COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS

COM(94) 413 final

Bruselas, 09.11.1994

94/0222 (COD)

COMUNICACIÓN DE LA COMISIÓN

relativa a un programa de acción comunitaria de prevención del SIDA y determinadas enfermedades transmisibles dentro del marco de acción del ámbito de la salud pública

---

Propuesta de

DECISIÓN DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO 94/0222 (COD)

por la que se adopta un programa de acción comunitaria relativo a la prevención del sida y de otras determinadas enfermedades transmisibles, dentro del marco de la acción en el ámbito de la salud pública

(presentada por la Comisión)

COMUNICACIÓN DE LA COMISIÓN

RELATIVA A UN PROGRAMA DE ACCIÓN COMUNITARIA DE PREVENCIÓN DEL SIDA Y DETERMINADAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES DENTRO DEL MARCO DE ACCIÓN DEL ÁMBITO DE LA SALUD PÚBLICA

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN 5

1. ANTECEDENTES 5
2. CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES 6
3. SELECCIÓN DE CIERTAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES PARA LAS ACCIONES COMUNITARIAS 8

II. SITUACIÓN DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES A NIVEL COMUNITARIO 9

1. ZOONOSIS 9
2. INFECCIÓN POR VIH, SIDA Y ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL 9
3. ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EVITABLES POR LA VACUNACIÓN 10
4. ENFERMEDADES TRANSMISIBLES QUE REQUIEREN MEDIDAS ESPECÍFICAS 12
   a)Hepatitis 12
   b)Tuberculosis 13
   c)Infecciones nosocomiales 14

III. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES YA EMPRENDIDAS EN LOS ESTADOS MIEMBROS Y A NIVEL COMUNITARIO 14

1. EL CONSEJO 14
2. EL PARLAMENTO EUROPEO 17

IV. PLANTEAMIENTO COMUNITARIO 18

1.Objetivos y medios 18
2.El marco de salud pública y el programa de acción comunitaria contra el SIDA y otras enfermedades transmisibles 19
3.Otros instrumentos de acción comunitaria 20
4.Cooperación entre Estados miembros 21
5.Cooperación con organizaciones internacionales y terceros países 21

V. PLAN DE ACCIÓN COMUNITARIA 23

A.Acciones contra el VIH/SIDA y las enfermedades de transmisión sexual 23
1.Recogida de datos 23
2.Medidas para niños y jóvenes 24
3.Prevención de la transmisión del VIH y de las ETS 25
4.Seguridad de la sangre y sus derivados 26
5.Apoyo social y psicológico *26*
6.Lucha contra la discriminación 27

B.Medidas comunitarias específicas para ciertas enfermedades transmisibles 28
1.Acciones relativas a la vacunación 28
2.*Creación y desarrollo de redes* 29
a)Vigilancia 29
b)Difusión de la información epidemiológica 31
3.Información, educación y formación 32
4.Detección precoz y sistemática *34*

VI. CONSULTA, EVALUACIÓN E INFORMES 35

1. MECANISMOS DE CONSULTA Y DE PARTICIPACIÓN 35
a)Comité consultivo 35
b)Otros participantes 35
2. EVALUACIÓN E INFORMES 36
3. ACTIVIDADES DE INFORMACIÓN DE CARÁCTER GENERAL 36

I. INTRODUCCIÓN

1. ANTECEDENTES

1. En su comunicación del 24 de noviembre de 1993 en el marco para la acción en el campo de la salud pública[1] la Comisión definió un marco para la acción comunitaria para lograr los objetivos en la protección sanitaria fijada en los artículos 3 (o) y 129 del Tratado constitutivo de la Comunidad Europea. Se identifica el papel de la Comunidad como de apoyo de los esfuerzos de los Estados miembros en el campo de salud pública, ayudando a la formulación y a la puesta en práctica de objetivos y de estrategias, y contribuyendo a ofrecer protección sanitaria a través de la Comunidad, teniendo como objetivo los mejores resultados obtenidos ya en un área dada de la Comunidad.

2. Al emprender acciones conforme al artículo 129, la Comunidad tiene que dirigirse a la prevención de la enfermedad y a la protección de la salud. Basándose en los criterios fijados en la comunicación de la Comisión, se han declarado el SIDA y otras enfermedades transmisibles prioritarias para la acción comunitaria.

3. Se trata de enfermedades que tienen las siguientes características:

- causan o es probable que causen, en ausencia de intervención, altos índices significativos de muerte prematura y/o de mortalidad globales;
- causan o es probable que causen, en ausencia de intervención, mala salud significativa incluida alta morbilidad y/o incapacidad;
- tienen implicaciones significativas para la calidad de vida así como efectos socioeconómicos importantes, tales como altos costes de atención médica y de tratamiento, y considerables ausencias e incapacidades laborales;

y para las cuales:

- existen medidas practicables de prevención;
- las acciones emprendidas por la Comunidad tendrían valor, particularmente a través de las economías de escala.

G384.Además, el SIDA ha sido destacado por el Consejo, el Parlamento Europeo, el Comité Económico y Social y el Comité de las Regiones como importante azote que merece atención especial por parte de la Comunidad. Una larga serie de resoluciones, de conclusiones y de opiniones de estas instituciones culminó en junio de 1994 en la adopción de una posición común[2] del Consejo, tras opiniones favorables de las otras instituciones, relativas a la ampliación a 1994-1995 del programa "Europa contra el SIDA" según las líneas propuestas por la Comisión.

5. La crisis del SIDA ha despertado el interés, desde el punto de vista de la salud pública, por las demás enfermedades de esta categoría. Esto se aplica sobre todo a las otras enfermedades de transmisión sexual (ETS) que pueden acompañar a menudo la infección por VIH (virus de inmunodeficiencia humana) que conduce al SIDA. La coexistencia de ciertas ETS junto a la infección por VIH ha hecho que los expertos en enfermedades infecciosas se replanteen muchas de sus ideas, y les ha obligado a adaptarse a una realidad nueva, compleja y en evolución constante. Este interés renovado se aplica también a las enfermedades infecciosas que acompañan el inicio del propio SIDA, y que son conocidas como infecciones oportunistas. Algunas de ellas, conocidas desde hace mucho, como, por ejemplo, la tuberculosis, deben controlarse ahora más cuidadosamente.

---

(1) COM (93) 559 final

(2) D.O. n°

2. CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

6. En diversas etapas de nuestra historia ha habido epidemias que han afectado, e incluso diezmado, a poblaciones enteras. La plaga de la Edad Media arrasó un cuarto de la población de Europa occidental en sólo cuatro años, y la gripe española, que devastó todos los continentes a principios de este siglo, mató a más de 20 millones de personas en el espacio de algunos meses. Pero los progresos médicos como el desarrollo de vacunas y de nuevos fármacos, combinados con mejoras substanciales de las condiciones de vida y de la higiene pública, han reducido considerablemente la amenaza de enfermedades infecciosas para los ciudadanos de la Unión Europea. A escala mundial, sin embargo, las enfermedades infecciosas son aún una causa importante de muerte y en los países menos desarrollados representan más del 70% del total de las enfermedades.

7. Un éxito notable ha sido logrado recientemente en la lucha contra la enfermedad transmisible por la erradicación de la viruela. A través de una combinación de control activo y de una vacuna efectiva , fácil de utilizar, las autoridades sanitarias consiguieron primero detener la extensión del virus de la viruela y después hacer que desapareciera completamente, suprimiendo así esta enfermedad de la faz de la tierra. En el mismo período, sin embargo, han ido reapareciendo enfermedades infecciosas que se consideraban desaparecidas o en vías de desaparición, y han alcanzado proporciones epidémicas en ciertos lugares:

8. Ejemplos de ello son la difteria, que galopa de nuevo en Europa del Este, y, en menor grado, la poliomielitis, que se creía a punto de desaparecer. Otro ejemplo es la tuberculosis, cuyo resurgimiento resulta de una combinación de factores, tales como la relajación de los programas de vacunación, la incapacidad de ciertos fármacos para hacer frente a nuevas cepas resistentes, y malas condiciones de vida -factores todos sobre los cuales se podría actuar-.

9. Por otra parte, nuevas enfermedades están apareciendo en la escena, que van de la borreliosis Lyme, transmitida por garrapatas y cada vez más frecuente, a la clamidiosis, enfermedad bacteriana sexualmente transmitida que tiene implicaciones serias para la fertilidad femenina.

10. De importancia particular ha sido la aparición de la infección por VIH, que ha llegado a ser pandémica desde su aparición en el comienzo de los años 80 y que conduce al SIDA. Con razón ha dado grandes motivos de preocupación, porque es mortal a largo plazo y porque todavía no hay ningún suero, vacuna o tratamiento efectivo disponibles. Su naturaleza es tal que ha forzado a las autoridades públicas a tomar medidas dirigidas por las circunstancias para intentar parar su progresión y esto explica por qué se le está prestando tanta atención. Si los medios desplegados hasta ahora contra él parecen ineficaces, no cabe duda de que, no obstante, han dado algunos frutos, en términos de comprobación de su extensión en ciertos países y entre grupos particulares, y también en términos del impacto beneficioso que han tenido en la lucha contra enfermedades de transmisión sexual en general.

11. Todas las enfermedades transmisibles son causadas por un agente transmisor, como una bacteria, un virus, un parásito, un gusano o un hongo. Para luchar contra estas enfermedades infecciosas tan eficazmente como sea posible, es por lo tanto necesario encontrar las maneras de evitar que estos agentes causen la enfermedad.

12. Los modos de transmisión de agentes infecciosos incluyen: agua (cólera, hepatitis A, etc.); animales que transmiten diversas zoonosis al hombre (brucelosis, triquinosis, equinococosis, rabia, tuberculosis, etc.); comida (salmonelosis, listeriosis, etc.); el medio ambiente (legionelosis, etc.); contacto humano (tuberculosis, gripe, etc.); la ruta yatrogénica (transfusiones de sangre que pueden transmitir el virus VIH, el virus de la hepatitis C, etc.).

13. Necesita hacerse una distinción entre la infección, es decir el hecho de que uno de estos agentes se asienta en el cuerpo de una persona y se multiplica dentro de él, muy a menudo sin manifestaciones clínicas obvias, y la propia enfermedad, es decir, con producción de síntomas y signos que, en la mayoría de los casos, es el único aspecto por el cual la población en general se preocupa. Mucha más gente es portadora de una infección, demasiado a menudo sin darse cuenta de ello, o se expone a una fuente de infección, de la que realmente contrae una enfermedad y enferma. El control o la reducción de la extensión de cualquier enfermedad transmisible está generalmente restringido a las medidas dirigidas a contener la transmisión de la infección por el agente causal. Por ejemplo, los portadores crónicos del virus de la hepatitis B o del virus VIH no son necesariamente enfermos pero pueden, en ciertas circunstancias, transmitir la infección a otras personas no afectadas. A este respecto, tales portadores son un riesgo potencial para la salud pública.

14. La gravedad de una enfermedad transmisible depende no sólo del peligro intrínseco constituido por el agente causal sino también de si puede o no extenderse fácilmente en el medio ambiente y afectar en un momento determinado al estado de salud de la persona que lo contrae. Además, en el caso de algunas enfermedades transmisibles, el proceso de infección es debido a toxinas producidas por los agentes causales. Éste es el caso de los agentes responsables del botulismo y del tétanos, por ejemplo. Por último, ciertos agentes responsables de enfermedades transmisibles pueden desencadenar en el hombre un proceso alérgico, como es el caso de *Ascaris Suum* y *Candida Albicans*.

15. Las enfermedades transmisibles pueden afectar a la población general, o ser más frecuentes en ciertos grupos de riesgo o en algunos tipos de situaciones. Se hace una distinción, por lo tanto, entre lo siguiente:

* las enfermedades transmisibles que afectaban al público en general, tal como VIH, hepatitis (A, B y C especialmente), tuberculosis, ETS, enfermedades gastrointestinales, enfermedades transmisibles (con excepción de la tuberculosis y de la hepatitis) evitables a través de la vacunación, y zoonosis;

* aquéllas que afectan, más particularmente, a ciertas categorías de población clasificables como "de riesgo"; estas enfermedades transmisibles pueden llegar a ser peligrosas cuando afectan a ciertas categorías constitucional o fisiológicamente frágiles de la población:

  - entre las mujeres embarazadas, la rubéola, la toxoplasmosis, la listeriosis y las rickettsiosis;
  - entre los niños, las enfermedades que pueden prevenirse mediante la vacunación, como la difteria, la tos ferina, la poliomielitis y la tuberculosis, pero también las enfermedades transmisibles hiperagudas con mal pronóstico, como ciertas infecciones meningocócicas;
  - en la tercera edad, la gripe, que -aunque sea evitable, en especial a través de la vacunación- puede adquirir proporciones dimensiones serias, afectando seriamente al pronóstico de supervivencia;

- en personas frágiles, como los inmunodeprimidos, los alcohólicos, los minusválidos, pero también los marginados que viven en condiciones socioeconómicas adversas o precarias, con frecuencia por debajo del umbral de pobreza, como las personas sin hogar o las comunidades de migrantes, ciertas infecciones micóticas o parasitarias, infecciones por gérmenes anaerobios e infecciones oportunistas;

* y, por último, aquéllas cuya transmisibilidad aumenta en ciertas situaciones:

  - éste es particularmente el caso de los hospitales, donde las infecciones nosocomialeses están causando un problema cada vez mayor de prevención;
  - en las comunidades (guarderías infantiles, cuarteles, colonias de vacaciones, escuelas) donde las enfermedades, la hepatitis y las infecciones gastrointestinales evitables a través de la vacunación están ocurriendo cada vez más a menudo;
  - en las prisiones, donde puede apreciarse un claro aumento de los casos de enfermedades transmitidas sexualmente y de infección por VIH.

3. SELECCIÓN DE CIERTAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES PARA ACCIONES COMUNITARIAS

16. En la presente comunicación la Comisión establece las medidas que se propone emprender para prevenir las enfermedades transmisibles, apoyándose en el conocimiento y la experiencia adquiridos en el curso de sus acciones previas. La Comunidad no puede abordar todas las enfermedades transmisibles de vez, puesto que hay tantas. Ni es posible cubrir todas las enfermedades transmisibles en esta comunicación, puesto que hay demasiadas y sus repercusiones en la salud pública son tan variables.

17. Teniendo en cuenta los recursos limitados de que dispone la Comunidad, hay que hacer una selección entre las enfermedades transmisibles para identificar las que pueden ser objeto de la acción que arroje el más alto valor añadido para la Comunidad; por otra parte, tendrá que que darse preferencia a las acciones que pueden también beneficiar a la lucha contra el mayor número posible de tales enfermedades. Las acciones comunitarias deben fomentar fundamentalmente la cooperación entre los Estados miembros, y apuntar, en su caso, a la coordinación de políticas sanitarias y de programas. En este contexto, el hecho, por ejemplo, de que muchas enfermedades transmisibles pueden tratarse eficazmente con quimioterapia o pueden detenerse a través de programas de vacunación que han dado sus frutos ha sido seguido más asiduamente por algunos Estados miembros que por otros, y ha traído consigo de esta manera una situación ampliamente contrastada que exige un análisis más detallado, caso por caso. Por último, las enfermedades transmisibles que se seleccionarán deben incluir aquellas por las que los propios Estados miembros y las instituciones comunitarias han expresado un interés o una preferencia por una contribución de la Comunidad, fundamentalmente sobre la base de los riesgos percibidos para las personas y para la sociedad en su conjunto.

18. Aplicar este planteamiento a las enfermedades transmisibles implica seleccionar las que deban constituir el principal foco de esta acción, a saber:

1. infección por VIH, SIDA y enfermedades de transmisión sexual;
2. enfermedades que pueden prevenirse a través de la vacunación; y
3. enfermedades que pueden abordarse a través de ciertas medidas comunitarias específicas.

II. SITUACIÓN DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES A NIVEL COMUNITARIO

1. ZOONOSIS

19. Las zoonosis, es decir, las enfermedades infecciosas transmitidas por animales y que pueden comunicarse al hombre, han sido tema de gran atención durante más de tres décadas. La Comunidad se ha esforzado en contribuir a salvaguardar la salud pública en general mediante la adopción y la ejecución de una serie de programas específicos que implicaban fondos substanciales (por ejemplo, más de 125 millones de ecus durante el período 1987-1992), y ha aspirado a la lucha contra, o a la supresión de, ciertas zoonosis.

20. Desde 1964 los programas comunitarios se han centrado en el control y la erradicación de la tuberculosis vacuna, de resultas de lo cual muchos rebaños en la Comunidad fueron declarados libres de esta enfermedad. Lo mismo se aplica a la brucelosis vacuna (*B. abortus*) y, más recientemente, a la brucelosis de las ovejas y de cabra, mientras que continúa la lucha contra *la B. melitensis*. Desde 1989 la batalla contra la rabia, en animales salvajes especialmente, ha hecho buenos progresos gracias a la vacunación mediante cebo lanzado desde aviones. La triquinosis está ahora más bajo control gracias al tratamiento mejorado de la carne fresca, especialmente la carne de caballo. En cuanto a la salmonelosis, ha recibido atención especial -superior a lo estipulado por la legislación- incluidos esfuerzos para mejorar la calidad del ganado, higiene en mataderos y empresas que tratan y transforman productos de origen animal en comidas para el consumo humano. A este respecto, se han logrado progresos significativos mediante el establecimiento de criterios microbiológicos diseñados para garantizar la ausencia de salmonelas o contaminantes afines, y mediante controles de su aplicación en el caso de carne picada, de los productos a base de carne, de los mariscos, lácteos y huevo.

2. INFECCIÓN POR VIH, SIDA Y ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

21. Hasta el 31 de marzo de 1994, se había recensado en los doce países de la Comunidad Europea (CE) un total acumulativo de 105.446 casos de SIDA, incluidos 1.920 casos pediátricos, junto con 6.476 (incluidos 6.386 adultos o adolescentes y 86 casos pediátricos) en los seis países COST[3]. El número acumulativo de casos recensados por país va de 79 en Luxemburgo a 30.003 en Francia. Tres países (Francia, Italia, y España) han informado de más de 20.000 casos y suponen el 72% del total de la CE. En 1993 se produjeron más de 20.000 nuevos casos , y 6.000 durante los tres primeros meses de 1994.

22. El análisis de casos adultos/adolescentes por grupo de transmisión de 1990 a 1993 muestra un aumento en la proporción de casos atribuidos al contacto heterosexual (de un 10,8% a un 15,3%) y entre usuarios de droga por vía parenteral (UDVP) (de un 40,0% a un 41,8%). En el mismo período hubo disminuciones graduales de las proporciones de varones homo o bisexuales (del 39,3% al 32,2%), de hemofílicos (del 1,7% al 1,1%) y de receptores de transfusiones (del 2,2% al 1,5%).

---

(3) *Cooperation in Scientific and Technical Research* (Cooperación en materia de investigación científica y técnica).

23. Un desglose preliminar de la categoría "contacto heterosexual" muestra un aumento, de 1990 a 1993, de la proporción de casos en varios grupos: personas provenientes de países en donde la transmisión heterosexual es común (de un 2,9% a un 3,7% del total de casos de adultos o adolescentes), personas con una pareja UDVP (de un 2,5% a un 3,5%), y personas con una pareja VIH positivo sin un factor de riesgo conocido (del 1,2% al 2,9%).

24. La proporción de mujeres infectadas es del 15,2% entre las adultas y adolescentes, pero del 46,7% de los casos pediátricos. Esta proporción varía según el grupo de transmisión: entre los casos de adultas y adolescentes alcanza la proporción más alta el grupo destinatario de transfusiones (46,1% de mujeres) y en el grupo de contacto heterosexual (43,0% de mujeres). Entre los casos del grupo de contacto heterosexual, el 67,0% de las personas con una pareja UDVP son mujeres.

25. El análisis de casos por período de diagnóstico, de 1990 a 1993, muestra un aumento en la proporción de mujeres entre casos de adultos o adolescentes (del 14,9% al 18,3%). Este aumento está en gran parte correlacionado con la disminución de la proporción de casos homo y bisexuales, pero también refleja un aumento (del 40,8% al 45,4%) de la proporción de casos femeninos en el grupo de contacto heterosexual. Se observa este último aumento particularmente entre las personas que provienen de países en donde la transmisión heterosexual es común (del 36,8% al 46,0%) y entre las personas con una pareja UDVP (del 61,9% al 68,4%).

26. Se desconoce el número total de personas infectadas por el VIH en la Comunidad. Sin embargo, la aplicación de ciertos modelos matemáticos permite calcular el número de personas actualmente seropositivas -aproximadamente medio millón de personas en toda la Comunidad, con variaciones importantes de un país a otro-. Así pues, hay probablemente unos 200.000 seropositivos en Francia y menos de 50.000 en el Reino Unido. Si, como el actual estado de conocimiento indica, todas las personas seropositivas evolucionan con el tiempo hacia el SIDA, esto proporciona una cierta idea de la envergadura del problema de salud pública al que nos enfrentamos, aún más dado que todavía no es posible la prevención efectiva mediante la vacunación o la quimioterapia.

27. En cada país comunitario, uno o más sistemas nacionales de vigilancia cubren ciertas enfermedades de transmisión sexual: se controlan la gonorrea y la sífilis en todos los Estados miembros, pero esto no es así para el herpes genital. Además, las definiciones de caso varían de un Estado miembro a otro según el tipo de enfermedad controlada. Esto significa que, dada la prevalencia relativamente baja de las enfermedades de transmisión sexual más comunes -gonorrea, sífilis, clamidiosis, infección por condilomata A, herpes genital, chancro suave, granuloma inguinal y lifogranuloma venéreo-, no tenemos actualmente datos epidemiológicos exactos a nivel comunitario.

3. ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EVITABLES POR LA VACUNACIÓN

28. Muchas enfermedades transmisibles pueden frenarse mediante programas de vacunación que han demostrado su eficacia. Los programas de salud pública para eliminar ciertas enfermedades infecciosas transmisibles se han basado a menudo en la vacunación, que es el medio más efectivo de prevención para muchas de ellas. Sin embargo, el resurgimiento de ciertas enfermedades transmisibles subraya la necesidad de reexaminar las políticas de vacunación utilizadas por los Estados miembros para ayudar a mejorar su control.

29. Las políticas de vacunación pueden diferir en sus objetivos, desde la erradicación hasta la eliminación o el control de la enfermedad. La erradicación significa lograr la desaparición total y definitiva del agente causal y de la enfermedad, pero solamente puede alcanzarse si hay una estrategia global a nivel internacional. La eliminación significa crear una situación en que el agente causal sigue existiendo pero la incidencia de la enfermedad es sumamente baja; esto es costoso para el sector de la salud pública, puesto que implica un gasto regular y a largo plazo en programas de vacunación, un control permanente, y la intervención siempre que se declare una epidemia. Por otra parte, el control aspira simplemente a generar una situación donde la existencia de la enfermedad no constituye un problema de salud importante: se dirige la política de vacunación hacia ciertos grupos de la población considerados de alto riesgo.

30. Las políticas de vacunación de los Estados miembros difieren, yendo de la vacunación obligatoria, para todos o para ciertos grupos, a la vacunación voluntaria, con o sin incentivos tales como vacunas gratuitas. Los países con políticas más similares de vacunación son Francia, Luxemburgo y el Reino Unido. Todos los Estados miembros vacunan contra la difteria, el tétanos y la poliomielitis, y la mayoría vacunan contra la tos ferina, el sarampión, la parotiditis y la rubéola. Se ofrece también cada vez más una vacunación contra la gripe B. Por lo que respecta a la hepatitis B, Italia es el único país que ha introducido la vacunación obligatoria para el conjunto de la población, puesto que la incidencia allí es más alta que en cualquier otro país.

31. Esta diversidad resalta en las estadísticas de la OMS (1991), que muestran que más del 90% de los niños de la Comunidad Europea están vacunados contra la difteria y el tétanos, excepto en Irlanda (el 65%) y España (el 86%). Del mismo modo, más del 90% están vacunados contra la tos ferina, excepto en Grecia (el 84%), en Italia y en Irlanda (el 40%). La vacunación infantil contra el sarampión va de un 86% a un 96% en los Estados miembros, a excepción de Irlanda y de Italia (el 50%) y de Francia (el 77%). Por último, el nivel de vacunación infantil contra la poliomielitis va de un 88% a un 99% en la Comunidad Europea, a excepción de Irlanda (el 63%) y de Grecia (el 77%). Sin embargo, hay que ser prudentes al interpretar estas estadísticas con vistas a calcular los distintos niveles de cobertura de vacunación de un Estado miembro a otro, puesto que no se aplica ningún criterio común y las cifras son a menudo simples estimaciones en vez de cálculos exactos. Hasta cierto punto, los porcentajes bajos pueden explicarse por la ausencia de medidas incentivadoras en los casos de inmunización no obligatoria.

32. Es evidente que llevar a cabo una política efectiva de vacunación a nivel nacional durante un período suficientemente largo da sus frutos. Por ejemplo, ha sido posible reducir en gran medida unas tasas iniciales muy altas de incidencia de tétanos. Así, el índice por 100.000 bajó de 2,21 a 0,4 en Portugal entre 1974 y 1991, mientras que la cobertura correspondiente de vacunación aumentó de un 53% a más del 94%. En España pasó de 1,33 a 0,14 entre 1980 y 1990; de 0,35 a 0,16 en Grecia entre 1974 y 1990; de 0,53 a 0,06 en Francia entre 1974 y 1990, donde la cobertura de vacunación creció de un 79% a un 92%. Donde los índices de incidencia eran muy bajos de entrada, un esfuerzo continuo de vacunación ha permitido mantenerlos muy bajos, como en Gran Bretaña, en donde permaneció en 0,03 entre 1974 y 1989, o en los Países Bajos en donde disminuyó de 0,05 a 0,01 entre 1974 y 1990, o reducirlos virtualmente a cero, como en Dinamarca y Luxemburgo. Los resultados son más espectaculares para la poliomielitis, donde el mantenimiento de la amplia cubertura durante un período suficientemente largo -por lo menos dos décadas de vacunación- ha llevado a tasas actuales de incidencia sumamente bajas, incluso de cero, en la Comunidad Europea, lo que equivale aproximadamente a la erradicación de la enfermedad.

33. Entre las características epidemiológicas de la gripe se cuenta la aparición de epidemias frecuentes, pero imprevisibles, y pandemias periódicas a nivel internacional. Casi cada invierno hay brotes de infección por gripe A o B, de gravedad variable. La vigilancia de la gripe proporciona información importante sobre el momento de aparición y la virulencia de un brote de gripe. Esta información se utiliza para coordinar una respuesta apropiada de salud pública, incluidas la publicación de directrices sobre la vacunación y el tratamiento antiviral y la evaluación de la necesidad de recursos médicos adicionales. La vacunación desempeña un papel importante en la reducción de la mortalidad y de la morbilidad de la gripe, particularmente en grupos de riesgo. Es el más efectivo cuando se identifica de antemano la cepa del virus de la gripe que puede causar un brote.

34. La mortalidad de la gripe aumenta mucho con la edad y la presencia de trastornos médicos subyacentes. Por ejemplo, la epidemia de 1989-90 en Inglaterra y el País de Gales fue la peor desde 1976 y probablemente fue responsable de más de 29.000 muertes suplementarias. También se registraron muchas más muertes por enfermedad cerebrovascular o cardiaca durante la epidemia, y es probable que la gripe contribuyera parcialmente a estas muertes suplementarias.

4. ENFERMEDADES TRANSMISIBLES QUE REQUIEREN MEDIDAS ESPECÍFICAS

a) Hepatitis

35. La hepatitis es una afección caracterizada por la inflamación del hígado de origen tóxico o infeccioso, que causa un cambio en las células hepáticas y por lo tanto un cambio en las funciones normales del hígado. Una hepatitis viral es una enfermedad infecciosa común en el mundo entero que -debido a su frecuencia, a la gravedad de ciertas formas (aguda, crónica, cancerígena) y al coste del tratamiento- constituye un serio problema de salud pública. Varios virus (A, B, C, D, E y otros, hasta ahora no identificados) pueden causar la hepatitis, dos de los cuales exigen atención especial.

36. La hepatitis B es una de las principales enfermedades humanas contra las cuales las vacunas seguras y efectivas han estado disponibles desde 1982 en la Comunidad. Según un análisis preliminar de una encuesta llevada a cabo por la oficina regional de la OMS para Europa, de 900.000 a 1.000.000 de personas en Europa se infectan por hepatitis B cada año. De éstos, 24.000 morirán de los efectos de la enfermedad crónica, de cirrosis y de cáncer hepático, y 90.000 se convertirán en portadores crónicos de la hepatitis B. Unos 85.000 casos de hepatitis aguda B se señalan cada año a la oficina regional de la OMS para Europa. Los portadores también representan un gran depósito de la infección, que sirve para perpetuar la infección a través de diversos modos de transmisión.

37. Entre los tipos de hepatitis vírica, la hepatitis C -cuyo virus causal se identificó en 1989- requiere especial atención, ya que sus consecuencias para la salud pública son abrumadoras. No hay ninguna vacuna contra ella -en contraste con las hepatitis A y B- y una de sus características especiales es que la gente infectada por el virus C no tiene conciencia de ello las más de las veces, por lo que la enfermedad se desarrolla silente durante más de una o dos décadas, sin signos clínicos obvios en casi el 95% de los casos.

38. Los especialistas reconocen que en el curso natural -que se está ahora estableciendo- de esta enfermedad el 10% de los que tengan el virus C sufrirá la cirrosis varios años después de la infección inicial, y de aquéllos, del 10 al 20% desarrollarán un cáncer del hígado a menos que se tomen medidas secundarias de prevención. Estudios epidemiológicos recientes, emprendidos después de mejoras en pruebas de detección, han mostrado que unos 16 millones de personas estaban infectadas por el virus C en la Comunidad. Esto da una idea de la envergadura del problema con el que las autoridades sanitarias públicas se están enfrentando o se enfrentarán, aún más dado el hecho de que -aunque el riesgo de transfusión, es decir de infección por sangre donada, se haya reducido substancialmente- no parece actualmente haber ninguna explicación plausible para el 50% de las infecciones.

b) Tuberculosis

39. La tuberculosis ha sido una afección importante del hombre desde épocas antiguas. En Gran Bretaña, durante la revolución industrial del s. XVIII, una epidemia de tuberculosis se cobró tantas vidas que se la denominó "la plaga blanca". Posteriormente la enfermedad disminuyó constantemente, probablemente debido a una combinación de varios factores.

40. La persistencia de un alto nivel de tuberculosis en Europa puede atribuirse a varios factores tales como las malas condiciones de vida en ciertas regiones del mundo, los cambios de los esquemas alimentarios y migratorios y la resistencia de determinadas cepas de bacterias de tuberculosis a los tratamientos estándar. La tuberculosis es una enfermedad que puede ser prevenida por la vacunación, pero su cobertura por los programas de vacunación actuales todavía no es del 100%.

41. Un estudio retrospectivo de la OMS sobre 1992 indica que se registraron 50.000 nuevos casos en la Comunidad en 1991, la mitad que en 1974, y que la disminución de la tuberculosis se había detenido en la mayor parte de los Estados miembros de la Comunidad. Hubo una disminución constante del número de casos de los que se informó en Alemania, Bélgica y Francia entre 1974 y 1991. La situación se había estabilizado en Portugal y el Reino Unido, mientras que se habían observado recientemente aumentos en Dinamarca, España, Irlanda, Italia y los Países Bajos. Hubo un aumento del 5% anual en Francia y el Reino Unido desde 1992. Estas cifras deben interpretarse con precaución, puesto que el nuevo interés por esta enfermedad transmisible podría haber llevado a un informe más diligente de los casos. Asimismo, las definiciones utilizadas no siempre son las mismas.

42. En algunos países de Europa septentrional, la inmigración de los países en donde la tuberculosis es endémica parece ser un factor clave. Por ejemplo, en Alemania el número de casos de tuberculosis entre los nacionales continuó disminuyendo entre 1986 y 1989, mientras que el número de casos entre las personas provenientes de los países en donde la tuberculosis es endémica aumentó por término medio en un 7% cada año durante este período. Del mismo modo, en los Países Bajos hubo una disminución del 5% anual del número de casos de ciudadanos holandeses entre 1984 y 1990, acompañado por un aumento anual del 13% entre la población extranjera. El incremento de casos entre la población inmigrante, sin embargo, no parece haber originado nuevos brotes de infección de tuberculosis en otros colectivos.

43. Por lo que se refiere a los posibles vínculos entre la epidemia del SIDA (y, de modo más general, la infección por VIH) por una parte, y el resurgimiento de la tuberculosis por otra, no hay pruebas claras de que sean absolutos o sistemáticos. La proporción de enfermos de SIDA con tuberculosis varía de un 2,3% en el Reino Unido a un 23,9% en Portugal. Esta proporción es también más alta entre los drogadictos y entre los infectados por transmisión heterosexual.

c) Infecciones nosocomialeses

44. Entre todas las categorías de enfermedades transmisibles hay una de la que se ha tenido conciencia hacer cierto tiempo, pero que la población general a menudo conoce mal. Se trata de la categoría de las infecciones nosocomialeses, es decir, las que los pacientes contraen en hospitales y otros establecimientos sanitarios.

45. Su importancia se reconoce ahora y las medidas preventivas, que se consideran una prioridad en todos los establecimientos de salud, están en curso. Esto es esencial porque los costes de las infecciones nosocomialeses son considerables en términos humanos (índices de morbilidad y mortalidad) y en términos económicos (cuestan a la Comunidad decenas de miles de millones de ecus cada año). El índice de prevalencia de infecciones nosocomialeses, es decir, el cociente entre el número de infecciones y el número de personas presentes en los establecimientos sanitarios, varía, pero con un promedio de entre el 8 y el 10% en la Comunidad Europea en su conjunto.

46. Se asocia a menudo la aparición de estas infecciones con los actos invasivos durante la hospitalización, tales como cirugía, inserción de un catéter o uso de la ventilación pulmonar asistida. Pero se facilitan también por la edad avanzada del paciente o por su reducida resistencia a la infección (inmunodepresión). Esto explica, por ejemplo, la reciente aparición de tuberculosis nosocomial entre pacientes con infección por VIH.

47. En orden de frecuencia, las infecciones nosocomialeses se dan lo más frecuentemente en el sistema urinario (aproximadamente la mitad de todos los casos), luego en los pulmones y en las incisiones operatorias. Los gérmenes aislados lo más a menudo son Escherichia coli, estafilococos y pseudomonas, que han desarrollado unas resistencias múltiples mucho mayores a los antibióticos tradicionales.

III. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES YA EMPRENDIDAS EN LOS ESTADOS MIEMBROS Y A NIVEL COMUNITARIO

1. EL CONSEJO

48. La directiva 92/117/CCE del Consejo, de 17 de diciembre de 1992, referente a las medidas de protección contra determinadas zoonosis y agentes zoonóticos en animales y productos de origen animal para prevenir brotes de infecciones y de intoxicaciones alimentarias[4] prevé, entre otras cosas, la recogida de datos sobre la incidencia de zoonosis y la presencia de agentes zoonóticos en la población humana, en animales domésticos, en productos de alimentación animal y en la fauna. Se ha creado un sistema comunitario para asegurar la puesta en práctica óptima de acciones para combatir y para prevenir tales enfermedades.

49. Por lo que se refiere a otras enfermedades transmisibles, teniendo en cuenta la existencia del mercado único y la libre circulación de personas y de productos alimenticios, el Consejo abordó específicamente la necesidad de tener más en cuenta a nivel comunitario los riesgos de la extensión de enfermedades transmisibles (incluidas las enfermedades producidas por los alimentos) mediante la adopción el 13 de noviembre de 1992 de una Resolución sobre el control y la vigilancia de las enfermedades transmisibles[5], en la que se instaba a la Comisión a informar sobre las redes transnacionales existentes de vigilancia en este campo y a presentar propuestas para mejorar y para ampliar tales redes donde resultara útil. Por otra parte, el Consejo, en sus conclusiones del 13 de diciembre

---

(4) D.O. nº L 62, de 15.03.1993, p. 38

(5) D.O. nº C 326, de 11.12.1992, p.1

de 1993[6], subrayó la necesidad de crear una red epidemiológica en la Comunidad, que, si bien debe cubrir todas las enfermedades, tanto si son transmisibles como si no, debe prioritariamente recoger datos sobre las enfermedades transmisibles con objeto de adquirir mejor conocimiento de sus causas y de su contexto epidemiológico. Este énfasis en la vigilancia, el análisis epidemiológico y la formación fue compartido también por el Parlamento Europeo, que, en su resolución sobre la política sanitaria pública después de Maastricht[7], invitó a la Comisión a crear un servicio epidemiológico de investigación y a recoger, analizar y difundir datos sobre las enfermedades de declaración obligatoria, así como a fomentar la creación y el funcionamiento de sistemas de intercambio de profesionales de salud.

50. El 3 de mayo de 1989 el Consejo adoptó una directiva que ampliaba el alcance de las directivas 65/65/CCE y 75/319/CCE[8], por la que se establecen varias disposiciones específicas que rigen la comercialización de vacunas en el mercado comunitario.

51. Los productos médicos activos contra el VIH están categorizados como "productos médicos de alta tecnología", lo que los califica para que sean tratados por el procedimiento centralizado, que facilita y acelera el proceso de obtener autorizaciones para que tales productos se comercialicen a nivel comunitario. Desde 1987, las vacunas de alta tecnología o las producidas por biotecnología están cubiertas por la legislación farmacéutica comunitaria en virtud de la directiva 87/22/CCE. Otras vacunas están coberturas por la legislación farmacéutica comunitaria por la directiva 89/342/CCE. Una futura vacuna futura contra el SIDA sería cobertura por la misma legislación y se beneficiaría, a través del procedimiento centralizado, de las disposiciones que controlan su comercialización a nivel comunitario.

52. La Directiva 89/381/CCE del Consejo cubre los derivados sanguíneos estables preparados industrialmente destinados a un amplio número de pacientes, como la albúmina, los factores de coagulación y las inmunoglobulinas, pero no se aplica a la sangre entera, al plasma y a las células sanguíneas de origen humano. Estos productos están también sujetos a las disposiciones generales relativas a la autorización de fabricación y de comercialización. Los principios de buena práctica de fabricación fijados en la directiva 91/356/CCE, así como la calidad, la seguridad y la eficacia de las pruebas mencionadas en la directiva 91/507/CCE, son de esta manera aplicables a estos productos.

53. Además de estas disposiciones generales, que son aplicables a todos los productos médicos, la Directiva 89/381/CCE contiene varios elementos que se refieren más específicamente a los productos médicos derivados de la sangre o del plasma humanos. Las medidas para la selección y el control de donantes de sangre recomendadas por el Consejo de Europa y la Organización Mundial de la Salud han llegado a ser obligatorias a consecuencia de esta directiva. Por otra parte, para estos productos particularmente sensibles, el Consejo ha exigido la aplicación de procesos validados de fabricación y de purificación para garantizar, en la medida en que el estado de tecnología lo permite, la ausencia de contaminación viral específica (especialmente por VIH).

---

(6) D.O. n° C 15, de 18.01.1994, p. 6

(7) D.O. n°

(8) D.O. n° L 142, de 25.05.1989, p. 14

54. En respuesta a una petición del Consejo que había expresado interés por la calidad, la seguridad y el suministro de productos de sangre y de plasma en la Comunidad tras la adopción de la Directiva 89/381/CCE del Consejo sobre productos médicos derivados de la sangre o del plasma humanos en junio de 1989, la Comisión presentó una comunicación sobre "El autoabastecimiento de sangre en la Comunidad Europea". En esta comunicación se planteaban cuestiones claves que conciernen a los Estados miembros y acciones específicas por considerar.

55. El 13 de diciembre de 1993, tras la aprobación de la comunicación de la Comisión sobre el autoabastecimiento de sangre, el Consejo adoptó las Conclusiones en materia de autoabastecimiento en la Comunidad Europea, en las que pedía, entre otras cosas, la promoción continua de la calidad y de la seguridad de la recogida de sangre y de la producción de sus derivados[9].

56. La Directiva 93/43/CCE del Consejo, de 14 de junio de 1993, sobre la higiene de los productos alimenticios[10], establece un contexto legal completo para tomar cualquier medida apropiada para combatir los riesgos sanitarios inherentes a los productos alimenticios. Haciendo frente a cada etapa práctica en la cadena del uso de productos alimenticios, de las condiciones de almacenamiento al transporte y suministro al consumidor, esta directiva resalta la importancia de la higiene alimenticia y, en la práctica, debe contribuir perceptiblemente a garantizar que se cumplan los requisitos de un alto nivel de salud.

57. En su resolución del 29 de mayo de 1986, el Consejo y los Ministros de Sanidad de los Estados miembros, reunidos en el seno del Consejo, pidieron que la Comisión organizara un intercambio de información y de experiencia sobre el SIDA[11]. Como consecuencia, el 11 de febrero de 1987 la Comisión presentó una comunicación al Consejo[12] en la que se fijan ciertas áreas de acción referentes a la prevención, la información y la educación en materia de SIDA.

58. En los años siguientes, el Consejo y los Ministros de Sanidad de los Estados miembros, reunidos en el seno del Consejo, adoptaron varios textos sobre los problemas sanitarios planteados por el SIDA. El más importante de ellos fue la Decisión de 4 de junio de 1991 por la que se establecía el programa "Europa contra el SIDA".

59. Este programa de salud, programado para llevarse a cabo de 1991 a 1993, se centró principalmente en acciones preventivas tales como información y educación. De acuerdo con la Decisión, la Comisión envió al Consejo el 10 de marzo de 1993 un informe sobre la aplicación del plan de acción en 1991-1992. En él, la Comisión informaba sobre los medios desplegados para lograr los objetivos fijados en la Decisión del Consejo y hacía observaciones respecto a los primeros resultados obtenidos así como sobre la relevancia y la pertinencia de las actividades emprendidas o por emprender para dar plena respuesta a los objetivos de la Decisión, con el telón de fondo de la extensión de la epidemia. La Comisión también formulaba su punto de vista de que sería preciso que la Comunidad emprendiese otras acciones relativas a los aspectos de salud pública del VIH y del SIDA una vez finalizado el plan de acción, a finales de 1993.

---

(9) D.O. n° C 15, de 18.01.1994, p. 6

(10) D.O. n° L 175, de 19.07.1993, p. 1

(11) D.O. n° C 184, de 23.7. 1986

(12) COM (87) 63

60. Tras considerar el informe de la Comisión, el Consejo y los Ministros de Sanidad, en su reunión del 27 de mayo de 1993, acordaron invitar a la Comisión a tomar las iniciativas necesarias para la continuación de las acciones del programa "Europa contra el SIDA" en 1994, anticipando la entrada en vigor del Tratado de la Unión Europea, que proporciona en su artículo 129 un marco para la acción comunitaria en el ámbito de la salud pública.

61. La evaluación subsiguiente en el Consejo de la eficacia del trabajo emprendido concluyó que se podía mantener la estructura global de las áreas de acción contenida en la decisión del Consejo, pero con varias modificaciones en los objetivos perseguidos, la introducción de nuevas áreas, y la supresión de otras para tener en cuenta las necesidades cambiantes de los Estados miembros, el mayor conocimiento de los problemas que plantea la enfermedad, así como su evolución y tendencias.

62. Para evitar cualquier interrupción de las acciones del programa "Europa contra el SIDA" y para responder a los deseos del Consejo, la Comisión presentó al Consejo el 29 de septiembre de 1993 una propuesta de decisión referente a la ampliación hasta finales de 1994 del plan de acción 1991-1993 en el marco del programa "Europa contra el SIDA"[13].

63. Tras la entrada en vigor, el 1 de noviembre de 1993, del Tratado de la Unión Europea, el Consejo adoptó el 13 de diciembre de 1993 una resolución referente a la ampliación hasta finales de 1994 del plan de acción 1991-1993 en el marco del programa "Europa contra el SIDA"[14].

2. EL PARLAMENTO EUROPEO

64. Ya en 1984 el Parlamento Europeo, al adoptar varias resoluciones referentes a la lucha contra el SIDA, manifestó su interés cada vez mayor por la extensión inexorable de la epidemia y subrayó la necesidad de una intervención comunitaria.

65. Hace mucho que el Parlamento Europeo se interesa por la frecuencia y la incidencia de diversas enfermedades infecciosas transmisibles, según lo reflejado en las múltiples cuestiones escritas y orales dirigidas a la Comisión por diputados del Parlamento Europeo. Dos áreas en especial han recibido la atención y han sido tema de informes por la oficina del Parlamento Europeo para la evaluación científica y tecnológica de las opciones (STOA).

66. El primero de estos informes, publicado en 1992, se refiere a la protección de la salud pública por la vacunación. Las conclusiones ponen de relieve la necesidad de más información sobre los niveles de cobertura de vacunación en todos los Estados miembros, abogan por el establecimiento de un programa europeo para la vigilancia de enfermedades evitables por la vacunación y piden una política de apoyo a fabricantes europeos de vacunas frente a la competencia internacional. Completo, y sensible a todos los aspectos del problema, este informe equilibrado y razonable constituye una contribución importante al debate sobre la salud pública, en el cual la Comunidad podía inspirarse.

---

(13) COM (93) 453 final

(14) D.O. n° C 15, de 18.1.1994, p. 4

67. El segundo informe, actualmente en curso de publicación, abordó los problemas relacionados con el resurgimiento de la tuberculosis en Europa, y particularmente sus lazos con la epidemia de SIDA y los movimientos de poblaciones que emigran de los lugares donde la tuberculosis es endémica y se vive en circunstancias socioeconómicas precarias. Las conclusiones de la STOA se centran en la necesidad de facilitar la recogida, el análisis y la difusión regular de datos epidemiológicos referentes a los casos y a la creación de una red de laboratorios para controlar las cepas del bacilo de la tuberculosis multirresistentes a los antibióticos.

68. El Parlamento Europeo adoptó dos resoluciones durante la sesión de julio a diciembre de 1993 referentes al autoabastecimiento y a la seguridad de la sangre y de sus derivados. En el primero se pedía que la Comisión y el Consejo aprobaran un plan de acción diseñado para mejorar la seguridad y para promover el autoabastecimiento a través de donaciones voluntarias no remuneradas. En el segundo se pedía el incremento de los controles para asegurar la seguridad de la sangre y sus derivados y para la elaboración de un instrumento que garantizase el control de la seguridad de la sangre desde la donación hasta su utilización, y la creación de una autoridad europea sobre la seguridad de la sangre.

IV. PLANTEAMIENTO COMUNITARIO

1. Objetivos y medios

69. Según lo indicado en la comunicación de la Comisión dentro del marco de acción del ámbito de la salud pública, la acción comunitaria se centrará especialmente en el fomento de la cooperación entre Estados miembros, en prestar apoyo a su acción y en promover, en estrecha colaboración con los Estados miembros, la coordinación de sus políticas y programas. En la práctica, esto implicará el desarrollo y la puesta en práctica de redes, acciones y sistemas de intercambio de información conjuntos.

70. La futura acción comunitaria en el campo de salud pública debe tener en cuenta, entre otras cosas, el principio de subsidiariedad y las consideraciones establecidas en el párrafo 27 de la comunicación de la Comisión. Las actividades deberían seleccionarse sobre la base de la valoración anterior y deberían producir un valor añadido comunitario, logrando al mismo tiempo la rentabilidad máxima.

71. Según lo expuesto en la introducción, los criterios enumerados en el párrafo 54 de la comunicación de la Comisión están satisfechos desde una perspectiva de salud pública, puesto que el SIDA y otras enfermedades transmisibles pueden causar indudablemente una muerte prematura significativa, tener una morbilidad y un potencial significativos para devastar a poblaciones desprotegidas, constituir un riesgo importante para cada persona y para la sociedad en su conjunto, tener un impacto socioeconómico importante, especialmente por lo que se refiere a costes de intervención y de tratamiento, y, por otra parte, existen medidas practicables de prevención. Las lecciones del primer plan contra el SIDA, según lo establecido en el proceso de evaluación, muestran que hay mucha posibilidad de que las acciones comunitarias aporten un valor añadido, tanto en cuanto a la economía de escala como a la difusión de los resultados de proyectos.

72. La Comisión propone, en el párrafo 50 de su comunicación sobre salud pública, cuatro objetivos que deben formar la base de la acción comunitaria:

i) prevenir la muerte prematura que afecta particularmente a los jóvenes y a la población en activo;
ii) aumentar la expectativa de vida sin incapacidad o enfermedad;
iii) promover la calidad de vida mediante la mejora del estado de salud general y la evitación de afecciones crónicas y de incapacidades;

iv) promover el bienestar general de la población, especialmente minimizando las consecuencias económicas y sociales de la enfermedad.

Este programa tiene que apuntar a todos estos objetivos.

73. Los siguientes criterios se utilizarán especialmente en el futuro en la selección de proyectos para el apoyo comunitario en este campo:

- actividades en una escala que los Estados miembros mismos no podrían, o podrían sólo con dificultad, poner en práctica;
- actividades cuya puesta en práctica conjunta ofrecería beneficios obvios incluso después de tener en cuenta los costes adicionales implicados;
- actividades que, a causa de la naturaleza complementaria del trabajo que se hace a nivel nacional, permiten que se obtengan resultados significativos en la Comunidad en su conjunto;
- actividades conducentes, en casos necesarios, al establecimiento de mejores normas y estándares;
- actividades que contribuyen a la consolidación de la solidaridad y de la cohesión social en la Comunidad, y promueven su desarrollo armonioso global.

2. El marco de salud pública y el programa de acción comunitaria contra el SIDA y otras enfermedades transmisibles

74. En la elaboración del programa comunitario propuesto la Comisión ha tomado completamente en consideración los programas substanciales que los Estados miembros tienen ya. De conformidad con los principios desarrollados en la comunicación de la Comisión sobre el marco de salud pública, el programa comunitario propuesto está previsto para complementar y aumentar la eficacia de las acciones de los Estados miembros y para evitar cualquier duplicación del trabajo.

75. La Comisión intenta asegurarse, con sus propuestas, de que las acciones de prevención del SIDA y otras enfermedades transmisibles tengan la prioridad máxima, una financiación adecuada y objetivos exactos. Se dará prioridad a los proyectos a gran escala y de gran impacto que impliquen en la medida de lo posible a organizaciones gubernamentales y no gubernamentales con experiencia demostrada en este campo.

76. El planteamiento comunitario debe diseñarse para asegurar la coherencia y la continuidad de las acciones preventivas. El programa de actividades tiene que abordar cada etapa del proceso de prevención, incluidos la información y los datos, la educación, intervenciones preventivas específicas, el asesoramiento y el apoyo. Debe también incluir a todas las partes y grupos implicados en estas actividades, para promover el desarrollo de las habilidades necesarias, aumentar la cooperación entre quienes realizan las acciones, y estimular la coordinación entre los que emprenden acciones preventivas y las autoridades competentes. Para lograr el efecto máximo, la Comisión prestará especial apoyo a la creación de redes de organizaciones en los diversos campos y a la consolidación de la cooperación entre redes existentes.

77. Por lo que se refiere a la educación para la salud, la promoción de la salud, la formación, la información y las acciones en relación con las enfermedades transmisibles, se deben llevar a cabo en parte dentro del programa de promoción, educación y formación para la salud y en parte dentro del programa propuesto que se centra en dos áreas concretas, a saber:

- enfermedades de transmisión sexual (ETS), con énfasis especial en iniciativas de educación sanitaria para jóvenes. Podrían tomar la forma, por ejemplo, de campañas de educación o de información, utilizando técnicas apropiadas de comunicación, para el público en general o para grupos de personas en un medio particular;

- enfermedades que pueden ser prevenidas por la vacunación. Se considera que la información sobre campañas de vacunación para ciertas enfermedades tales como la tuberculosis o la combinación sarampión/parotiditis/rubéola, dirigida a padres o a profesionales de salud, especialmente médicos de familia, es un área en que la Comunidad puede hacer una contribución substancial.

3. Otros instrumentos de acción comunitaria

78. Se prestará especial atención a la obligación contenida en el artículo 129, que declara que los requisitos de protección sanitaria formarán parte de las otras políticas de la Comunidad. Muchos aspectos de la política comunitaria afectan a la prevención de enfermedades transmisibles, y la Comisión se compromete en su comunicación sobre la salud pública a asegurarse de que se tengan plenamente en cuenta problemas de protección sanitaria y de prevención de enfermedades transmisibles. La Comisión ha establecido procedimientos apropiados para asegurarse de que este compromiso se respete a través de la coordinación y de la consulta adecuadas en el desarrollo de políticas pertinentes. Además, la Comisión presentará anualmente un informe sobre los aspectos de protección sanitaria de las políticas que formen parte del informe anual de la Comisión.

79. Los siguientes son ejemplos de otras políticas comunitarias e instrumentos que pueden tener un impacto en la prevención de enfermedades transmisibles:

- ciertos instrumentos referentes a la consecución del mercado único y a las políticas del consumidor, particularmente por lo que se refiere a los precursores de droga, productos farmacéuticos en vacunas concretas, productos médicos;
- políticas e instrumentos, particularmente con respecto a los emigrantes, la pobreza, el empleo, la protección de la salud y la seguridad de los trabajadores y el Fondo Social Europeo;
- educación y formación para los jóvenes y los profesionales de salud, y actividades dirigidas a los jóvenes en el campo de la cultura, de la comunicación y de la información;
- instrumentos diseñados para proteger los derechos de los ciudadanos y garantizar la libre circulación de la información, tales como medidas de protección de datos personales.

80. El programa específico de investigación y desarrollo tecnológico en el campo de la biomedecina y la salud (1994-1998) subraya la integración de la investigación fundamental y clínica e incluye lo siguiente:

- investigación viro-inmunológica, genética, la biología molecular y estructural del VIH y su variabilidad;
- investigación para lograr una vacuna segura y efectiva contra el SIDA, y registros para evaluar su eficacia y para controlar la evolución de la enfermedad;
- identificación, síntesis y evaluación de componentes antivirales y de fármacos diseñados para combatir el SIDA;
- investigación clínica centrada en los ensayos clínicos, el tratamiento del SIDA y sus enfermedades oportunistas, incluidas la investigación sobre el pronóstico, la progresión de estas enfermedades y el impacto del tratamiento;
- estudios de la respuesta del huésped, de la patogénesis, de modelos experimentales y de nuevas patologías, y de la resistencia a formas convencionales de terapia, teniendo en cuenta el problema de las infecciones hospitalarias.

81. Se han logrado progresos significativos en la lucha contra el SIDA gracias a la investigación apoyada y coordinada por la Comunidad.

82. El establecimiento del programa de biomedecina y de investigación sanitaria (BIOMED 1) dentro del tercer programa marco ha permitido que más de 6.000 equipos de investigación colaboren dentro de 400 redes creadas para fomentar la cooperación entre equipos de investigación en la Unión Europea y en el Espacio Económico Europeo, así como entre disciplinas complementarias, con objeto de abordar los problemas de salud que serían difíciles de resolver en un contexto más limitado.

83. Por lo que se refiere a la investigación médica y biomédica específicamente sobre enfermedades transmisibles distintas del SIDA, la Comisión se ha centrado en cierto número de ellas en su programa BIOMED 1 y se propone hacer lo mismo en la siguiente fase, BIOMED 2. Aunque la investigación no se refirió particularmente a la salud pública, algunos esfuerzos especiales fueron emprendidos por los equipos europeos, por ejemplo en el campo de la prevención terciaria en el caso de la hepatitis C, enfermedad infecciosa transmisible que se convierte a menudo en cáncer de hígado o expone a quienes la padecen al riesgo de borreliosis Lyme. También es digno de mención el estudio referente a marcadores genéticos específicos con respecto a la epidemiología molecular de la tuberculosis, una nueva disciplina que necesita desarrollarse mucho más pero que tiene claramente importancia para la salud pública, y el grave problema de la resistencia múltiple de la bacteria de la tuberculosis a los antibióticos.

4. Cooperación entre Estados miembros

84. Sobre la base del trabajo previo, se han identificado ya los campos prioritarios potenciales para la cooperación entre Estados miembros, entre los que se incluyen:

- intercambios de información sobre regímenes de gestión de seropositivos VIH y enfermos de SIDA, incluidos el mantenimiento y la atención ambulatoria;
- cooperación en la mejora de la metodología para evaluar la asistencia y los regímenes terapéuticos, por ejemplo la utilización de fármacos;
- consideración del acceso al tratamiento y a la asistencia y cómo cubrir las necesidades de grupos concretos como niños, mujeres embarazadas y emigrantes.

85. Cuando sea adecuado, la Comunidad fomentará la cooperación entre Estados miembros en estos campos mediante el apoyo a intercambios de información y de experiencia y la difusión de la mejor práctica. Se fomentará también la cooperación a través del desarrollo de redes y del apoyo a programas o a proyectos experimentales que aborden objetivos compartidos por los Estados miembros.

5. *Cooperación con organizaciones internacionales y terceros países*

86. Las actividades del programa comunitario deben tanto sumarse a la eficacia de la lucha global contra el SIDA como sacar provecho de experiencias adquiridas en la materia en Estados no comunitarios y del trabajo de organizaciones internacionales. Hay que tener en cuenta las actividades del Consejo de Europa en, por ejemplo, cuestiones éticas y el trabajo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en muchas áreas de salud pública en la aplicación del programa. Igualmente, las acciones deberían ir de común acuerdo con las emprendidas por Estados no comunitarios y organizaciones internacionales. La cooperación en este campo es por lo tanto necesaria, y habrá de conducir, en su caso, a una acción conjunta.

87. La Comisión se propone:

- reforzar la cooperación existente con la OMS, el Consejo de Europa y otros organismos internacionales mediante, por ejemplo, el desarrollo de acciones conjuntas y el empleo de su peritaje en tareas específicas;

- consolidar la cooperación con terceros países donde sea posible, mediante el fomento de acciones conjuntas, su implicación en los proyectos comunitarios y proporcionando ayuda para sus programas;
- contribuir al objetivo de la OMS de la supresión de las siguientes enfermedades: sarampión, parotiditis, rubéola congénita, tétanos neonatal, difteria y poliomielitis. Con este fin, la Comisión se propone establecer una asociación efectiva con el programa extenso de inmunización (EPI) de la OMS, que incluye a los responsables de la puesta en práctica del EPI en cada Estado miembro;
- establecer la consulta y cooperación con la OMS para la producción conjunta de un instrumento de información basado en los datos diversos de vigilancia recogidos, para su difusión a los especialistas.

88. El programa PHARE, creado en 1990, proporciona el apoyo financiero y técnico para la reforma en los países de Europa central y oriental. En este contexto proporciona ayuda para la reestructuración de sistemas de salud, destinada a mejorar su calidad y eficacia. Las actividades contra el SIDA pueden apoyarse donde están incluidas en áreas prioritarias de acción tales como el desarrollo de la formación, de la promoción de salud y de medidas de prevención. De igual modo, los nuevos Estados independientes de lo que fuera la Unión Soviética deberían poder acceder a una asistencia similar a través del programa TACIS.

89. La Comunidad Europea ha iniciado actividades contra el SIDA destinadas a países en vías de desarrollo en el marco de su programa de desarrollo, sobre la base de resoluciones del Parlamento y del Consejo de Ministros[15]. Basándose en sus siete años de experiencia en programas de apoyo a países en desarrollo, la Comisión presentó ante el Consejo una comunicación (COM(93) 479) en la que se formulan los principios básicos de la política comunitaria y de los Estados miembros en el ámbito del VIH/SIDA en los países en desarrollo, así como las estrategias prioritarias al respecto. Dicha comunicación se vio corroborada por el Consejo en una Resolución de mayo de 1994. Asimismo, la Comisión presentó una comunicación de índole más general titulada "La política de la Comunidad y de los Estados miembros en materia de cooperación con los países en desarrollo en el ámbito de la salud" (COM(94) 77).

90. En el marco de los Convenios de Lomé se han realizado y se están aún realizando esfuerzos para apoyar a los países ACP en el desarrollo de sus sistemas sanitarios, lo que podría contribuir a reducir en gran medida la incidencia de las enfermedades contagiosas. Se dedica una especial atención al desarrollo de las actividades de prevención en la periferia, a mejorar el acceso físico y económico a la atención médica básica y a los medicamentos esenciales, sobre todo a los antibióticos. El programa contra el SIDA CE/ACP se puso en marcha en 1987, con la colaboración de los países del ACP (los países de África, del Caribe y del Pacífico ligados por la Convención de Lomé). Un año más tarde, en 1988, el programa comunitario contra el SIDA se amplió a todos los países en vías de desarrollo, con especial hincapié en la prevención. La contribución financiera total de la Comisión para el período 1987-1992 fue de 74,8 millones de ecus, excluidos los fondos asignados para la investigación. Los Estados miembros contribuyeron con 156,4 millones de ecus durante el mismo período, con lo que la contribución total de los Doce ascendió a 231,2 millones de ecus.

91. Desde 1988 el programa de investigación de la Comunidad Europea en el campo de las ciencias de la vida y de las tecnologías para países en vías de desarrollo (CE-ETS) se ha centrado también en aspectos específicos de la epidemia del SIDA en países en vías de desarrollo. Este programa contribuye a la mejora del equilibrio entre la investigación

---

(15) Resolución del Parlamento sobre el SIDA, D.O. nºC 88, de 14.04.1986, y Resolución del Consejo, D.O. nºC 184, de 23.07.1986.

biomédica y la investigación sobre programas, promoviendo la investigación socioeconómica, desarrollando las capacidades de investigación de los institutos de investigación nacionales y regionales en países en vías de desarrollo, y haciendo un uso mayor de resultados de investigación para asegurarse de que se pongan rápidamente en práctica sus resultados.

V. PLAN DE ACCIÓN COMUNITARIA

92. En muchos aspectos, la implicación de la Comunidad en actividades de salud pública para la prevención de enfermedades infecciosas transmisibles con excepción del SIDA es relativamente nueva. La contribución de la Comunidad complementa el trabajo en curso en este campo que realizan los Estados miembros y las diversas organizaciones internacionales competentes en la esfera de la salud pública, especialmente la OMS. Las acciones prioritarias descritas aquí están basadas en las necesidades que van surgiendo en los Estados miembros y para las que conviene tomar medidas a nivel comunitario.

93. Sus objetivos generales son:

- contribuir a la mejora de la prevención de enfermedades transmisibles en la Comunidad mediante el desarrollo de herramientas apropiadas para compartir la información y para asegurar la consulta previa sobre enfermedades transmisibles y medidas tomadas contra ellas, teniendo en cuenta la situación existente;
- desarrollar y mejorar las medidas prácticas existentes dirigidas a la prevención de la aparición o del resurgimiento de tales enfermedades.

94. Por lo que se refiere a la epidemia de VIH/SIDA, se contemplan especialmente las tres orientaciones generales siguientes:

- contribuir a la reducción de la extensión del VIH/SIDA en la Comunidad;
- contribuir a minimizar las consecuencias adversas de la epidemia para las personas y para la sociedad;
- aunar esfuerzos para combatir el SIDA y el VIH fuera de la Comunidad.

A. Acciones contra el VIH/SIDA y las enfermedades de transmisión sexual

1. Recogida de datos

95 Los datos epidemiológicos nacionales se transmiten actualmente al centro europeo para el control epidemiológico del SIDA, en París, que elabora estadísticas para la Comunidad. Los datos de que se dispone para la Comunidad en su conjunto se limitan, sin embargo, al SIDA. Debido a las diferencias de planteamientos de los Estados miembros sobre los tests del VIH con fines epidemiológicos, no se dispone de datos sobre la prevalencia y la incidencia de la infección por VIH en la Comunidad. Por otra parte, las diferencias entre los sistemas de recogida de los Estados miembros y en la aplicación de definiciones pueden retrasar la transmisión de los datos al centro de París y causar dificultades en la interpretación de datos de diversas fuentes.

96. Además de los datos epidemiológicos, la información exacta sobre el conocimiento, las actitudes y el comportamiento de la población por lo que se refiere al VIH/SIDA es también importante para desarrollar políticas y evaluar una acción preventiva. La información de los Estados miembros varía, y aquella de la que se dispone no siempre es directamente comparable.

97. Por último, las medidas tomadas para combatir el SIDA y el VIH en los Estados miembros consumen muchos recursos financieros y humanos, y es probable que aumenten. El desarrollo y la promoción de parámetros objetivos para evaluar la eficacia de las medidas de prevención es importante, al igual que el intercambio de información y de experiencia que permite que Estados miembros comparen acciones, se sirvan de las mejores prácticas desarrolladas hasta ahora y aprendan de los demás lo que ha resultado ser efectivo.

98. Los objetivos de acciones comunitarias podrían ser:

- mejorar la recogida, el análisis y la difusión de datos epidemiológicos y otros sobre el SIDA, y aumentar la cantidad de datos disponible sobre la infección por VIH garantizando en lo que se refiere a los datos personales identificables que se toman las medidas de seguridad adecuadas para proteger la intimidad de los individuos;
- mejorar la información disponible sobre el conocimiento, actitudes y el comportamiento relativo al SIDA de la población general y de grupos determinados;
- mejorar la calidad de la información sobre medidas preventivas y su eficacia y promover su difusión.

99. Las acciones que se tomen para lograr estos objetivos podrían ser:

- consolidar la cooperación y los intercambios entre Estados miembros para mejorar la calidad, comparabilidad y accesibilidad de datos sobre el SIDA y explorar cómo poder obtener más datos sobre el VIH, ámbito en el cual es evidente que resulta prioritario establecer los niveles equivalentes de protección de los datos personales en los Estados miembros; apoyar al centro europeo para el control epidemiológico del SIDA para permitir que desarrolle más su trabajo;
- recoger, analizar y difundir la información existente sobre el conocimiento, las actitudes y el comportamiento de la población general y de los grupos específicos y sobre medidas preventivas emprendidas en la Comunidad Europea: desarrollo de otras encuestas del Eurobarómetro sobre el conocimiento y las actitudes de la población general en lo referente al SIDA;
- promover el desarrollo y el uso de parámetros de evaluación para evaluar la eficacia de las medidas preventivas, incluidos el número y el tema de llamadas a las líneas telefónicas de ayuda, el nivel y el tipo de cobertura en los medios de información, y las tendencias de la incidencia de las enfermedades de transmisión sexual.

2. Medidas para niños y jóvenes

100. Lo mejor es informar a los niños y los jóvenes sobre las enfermedades en un momento apropiado, como parte de su proceso de mayor conciencia sexual y desarrollo personal. Proporcionar información sobre el VIH/SIDA y las ETS a los jóvenes que pueden verse tentados a experimentar con actividades de alto riesgo relativas al sexo y a las drogas ayuda a minimizar los riesgos de infección y a aprehender el impacto de las enfermedades. Tal información puede proporcionarse dentro y fuera de un marco educativo formal, ya sea en los clubes juveniles y de deportes, durante las actividades organizadas de las vacaciones o en los lugares de entretenimiento.

101. Dondequiera que la información sea proporcionada, debe tenerse en cuenta la edad, el nivel de madurez y las bases culturales, religiosas y sociales. Por otra parte, hay varios marcos específicos, como las instituciones penitenciarias y militares, los orfelinatos y los hogares residenciales para quienes la información específica sería útil, y también grupos específicos tales como niños procedentes de situaciones familiares desastrosas, otros con dificultades de aprendizaje, quienes abandonan la escuela y "niños callejeros" para quienes hay que desarrollar iniciativas especiales.

102. De los programas de educación general en materia de salud y de sexo, que cubren el desarrollo físico, mental y social y las relaciones personales, así como también la formación del profesorado y otras personas implicadas, se trata en el programa propuesto de promoción de la salud, educación y formación.

103. Los objetivos que se llevarán a cabo podrían ser:

- fomentar el suministro de información sobre el VIH/SIDA y las ETS a grupos específicos de niños y de jóvenes en marcos específicos;
- consolidar la cooperación y los intercambios entre las autoridades nacionales y otras organizaciones implicadas en tal trabajo para mejorar la consistencia de la información proporcionada en los diversos Estados miembros.

104. Las acciones que se emprendan para lograr estos objetivos podrían ser:

- promoción de iniciativas para suministrar la información pertinente a grupos específicos de niños y de jóvenes en marcos específicos sobre su conocimiento, opiniones, comportamiento y necesidades en relación con el VIH/SIDA y las ETS, e intercambio de material educativo y de formación, así como promoción de proyectos experimentales;
- estímulo de estudios y de intercambios que analicen la información que se suministra actualmente sobre el VIH/SIDA y las ETS a niños y a jóvenes, especialmente fuera del marco educativo, incluidos los problemas que surgen en ámbitos y para grupos específicos, y promoción de proyectos experimentales.

3. Prevención de la transmisión del VIH y de las ETS

105. La información dirigida a la reducción de la transmisión sexual del VIH y de las ETS entre la población general debe ser complementada por iniciativas preventivas específicas dirigidas a grupos de personas, distintos de los niños y los jóvenes, que pueden correr mayor riesgo o que se encuentran en marcos donde se plantean problemas específicos. La experiencia indica que tales medidas serían útiles para quienes se prostituyen y sus clientes, usuarios de droga por vía parenteral, viajeros y turistas, instituciones penitenciarias y para profesionales de los servicios de sanidad.

106. La Comunidad Europea ha tomado ya medidas para asegurarse de que los preservativos se fabriquen respetando las más altas normas. Pero hay también otros problemas con los que enfrentarse, por ejemplo asegurar que las personas utilicen correctamente dichos preservativos y la necesidad de desarrollar y de promover nuevos métodos de protección.

107. Los objetivos que se seguirán podrían ser:

- reducir la transmisión maternoinfantil del VIH;
- reducir la transmisión del VIH y de las ETS en marcos específicos, tales como instituciones penitenciarias y hospitales, donde hay problemas específicos;

- reducir la transmisión del VIH y de las ETS entre los grupos cuyos miembros pueden tener un comportamiento de alto riesgo, especialmente usuarios de droga por vía parenteral y trabajadores del sexo;
- asegurarse de que los preservativos disponibles en la Comunidad sean lo más seguros posible si se utilizan correctamente y promover otros métodos de protección para uso de mujeres.

108. Las acciones que se emprenderán podrían incluir:

- información sobre turismo transnacional y viajes entre los Estados comunitarios y no comunitarios, y promoción de proyectos piloto adecuados (p. ej. en los centros turísticos o las zonas fronterizas);
- información para embarazadas, en especial toxicómanas, que pueden correr el riesgo de transmitir la infección por VIH a sus hijos;
- información para seropositivos VIH y enfermos de SIDA y ETS en instituciones penitenciarias, incluidas la información a los presos y proponer medidas de reducción del daño, como ofrecer jeringuillas a los usuarios de droga por vía parenteral;
- evaluación del conocimiento, de las actitudes y del comportamiento de los toxicómanos en relación con el VIH/SIDA y de las estrategias de prevención del VIH a ellos dirigidas; intercambio de información sobre el abastecimiento de jeringuillas seguras y sobre los programas de metadona;
- intercambios de información sobre la situación de quienes corren especial riesgo de infección por el VIH y las ETS, incluidos trabajadores del sexo y drogadictas, y sobre las acciones que se están emprendiendo;
- intercambio de información sobre el desarrollo y la promoción de nuevos métodos de protección.

4. Seguridad de la sangre y sus derivados

109. Las consecuencias trágicas de la administración de sangre y de productos sanguíneos contaminados por VIH a enfermos de hemofilia y talasemia, y a otros que en estos últimos años precisaron transfusiones, han traído a un primer plano los peligros potenciales de la transfusión sanguínea y han resaltado la importancia de garantizar la seguridad de la sangre y sus derivados, y la necesidad de lograr el autoabastecimiento comunitario de sangre como material de origen para productos cubiertos por la Directiva 89/381/CCE, a partir de donaciones voluntarias no remuneradas.

110. El control de la sangre y de los derivados sanguíneos para garantizar que sean seguros para su uso es una cuestión que se está examinando actualmente por la Comisión en estrecha colaboración con los Estados miembros, con objeto de determinar qué otras normas comunes se requerirán. Se harán públicos los resultados de este estudio en una comunicación que la Comisión se propone transmitir al Consejo y a las demás instituciones comunitarias a su debido tiempo. Además, la Comisión está llevando a cabo, en estrecho contacto con los Estados miembros, un trabajo referente a la evaluación de la situación en la Comunidad por lo que se refiere al autoabastecimiento, la encuesta sobre actitudes, el comportamiento y prácticas por lo que se refiere a la donación y a su promoción, el uso óptimo de la sangre y de los derivados sanguíneos, y la ayuda para la creación de redes a fin de asegurar el intercambio de información y facilitar transferencias de sangre y sus derivados.

5. Apoyo social y psicológico

111. Las necesidades sociales y psicológicas del cada vez mayor número de personas afectadas directamente por el VIH/SIDA están haciendo que aumente la presión en materia de prestación de servicios por parte de los Estados miembros. Un problema particular es el de las familias donde uno o más miembros están infectados. Tales

familias se enfrentan a dificultades enormes, incluidas a menudo la estigmatización y la discriminación.

112 En respuesta a estos problemas una tendencia significativa en la Comunidad es que los organismos no gubernamentales desempeñen un papel cada vez mayor en la prestación de información, asistencia y apoyo social y psicológico. Una tendencia de acompañamiento ha estado constituida por la expansión de los grupos de autoayuda entre los seropositivos VIH. La Comunidad puede desempeñar un cometido en áreas de apoyo no médico con objeto de colaborar a los esfuerzos nacionales.

113. Los objetivos en este campo podrían ser:

- ayudar a los Estados miembros a mejorar la eficacia de sus dispositivos de apoyo social y psicológico;
- apoyar las actividades de organismos no gubernamentales, incluidos los grupos de autoayuda, y consolidar sus capacidades.

114. Las acciones que se llevarán a cabo podrían incluir:

- intercambios de experiencia sobre modelos de ayuda y apoyo, promoción de proyectos experimentales y de estudios sobre los aspectos psicosociales de la enfermedad;
- intercambios sobre las necesidades de las familias con miembros seropositivos VIH;
- elaboración de manuales, de boletines y de directorios informativos sobre la transmisión del VIH, la asistencia y la terapia, en los que figuren organizaciones que proporcionan consejo y apoyo;
- fomentar la creación de redes de organizaciones, particularmente de voluntarios, en estas áreas.

6. Lucha contra la discriminación

115. La discriminación contra los seropositivos VIH, los enfermos de SIDA y sus allegados, por ejemplo, su exclusión del acceso a ciertos empleos, a la vivienda, a un seguro, a la educación o a la asistencia médica, es, por una parte, moralmente censurable y, por otra, resulta contraproducente frente a las medidas sanitarias públicas. Frente al prejuicio y al estigma es más probable que los seropositivos oculten su estado -incluso se nieguen a someterse a análisis que podrían llevar a que descubrieran que lo son- y es menos probable que se pongan en contacto con los servicios sanitarios y sociales que podrían ayudarles.

116. A menos que las personas se presten voluntariamente a tales contactos, y a menos que la confidencialidad y las libertades fundamentales de las personas estén garantizadas, la enfermedad quedará sin detectar, lo que dificulta más la lucha contra ella. Por otra parte, cuando se combina tal discriminación con el prejuicio contra los grupos marginales y las minorías, como homosexuales e inmigrantes, pueden producirse graves tensiones y desfases sociales.

117. Otra forma de discriminación es la de someter a ciertos grupos a pruebas obligatorias del VIH por razones que no guardan relación con las necesidades de salud pública. Estas prácticas de tests obligatorios para determinados grupos o personas, como presidiarios, integrantes de las fuerzas armadas, personas en busca de empleo o que realizan ciertos trabajos, inmigrantes o viajeros que llegan a un país, existen en varios países del mundo. La discriminación puede también producirse si se efectúa la prueba del VIH sin el consentimiento de la persona, o al desvelar la seropositividad de una persona, violando así la obligación de confidencialidad, así como haciendo el seguimiento obligatorio de los contactos sexuales.

118. Habida cuenta de esto, los objetivos podrían ser:

- aumentar la comprensión sobre el SIDA y el VIH y sus efectos, y reducir los miedos y los prejuicios que pueden conducir a la discriminación;
- apoyar los esfuerzos de los Estados miembros por combatir la discriminación, y complementarlos mediante la acción comunitaria, en su caso.

119. Las acciones que se emprenderán podrían ser:

- revisión, con los Estados miembros, de las disposiciones en materia de discriminación de la Resolución del Consejo y de los Ministros de Sanidad de los Estados miembros del 22 de diciembre de 1989[16], y de las medidas tomadas en la Comunidad para evitar o reducir la discriminación;
- análisis de situaciones discriminatorias reales y potenciales en la Comunidad, por ejemplo en los campos del empleo, el seguro, la vivienda, la educación y la asistencia médica y en las fronteras, así como en los tests obligatorios para grupos como inmigrantes, presos, personas en busca de empleo, pacientes y soldados.

B. Medidas comunitarias específicas para ciertas enfermedades transmisibles

1. Acciones relativas a la vacunación

120. Uno de los métodos más eficaces para proteger a una persona contra ciertas enfermedades transmisibles es la vacunación, siempre que exista una vacuna efectiva, lo que desafortunadamente no siempre se da. Además, la vacunación es una de las medidas de protección sanitaria más rentables de las que se dispone para las poblaciones y las personas.

121. En términos de salud pública los riesgos de epidemia son más bajos cuando se ha vacunado un suficiente número de personas contra una enfermedad; esto también hace referencia al nivel de cobertura de vacunación, siendo el ideal, por supuesto, una cobertura del 100%. Obviamente, el nivel de transmisión de un agente infeccioso responsable de una enfermedad dentro de una población dada depende del nivel de cobertura de vacunación dentro de esa población.

122. Por lo tanto, una política sanitaria pública efectiva en este campo implica establecer, perfeccionar y aplicar un programa de vacunación lo más eficaz posible, y es competencia de los Estados miembros llevar a cabo tal programa. Cualquier programa nacional de inmunización contra una enfermedad particular comprenderá necesariamente dos etapas. La primera consiste en llegar a disponer de existencias de la vacuna apropiada, contar con personal para llevar a cabo las vacunaciones, y animar a las personas para que acudan a vacunarse. En la segunda debe verificarse la eficacia del programa: esto implica la determinación del nivel de cobertura de vacunación y de los cambios a este nivel con el tiempo y por zonas geográficas, el control de la enfermedad, y la creación de servicios de laboratorio de referencia para identificar las cepas responsables de la enfermedad.

123. No suelen existir datos coherentes y fiables sobre los niveles de cobertura de vacunación para enfermedades concretas o sobre la vigilancia de tales enfermedades. Además, las fuentes de información difieren ampliamente de un Estado miembro a otro, y la fiabilidad de la información referente a los sistemas de inmunización y su aplicación es incierta. Se reflejan estos sistemas en los calendarios de vacunación, que difieren en términos de dosis, edad de la primera inoculación, recuerdos sucesivos, etc. El resultado

---

[16] D.O. n° C 10, de 16.1.1990, p. 3

de ello es que no hay una indicación clara del nivel de protección de las poblaciones, lo que plantea un riesgo potencial cuando aparecen en una población casos importados de una enfermedad.

124. Para cumplir el requisito de un alto nivel de protección sanitaria, una política de vacunación a nivel comunitario podría tener los siguientes objetivos de salud pública:

- determinar tan exactamente como sea posible los niveles de cobertura de vacunación para enfermedades concretas en cada Estado miembro, a fin de proporcionar un cuadro del estado global de inmunización en la Comunidad Europea;
- contribuir a la mejora de la cobertura de vacunación donde sea necesario, enfermedad por enfermedad, prestando ayuda para iniciar campañas de vacunación al objeto de lograr una cobertura de vacunación suficiente para prevenir la transmisión de los agentes infecciosos responsables de la enfermedad.

125. A este respecto, podrían preverse las siguientes acciones:

- publicación de un documento que muestre todas las pautas de vacunación actualmente disponibles y en vigor en los Estados miembros;
- establecimiento y creación de una metodología estándar para evaluar niveles de cobertura de vacunación;
- evaluación de niveles de cobertura de vacunación en ciertos grupos de población, como el de los niños.

2. *Creación y desarrollo de redes*

a) Vigilancia

126. La vigilancia, que incluye la recogida, el tratamiento y el análisis de datos sobre las enfermedades transmisibles, con su ulterior comunicación de los resultados a las autoridades sanitarias públicas, toma varias formas, dependiendo del tipo de enfermedad transmisible que se estudie.

127. Puede llevarse a cabo sobre la base de criterios clínicos o biológicos (los datos los suministran los internistas y los laboratorios) o sobre la base de encuestas (exhaustivas o por muestreo, dependiendo del tipo de enfermedad que se estudie: las enfermedades raras y serias requieren encuestas exhaustivas, por ejemplo las notificaciones obligatorias o los registros de morbilidad, mientras que las enfermedades comunes y menos serias requieren encuestas por muestreo de las redes de médicos o de laboratorios). Además, la validez de la vigilancia depende de la frecuencia de la recogida de los datos, que puede ser continua o periódica (pero repetida en intervalos suficientemente cercanos). Los datos pueden recogerse pasivamente (es decir, aguardando la llegada de la información) o activamente (es decir, a través del contacto regular o permanente con la fuente de información).

128. La vigilancia también depende del nivel administrativo (es decir local, nacional o internacional), y el medio seleccionado debe ser el más apropiado para los requisitos (particularmente por lo que se refiere a la velocidad), por ejemplo cuestionario escrito, encuesta telefónica o transmisión electrónica de datos. Además, una operación verdaderamente rigurosa de vigilancia debería ofrecer por lo menos dos sistemas independientes y complementarios de vigilancia para la misma enfermedad: la exhaustividad y la representatividad de los datos recogidos pueden verificarse entonces comparando los datos de los diversos sistemas. Requieren recursos adecuados para asegurar un nivel satisfactorio de operación y la eficacia.

129. Todas las observaciones indican que hay necesidad de mejorar, a nivel comunitario, la disponibilidad, la calidad, la importancia y la difusión de datos sobre ciertas enfermedades transmisibles.

130. Las enfermedades sujetas a tal vigilancia pueden ser agrupadas en categorías:

- enfermedades por las que ha resurgido el interés: tuberculosis (resistencia a los antibióticos) y transmisión de sangre (hepatitis);
- enfermedades que pueden ser prevenidas por la vacunación, lo que justifica un planteamiento particular;
- infecciones nosocomiales;
- enfermedades gastrointestinales (E. coli entero-hemorrágico, salmonellosis, etc.) y algunas otras enfermedades (legionellosis, etc.).

131. Los objetivos de tal vigilancia pueden enumerarse del siguiente modo:

- la detección precoz de brotes epidémicos;
- el establecimiento de directrices para que la intervención epidemiológica conduzca a la contención de tales brotes;
- identificación de las tendencias a medio y largo plazo por lo que se refiere a enfermedades concretas;
- identificación de grupos de riesgo;
- estudio de cambios en los modos de transmisión;
- evaluación de estrategias de prevención y de medidas correspondientes;
- establecimiento de hipótesis para la investigación subsiguiente y la formulación de un plan de salud pública.

132. Habida cuenta de estos objetivos a nivel de la Comunidad Europea, podrían proponerse las siguientes acciones:

- interconectar los sistemas de vigilancia de los Estados miembros, con el énfasis en tipos de sistema: notificación obligatoria de ciertas enfermedades que se determinarán, recogida de datos sobre enfermedades nosocomiales; redes de médicos y de laboratorios unidas por ordenador; estudios unitarios; encuestas en un día dado;
- establecer un consenso para la adopción de una definición de caso común a todos los Estados miembros, así como de la frecuencia de recogida de datos y la naturaleza de las variables por recoger;
- mejorar la calidad de estos sistemas proporcionando la ayuda financiera apropiada, que se consensuará con un grupo que comprende servidores y los usuarios de estos sistemas;
- ofrecer ayuda a los Estados miembros que la pidan, a través del desarrollo de una estructura de red basada en recursos reunidos.

133. Además, por lo que se refiere a las enfermedades nosocomiales, los objetivos de una política comunitaria podrían ser:

- mejorar la conciencia de la existencia de las infecciones nosocomiales, que se enmascaran a menudo por el pobre estado de salud del paciente, a través del establecimiento de la consulta y de la coordinación entre las pocas redes nacionales o regionales existentes de vigilancia en este campo, con objeto de lograr un nivel mínimo de comparabilidad de los resultados registrados a nivel local y de identificar el papel y la distribución de los factores de riesgo;
- promover intercambios de experiencia sobre las maneras en que se analizan los resultados de la vigilancia, se tratan y se utilizan por los responsables sobre el terreno, con objeto de prevenir infecciones nosocomiales y de reducir los costes de hospitalización relativos a ellas;

- promover y apoyar la creación gradual de nuevas redes de vigilancia a fin de que las autoridades sanitarias públicas nacionales sean más conscientes del problema y comiencen a incluir datos sobre las infecciones nosocomiales en sus encuestas de rutina relativas a las condiciones hospitalarias.

134. Para lograr estos objetivos, la Comisión podría llevar a cabo las siguientes acciones específicas:

- elaboración de protocolos estándar para la vigilancia de las infecciones nosocomiales, incluidos criterios de definición de la infección, criterios de inclusión y convenciones de codificación de las infecciones;
- creación de una base de datos de referencia utilizable por todos los establecimientos de asistencia médica en la red, mostrando la incidencia de ciertas infecciones nosocomiales importantes por referencia a tipos de factor de riesgo y a tipos de prácticas de prevención utilizadas. Al resaltar diferencias regionales en materia de prácticas de prevención y de tratamiento, la base de datos también permitirá identificar los problemas reales que los resultados nacionales globales tienden a no revelar.

b) Difusión de la información epidemiológica

135. Por supuesto, los datos recogidos en la vigilancia de enfermedades infecciosas transmisibles deben difundirse, después de ser validados e interpretados, de forma adecuada entre las autoridades sanitarias públicas, de modo que puedan definir y adoptar medidas preventivas apropiadas, y entre los responsables sobre el terreno, como los médicos de medicina general, que son a menudo el origen de la información.

136. La información en cuestión puede servir para uno de estos dos propósitos: puede referirse a una situación de emergencia donde se han observado brotes o una epidemia de una enfermedad infecciosa transmisible, en cuyo caso hay que alertar a las autoridades sanitarias públicas para poder emprender una acción rápida, o puede referirse a una situación rutinaria, es decir que sólo se trate de una transmisión periódica de los datos armonizados de vigilancia dados por los sistemas o las redes nacionales de vigilancia.

137. En el primer caso, la información sucinta y validada debe comunicarse rápidamente utilizando sistemas de comunicación tales como la trasmisión electrónica de datos. En el segundo caso, la información es de naturaleza más elaborada y se transmite a los profesionales de la salud y a las autoridades sanitarias en forma de boletín para especialistas transcurrido un cierto lapso de tiempo, aunque no excesivamente largo. En ambos casos es preciso que exista la combinación de una red de sistemas de vigilancia con la información validada disponible y un medio de comunicación apropiado.

138. Habida cuenta de lo dicho previamente, los objetivos de la Comunidad en esta área podrían ser:

- conocimiento mejorado y difusión más amplia (es decir, más allá del Estado miembro de origen) de boletines epidemiológicos nacionales existentes que contienen datos rutinarios de vigilancia (información cuantitativa) y artículos originales específicos (información cualitativa);
- creación de un servicio informativo epidemiológico abierto a los especialistas y a los responsables comunitarios del área de salud pública. La información de salud pública se difundirá en intervalos compatibles con los requisitos de la acción de salud pública en este ámbito.

139. Para lograr estos objetivos, la Comisión podría llevar a cabo las siguientes acciones:

- un estudio experimental para determinar el valor añadido de un aviso semanal, que estaría electrónicamente a disposición de todas las redes nacionales existentes de vigilancia de enfermedades transmisibles;
- un estudio piloto para la producción de un boletín bimestral o trimestral de la Comunidad Europea de cuatro a seis páginas, diseñado para el mismo público y que incluya datos procesados.

3. Información, educación y formación

140. Es preciso aumentar el conocimiento de la población y la comprensión de las enfermedades transmisibles y sus implicaciones para prevenir su transmisión y para reforzar los esfuerzos preventivos. La concepción y la puesta en práctica de campañas de información, dirigidas al público en general o a grupos específicos, son un instrumento clave de la prevención. Deben, sin embargo, esencialmente ser emprendidas por cada Estado miembro, y lo que es apropiado y efectivo en cada Estado varía según sus diversas tradiciones y modelos de la enfermedad. No obstante, la Comunidad puede ayudar a los Estados miembros a sacar partido de los resultados de la experiencia en otro lugar, al tiempo que las campañas de coordinación a través de la Comunidad pueden impulsar la visibilidad y el impacto globales de las actividades nacionales.

141. Hay también una necesidad cada vez mayor de que las actividades de información respondan a la movilidad creciente de la población comunitaria, así como de tomar medidas específicas que vayan dirigidas a grupos concretos, como turistas, migrantes, refugiados y personas que viajan por motivos profesionales. Además, las personas que trabajan en los medios de comunicación necesitan recibir la información que les permita informar con precisión sobre el VIH/SIDA y determinadas enfermedades transmisibles. Las acitividades que se lleven a cabo a escala comunitaría podrían constituir un complemento a las medidas nacionales en este ámbito.

142. Las personas con preocupaciones personales especiales necesitan tener acceso a información específica y a un asesoramiento en el que se respete su intimidad y la confidencialidad de la consulta. Junto con los centros especializados de asesoramiento, las líneas telefónicas de ayuda y otros mecanismos de respuesta de moderna tecnología desempeñan un papel valioso. Sin embargo, tales instalaciones no existen en todos puntos de la Comunidad, ni todas proporcionan el mismo nivel de servicio.

143. Quienes participan en la prevención de enfermedades transmisibles, las actividades asistenciales y de apoyo, así como los profesionales cuyo trabajo puede ponerles en contacto con personas infectadas, por ejemplo, por el VIH o aquejadas de SIDA o hepatitis, como es el caso de los servicios de urgencia y del personal de prisiones, necesitan información pertinente y formación sobre la enfermedad y las técnicas preventivas básicas, pero también sobre cómo proporcionar consejo y asesoramiento. Las iniciativas por mejorar su formación ayudarán a garantizar que los recursos disponibles se utilicen de la mejor manera en toda la Comunidad.

144. Dada la escasez de mano de obra en el campo de la epidemiología, particularmente por lo que se refiere a las metodologías de vigilancia, y la gran diversidad de métodos utilizados para evaluar el grado de enfermedades infecciosas y para controlarlos, el uso de métodos de evaluación comparativos es actualmente difícil. Cualquier tentativa de mejorar esta situación tiene también que tener en cuenta la dimensión internacional, y en especial la dimensión de la Comunidad Europea. Esto es particularmente cierto por lo que se refiere al agrupamiento de casos de una enfermedad de etiología desconocida.

145. La epidemiología de terreno requiere aplicar métodos epidemiológicos a la vigilancia, a la producción de datos, a la acción de salud pública y al control de enfermedades transmisibles, para tomar todas las medidas conducentes a detener la extensión de un brote epidémico y a terminar extinguiéndolo.

146. Actualmente la información proveniente de los Estados miembros no es comparable a causa de la gran diversidad de sus sistemas de vigilancia. Se añade a esto el hecho de que pocos brotes epidémicos se detectan y se investigan correctamente. Es raro, cuando un problema de salud pública de esta naturaleza surge, que se lleve a cabo una investigación de casos y se establezcan las recomendaciones apropiadas, a menudo porque hay falta la formación epidemiológica que permitiría que quienes trabajan en los sistemas de vigilancia trataran este tipo de situación.

147. Hay por lo tanto una necesidad de proporcionar la formación específica que implicaría no sólo un elemento académico básico sino también una experiencia práctica de aproximadamente dos años en varios Estados miembros. Éste es un modelo que ha demostrado su eficacia en EEUU y Canadá pero que no existe en toda Europa. El objetivo es formar a un número limitado de especialistas para que puedan investigar brotes de epidemias, controlarlos y prevenir las enfermedades infecciosas transmisibles.

148. Con este telón de fondo, los objetivos de la Comunidad podrían ser mejorar las prácticas de salud pública por lo que se refiere a la vigilancia rutinaria de las enfermedades infecciosas y de los brotes epidémicos siempre que y dondequiera que se produzcan en la Comunidad.

149. Los objetivos en esta área podrían ser:

- aumentar el nivel de conocimiento y de comprensión de la población general y de grupos específicos sobre determinadas enfermedades transmisibles y su impacto;
- maximizar la eficacia de las campañas de los Estados miembros mediante la coordinación de actividades, cuando sea es posible, y mediante su complementación con iniciativas comunitarias;
- ampliar el sistema de líneas telefónicas de ayuda existente y otros mecanismos de respuesta y mejorar su eficacia y cooperación;
- mejorar las habilidades y el conocimiento de las personas directamente afectadas o cuyo trabajo puede ponerles en contacto con enfermedades transmisibles;
- controlar, y ayudar a mejorar, los cursos de formación y los materiales existentes;
- asegurar la concienciación apropiada de la prevención de enfermedades transmisibles y de otros problemas;
- estimular un planteamiento multisectorial y multidisciplinario de la prevención.

150. Al objeto de alcanzar estos objetivos, la Comisión podría:

- fomentar los intercambios entre Estados miembros y mejorar la cooperación en materia de campañas de información dirigidas al público en general y a grupos específicos, incluido el establecimiento de maneras de reforzar y de coordinar campañas de información utilizando medios comunitarios y produciendo materiales específicos para dar a las campañas una dimensión comunitaria;
- promover el suministro de información para el uso en el lugar de trabajo y en el marco de la investigación y vigilancia de la salud;
- estudiar la oferta disponible de líneas telefónicas de ayuda y de otros mecanismos de respuesta, y de centros que proporcionan información, fomentar

la formación de redes y los intercambios de personal y de experiencia, y crear proyectos piloto;

- facilitar la evaluación de los programas de formación que se emplean actualmente para profesionales de la sanidad y otras personas que entran en contacto con enfermedades transmisibles, para identificar carencias y ayudar a concebir programas de formación continua;
- promover nuevas oportunidades de formación para las personas relacionadas directamente con las enfermedades transmisibles y el intercambio de materiales, de experiencia y de personal, así como de instructores y de estudiantes; creación de programas piloto que conlleven intercambios entre clases específicas de organismos estatutarios y organizaciones de voluntarios, y aplicación de otros programas piloto de formación continua para personas que por su trabajo están en contacto con el VIH/SIDA, como el personal de los servicios de urgencia y de las instituciones penitenciarias;
- facilitar la evaluación de la formación del personal en organizaciones no gubernamentales y promover los intercambios para la difusión de experiencia y de las mejores prácticas;
- crear un grupo directivo, con representantes de los Estados miembros, para examinar cómo mejorar la formación de los epidemiólogos in situ especialistas en enfermedades transmisibles;
- ayudar a desarrollar una red de epidemiólogos de salud pública con objeto de definir objetivos de acción y métodos comunes.

4. Detección precoz y sistemática

151. La detección sistemática y precoz de las enfermedades transmisibles es un elemento importante, tanto para limitar la extensión de tales enfermedades entre la población cuanto para mejorar el pronóstico de las personas afectadas, permitiendo empezar un tratamiento eficaz cuanto antes.

152. Algunas enfermedades transmisibles dan una indicación clara y rápida de su presencia, haciendo así superfluo cualquier planteamiento que implique su detección sistemática y precoz. La situación es diferente en el caso de las enfermedades transmisibles de evolución silente y más o menos crónica (hepatitis C, ciertas parasitosis), en el de algunas formas particulares de enfermedades transmisibles (tuberculosis) o, por último, en el de las que tienen consecuencias específicas entre ciertas categorías de población a riesgo (toxoplasmosis de las embarazadas). Dado el carácter oculto de estas enfermedades transmisibles, su detección precoz debe incluir exámenes complementarios específicos: análisis serológicos específicos para la hepatitis C y la toxoplasmosis, radiografías de pulmón para la tuberculosis, examen parasitológico de heces para ciertas helmintiasis, etc.

153. El análisis de la situación en los Estados miembros muestra que los métodos de detección precoz y sistemática para tales enfermedades transmisibles varían a menudo y que sería beneficioso promover intercambios de información y de experiencia en este campo. Tales intercambios podrían conducir a que se empezaran a realizar proyectos piloto y a la elaboración de recomendaciones a nivel comunitario. La experiencia extraída de la detección precoz y sistemática para un número inicial de enfermedades transmisibles específicas podría aplicarse a otras enfermedades si los estudios de viabilidad y los análisis asociados de rentabilidad demostraran su utilidad.

154. Los objetivos podrían ser los siguientes:

- contribuir al desarrollo y al establecimiento de la detección precoz y de sistemas efectivos de *screening* de enfermedades transmisibles;
- extender el uso de prácticas apropiadas basadas en directrices que se elaborarán a nivel europeo en los protocolos de garantía de calidad en materia de investigación y diagnóstico precoz de enfermedades transmisibles;
- mejorar la calidad de la detección de enfermedades transmisibles a través del desarrollo de la formación continua del personal de sanidad.

155. La estrategia podría incluir los siguientes elementos clave:

- promoción de investigaciones sobre la eficacia y la viabilidad del *screening* para ciertos tipos de enfermedad transmisible (tuberculosis, hepatitis, etc.);
- apoyo a la formación del personal sanitario, en especial en el contexto de la detección precoz y sistemática de enfermedades transmisibles;
- análisis de rentabilidad del *screening* para diversos tipos de enfermedades transmisibles, en especial entre las embarazadas.

VI. CONSULTA, EVALUACIÓN E INFORMES

1. MECANISMOS DE CONSULTA Y DE PARTICIPACIÓN

a) Comité consultivo

156. La experiencia del programa "Europa contra el SIDA" entre 1991 y 1993 ha mostrado la conveniencia de disponer de una estructura apropiada de consulta y de coordinación. Para permitir la posible integración más completa de los diversos socios implicados en el programa, la Comisión propondrá la creación de un comité consultivo integrado por representantes de cada Estado miembro y presidido por la Comisión. La composición del Comité deberá garantizar la representación óptima de los intereses y de la experiencia de las autoridades nacionales, de los profesionales de la sanidad y de las ONG competentes en el campo del SIDA y de otras enfermedades transmisibles. El Comité ayudará a la Comisión en todas las cuestiones de política relativas al SIDA y a otras enfermedades transmisibles, y en especial en las relativas al desarrollo y al planteamiento del programa.

b) Otros participantes

157. La Comisión animará a los Estados miembros a que creen comités nacionales de coordinación para el programa sobre el SIDA y otras enfermedades transmisibles para aumentar la motivación y la implicación de los agentes nacionales. Estos comités nacionales, las funciones y composición de los cuales se determinarán a nivel local, ya han demostrado su eficacia en otros programas, para mejorar la coherencia de las acciones emprendidas a nivel nacional y para ayudar a los socios nacionales implicados a trabajar en más estrecha colaboración.

158. En estos últimos años del programa comunitario contra el SIDA, las ONG implicadas han contribuido generosamente a la realización de acciones comunitarias, con fondos y con experiencia. Teniendo en cuenta el papel práctico de prevención, asistencia e investigación que han desempeñado estas organizaciones, la Comisión mantendrá y consolidará sus lazos con ellas, tanto a través del comité consultivo mencionado como mediante lazos directos con ellas.

159. La Comisión intentará, en especial, implicar a otros socios, pues así lo justifican la envergadura de su acción frente al SIDA y las enfermedades transmisibles y las implicaciones para otros campos de acción en el ámbito de la salud pública. En este contexto, la Comisión se asegurará de que su acción contra el SIDA y otras enfermedades transmisibles sea consistente con acciones "horizontales" y con acciones de programas de acción específicos que abordan otras enfermedades.

2. EVALUACIÓN E INFORMES

160. La evaluación del plan de acción comprenderá tres elementos principales:

- un informe intermedio sobre la ejecución del programa dirigido al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y Social y al Comité de las Regiones;
- una evaluación independiente de los principales estudios y acciones financiados.
- un informe global sobre la eficacia y utilidad de los proyectos incluidos en el plan de acción que la Comisión deberá remitir a las Instituciones correspondientes al finalizar la ejecución del Programa.

161. Informe intermedio y global sobre la ejecución del plan de acción

El propósito del informe intermedio es asegurarse de que se mantenga a las instituciones, y a través de ellas a todas las partes implicadas, plenamente informadas del progreso de las acciones emprendidas en el contexto de este plan de acción. Incluirá un análisis de proyectos apoyados bajo las diversas acciones y un examen detallado de actividades en otros sectores relativos al SIDA y a otras enfermedades transmisibles. La Comisión remitirá también un informe global final al término del plan de acción.

162. Evaluación independiente de las principales acciones y estudios financiados

La experiencia adquirida en las acciones entre 1991 y 1993 del programa "Europa contra el SIDA" ha puesto de manifiesto la necesidad de evaluaciones más efectivas del programa, a escala nacional y a nivel europeo. Tales evaluaciones facilitarían la transferibilidad de los resultados de proyectos piloto de un país a otro, aumentando así el valor añadido europeo del programa. Para introducir evaluaciones efectivas de este tipo, la Comisión puede consultar a las autoridades nacionales y a otros expertos en la materia para establecer criterios apropiados y protocolos.

3. ACTIVIDADES DE INFORMACIÓN DE CARÁCTER GENERAL

163. Además de las actividades de información contenidas en el programa, la Comisión se asegurará de que la población general y todas las partes implicadas tengan acceso a los resultados de las acciones, los estudios y las evaluaciones más importantes emprendidos.

Propuesta de

DECISIÓN DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO **94/0222 (COD)**

por la que se adopta un programa de acción comunitaria relativo a la prevención del sida y de otras determinadas enfermedades transmisibles, dentro del marco de la acción en el ámbito de la salud pública

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

1. En su comunicación del 24 de noviembre de 1993 dentro del marco de acción del ámbito de la salud pública, la Comisión definió un marco para la futura acción comunitaria a fin de lograr los objetivos de protección sanitaria establecidos en los artículos 3 (o) y 129 del Tratado constitutivo de la Comunidad Europea. Se define el papel de la Comunidad como de apoyo a los esfuerzos de los Estados miembros en el campo de salud pública, ayudando a la formulación y a la puesta en práctica de objetivos y de estrategias, y contribuyendo a la provisión de protección sanitaria a través de la Comunidad, teniendo como objetivo los mejores resultados ya obtenidos en un área dada de la Comunidad. La acción comunitaria va encaminada a la prevención de enfermedades y a suministrar información y educación sanitarias. Los requisitos de protección sanitaria deben también formar parte de otras políticas comunitarias.

2. La futura acción comunitaria en el campo de salud pública debe tener en cuenta el principio de subsidiariedad y el requisito de proporcionalidad. Vale la pena observar, en este contexto, que la diversidad observada entre los Estados miembros y en el interior de los mismos por lo que se refiere a la geografía, el clima, las formas de vida, la cultura, las condiciones socioeconómicas y el medio ambiente es tal que, hablando en términos generales, la Comunidad no puede proponer ningún requisito detallado. Las actividades deben seleccionarse sobre la base de la valoración anterior y deberían producir un valor añadido comunitario logrando al mismo tiempo la máxima eficacia económica.

3. La actual propuesta establece los objetivos y las áreas de acción para un programa contra el SIDA y determinadas enfermedades transmisibles que está previsto llevar a cabo durante el período 1995-1999. Habida cuenta del hecho de que los Estados miembros tienen la responsabilidad básica de la prevención de enfermedades transmisibles, y de conformidad con el principio de subsidiariedad, el papel de la Comunidad se centrará fundamentalmente en promover la cooperación entre Estados miembros, apoyar las acciones emprendidas por éstos, promover la coordinación entre sus políticas y programas (en estrecha colaboración con los propios Estados miembros), completar sus acciones con medidas a nivel comunitario, en su caso, y asegurarse de que las políticas comunitarias en otras áreas tales como educación, la política social y la puesta en práctica del mercado único apoyen la prevención de estas enfermedades.

4. Los objetivos del programa son reducir en la medida de lo posible la extensión de las enfermedades transmisibles, incluidos el VIH y el SIDA, en la Comunidad, minimizar sus consecuencias adversas para las personas y para la sociedad y cooperar con esfuerzos para combatirlas fuera de la Comunidad. Habida cuenta de estos objetivos, el planteamiento comunitario debe diseñarse para asegurar la coherencia y la continuidad de la acción preventiva y debe por lo tanto abordar cada etapa del proceso de prevención, incluidas la información y la recogida de datos, la educación, intervenciones preventivas específicas, tales como detección y vacunación donde sea posible y apropiado, el asesoramiento y apoyo, y alcanzar a todas las partes y marcos implicados en las diversas etapas.

5. Se necesitará una amplia gama de medidas preventivas para alcanzar estos objetivos, y algunas de ellas tendrán que ponerse en marcha en estrecha vinculación con otros programas comunitarios existentes, como los de investigación y ayuda al desarrollo, o los que se están desarrollando actualmente, por ejemplo los de drogodependencia, promoción de la salud, educación y formación, datos e indicadores sanitarios, y control y vigilancia de enfermedades.

6. Los programas de acción previos sobre el SIDA pusieron de relieve varios campos de actividad. Se propone que continúen estas acciones mientras se amplía el programa para incluir en él algunas otras enfermedades transmisibles. Los campos de actividad recogidos en la comunicación sobre el marco de acción del ámbito de la salud pública son: datos epidemiológicos; suministro de información al conjunto de la población y a grupos específicos; educación sanitaria; formación; detección precoz y *screening*; investigación; cooperación con organizaciones internacionales y terceros países. Otras áreas prioritarias mencionadas son la recogida y difusión de diversas clases de información sobre la propagación de las enfermedades y las medidas tomadas para responder a ello, las medidas dirigidas a los niños y los jóvenes, las intervenciones preventivas específicas, las enfermedades transmitidas por transfusión de sangre, el apoyo social y psicológico, la lucha contra la discriminación y los tests de detección.

7. La Comisión transmitirá un informe provisional y un informe final global sobre la puesta en práctica del programa al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y Social y al Comité de las Regiones. Asimismo, se llevará a cabo una evaluación independiente paralela de las principales actuaciones financiadas. Esto permitirá a las instituciones evaluar el progreso y los efectos del trabajo, tras lo cual podrán modificarse, si procede, las acciones tomadas o los métodos de puesta en práctica.

Propuesta de

DECISIÓN DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO **94/0222 (COD)**

por la que se adopta un programa de acción comunitaria relativo a la prevención del sida y de otras determinadas enfermedades transmisibles, dentro del marco de la acción en el ámbito de la salud pública

EL PARLAMENTO EUROPEO Y EL CONSEJO DE LA UNIÓN EUROPEA,

Visto el Tratado constitutivo de la Comunidad Europea y, en particular, su artículo 129,

Vista la propuesta de la Comisión[17],

Visto el dictamen del Comité Económico y Social[18],

Visto el dictamen del Comité de las Regiones[19],

Considerando que la prevención de las enfermedades, especialmente de las más graves y ampliamente difundidas, incluida la toxicomanía, es una prioridad de la acción comunitaria, que requiere un planteamiento global y coordinado entre los Estados miembros;

Considerando que el SIDA es actualmente una enfermedad incurable que, teniendo en cuenta sus modos de transmisión, sólo puede ser combatida eficazmente mediante medidas preventivas;

Considerando que el plan de acción aprobado por la Decisión 91/317/CEE del Consejo y de los Ministros de Sanidad de los Estados miembros, reunidos en el seno del Consejo[20], en el marco del programa "Europa contra el SIDA", concluyó a finales de 1993;

Considerando que, en sus conclusiones de 27 de mayo de 1993[21], el Consejo y los Ministros de Sanidad, reunidos en el seno del Consejo, pusieron de relieve la necesidad de continuar las actividades del programa "Europa contra el SIDA";

Considerando que, en consecuencia, la Comisión presentó al Consejo el 29 de septiembre de 1993 una propuesta de Decisión referente a la ampliación hasta finales de 1994 del plan de acción 1991-1993 aprobado en el marco del programa "Europa contra el SIDA"[22], a fin de garantizar la continuación de las acciones comunitarias para combatir el SIDA a la espera de la adopción de un programa de acción multianual; que el Consejo adoptó el 2 de junio de 1994 una posición común relativa a dicha propuesta[23], con vistas a ampliar el programa "Europa contra el SIDA" al período 1994-1995;

---

(17) DO n° ...
(18) DO n° ...
(19) DO n° ...
(20) DO n° L 175, de 4.7.1991, p. 26
(21) Doc. 6946/93 SAN 36
(22) COM (93) 453 final, de 29.9.1993
(23) DO n° C 213 de 3.8.1994, p. 220

Considerando que, en sus conclusiones de 13 de diciembre de 1993[24], el Consejo acordó que es necesario que la Comunidad en su conjunto adquiriera un mejor conocimiento de las enfermedades, de sus causas y de su contexto epidemiológico;
Considerando que, en las mismas conclusiones, el Consejo puso de relieve que el funcionamiento sin problemas de la red de recogida de datos epidemiológicos requería que se desarrollaran la formación teórica y la preparación práctica en epidemiología sobre el terreno para los equipos que participan en la red;

Considerando que en su Resolución de 13 de noviembre de 1992[25], el Consejo y los Ministros de Sanidad, reunidos en el seno del Consejo, invitaron a la Comisión a que considerase las disposiciones existentes que prevén la cooperación entre Estados miembros en el ámbito del seguimiento y del control de las enfermedades transmisibles;

Considerando que las acciones emprendidas a nivel comunitario en el ámbito del SIDA deben proseguirse y ampliarse para cubrir otras determinadas enfermedades transmisibles, así como consolidarse dentro del marco de acción en el ámbito de la salud pública establecido por la Comisión[26];

Considerando que deben tenerse en cuenta, como pidió el Consejo en su Resolución de 27 de mayo de 1993[27], otras acciones emprendidas por la Comunidad en el ámbito de la salud pública o que tengan una repercusión en la salud pública;

Considerando que en su Resolución de 2 de junio de 1994 relativa al marco de acción comunitaria en el ámbito de la salud pública[28], el Consejo acordó que debía darse prioridad actualmente al SIDA y a otras enfermedades transmisibles;

Considerando que, de conformidad con el principio de subsidiariedad, la Comunidad sólo debe emprender acciones en áreas que no sean de su competencia exclusiva, como las de la actuación contra el VIH/SIDA y las enfermedades transmisibles, en los casos en que los objetivos de la acción, por su dimensión y efectos, puedan lograrse mejor a escala comunitaria;

Considerando que debe consolidarse la cooperación con las organizaciones internacionales competentes y con terceros países;

Considerando que se requiere un programa plurianual, que defina los objetivos de la acción comunitaria, las acciones prioritarias contra el SIDA y la prevención de otras enfermedades transmisibles, junto con los mecanismos apropiados de evaluación;

Considerando que los objetivos de este programa deben ser contribuir a mejorar el conocimiento sobre la prevalencia y formas del VIH/SIDA y de otras enfermedades transmisibles, mejorar el reconocimiento de situaciones de riesgo y mejorar la detección precoz y el apoyo social y médico, con objeto de prevenir la transmisión de las enfermedades transmisibles y por lo tanto de reducir su índice de mortalidad;

Considerando que, desde un punto de vista operativo, las precedentes acciones tendentes a establecer redes europeas de organizaciones no gubernamentales y a movilizar recursos deben mantenerse y desarrollarse;

---

(24) DO n° C 15, de 18.01.1994, p.6
(25) DO n° C 326, de 11.12.1992, p.1
(26) COM (93) 559 final, de 24.11.1993
(27) DO n° C 174, de 25.6.1993, p. 1
(28) DO n° C 165 de 17.6.1994, p. 1

Considerando que la posible duplicidad de los esfuerzos debe evitarse mediante el fomento de intercambios de experiencia y la creación de material informativo para el público, los educadores sanitarios y los encargados de la formación de las profesiones médicas;

Considerando que este programa debe tener una duración de cinco años, a fin de dar tiempo suficiente para que se pongan en práctica sus diversas acciones y se logren los objetivos fijados,

DECIDEN:

Artículo 1

Se adopta un programa de acción comunitaria relativo al SIDA y a determinadas otras enfermedades transmisibles por un periodo de cinco años.

Artículo 2

La Comisión asegurará la puesta en práctica de las acciones establecidas en el Anexo, de conformidad con el artículo 5 y en estrecha colaboración y asociación con los Estados miembros. Participarán asimismo las instituciones y organizaciones que trabajan en el ámbito de la prevención del SIDA y de otras enfermedades transmisibles.

Artículo 3

La autoridad presupuestaria determinará los fondos disponibles para cada ejercicio presupuestario.

Artículo 4

La Comisión se asegurará de que haya coherencia y complementariedad entre las acciones comunitarias que se pongan en práctica dentro de este programa y las que se realicen en otros programas e iniciativas comunitarios.

Artículo 5

A efectos de la aplicación del programa la Comisión estará asistida por un Comité consultivo, denominado en lo sucesivo "el Comité", compuesto de dos representantes por Estado miembro y presidido por un representante de la Comisión.

El representante de la Comisión someterá al Comité un proyecto de las medidas que deban adoptarse. El Comité emitirá su dictamen sobre dicho proyecto en un plazo que el presidente podrá fijar en función de la urgencia del asunto, procediendo, en su caso, a una votación.

El dictamen se incluirá en el acta; además, cada Estado miembro tendrá derecho a solicitar que su posición conste en acta.

La Comisión tendrá en cuenta, en la mayor medida posible, el dictamen emitido por el Comité. Informará al Comité de la manera en que ha tenido en cuenta dicho dictamen.

Artículo 6

1. La Comunidad fomentará la cooperación con terceros países y con organizaciones internacionales de salud pública, en particular la Organización Mundial de la Salud.

2. Los países de la AELC, en el marco del Acuerdo EEE, y los países de Europa central y oriental con los cuales la Comunidad ha concluido acuerdos de asociación podrán asociarse a las actividades descritas en el Anexo, de conformidad con lo dispuesto en dichos acuerdos.

Artículo 7

1. La Comisión publicará con regularidad información sobre las acciones emprendidas y las posibilidades de apoyo comunitario en los diversos ámbitos de acción.

2. La Comisión someterá al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social y al Comité de las Regiones un informe intermedio sobre las acciones emprendidas, así como un informe global al final del programa.

Hecho en Bruselas, el

Por el Parlamento Europeo,

El Presidente

Por el Consejo,

El Presidente

ANEXO

PROGRAMA DE ACCIÓN COMUNITARIA DE

PREVENCIÓN DEL SIDA Y OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

I. ACCIONES EN MATERIA DE VIH/SIDA Y DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

A. Recogida de datos

1. Exploración, con los Estados miembros, de las maneras de aumentar y de mejorar los datos disponibles sobre el SIDA y el VIH a nivel comunitario, y suministro de ayuda para favorecer el trabajo de los sistemas nacionales de control epidemiológico y del centro europeo para el control epidemiológico del SIDA.

2. Recogida, análisis y difusión de la información existente referente a medidas preventivas y al conocimiento, las actitudes y el comportamiento de la población general y de grupos específicos; promoción del desarrollo y utilización de medidas para evaluar la eficacia y nuevas encuestas en áreas donde la información existente sea inadecuada, incluidas las encuestas del Eurobarómetro.

B. Medidas dirigidas a niños y jóvenes

3. Estímulo de iniciativas para elaborar y difundir información sobre el conocimiento, actitudes y comportamiento de los niños y jóvenes en relación con el VIH/SIDA y las ETS y para examinar las prácticas actuales de suministro de información dentro y fuera de marcos formales como centros escolares y de formación, para fomentar el intercambio de material educativo y de formación, y para crear proyectos piloto y redes.

C. Prevención de la transmisión del VIH y las ETS

4. Examen e intercambios de información sobre problemas y situaciones relacionados con grupos (usuarios de droga, trabajadores del sexo, homosexuales y bisexuales) o situaciones de riesgo (poblaciones móviles y de zonas fronterizas, instituciones penitenciarias); intercambio de experiencia sobre medidas de reducción del daño y sobre acciones preventivas; promoción de medidas preventivas adecuadas y de proyectos piloto.

5. Promoción de la información, el asesoramiento y el consejo a las embarazadas que pueden correr el riesgo de transmitir el VIH a sus hijos; debate e intercambio de experiencias sobre el *screening* de las embarazadas; coordinación de la investigación para minimizar la transmisión maternoinfantil.

D. Apoyo social y psicológico y lucha contra la discriminación

6. Intercambios de experiencia sobre modelos de ayuda y apoyo, incluidas las dificultades particulares con que se enfrentan las familias con miembros infectados, y referentes a políticas y a prácticas de *screening* y situaciones discriminatorias; promoción de análisis y de proyectos piloto sobre los aspectos psicosociales de la enfermedad, y constitución de redes de organizaciones que brindan información y asistencia.

II. MEDIDAS COMUNITARIAS ESPECÍFICAS PARA CIERTAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

A. Actuaciones en el ámbito de la vacunación

7. Apoyo a iniciativas diseñadas para generar información sobre los niveles de cobertura por vacunación en la Comunidad, especialmente entre grupos de riesgo y personas que viven en ciertas situaciones de riesgo, contra enfermedades transmisibles evitables por la vacunación; promoción de iniciativas diseñadas para mejorar la cobertura por vacunación de la población general y, especialmente, de los grupos y las personas de riesgo que viven en ciertas situaciones de riesgo; fomento de medidas diseñadas para adaptar calendarios de vacunación al contexto epidemiológico.

B. Creación y desarrollo de redes

1. Vigilancia

8. Mejora de la calidad de los sistemas de vigilancia de los Estados miembros, teniendo en cuenta los puntos de vista de los trabajadores y de los usuarios de estos sistemas; asistencia a la creación de redes, basada en metodologías consensuadas y en condiciones de transmisión de la información, mediante consulta previa y coordinación de las respuestas.

9. Promoción del conocimiento y los intercambios de experiencia sobre las maneras en que se analizan los resultados del control de las infecciones nosocomiales, se tratan y utilizan por los responsables sobre el terreno, y apoyo a las acciones tendentes a incrementar la conciencia de los problemas y la inclusión de datos comparables y fiables sobre las infecciones nosocomiales en las encuestas de rutina referentes a las condiciones hospitalarias; apoyo a la creación de nuevas redes de control de dichas infecciones.

2. Difusión de la información epidemiológica

10. Contribución, especialmente brindando el apoyo logístico necesario, a la elaboración y difusión de una nota informativa de aparición periódica y de un boletín de la Comunidad Europea sobre la vigilancia de las enfermedades transmisibles, en el que se incluyan tanto datos rutinarios de vigilancia como informes de investigaciones específicas.

C. Información, educación y formación

11. Fomento de intercambios entre los Estados miembros sobre campañas de información a todos los niveles; desarrollo de maneras de interconectar y reforzar campañas, como el suministro de materiales específicos; utilización de las líneas telefónicas de ayuda y otros mecanismos de respuesta, y desarrollo y promoción de actividades para completar los esfuerzos nacionales, incluida la creación de redes y el intercambio de experiencia y conocimientos prácticos.

12. Examen de los programas actuales de formación para profesionales de la sanidad y otros a quienes su trabajo pone en contacto con ciertas enfermedades transmisibles; identificación de debilidades y carencias; concepción y promoción de nuevas oportunidades y nuevos programas de formación.

13. Mejora de prácticas de salud pública por lo que se refiere a la vigilancia rutinaria de enfermedades infecciosas y de brotes epidémicos siempre y dondequiera que éstos se produzcan en la Comunidad; desarrollo de una red comunitaria de epidemiólogos de salud pública con objeto de definir metodologías y herramientas comunes y de aumentar la capacidad de respuesta coordinada.

D. Detección precoz y *screening* sistemático

14. Promoción de investigaciones sobre la eficacia y la viabilidad del *screening* para ciertos tipos de enfermedad transmisible (tuberculosis, hepatitis, etc.);

15. Apoyo a la formación del personal sanitario, en especial en el contexto de la detección precoz y sistemática de enfermedades transmisibles; análisis de rentabilidad del *screening* para diversos tipos de enfermedades transmisibles, en especial entre las embarazadas.

FICHA FINANCIERA

1. Título de la acción:

Propuesta de DECISIÓN DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO por la que se adopta un programa de acción comunitaria relativo a la prevención del sida y de otras determinadas enfermedades transmisibles, dentro del marco de la acción en el ámbito de la salud pública.

2. Partida presupuestaria:

Partida B3-4305 (antes B3-4301): Lucha contra el SIDA y las demás enfermedades transmisibles.

3. Fundamento jurídico:

a) Fundamento jurídico propiamente dicho

Artículo 3 (0) y artículo 129 del Tratado de la Unión Europea.

b) Referencias:

Resoluciones del Parlamento Europeo sobre la lucha contra el SIDA (D.O. n° C 46 de 20 de febrero de 1984 y D.O. n° C 88 de 14 de abril de 1986).

Resolución de los representantes de los gobiernos de los Estados miembros de las Comunidades Europeas, reunidos en el seno del Consejo de 29 de mayo de 1986, relativa al síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) (D.O. n° C 184 de 23.07.1986, p 21).

Comunicación de la Comisión, de 11 de febrero de 1987, sobre la lucha contra el SIDA (COM (87) 63 final).

Conclusiones del Consejo y de los representantes de los gobiernos de los Estados miembros, reunidos en el seno del Consejo de 15 de mayo de 1987, relativas al SIDA (D.O. n° C 178 de 7.07.1987, p 1).

Conclusiones del Consejo y de los representantes de los gobiernos de los Estados miembros, reunidos en el seno del Consejo de 31 de mayo de 1988, relativas al SIDA (D.O. n° C 197 de 27.7.1988, p 8).

Conclusiones del Consejo y de los Ministros de Sanidad de los Estados miembros, reunidos en el seno del Consejo de 15 de diciembre de 1988, relativas al SIDA (D.O. n° C 28 de 3.02.1989, p 1).

Conclusiones del Consejo y de los Ministros de Sanidad de los Estados miembros, reunidos en el seno del Consejo de 15 de diciembre de 1988, relativas al SIDA y al lugar de trabajo (D.O. n° C 28 de 3.02.1989, p 2).

Resolución del Parlamento Europeo de 30 de marzo de 1989 sobre la lucha contra el SIDA (D.O. n° C 158 de 26.06.1989, p 477).

Conclusiones del Consejo y de los Ministros de Sanidad de los Estados miembros, reunidos en el seno del Consejo de 16 de mayo de 1989, relativas a la prevención del SIDA en los usuarios de droga por vía parenteral (D.O. n° C 185 de 22.07.1989, p 3).

Conclusiones del Consejo y de los Ministros de Sanidad de los Estados miembros, reunidos en el seno del Consejo de 16 de mayo de 1989, relativas a la sensibilización del personal sanitario (D.O. n° C 185 de 22.07.1989, p 6).

Conclusiones del Consejo y de los Ministros de Sanidad de los Estados miembros, reunidos en el seno del Consejo de 16 de mayo de 1989, relativas a la mejora del sistema general de recogida de datos epidemiológicos, incluida la aplicación de la nueva definición del SIDA (D.O. n° C 185 de 22.07.1989, p 7).

Conclusiones del Consejo y de los Ministros de Sanidad de los Estados miembros, reunidos en el seno del Consejo de 16 de mayo de 1989, relativas a las actividades futuras de prevención y de control del SIDA a escala comunitaria (D.O. n° C 185 de 22.07.1989, p 8).

Resolución del Consejo y de los Ministros de Sanidad de los Estados miembros, reunidos en el seno del Consejo de 22 de diciembre de 1989, relativa a la lucha contra el SIDA (D.O. n° C 10 de 16.01.1990, p 3).

Conclusiones del Consejo y de los Ministros de Sanidad, reunidos en el seno del Consejo de 17 de mayo de 1990, relativas a la aceptación médica y psicosocial de las personas afectadas por la epidemia del SIDA (doc. 7264/90 SAN 45).

Conclusiones del Consejo y de los Ministros de Sanidad, reunidos en el seno del Consejo de 3 de diciembre de 1990, relativas al SIDA (D.O. n° C 329 de 31.12.1990, p 21).

Decisión 91/317/CEE del Consejo y de los Ministros de Sanidad de los Estados miembros, reunidos en el seno del Consejo de 4 de junio de 1991, por la que se adopta un plan de acción 1991-1993 en el marco del programa Europa contra el SIDA (D.O. n° L 175 de 4.07.1991, p 26).

Resolución del Consejo y de los Ministros de Sanidad de los Estados miembros reunidos en el seno del Consejo de 13 de noviembre de 1992 sobre el control y la vigilancia de las enfermedades transmisibles (D.O. n° C 326 de 11.12.1992, p 1).

Informe de la Comisión sobre la aplicación del plan de acción 1991-1992 del programa Europa contra el SIDA (COM (93) 42 final, 10.03.1993).

Conclusión del Consejo y de los Ministros de Sanidad reunidos en el seno del Consejo de 27 de mayo de 1993, sobre la aplicación y las consecuencias del programa "Europa contra el SIDA" (doc. 6946/93 SAN 36).

Propuesta de decisión del Consejo y de los Ministros de Sanidad de los Estados miembros reunidos en el seno del Consejo relativa a la prolongación hasta finales de 1994 del plan de acción 1991-1993 adoptado en el marco del programa Europa contra el SIDA (COM (93) 453 final, 29.09.1993).

Comunicación de la Comisión relativa al marco de acción en el ámbito de la salud pública (COM (93) 559 final).

Conclusiones del Consejo de 13 de diciembre de 1993 relativas a la instauración de una red en materia de epidemiología en la Comunidad (D.O. n° C 15 de 18.01.1994, p 6).

Resolución del Consejo de 13 de diciembre de 1993, relativa a la prolongación hasta finales de 1994 del plan de acción 1991-1993 adoptado en el marco del programa Europa contra el SIDA (D.O. n° C 15 de 18.01.1994, p 4).

Resolución del Consejo de 2 de junio de 1994 relativo al marco de acción comunitaria en el ámbito de la salud pública (D.O. n° ...).

4. Descripción de la acción:

4.1 Objetivo general de la acción:

Aplicación de un programa de acciones comunitarias en el sector de la prevención del SIDA y otras enfermedades transmisibles. El Parlamento, el Consejo y los Ministros de Sanidad de los Estados miembros reunidos en el seno del Consejo han adoptado, desde el principio de la epidemia, un cierto número de textos que tratan de los problemas de salud pública planteados por el SIDA (véase la relación ya mencionada), de los que el más importante es la Decisión de 4 de junio de 1991 por la que se crea el programa "Europa contra el SIDA".

El presente programa está destinado a fomentar la cooperación entre Estados miembros, a apoyar su acción y a promover la coordinación de sus políticas y programas en el marco de la prevención del VIH/SIDA así como de otras enfermedades transmisibles.

Objetivos intermedios: se fijan objetivos intermedios como la reducción de la mortalidad y de la morbilidad por las enfermedades transmisibles así como del riesgo de infección por el virus del SIDA o por otros agentes infecciosos.

Medios de realizar este objetivo: estímulo de los Estados miembros para que desarrollen sus propios medios de prevención del SIDA y otras enfermedades transmisibles en sus estrategias de prevención y en su cooperación intracomunitaria, en particular por un apoyo a los intercambios, la identificación y la difusión de las mejores prácticas, y a la creación de redes; elaboración de líneas directrices y ayuda financiera a programas o proyectos piloto con el fin de contribuir a la mejora de la eficacia de la prevención, tanto en los profesionales del campo sociosanitario como entre la población.

4.2 Período cubierto por la acción:

- 5 años: 1995-1999
- Informe de aplicación presentado al Consejo y al Parlamento Europeo en el 3er año del programa: correcciones necesarias.
- Informe al Consejo y al Parlamento Europeo al final del programa: modalidades de renovación y de adopción.

5. Clasificación del gasto:

Gasto no obligatorio

Créditos disociados

6. Tipo del gasto:

Subvención para cofinanciación con otros servicios del sector público y/o privado (sin superar un determinado porcentaje de la suma total de los proyectos propuestos).

7. Incidencia financiera:

7.1 Método de cálculo del coste total de la acción:

El método para este cálculo procede de la experiencia adquirida en la aplicación de las acciones de lucha contra el SIDA y otras enfermedades transmisibles (partidas B3/4301 y B3-4305) estos últimos años, habida cuenta de las perspectivas a medio plazo definidas en la comunicación de la Comisión relativa al marco de acción en el ámbito de la salud pública. Una suma total redondeada a 50 millones de ecus durante el período de 1995-1999 parece necesaria para estas actividades. La distribución anual se hará de conformidad con los procedimientos presupuestarios habituales.

7.2 Desglose por elementos del coste de la acción (CE en MILLONES ECUS)

ENFERMEDADES IMPLICADAS	SECTORES DE ACCIÓN	AÑOS					
		APB 1995	1996	1997	1998	1999	TOTAL 1995-1999
		desglose indicativo	**programación indicativa**				
VIH/SIDA Y DEMÁS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	Recogida de datos epidemiológicos, constitución de redes	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	1,4
	Acciones específicas de prevención (vacunación, seguridad de la sangre y de los productos sanguíneos)	2	2,2	2,3	2,4	2,6	11,5
	Información y sensibilización del público y de determinados grupos	0,5	0,5	0,5	0,6	0,6	2,7
	Formación y promoción de los recursos humanos	1,6	1,7	1,7	1,8	1,9	8,7
VIH/SIDA	Medidas para los niños y los jóvenes	1,3	1,3	1,4	1,5	1,5	7
	Apoyo y asistencia sanitaria y social	1,7	1,7	1,8	1,9	2	9,1
	Medidas destinadas a combatir la discriminación	0,4	0,4	0,5	0,5	0,5	2,3
OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	Detección temprana y sistemática	1,3	1,3	1,4	1,4	1,5	6,9
	TOTAL	**9**	**9,4**	**9,9**	**10,4**	**10,9**	**49,6**

Variación en % 1,05 (cf. comunicación salud pública)

7.3 Calendario indicativo de los créditos

	1995	1996	1997	1998	1999	TOTAL
Créditos de compromiso	9	9,4	9,9	10,4	10,9	49,6
Créditos de pago						
50% 1995	3,2					3,2
35% 1996	4,3	4,7				9,0
15% 1997	1,5	3,3	5			9,8
1998		1,4	3,4	5,2		10
1999			1,5	3,7	5,4	10,6
Ejercicios posteriores				1,5	5,5	7
TOTAL	**9**	**9,4**	**9,9**	**10,4**	**10,9**	**49,6**

8. Disposiciones anti-fraude previstas (y resultados de su aplicación)

En la fase de instrucción de las solicitudes de financiación, los formularios de solicitud incluirán un cierto número de informaciones relativas a la identidad y a la naturaleza de los beneficiarios, que permitirán apreciar, a priori, la fiabilidad.

Se incluyen disposiciones anti-fraude (control, informes intermediarios, informe final) en los acuerdos o contratos celebrados entre la Comisión y los beneficiarios. En el momento de los pagos intermedios y finales, la comprobación de los informes y de la buena ejecución de las tareas es efectuada por los servicios de la Comisión.

Por otro lado, se efectuarán controles específicos in situ de los contratistas para comprobar el destino, así como las modalidades precisas de utilización de los créditos asignados. Ya se han realizado controles de los ejercicios presupuestarios de 1991, 1992 y 1993, que han demostrado su eficacia.

9. Elementos de análisis coste-eficacia

9.1 Objetivos específicos y cuantifiables, población a la que se dirigen:

La acción de la Comunidad debe contribuir a fomentar:

- un mejor conocimiento de las enfermedades transmisibles, incluida la infección por el VIH, entre la población general y los grupos a riesgo;
- la prevención de las enfermedades transmisibles y del VIH/SIDA entre la población general y los grupos a riesgo;
- la orientación y el consejo: profesionales del campo sociosanitario;
- la aceptación sanitaria y social: profesionales del campo sociosanitario, entorno laboral, grupos de riesgo (drogadictos, homosexuales, prostitutas, situaciones de riesgo).

9.2 Justificación de la acción:

utilización racional de la dotación presupuestaria que se basa en:

a) una aplicación concreta del principio de subsidiariedad, en la identificación de las acciones por emprender y a cofinanciar.

b) la identificación y la selección de proyectos para cofinanciación en los sectores de la educación sanitaria, la mejora del estado de los conocimientos entre el público y determinados grupos de riesgo, la formación, y el estímulo de la cooperación entre los Estados miembros en el sector de la prevención. Estos proyectos serán seleccionados y aplicados eventualmente por comités nacionales de coordinación que se instituirán a petición de los Estados miembros y en los cuales participará el conjunto de los agentes de la prevención del VIH/SIDA y otras enfermedades transmisibles.

c) el concepto de valor añadido comunitario, que seguirá expresándose a través de una acción de coordinación de las acciones nacionales, de difusión de la información y de las experiencias, de determinación de las prioridades, de ampliación de las redes europeas existentes, de selección de proyectos europeos y de motivación y de movilización del conjunto de los agentes.
El apoyo a proyectos realizados en los Estados miembros constituye el principal método de aplicación del programa. La selección de los proyectos prioritarios se basa ampliamente en los objetivos generales e intermedios y la aplicación de las acciones mismas depende también de la calidad y de la fiabilidad de los proyectos sometidos cada año al servicio competente.

Los criterios de selección de proyectos son los siguientes:

- compatibilidad con los objetivos y conformidad con al menos uno de los objetivos definidos;
- examen de la "plusvalía" comunitaria del proyecto (participación transnacional, desarrollo de un modelo aplicable en otros Estados miembros, informaciones utilizables en otros Estados miembros, etc.);
- eficacia y rentabilidad supuestas;

- claridad y justificación de las necesidades;
- población a que se dirige o alcanza la acción;
- importancia de la metodología elegida;
- competencia y experiencia de la organización;
- adecuación del presupuesto de la acción a los objetivos;
- apoyo de los socios nacionales a los proyectos;
- evaluación definida de manera objetiva;
- dictámen del comité consultivo implicado.

9.3 Control y evaluación de la acción

9.3.1 Seguimiento de la acción:

El seguimiento de la acción está garantizado: a escala comunitaria, por los servicios de la Comisión, que presentarán un informe anual de ejecución del programa al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y Social y al Comité de las Regiones; a nivel nacional, por comités nacionales de coordinación si los Estados miembros optan por la creación de tales comités, por los ministerios competentes en el sector de la prevención del SIDA y otras enfermedades transmisibles, las ONG y los responsables de la aplicación y de la gestión de proyectos específicos.

9.3.2 Evaluación de la acción

La evaluación se realizará, en particular, mediante:

- un informe anual de ejecución del programa ante el Consejo, el Parlamento Europeo, el Comité Económico y Social y el comité de las regiones;
- una evaluación independiente de las principales acciones y de los estudios subvencionados;
- un informe global sobre la fiabilidad y la eficacia de los proyectos aplicados en el plan de acción, que la Comisión presentará a las instituciones competentes durante el segundo semestre de 1997.

Indicadores de resultados seleccionados para esta evaluación:

- cálculo de la población a la que se ha llegado, y posibles repercusiones en medios de comunicación;
- evaluación de los proyectos por funcionarios o colaboradores de la Comisión;
- análisis de los informes intermedios sobre las acciones previstas y financiadas, que permiten, si procede, reorientar las acciones;
- estudios de impacto por organismos externos;
- pertinencia de la metodología utilizada por los organizadores;
- adecuación del presupuesto de la acción a los objetivos;
- claridad de los objetivos iniciales;
- competencia y experiencia de los organismos;
- difusión de los resultados.

Disposiciones y periodicidad de evaluación previstas:

- elaboración de informes intermedios y finales sobre las diferentes acciones emprendidas en el sector;
- desarrollo de una ficha de evaluación "tipo" de la acción, que transmitirán los beneficiarios con sus informes finales, y control de estas fichas por los funcionarios (en la Comisión, o in situ).

9.4 Coherencia con la programación financiera

La acción está prevista en la programación financiera de la DG para los años en cuestión? Sí.

Indicar a qué objetivo más general definido en la programación financiera de la DG corresponde el objetivo de la acción propuesta:
"Contribuir a garantizar un elevado nivel de protección de la salud humana" - art. 129 del Tratado.

10. Gastos administrativos (parte A del presupuesto)

- El lanzamiento del nuevo programa de acción contemplado por la presente ficha corresponde a las nuevas competencias de la Comunidad tras la entrada en vigor del Tratado de Maastricht en el sector de la salud pública (artículo 129).
  Además del personal que efectúa actualmente tareas comparables y preparatorias, la aplicación del programa requerirá personal suplementario: 1 funcionario A, 1 funcionario B, 1 funcionario C, según los resultados del procedimiento presupuestario de 1995 y de la decisión de la Comisión relativa a la distribución de los fondos. Estos puestos suplementarios podrían cubrirse, bien mediante traslado interno del personal de los servicios de la Comisión, bien dentro del marco de la decisión de asignación de los recursos humanos que la Comisión adoptará en 1995.
- Para el lanzamiento y la aplicación de este nuevo programa de acción, las reuniones y las misiones siguientes están previstas para 1995 (las líneas presupuestarias correspondientes a las reuniones y misiones son respectivamente las partidas A 2500 y A 1300):

Reuniones:

- 2 reuniones del Comité Consultivo (2 representantes por Estado miembro)
  (2 x 24 x 658 = 31.584)
  32.000

- 4 reuniones de expertos
  (4 x 6 x 658 = 15.792)
  16.000

- Conferencias y seminarios de presentación y aplicación
  (4 x 48 x 658 = 126.336)
  126.000

TOTAL REUNIONES: **174.000 ECU**

Misiones:

- Luxemburgo - Bruselas (5 misiones al mes)
  (60 x 200 = 12.000)

- Otras misiones (Estados miembros)
  (25 x 1.000 = 25.000)

TOTAL MISIONES: **37.000 ECU**

ISSN 0257-9545

COM(94) 413 final

DOCUMENTOS

ES **05**

N° de catálogo : CB-CO-94-443-ES-C

ISBN 92-77-80898-5

Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas
L-2985 Luxemburgo