicios de tratamientos crónicos (Albrecht et al., 2002; McKee et al., 2004)

- Asistencia sanitaria en Asia Central.
- Normativas sanitarias y ampliación de la UE.
- Sistemas de Salud en transición CEE-NIS (Countries East Europa - New Independent Countries, de la antigua Unión Soviética).
- Sistemas de Seguridad Social en Europa Occidental.
- Implantación de la Seguridad Social (SHI = Social Health Insurance) en Europa Oriental.
- Sistemas sanitarios en países nórdicos.

3.9. DESARROLLO DE ACTIVIDADES

Entre las actividades del Observatorio Europeo, mencionamos las Series de publicaciones, que dan a conocer los sistemas de servicios sanitarios de cada país, en concreto, como Health Care Systems in Transition, series (HiTs). Perfiles de los sistemas de servicios de la salud de todos los 51 países europeos. El sumario en base de Datos, de los perfiles en HiTs de cada país. Estos estudios, de los que muchos de ellos están publicados en colaboración con la editorial Open University Press.

- Publicaciones (Observatory Series). Intercambio rápido.
- Colaboración con otras instituciones. Edición de libros y monografías.
- Incorporación de estudios líder, del exterior.
- Difusión de Revistas sanitarias y de la especialidad, para informar a los responsables de las normativas: Eurohealth; Euro-Observer; Reuniones científicas; Internet: www.observatory.dk

3.10. ELECCIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS

3.10.1. Elección y gasto

Se procura otorgar a los ciudadanos de la Unión el derecho a ejercer un cierto grado de elección sanitaria en sus diferentes aspectos, teniendo presente la responsabilidad, eficiencia, efectividad y economía (costo-beneficio). Thomson, Dixon, Bech, Riesbberg and Dourgnon, 2004.

La libertad de elección es un elemento crucial en el tradicional modelo económico, pues está en función de la infraestructura y de la disponibilidad de recursos. Los asegurados desconocen algunas veces la naturaleza de la infraestructura y las posibilidades médicas, y puede tener preferencia por Unidades Clínicas de inferior calidad y peor dotadas que aquella a la que se le envía o adscribe. A pesar de todo el paciente o enfermo prefiere hacer su propia elección, sea la mejor o a veces la desfavorable, aunque no conocida.

Por todo ello, la información de los asegurados en muy importante en vista a las alternativas, para ejercer una correcta elección con seguridad y tranquilidad en vista a las posibles consecuencias.

Algunos economistas argumentan que la libre elección puede reducir el bienestar individual (Rice, 2001).

- Necesidad de información adecuada.
- Capacidad de elección tiene importancia creciente en países europeos, es central en la Seguridad Social General, y aumentada en España en el Servicio Nacional de Salud.
- Elección de asistencia primaria y de Hospitales (también en sistemas de asistencia sanitaria nacional).
- Elección reforzada, por documentos autorizantes, para los pacientes y sus derechos.

Disposición limitada para abonar según la elección, cuando esta última no resulta de calidad o no sea eficiente: la elección del comprador (asegurador) en contra de la elección del ciudadano; o la elección restringida de especialista y del responsable (médico de cabecera).

- Una desacertada elección induce a un sentimiento de pesar.

- Elecciones desacertadas de unos influyen en otros pacientes.
- Los gastos sociales de posibilidad de elección son más gravosos que los beneficios.

3.10.2. Elección y sistema de salud

Es necesario conocer que clases de elecciones, en teoría, es posible realizar, los factores capaces de limitar aquellos en la práctica, y los motivos y objetivos de las normativas. En la tabla 1 se especifican tres amplios ámbitos en los cuales existe posibilidad de elección en el sistema de salud.

TABLE 1. Posible elección en los Sistemas de Salud
(Thomson and Dixon, 2004)

ASEGURADOR SANITARIO	PROVEEDOR SANITARIO	TRATAMIENTO TERAPÉUTICO
Tener Aseguradora o Estar asegurado	Proveedor del primer contacto	Opción de rechazar el tratamiento
Aseguradora pública o privada	Médico General	Elección del tratamiento
Servicios básicos cubiertos por la Aseguradora	Especialista	Cuando ser tratado
Reserva Aseguradora Pública	Acceso directo a los especialistas	Elección del lugar, por. ej: nivel y lugar del servicio
Cuota de contribución	Hospital	De las facilidades y comodidades
—-	Doctor en Hospital	De participar en pruebas (estudios)

Si se ofrece la elección, debe ser libremente disponible para toda la población. Sin embargo, en la práctica difícilmente la elección es totalmente «libre» (Levett et al., 2003). Normalmente la elección está implícita o explícitamente restringida.

Ejemplos de restricción explícita incluyen limitar la elección a:

- Grupos de población específicos, como los que ganan mas de una cierta cantidad al año.
- Una gama limitada de opciones, como p.ej. proveedores sanitarios dentro de un área geográficamente definida.
- Un punto particular en el tiempo o una decisión definitiva.
- Aquellos que están dispuestos a pagar honorarios o cuota adicional.

Por otra parte, la elección está disponible en teoría, pero limitada en la práctica, debido a restricciones que surgen del contexto en el que se desarrolla (Levett et al., 2003). Estos factores incluyen:

- Capacidad individual: conocimiento e información.
- Capacidad del sistema sanitario: recursos financieros y técnicos
- Proximidad a los servicios.
- Capacidad de pago: por acceder a servicios privados o por tener un acceso incrementado dentro del sistema público.
- Normas culturales o institucionales; y
- Respuestas institucionales a incentivos particulares, tales como selección de riesgos por las Aseguradoras en competencia.

Aunque la elección en los sistemas de salud europeos son diferentes pueden identificarse tendencias comunes. Algunas normativas tienen por objeto aumentar el acceso equitativo a los servicios sanitarios, por ej., reduciendo variaciones en tiempos de espera o nivel de contribución; o la extensión de la elección a la población total. Otras normativas tratan de aumentar la eficiencia del sistema sanitario, a menudo aumentando la competición entre los proveedores estableciendo competitividad, como candidatos (Hospitales, médicos, especialistas).

3.10.3. Significado de la elección

En algunos países europeos occidentales, la elección ha sido una característica duradera en el sistema sanitario, y por lo tanto no es una cuestión de discordia en las normativas, auque los efectos de estas elecciones pueden ser causa de preocupación. En otros países los Gobiernos han in-

troducido deliberadamente normativas que intentan aumentar o reducir la elección. Estas normativas han sido particularmente predominantes desde los años 90.

En Inglaterra, en los años 80, los modelos de Asistencia Sanitaria integrada públicamente en el Sistema Nacional de Salud (NHS=Nacional Health Service), y también en Escandinavia, con el sistema de salud descentralizado, se desacreditaron bajo crecientes críticas, debido a su ineficacia, pobre organización y falta de respuesta a las necesidades de sus usuarios (Enthoven, 1989). Hubo un aumento de interés en consumismo, y aumento de preocupación sobre la capacidad de los servicios públicos de responder a las expectativas del público (Freeman, 1998).

En el año 2000, el informe de la OMS sobre la realización de sistemas de salud en el mundo, incluye la capacidad de responder o de oferta a las expectativas del público, como uno de los 4 criterios usados para evaluar las realizaciones de los sistemas sanitarios (WHO Report, 2000).

Recientes normas del Tribunal de Justicia Europeo, subrayan el hecho de que los Sistemas de Salud en la U.E. deben orientarse a sus normas de competitividad, acuciando a los Gobiernos de algunos de los estados miembros, a distribuir los pacientes a proveedores diversos, aún donde haya embarazosas listas de espera (Brouwer et al., 2003).

3.10.4. Ejemplos de libre elección

En la U.E. se estimula la competitividad entre Aseguradoras públicas y privadas, que conduce a un aumento de eficacia y realizaciones en los Sistemas de Salud en su conjunto (Saltman et al., 2002; Saltman et al., 2004; McKee and Healy, 2002).

En la práctica, sin embargo, este tipo de planteamiento no es común. En Europa Occidental está solamente implantado en Alemania. Aunque los Gobiernos de Austria (1999), Portugal (1993), y España (1975), consiguieron un aumento en el acceso a Aseguradoras de salud privadas, de grupos específicos de trabajadores, que, no son de libre elección, porque son obligatorios e implican una decisión colectiva (Mossialos y Thomson, 2004).

En Alemania la libre elección entre Aseguradoras públicas y privadas han llevado a una gran complejidad y descontento con el sistema y preo-

cupación por poder ser mantenido el actual sistema de seguros de enfermedad. Ha sido uno de los motivos de los principales problemas en las elecciones del 2002; y algunos exigen una revisión radical de los seguros públicos y privados. La competencia entre las Aseguradoras privadas en Alemania, se desarrolló esperando que así aumentarían incentivos para fondos y poder trabajar con mas eficacia (Schut et al., 2003).

En nuestra opinión, la causa fue, que el Estado fomentó los Seguros privados para descargar los públicos, por falta de medios suficientes, años después de la reunificación alemana. Por un lado se tiene la preocupación de si el Estado puede pagar por sus deudas; y por otro lado también de si los privados pueden ponerse a la altura de la inflación, cada vez más amenazante. Sin embargo, sigue todo igual, con preocupación añadida de los ancianos, sobre sus futuras pensiones de vejez, y también sobre sus propios servicios sanitarios.

En Europa, la libre elección se implanta como medida para aumentar la eficacia y la solidaridad. En la mayoría de los países de la Unión, el paciente, previa visita a especialista, debe pasar por el médico de cabecera, del que existe libre elección, como norma y derecho fundamental de la persona humana en la mayoría de los sistemas de salud europeos, y este envía el paciente al especialista. Esta última opción no parece muy popular a los enfermos porque entorpece la accesibilidad y a la calidad de los servicios primarios de salud. Aunque el paciente, por desconocimiento, no alcance a evaluar la calidad, la preparación y la diligencia del médico al que es remitido.

La libertad de elección en los servicios sanitarios de los Ambulatorios contrasta, con la obligatoriedad de los pacientes ingresados, obligados a los servicios hospitalarios donde están ingresados, a menos que sean ingresados por la vía de urgencia, emergencia o accidente. En Alemania, donde existe libertad de elección de hospital, el médico de cabecera tiene un importante significado en la decisión del paciente para ser tratado en un determinado Hospital. Ello está derivado de la existencia de una amplia gama de Hospitales, especialistas y médicos, por ello es fácil elegir entre asistencia pública y privada. A pesar de la gran diversidad y de las posibilidades, en Alemania y Francia, desde Aseguradoras públicas y privadas, infraestructuras, especialitas y médicos, y el «status» de los Hospitales, los enfermos desconocen con exactitud la realidad de la situación y sus disponibilidades, por ello debe dejarse guiar por su médico de cabecera. Solo mediante una determinada indicación por el conocimiento de

un determinado especialista, puede, a través de un excepcional procedimiento con permiso de la dirección del Hospital acceder a ese determinado Hospital.

3.11. AVANCES RECIENTES

Algunos ciudadanos europeos, enfermos de áreas geográficas limítrofes o bien no residentes en ese país, y por consiguiente desprovistos de buenos servicios sanitarios o carente de ellos, mientras haya convenios bilaterales entre países, pueden ejercer el derecho de elección, para acceder a los servicios sanitarios de otro país, mientras esté previsto el reembolso de los servicios prestados, y los de la población no residente. En España se acoge plenamente la población emigrante, en el Sistema Nacional de Salud.

Recientemente, los Gobiernos de Alemania, Bélgica y Holanda, han establecido convenios, para atender independientemente a su población que esté en una larga lista de espera. En la Comunidad Autónoma de Madrid, la lista de espera quirúrgica es inferior a un mes para ser asistido (atendido). La elección de Hospital en el propio país, para rebajar el tiempo en las listas de espera, ha sido implantado en Inglaterra, Dinamarca, Suecia y Holanda, sin embargo, en realidad ha sido sorprendentemente baja. El enfermo elige lo que le es más cómodo en su entorno, lo cercano y familiar (Thomson and Dixon, 2004).

En Holanda durante el año 2005, se prosigue el objetivo de limitar los costos farmacéuticos a través del control de precios. Se ha observado en los Sistemas de Salud europeos, que quienes ejercen, principalmente, la libertad de elección, es la población informada, joven, sana, con mas medios, con mayor capacidad de movilidad, pero también capaz de dejarse persuadir de que no la ejerzan. Uno de los factores son los gastos, su propia conveniencia y el relato de experiencias anteriores. Otros factores que contribuyen a relegar la libertad de elección son, falta de incentivos tanto para los enfermos como los proveedores (Hospitales, especialistas y médicos), escasez de la necesaria información, gastos para obtener y procesar esta información, resistencia de las instituciones, normas culturales y falta en la seguridad de mejores expectativas.

En Dinamarca, sus residentes pueden elegir entre dos grupos para recibir servicios de atención primaria. Los ciudadanos del grupo 1, están re-

gistrados a un médico de cabecera en un radio de 15 Km de su casa, y de 5 Km en la capital Copenague, y tienen libre acceso a médico y a especialista, pero a este último con volante del médico de cabecera, excepto para el otorrinolaringólogo y para el oftalmólogo (Bech, 2004). Si el enfermo lo hace por iniciativa propia debe abonar sus propios gastos. Cada seis meses tiene derecho a elegir nuevo médico de cabecera, aunque es infrecuente. Los individuos del grupo 2 tienen libertad de visita a médico de cabecera y de especialista, pero hay co-pago para todos los servicios, excepto para el tratamiento en Hospital. Solamente el 1,7 % de la población ha optado pertenecer al grupo 2 (Bech, 2004).

A partir de 1993, en Dinamarca, la libre elección de Hospital se limitó, y en el año 2000 solo el 7,9 % de tratamientos de los enfermos no agudos ingresados y el 6,7 % de los ambulantes no agudos fueron realizados en un distrito diferente al de residencia del enfermo (Sundhedsstyrelsen, 2002). Los enfermos deben abonar, por supuesto, sus gastos de viaje, lo que representa una limitación en la libre elección de Hospital. Sin embargo, existe discusión en el marco de la legislación vigente sobre la libre elección de Hospital (Vrangbaek and Bech, 2004). Desde el año 2000, la aportación de los distritos a los Hospitales representó un 3 % de su remuneración total, y esta aportación no deja de aumentar año tras año. El tiempo de espera en sus listas se ha reducido de 3 a 2 meses. Si el periodo de espera es superior, el enfermo tiene el derecho de gestionar su tratamiento en otro Hospital, incluso privado en Dinamarca o en otro país con el que su propio distrito tenga convenio sanitario. En Dinamarca, el % de las camas hospitalarias en el sector privado es inferior al 1% (Bech, 2004). En el año 2007 se tiene la pretensión de re-estructurar el Sistema Sanitario descentralizado en cinco regiones nacionales.

Todos los países europeos al unísono persiguen como objetivo común limitar los costes farmacéuticos mediante el control de los precios, para ello se creó el grupo de los medicamentos genéricos, de precio inferior de igual concentración de principio activo y calidad de efectos o potencia farmacológica, para su provisión mediante la receta médica.

El Alemania, el Sistema plural de Salud impone un elevado énfasis en la libre elección de proveedores (Hospitales, médicos, especialistas), y de aseguradoras, acoplados a una gran densidad de capacidades y personal sanitario, que permiten un fácil acceso a Ambulatorios y al ingreso en Hospitales. En el 2003 la Seguridad Social (Social Health Insurance) cubría (88%) la mayoría de los 82,3 millones de habitantes. La Seguridad Sani-

taria Privada aproximadamente el 10%, los servicios de atención gubernamental específicos libres cubren el otro 2%, y el 0,2% no está cubierto por ninguna entidad (Busse and Riesberg, 2004; McKee and Healy, 2002).

El Servicio de Atención Sanitaria Pública alemana, cuenta con el 99% de todas las camas, y el 1% restante es solo accesible a enfermos privados, que tienen ambos aseguradora pública y abonan de su bolsillo (Riesberg, 2004).

En el año 2004, un millón de enfermos asegurados al Servicio de la Seguridad Social (SHI) han participado en un programa dirigido para enfermos crónicos de diabetes, cáncer de mama y de insuficiencia cardiaca congestiva crónica (Busse, 2004)

3.12. SOBRE REGULACIÓN DEL MERCADO DE MEDICAMENTOS

En Europa se hace un esfuerzo para alcanzar la eficacia, la igualdad y la calidad en los Sistemas de Salud (Mossialos et al., 2004). Los medicamentos constituyen un ente crucial en la Sanidad. La regulación del mercado farmacéutico es un tema complejo que implica la interacción dinámica de múltiples actores, y no solo del médico que prescribe y del farmacéutico que los vende. El farmacéutico tiene una implicación activa, no solo en dispensar un determinado producto, también en la selección de los específicos de múltiples orígenes, y en su adquisición. El enfermo hoy en día se informa sobre su propia salud y como la puede mejorar, con la ayuda del farmaceutico y la información disponible de prospectos y catálogos de propaganda de numerosos laboratorios y publicaciones, y del consumo de determinados medicamentos por cuenta propia. Es conocido que en algunos domicilios se tienen cajones y armarios llenos de medicamentos, y que la política de información de los farmacéuticos, es la de aconsejar retirar y devolver los que no se utilizan a los depósitos de retirada disponibles en las Farmacias.

De nuevo citamos aquí la trascendencia de los medios de información, periodísticos y visuales en la información y formación en salud y la conducta a seguir. Los mayoristas tienen algo que decir en los precios al por menor, con las diferencias que los obtienen de los laboratorios por su compra al por mayor. Por su parte la industria farmacéutica también influye en el consumo de medicamentos, en función de la difusión de la in-

formación, propaganda y precio. La actitud de los Gobiernos y las Aseguradoras de cada país, para implantar una regulación, es compleja y diversa. La globalización tiene también su propia influencia en la provisión y precio de los medicamentos.

Los Gobiernos hacen frente a los gastos farmacéuticos, que en muchos países crecen a índices superiores a los del producto doméstico y a otros presupuestos de atención sanitaria. Para muchos países europeos, se trata de un serio problema, y se realizan intentos de contener estos gastos. Pero los Gobiernos tienen otras responsabilidades, como mejorar la calidad de los servicios de atención sanitaria que ofrece, viendo las necesidades del enfermo y asegurar la igualdad, solidaridad y eficacia, como hemos visto en los apartados precedentes.

La industria farmacéutica proporciona empleo y los medios necesarios para una buena salud, pero exporta sus ganancias. Los Gobiernos tienen que tratar con mucha cautela los intentos de exigir a la industria farmacéutica de contener sus ganancias, y sin ahogar sus ventas, evitar el riesgo de perder los amplios beneficios sociales sanitarios alcanzados, de ahí la importancia de los medicamentos genéricos.

El Observatorio Europeo, con la publicación de Mossialos, Mrazek y Walley, 2004, en sus 21 capítulos, intentan poner en evidencia los factores que intervienen en regular el mercado farmacéutico en Europa. Habla de las amplias perspectivas, armoniza los intereses institucionales, políticos y supranacionales. Describe, analiza y compara los éxitos y fracasos, las iniciativas específicas para regular el mercado de los medicamentos en Europa.

En los capítulos 2 al 4 trata de los temas relacionados con los aspectos políticos, legales y de salud pública en la regulación farmacéutica a niveles nacionales y de la Unión Europea. Los caminos para evaluar y monitorizar los resultados en el sector farmacéutico son discutidos en el capítulo 5.

En los capítulos del 6 al 13 se discuten temas específicos relacionados con la regulación de los precios de los medicamentos, reembolsos de fármacos, la buena práctica de prescripción, los enfermos y sus medicamentos, los incentivos en la prescripción, regulación de la distribución y venta en Farmacias, el significado de las Farmacias de Hospital, y el impacto de las cuotas en el precio del medicamento.

En los capítulos 14 al 18 se explora como pueden variar las regulaciones en los diferentes tramos del mercado farmacéutico, para medicamentos fuera de patente o de estraperlo, las implicaciones actuales y futuras de los medicamentos que influyen en el estilo de vida, biotecnología y medicina alternativa.

Los capítulos 19 y 20 examinan la regulación de los mercados farmacéuticos en otros países, especialmente de la Europa Central y del Este; y de la Commonwealth de estados independientes. Finalmente, el capítulo 21 examina los aspectos éticos relacionados con la administración de los mercados farmacéuticos (Light and Walley, 2004). La regulación del sector farmacéutico, por su complejidad y trascendencia, implica importantes y serias decisiones. Los capítulos que acabamos de señalar son muy amenos y decisivos para el futuro debate para lograr una necesaria eficacia, calidad e igualdad de participación para todos los estamentos implicados en el mundo de los medicamentos, desde la responsabilidad del enfermo hasta la solidaridad de los responsables de la industria farmacéutica, que por otra parte ya ocurre, como comprobamos, con la disponibilidad de los medicamentos genéricos.

3.13. REFORMAS

3.13.1. Implantación de las reformas

Enthoven y Singer, 1999, no aconsejan la competencia organizada en los servicios sanitarios, para el Reino Unido. Hay demasiadas cuestiones sin resolver, sobre el funcionamiento futuro exacto, no existe todavía el convencimiento de que pueda hacerse practicable (….). Esquemas, como la competencia organizada, tendrían que empezar en algunas regiones geográficas típicas y pequeñas, y tendrían que ser observados cuidadosamente, y extendidos y ampliados en el caso de que funcionaran, y permitir su suspensión, en caso de que no lo hagan.

Uno de los principales fracasos del mercado interior, como normativa pública, fue que se pasó a descripciones fragmentarias del concepto de adopción e implantación, sin una fase adecuada de planificación y análisis para su implantación (...). Cualquier reforma de esta índole tendría que ser discutida y apoyada en público, y posteriormente puesta en práctica, con el apoyo bipartidista, para evitar los efectos negativos que penden sobre reformas bajo la amenaza de ser invertidas después de una próxima elección.

3.13.2. Como conseguir el cambio efectivo

- Comprendiendo el contexto. Aplicando influencias externas. Logrando sostenibilidad bajo restricciones económicas
- Tratando con actores implicados en el cambio. Asegurando la voluntad política (ante posibles protestas y cambios continuos). Trazando las agendas de los actores implicados y formando alianzas estratégicas. Asegurando el apoyo público
- Ejecutando el proceso. Manejando la estructura, responsabilidad, legislación. Calculando y manteniéndose a la altura de los cambios
- Formando capacidad institucional, directiva y humana.

4. Consideraciones finales

4.1. Para la prevención en Salud Pública en Europa, observamos según experiencia adquirida, que son importantes las Instituciones Europeas de la Salud y los Medios de Comunicación y de las Telecomunicaciones, con la libertad de información dentro de los límites de la ética profesional, para una difusión rápida y eficaz, como alerta y los consejos iniciales a tomar por la población.

4.2. Es importante la responsabilidad de las instituciones implicadas en salud y medioambiente, para Educación en salud que conlleva su promoción, prevención, inversión en medios para la investigación, desarrollo e innovación, e infraestructuras para el diagnóstico, tratamiento y calidad de vida de los ciudadanos.

4.3. Debe asumirse una Educación Integral en Salud con la responsabilidad de todos, desde las instituciones hasta cada uno de los ciudadanos, para reducir gastos y dar a cada persona un sentido positivo de entender su salud, la vida y la del ecosistema, en íntima interacción, que incluya los determinantes de su salud, para prevenir el enorme gasto de las enfermedades crónicas y degenerativas.

4.4. Es importante la atención sanitaria, médica-farmacéutica, su formación continuada, en el sentido de información, asesoramiento, educación, control y seguimiento de la salud de la población, para ayudar a solucionar los cambios rápidos sociales, económicos y demográficos, con frecuencia adversos para los mas desfavorecidos, en sus condiciones laborales, estructuras familiares, desa-

rraigo y diferencias sociales, así como paliar la inversión de la pirámide de la población.

4.5. Aplicación por las Administraciones y Gobiernos de las leyes, Reglamentos y Directivas disponibles, que regulan las actuaciones de las Agencias Sanitarias (medicamentos, productos químicos, de las sustancias peligrosas), de la Carta de Bangkok, Tratados de Salud y alcanzar un Tratado Mundial de la Salud.

4.6. Aplicación de las mismas reglas y convenciones al unísono por todos los países, para la promoción y defensa de la salud y del medio ambiente para todos en la instalación de un mundo globalizado.

AGRADECIMIENTOS

El autor agradece la información recibida y las discusiones constructivas con el Presidente de la RANF Juan Manuel Reol Tejada; el Consejero Técnico de la Dirección General del ISC III Honorio Carlos Bando Casado; el Catedrático de Bioquímica de la UNESP y Profesor de la Facultad de Derecho de la ITE de Bauru, Brasil, Ney Lobato Rodrigues; de la Prof. Dra. Juana Benedi, del Departamento de Farmacología de la Facultad de Farmacia, UCM. España; y de los miembros del Observatorio Europeo de Salud Dr. Josep Figueras y Dra. Vaida Bankauskaite.

5. Bibliografía

Albrecht T. et al. Health care systems in transition: Slovenia. European Observatory in Health Care Systems. The European Observatory on Health Care Systems and WHO. vol 4, (2), 2002

Ayguals de Izco W. Galería Regia, Tomo II, 2ª edición. Editorial Ayguals, Madrid, 1848.

Bando Casado H.C. La promoción integral de la salud: un reto de futuro. GlaxoSmithKine, 2002.

Bando Casado H.C. Balmis, precursor de la educación para la salud. Opinión, N.º 3843, pag 53, 2004.

Bentes M., Dias C.M., Sakellarides C. and Bankauskaite V. Health Care Systems in Transition: Portugal. European Observatory on Health Systems Policies. vol 6, No 1, WHO 2004.

Boaden R., Dusheiko M., Gravelle H., Parker S. et al., Evercare Evaluation Interim Report: implications for supporting people with long-term conditions. Manchester: National Primary Care Research and Development Centre, 2005.

Brouwer W. van Exel J., Hermans B. Stop A. Should I stay or should I go? Waiting lists and cross-border care in the Netherlands. Health Policy, 63 (3), 2003.

Busse R. Disease management programs in Germany's statutory health insurance system. A Gordian solution to the adverse selection of chro-

nically ill people in competitive markets? Health Affairs, 23 (3), 56-67, 2004.

Busse R. and Riesberg A. Health care system in transition – Germany. Copenhagen, World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. 2004.

Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado. VI Conferencia Mundial para la Promoción de la Salud. Agosto 2005.

Cuadernos Quiral. No 18. SARS. Fundación Vila Casas, Barcelona, diciembre 2004.

De Lucca M., Pérez B., Desviat L.R. and Ugarte M. Molecular basis of phenylketonuria in Venezuela: presence of two novel null mutations. Hum. Mut., 11, 354-359, 1998.

Desviat L.R., Pérez B., De Lucca M., Cornejo V., Schmidt B. and Ugarte M. Evidence in Latin America of recurrence of V388M, a phenylketonuria mutation with high in vitro residual activity. Am. J. Hum. Genet., 57, 337-342, 1995.

Desviat L.R., Pérez B., Gutierrez E., Sánchez A., Barrios B. and Ugarte M. Molecular basis of phenylketonuria in Cuba. Hum. Mut., Mutation iin Brief, 440, 2001. Wiley-Liss, Inc.

Enthoven A.C. What can Europeans learn from Americans? Health care Finance Review, December 49-63, 1989.

Enthoven A.C. and Singer S.J. The Manager Care Backlash: Unrealistic expectations born of defective institutions. J. Health Polit. Polic. Law, 25 (5), 1999.

European Environmente Agency. Published by: EEA (European Environment Agency) OPOCE (Office for Official Publications of the European Communities), 2005.

Fernández Sanz J.J. 1885: el año de la vacunación Ferrán: trasfondo político, médico, sociodemográfico y económico de una epidemia. Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces, 1990.

Figueras J., Mckee M., Cain J., and Lessorf S. Health care system transition: learning from experience. The Observatry on Health Care System Series. 2004.

Freeman R. Competition in context: the politics of health care reform in Europe. Internat. J. Qual. Health Care, 10 (5), 1998.

Gahona Fraga S. Los españoles en Europa hacia el siglo XXI. Edit: Oikos-tau, Barcelona, 1998.

Giménez Sánchez F. Tras los pasos de Balmis: cooperación internacional y vacunas. En: Las vacunas doscientos años después de Balmis. Vol 1. Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Sanidad y Consumo, 271-280, 2004.

González Barón M. y Casado Sáenz E. Cáncer y Medio Ambiente. Editorial Noesis S.L., Madrid 1997.

Hillman K. Restructuring Hospital Services. Med. J. Australia, 169 (5), 239 y siguientes, 1998.

La Sanidad Española en la Europa de Maastricht. V. Moya Pueyo y F. González Navarro. 1993. Edita: I.M.& C. Madrid, España.

Las vacunas doscientos años después. Instituto de Salud Carlos III y Ministerio de Sanidad y Consumo. Comisión Nacional Bicentenario 1803-2003. Real Expedición Filantrópica de la Vacuna. 2004.

Levett R., Christie I., Jacobs M. Therivel R.A. A better choice of choice: quality of life. Consumption and Economic Growth. London, Fabian Society, 2003.

Light D.W. and Walley T. A framework for containing cost fairly. In: Regulating pharmaceuticals in Europe: striving for efficiency, equity and quality. Mossialos E., Mrazek M. and Walley T. (ed.) Edited by European Observatory on Health Systems and Policies Series. Open University Press, Berkshire, U.K. Chapter 21, 346-358, 2004.

López Piñero J.M. et al. El cólera de 1885 en Valencia y la vacunación Ferrán. Guía de la exposición, diciembre de 1985. Valencia. Caja de Ahorros de Valencia, 1985.

Making decisions on Public Health: a review of eight countries. Edited by: S. Allin, E. Mossialos, M. McKee and W. Holland. European Observatory on Health Systems and Policies. World Health Organization 2004.

Mayor Zaragoza F. Bases moleculares de las enfermedades metabólicas, prevención. Discurso de recepción de Académico, Real Academia Nacional de Medicina. Madrid, 2002.

McKee M. and Healy J. Hospitals in a changing Europe. European Observatory on Health Care Systems Series. Open University Press, Buckingham, U.K. and Philadelphia, USA, Copyright WHO 2002.

McKee M and Nolte E. Respondig to the challenge of chronic disease: ideas from Europe. Clin. Med., 4, 336-342, 2004.

McKee M., MacLehose L. and Nolte E. Health policy and European Union enlargement. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Open University Press, Berkshire, England 2004.

Mossialos E., Dixon A., Figueras J. and Kulzin J. Funding health care: options for Europe. European Observatory on Health Care Systems Series. Open University Press, Berkshire, England, Copyright WHO 2002.

Mossialos E. and Thomson S. Voluntary health insurance in the European Union. The Observatory on Health Care Systems Series. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2004.

Mossialos E., Mrazek M. and Walley T. Regulating pharmaceuticals in Europe: striving for efficiency, equity and quality. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Open University Press, Berkshire, England, 2004.

Nolte E. and McKee M. Responding to the challenge of chronic diseases: lessons from England? Newsletter of the European Observatory on Health Systems and Policies. Euro-Observer, vol 7 (2), 1-3, 2005.

Nuñez Centella R. Sobre la exposición «Vacunas para todos». En: Las vacunas doscientos años después de Balmis. Vol 1. Edit.: Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Sanidad y Consumo, 17-22, 2004.

Ortega y Gasset J. España invertebrada, Bosquejo de algunos pensamientos históricos. Madrid, 1969.

Pérez B., Desviat L.R., Díe M., Cornejo V., Chamoles N.A., Nicolini H. and Ugarte M. Presence of the Mediterranean PKU mutation IVS10 in Latin America. Hum. Mol. Genet., 2 (8), 1289-1290, 1993.

Pérez B.., Desviat L.R., De Lucca M., Schmidt B., Loghin-Grosso N., Giugliani R., Pires R.F. and Ugarte M. Mutation analysis of phenylketonuria in South Brasil. Hum. Mut., 8, 262-264, 1996.

Pérez B., Desviat L.R., De Lucca M., Cornejo V., Raimann E. and Ugarte M. Molecular characterization of phenylalanine hydroxylase deficiency in Chile. Hum. Mut., Mutation in Brief, 243, 1999. Wiley-Liss, Inc.

REACH: Register, Evaluation and Authorization of Chemicals. Parlamento Europeo. Unión Europea. Bruselas, 2005.

Rice T. Should consumer choice be encouraged in health care? J.B. Davis (ed.) En: The Social Economics of Health Care. London, Routledge, 2001.

Riesberg A. Choice in the German health care system. Newsletter of the European Observatory on Health Systems and Policies. Euro-Observer, 6 (4), 6-9, 2004.

Saltman R.B., Busse R. and Mossialos E. Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems. European Observatory on Health Care Systems Series. 2002.

Saltman R.B., Busse R. and Figueras J. Social Health Insurance Systems in Western Europe. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Open University Press, Berkshire, England. Copyright WHO 2004.

Sánchez Albornoz C. España un enigma histórico. Tomo I, Editorial Sudamericana, Buenos Aires, 1962.

Schut F., Gresz S. and Wasem J. Consumer price sensitivity and social health insurer choice in Germany and the Netherlands. Inter. J. Health Care Finance Economics, 3, 2003.

Sundhedsstyrelsen Afregning af Fritvalgspatienter (Remuneration of free choice patients). Kobenhavn, Sundhedsstyrelsen, 2002.

Technical Note for the Spending Review 2004 Public Service Agreement 2005-2008. Department of Health, U.K.

Thomson S. and Dixon A. Choices in health care: the European experience. Newsletter of the European Observatory on Health Systems and Policies. Euro-Observer, 6 (4), 1-4, 2004.

Thomson S., Dixon A., Bech M., Riesberg A. and Dourgnon P. Choice in health care: the european experience. Newsletter of the European Observatory on Health Systems and Policies. Euro-Observer, 6 (4), 1-11, 2004.

Tratado por el que se establece una Constitución para Europa. Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación, Ministerio del Interior y Ministerio de la Presidencia. Imprenta Nacional del Boletín Oficial del Estado. España, 2005.

United Health Europe. Assessment of the Evercare Programme in England 2003-2004. London: United Health, 2005.

Vrangbaek K. and Bech M. County level responses to the introduction of DRG rates for extended choice hospital patients in Denmark. Health Policy, 67 (1), 2004.

Wilson T., Buck D. and Ham C. Rising to the challenge: will the NHS support people with long term conditions? Brit. Med. J., 330, 657-661, 2005.

World Health Organization. The World Health Report 2000: Health System - Improving Performance. Geneva, World Health Organization, 2000.