COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS

Bruselas, 11.11.1996
COM(96) 581 final

95/0238 (COD)

DICTAMEN DE LA COMISION

con arreglo a la letra d) del apartado 2 del artículo 189 B del Tratado CE, sobre las enmiendas del Parlamento europeo a la posición común del Consejo sobre la

propuesta de

DECISION DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO

por la que se adopta un programa de acción comunitaria sobre seguimiento y control sanitario en el contexto del marco de actuación en el ámbito de la salud pública (1997-2001)

POR EL QUE SE MODIFICA LA PROPUESTA DE LA COMISION

con arreglo al apartado 2 del artículo 189 A del Tratado CE)

La entrada en vigor del Tratado de la Unión Europea confirió a la Comunidad una competencia particular en materia de salud pública. Para lograr los objetivos de protección sanitaria establecidos en la letra o) del artículo 3 y en el artículo 129 del Tratado constitutivo de la Comunidad Europea, la Comisión propuso en su Comunicación COM(93)559 final un marco de acción en el ámbito de la salud pública.

La Comunidad, al tomar iniciativas de conformidad con el artículo 129, tiene que dirigirse a la prevención de enfermedades y a la protección de la salud. Un requisito previo para tal iniciativa es el conocimiento de problemas existentes, su naturaleza y su alcance. Por esto, para averiguar si las iniciativas logran sus objetivos e introducen las mejoras previstas, es necesario medir los cambios en la salud así como los efectos de políticas, programas, y acciones, tanto en los Estados miembros como a nivel comunitario. Para ello se necesitan medidas apropiadas para controlar la salud y sus determinantes, así como una capacidad de seguimiento y evaluación de las iniciativas. A partir de los criterios establecidos en la Comunicación de la Comisión antes mencionada, se considera que los datos y los indicadores sanitarios son medios esenciales para la adquisición tanto de dichos conocimientos como de la capacidad mencionada, y, por tanto disfrutan de prioridad en la iniciativa comunitaria.

En consecuencia, la Comisión ha propuesto un programa de acción comunitaria sobre seguimiento y control sanitario[1] con el objetivo de contribuir al desarrollo de un sistema de seguimiento y control sanitario para la Comunidad Europea, de alta calidad y que se ajuste a sus políticas. Se pretende lograr este objetivo a través de 1) el establecimiento de un conjunto de indicadores sanitarios, 2) el desarrollo de una red de recogida y difusión de los datos necesarios para los indicadores; y 3) el desarrollo de la capacidad de analizar estos datos.

El Comité Económico y Social (CES) aprobó su dictamen el 27 de marzo de 1996[2].

En general, el dictamen es muy favorable al programa de seguimiento y control sanitario propuesto. El CES acoge calurosamente y apoya el programa, destacando la importancia de establecer y mantener indicadores sanitarios. Subraya la cooperación de la Comisión con la Organización Mundial de la Salud, la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, y el Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías.

---

1 DO nº C 338/4 de de 16.12.1995; COM(95) 449 final

2 DO C nº 174/3 de 17.6.1996, p.3

El CES propone que la lista de ámbitos y títulos de posibles indicadores sanitarios que aparece en el anexo A de la Comunicación adjunta a la propuesta, se presente en forma de Anexo a ésta última. Por último, subraya que, en su opinión, vista la importancia de la materia, debería aumentarse la cuantía de los créditos otorgados al programa.

El Comité de las Regiones (CdR) aprobó su dictamen el 18 de enero de 1996[3] .

El CdR no pone objeciones a los objetivos generales del programa propuesto, pero insiste en que tanto el CdR como las autoridades locales y regionales deben tener un papel central en la ejecución del programa. También observa que el programa podría utilizarse en el futuro para establecer normas mínimas de salud en todos los Estados miembros.

El CdR teme que el presupuesto sea demasiado reducido para permitir la cooperación necesaria con otros organismos, autoridades locales y regionales, etc.

El CdR propone que el Comité propuesto se reduzca a un (1) representante por Estado miembro en vez de los dos (2) representantes por Estado miembro propuestos. Además, desearía que formaran parte del Comité miembros adicionales provenientes de organismos regionales como el CdR, el NOMESKO (el Comité Nórdico de Estadísticas Médicas), etc.

El Parlamento Europeo aprobó su dictamen en primera lectura el 17 de abril de 1996[4], que contiene 44 enmiendas a la propuesta original de la Comisión. Las enmiendas aprobadas pretenden modificar o complementar diversos aspectos de la propuesta de Decisión:

- las disposiciones para la aplicación del programa: comitología y presupuesto;

- aspectos generales relativos al ámbito del programa (incluyendo la creación de un Observatorio Europeo de la Salud y el establecimiento de objetivos sanitarios por los Estados miembros);

- mayor información sobre ciertas medidas, ya sea redactando de nuevo el texto o incluyendo adendas al mismo, incluido un Anexo (II) con una lista de posibles ámbitos en los que se podrían establecer indicadores sanitarios.

La Comisión adoptó, íntegramente o en parte, 28 enmiendas de las 44 propuestas por el Parlamento.

El 13 de mayo de 1996 la Comisión adoptó una propuesta modificada que tiene en cuenta las citadas enmiendas del Parlamento[5].

El 14 de mayo de 1996 el Consejo adoptó por unanimidad una posición común con vistas a aprobar la Decisión en cuestión.

La Comisión no ha podido aceptar esta posición común y ha manifestado reservas en relación a los siguientes puntos:

---

3 DO nº C 129/50 de 2.5.1996, p.50

4 Doc. PE 215.742/def.

5 COM(96) 222 final

- **Artículo 3 (presupuesto)**: La posición común adoptada por el Consejo prevé un presupuesto de 13 millones de ecus para el programa durante un período de cinco años, entre el 1 de enero de 1997 y el 31 de diciembre del año 2001. En su propuesta la Comisión había planteado un total de 13,8 millones de ecus para el período 1997-2001. La Comisión considera que su propuesta es relativamente modesta, dada la envergadura y la importancia del nuevo programa, y está dentro de los límites establecidos en la Rúbrica 3 de la Perspectiva Financiera. Por tanto, la Comisión ha solicitado que en las actas del Consejo se incluya una declaración que recoja sus reservas sobre el presupuesto, que considera insuficiente.

- **Artículo 5 (comitología)**: El Consejo quiere introducir un procedimiento "mixto" de comitología para la aplicación del programa. De acuerdo con este procedimiento, que es semejante al introducido en otros programas de salud pública (SIDA, Cáncer, y Promoción de la Salud), el comité tendría competencia de "gestión" sobre 9 ámbitos, mientras que otros recaerían bajo la competencia "consultiva" del Comité. La Comisión ha introducido sus reservas sobre este planteamiento, que considera demasiado burocrático y costoso; prefiere un comité de carácter puramente consultivo que se ocupe explícitamente de algunas de las áreas de actuación del Consejo, sin que tenga que limitarse a las mismas.

- **Apartado 3 del artículo 7 (evaluación)**: El Consejo quería que la Comisión presentara propuestas sobre la continuación del programa. La Comisión lamenta que se haga referencia a evaluaciones que constituyen la base para la elaboración de recomendaciones relativas a la continuación del programa, ya que ello podría ser desaconsejable o inapropiado dado el derecho de iniciativa de la Comisión. Por consiguiente, la Comisión ha introducido una reserva al apartado 3 del artículo 7 en las actas del Consejo.

- **Considerando 26, artículo 5 (g), Anexo I (objetivo A y acción A.3)**: La Comisión lamenta la supresión de la expresión "datos progresivamente armonizados" del Considerando 26, y que en el artículo 5(g), y en el objetivo A y la acción A.3 del Anexo I se haga referencia a datos sólo "comparables" en vez de "progresivamente armonizados" y, con vistas a la segunda lectura del Parlamento Europeo, se reserva su posición en este tema. En las actas del Consejo se ha introducido la reserva pertinente.

Además, el Consejo no ha aprobado todas las enmiendas propuestas por el Parlamento Europeo introducidas por la Comisión en su propuesta modificada. Dada la importancia que el Parlamento atribuye a estas enmiendas, la Comisión sólo ha podido expresar sus reservas relativas al hecho de que éstas no estén incluidas en la posición común del Consejo, y ha introducido una declaración a tal efecto en las actas.

El 23 de octubre de 1996 el Parlamento Europeo[6] adoptó 19 enmiendas a la posición común del Consejo. El dictamen de la Comisión sobre cada una de estas enmiendas se recoge en el Anexo.

La Comisión señala que, de acuerdo con lo establecido en el apartado 3 del artículo 189 B del Tratado, modificará su posición común y aprobará el acto en cuestión si el

---

6 Doc. PE 218.544/def.

Consejo, actuando por mayoría cualificada, aprobara todas las enmiendas en el plazo de tres meses a partir de la recepción de las enmiendas del Parlamento. No obstante, el Consejo actuará por unanimidad en relación con las enmiendas sobre las que la Comisión ha emitido un dictamen negativo. Si el Consejo no aprobara el acto en cuestión, el Presidente del Consejo, de acuerdo con el Presidente del Parlamento Europeo, convocará inmediatamente una reunión del comité de conciliación.

ANEXO[7]

Enmienda 1: dictamen de la Comisión: aceptada parcialmente.
La Comisión sólo puede aceptar esta enmienda parcialmente porque un considerando debe referirse a un texto legal (resolución, conclusión, recomendación, etc.) y no a una reunión de "conciliación".

Enmienda 2: dictamen de la Comisión: aceptada parcialmente.
La Comisión sólo puede aceptar esta enmienda parcialmente porque el término "comparable" hace que los datos que han de ser recogidos por el sistema se limiten exclusivamente a los que sean comparables, lo cual no es conveniente, porque en la actualidad la mayor parte de los datos no son comparables. Para preparar indicadores de salud no debe esperarse a que los Estados miembros elaboren datos comparables y, además, es importante subrayar que el sistema incluye la recogida de datos sanitarios. Por último, la red puede existir ya, y por lo tanto no ser necesaria su creación.

Enmienda 3: dictamen de la Comisión: rechazada.
La ayuda a actividades específicas de los Estados miembros está fuera del ámbito del programa de vigilancia de la salud. Además, conforme al principio de subsidiariedad, la creación y mejora de las bases de datos de los Estados miembros es competencia de los propios Estados miembros.

Enmienda 4: dictamen de la Comisión: rechazada.
La Comisión rechaza esta enmienda porque el considerando es importante. No hay razones aparentes para su supresión.

Enmienda 5: dictamen de la Comisión: rechazada.
El texto debe ajustarse a la formulación del artículo 129.

Enmienda 6: dictamen de la Comisión: aceptada parcialmente.
La Comisión sólo puede aceptar esta enmienda parcialmente porque no todos los datos necesitarán un desarrollo en común de las definiciones, etc. Esta redacción se presta a confusión pues, tal como está formulada, la enmienda no tiene sentido.

Enmienda 7: dictamen de la Comisión: aceptada.
La redacción de esta enmienda es la de la propuesta original de la Comisión.

Enmienda 8: dictamen de la Comisión: rechazada.
El margen de la rúbrica 3 del presupuesto, dentro de la cual se incluye el programa, no permite tal aumento.

---

[7] La numeración de las enmiendas corresponde a la numeración de la Recomendación para segunda lectura - Doc. PE 218.544/def.

Enmienda 9: dictamen de la Comisión: aceptada.
La Comisión puede aceptar esta enmienda en su totalidad porque su formulación se ajusta a la de los otros tres programas de salud pública tal como se acordó en la reunión de conciliación de diciembre de 1995.

Enmienda 10: dictamen de la Comisión: aceptada parcialmente.
La parte 1 se acepta sólo parcialmente porque debe seguirse la formulación exacta de la decisión de comitología de 1987. La representación del comité debe ser análoga a la de los otros programas sanitarios (que tienen 2 representantes por Estado miembro). Las partes 2 a 4 se aceptan en su totalidad porque la redacción es la de la propuesta original de la Comisión.

Enmienda 11: dictamen de la Comisión: rechazada.
El texto debe ajustarse a la redacción del artículo 129, que no impone ninguna obligación legal de cooperar con las organizaciones no gubernamentales.

Enmienda 12: dictamen de la Comisión: rechazada.
Se rechaza esta enmienda porque las fechas para la duración del programa dependen de su adopción. Por lo tanto, no parece adecuado especificar fechas concretas para los informes provisional y final, ya que podría ser que no coincidieran con las correspondientes a la mitad y el final del programa, respectivamente.

Enmienda 13: dictamen de la Comisión: aceptada.
La redacción es la de la propuesta original de la Comisión.

Enmienda 14: dictamen de la Comisión: rechazada.
Se rechaza esta enmienda porque su primera parte limita la recogida sistemática de datos a los datos comparables, lo cual es excesivamente restrictivo, ya que impide apoyar las actividades necesarias para mejorar la comparabilidad de los datos. La segunda parte implica una obligación de armonizar datos nacionales que puede requerir la armonización de disposiciones legales, lo cual no puede hacerse en virtud del artículo 129.

Enmienda 15: dictamen de la Comisión: rechazada.
La ayuda financiera a actividades específicas de los Estados miembros no se incluye en el ámbito del programa de vigilancia de la salud. Más aún, de acuerdo con el principio de subsidiariedad, la creación y mejora de las bases de datos de los Estados miembros es competencia de éstos. Por último, este programa no es un instrumento para entregar fondos a los Estados miembros; tal acción no correspondería a ningún objetivo ni aportaría valor añadido.

Enmienda 16: dictamen de la Comisión: parcialmente aceptada.
No es la Comisión la que siempre realiza directamente tales actividades. No obstante, velará por que sean efectivamente iniciadas y apoyadas.

Enmienda 17: dictamen de la Comisión: aceptada.
La redacción es la de la propuesta original de la Comisión.

Enmienda 18: dictamen de la Comisión: parcialmente aceptada.
Los informes incluyen análisis. El material informativo es importante incluso aunque no esté formado por informes o no contenga análisis. Además, los sistemas sanitarios se consideran parte de los determinantes de la salud, y los análisis de coste y eficacia de los sistemas sanitarios no entran dentro del ámbito del programa.

Enmienda 19: dictamen de la Comisión: aceptada.
Es conveniente apoyar la amplia difusión de los informes y el material informativo preparados en el programa.

PROPUESTA MODIFICADA

DE DECISIÓN DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO POR LA QUE SE ADOPTA UN PROGRAMA DE ACCIÓN COMUNITARIA SOBRE SEGUIMIENTO Y CONTROL SANITARIO EN EL CONTEXTO DEL MARCO DE ACTUACIÓN EN EL ÁMBITO DE LA SALUD PÚBLICA (1997-2001)

(presentada por la Comisión con arreglo al apartado 2 del artículo 189 A del Tratado CE)

Posición Común del Consejo	Propuesta modificada
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[1], Visto el dictamen del Comité Económico y Social[2], Visto el dictamen del Comité de las Regiones[3], De conformidad con el procedimiento establecido en el artículo 189 B del Tratado,	
1. Considerando que, con arreglo a la letra o) del artículo 3 del Tratado, la acción de la Comunidad implica en particular una contribución al logro de un alto nivel de protección de la salud; que el artículo 129 del Tratado establece expresamente una competencia comunitaria en este ámbito en el que la Comunidad contribuye mediante el fomento de la cooperación entre los Estados miembros y, si fuere necesario, apoyando la acción de éstos;	1. Considerando que, con arreglo a la letra o) del artículo 3 del Tratado, la acción de la Comunidad implica en particular una contribución al logro de un alto nivel de protección de la salud; que el artículo 129 del Tratado establece expresamente una competencia comunitaria en este ámbito en el que la Comunidad contribuye mediante el fomentando la cooperación entre los Estados miembros y, de ser necesario, apoyando su acción, promoviendo la coordinación de sus políticas y programas en este ámbito y favoreciendo la cooperación con terceros países y con las organizaciones internacionales competentes.

1 DO nº C 338 de 16.12.1995, p. 4.
2 DO nº C 174 de 17.6.1996, p.3
3 DO nº C 129 de 2.5.1996, p. 50.

2. Considerando que el Consejo, en su Resolución de 27 de mayo de 1993[1] relativa a las futuras acciones en el ámbito de la salud pública, consideró que una mejora de la recogida, análisis y distribución de datos sanitarios, así como de la calidad y comparabilidad de los datos disponibles, resulta esencial para la preparación de futuros programas;	
3. Considerando que el Parlamento Europeo, en su Resolución sobre la política de salud pública después de Maastricht [2], destacó la importancia de contar con información suficiente y pertinente como base para el desarrollo de acciones comunitarias en el ámbito de la salud pública; considerando que el Parlamento Europeo invitó a la Comisión a recoger y examinar datos sanitarios de los Estados miembros al objeto de evaluar los efectos de las políticas de salud pública sobre el estado de la sanidad en la Comunidad;	3. Considerando que el Parlamento Europeo, en su Resolución sobre la política de salud pública después de Maastricht, ha destacado la importancia de contar con información suficiente y pertinente como base para el desarrollo de acciones comunitarias en el ámbito de la salud pública; considerando que el Parlamento Europeo invitó a la Comisión a recoger y examinar datos sanitarios de los Estados miembros,a analizar las tendencias y evaluar los efectos de las políticas de salud pública así como las repercusiones de otras políticas de salud;
4. Considerando que la Comisión, en su Comunicación de 24 de noviembre de 1993 sobre el marco de actuación en el ámbito de la salud pública, consideró que una mayor cooperación en materia de normalización y recopilación de datos sanitarios comparables y compatibles, y el fomento de sistemas de vigilancia de la salud constituyen requisitos previos para el establecimiento de un marco de apoyo a las políticas y programas de los Estados miembros; considerando que el ámbito de la vigilancia de la salud, incluidos los datos e indicadores sanitarios, se ha considerado una prioridad para las propuestas sobre programas comunitarios plurianuales en el ámbito de la salud pública;	

[1] DO n° C 174 de 25.6.1993, p. 1.

[2] DO n° C 329 de 6.12.1993, p. 375.

5. Considerando que, en su Resolución de 2 de junio de 1994 relativa al marco de actuación de la Comunidad en el ámbito de la salud pública [1], el Consejo indicó que la recopilación de datos sanitarios debería considerarse tarea prioritaria e invitó a la Comisión a presentar las propuestas pertinentes; considerando que el Consejo declaró que los datos e indicadores utilizados deberían incluir mediciones de la calidad de vida de la población, evaluaciones precisas de las necesidades sanitarias y de las prácticas médicas, estimaciones del número de muertes que podrían evitarse mediante la prevención de enfermedades, de los factores socioeconómicos en materia de salud por grupos de población y, llegado el caso, si los Estados miembros lo consideran necesario, la asistencia sanitaria, las prácticas médicas y las repercusiones de las reformas; 6. Considerando que la vigilancia de la salud a nivel comunitario resulta esencial para la planificación, seguimiento y evaluación de las acciones comunitarias en el ámbito de la salud pública y para el seguimiento y la evaluación del impacto en la salud de otras políticas comunitarias; 7. Considerando que será posible, gracias al conocimiento de los datos relativos a la salud pública en Europa obtenidos merced al establecimiento de un sistema comunitario de vigilancia de la salud pública, seguir la evaluación de la salud pública y definir prioridades y objetivos en la materia;	

[1] DO nº C 165 de 17.6.1994, p. 1.

8. Considerando que la vigilancia de la salud, en este contexto, incluye el establecimiento de indicadores sanitarios comunitarios, así como la recopilación, difusión y análisis de datos e indicadores sanitarios comunitarios;	
9. Considerando que en su Decisión 93/464/CEE, de 22 de julio de 1993, relativa al programa marco para las acciones prioritarias en el ámbito de la información estadística 1993-1997 [1], el Consejo, en el epígrafe "Estadísticas de salud y seguridad" considera que el estudio de la mortalidad y la morbilidad según sus causas constituye uno de los ámbitos donde deben emprenderse acciones prioritarias mediante programas sectoriales de política social, cohesión económica y social y protección de los consumidores;	
10. Considerando que el Consejo, en su Decisión 94/913/CE, de 15 de diciembre de 1994, por la que adopta un programa específico de investigación y desarrollo tecnológico, incluida la demostración, en el campo de la biomedicina y la salud (1994-1998) [2] señala entre sus ámbitos específicos de investigación la coordinación y comparación de las bases de datos europeas en materia de salud, incluida la nutrición, entre los distintos Estados miembros de la Unión; que dicha tarea se incorporó en el programa de trabajo pertinente;	

[1] DO nº L 219 de 28.8.93, p. 1.
[2] DO nº L 361 de 31.12.1994, p. 40.

11. Considerando que la vigilancia de la salud a nivel comunitario debería permitir mediciones de la situación sanitaria y de las tendencias y determinantes de salud, facilitar la planificación, supervisión y evaluación de los programas y acciones comunitarios, y facilitar a los Estados miembros información sanitaria que ayude al desarrollo y evaluación de sus políticas de sanidad;	
12. Considerando que, con el fin de responder plenamente a las exigencias y expectativas de este ámbito, debería establecerse un sistema comunitario de vigilancia de la salud, que incluya el establecimiento de indicadores de salud y la recopilación de datos sanitarios, una red para la transmisión y puesta en común de los datos e indicadores sanitarios, así como una capacidad de análisis y difusión de la información sanitaria;	12. Considerando que, con el fin de responder plenamente a las exigencias y expectativas de este ámbito, debería establecerse un sistema comunitario de vigilancia de la salud, que implique el establecimiento de indicadores de salud y la recopilación de datos sanitarios, una red para la transmisión y puesta en común de los datos e indicadores sanitarios, y la constitución de una capacidad de análisis y difusión de la información sanitaria;
13. Considerando que deberían estudiarse cuidadosamente las opciones y posibilidades que existen para impulsar las diversas partes de un sistema comunitario de vigilancia de la salud, incluidas las relativas al refuerzo de los dispositivos existentes, en función de los resultados, la flexibilidad y la relación costes-beneficios que implica; que es necesario un sistema flexible que pueda incorporar elementos que ya han demostrado ser válidos, y adaptarse a nuevas necesidades y a otras prioridades; considerando que un sistema comunitario de vigilancia de la salud debería incluir la definición de conjuntos de indicadores sanitarios comunitarios y la recogida de los datos necesarios para el establecimiento de los mismos;	13. Considerando que deberían estudiarse cuidadosamente las opciones y posibilidades que existen para impulsar las diversas partes de un sistema comunitario de vigilancia de la salud, incluidas las relativas al aumento de las capacidades existentes y/o a la creación de un observatorio, en función de los resultados, y los costes y beneficios que implica; y que es necesario un sistema flexible que pueda incorporar elementos que ya han demostrado ser válidos, y adaptarse a nuevas necesidades y a otras prioridades; considerando que un sistema comunitario de vigilancia de la salud debería incluir la definición de conjuntos de indicadores sanitarios comunitarios y la recogida de los datos necesarios para el establecimiento de los mismos;

14. Considerando que los datos e indicadores sanitarios comunitarios deberían basarse en datos e indicadores europeos fácilmente disponibles, tales como los que existen en los Estados miembros o los que éstos han transmitido a organizaciones internacionales, con el fin de evitar una duplicación innecesaria del trabajo;	
15. Considerando que la situación con respecto a la recogida de datos varía de un Estado miembro a otro;	
16. Considerando que un sistema comunitario de vigilancia de la salud se beneficiaría del establecimiento de una red, basada en la telemática, para la recopilación y distribución de los datos e indicadores sanitarios comunitarios;	16. Considerando que el sistema comunitario de vigilancia de la salud se beneficiaría de estar basado en una red, apoyada fundamentalmente en la telemática, para la recopilación y distribución de los datos e indicadores sanitarios comunitarios;
17. Considerando que un sistema comunitario de vigilancia de la salud debería poder suministrar datos para elaborar informes regulares sobre la situación sanitaria en la Comunidad, así como análisis de tendencias y problemas en materia de salud, y ayudar a la disponibilidad y difusión de información sanitaria;	

18. Considerando que el establecimiento de un sistema de vigilancia de la salud a escala comunitaria supone imperativamente el respeto de disposiciones en materia de protección de los datos y la creación de mecanismos que garanticen su confidencialidad y su seguridad, como las disposiciones que figuran en la Directiva 95/46/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 24 de octubre de 1995, relativa a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos [1], y en el Reglamento (Euratom, CEE) nº 1588/90 del Consejo, relativo a la transmisión a la Oficina Estadística de las Comunidades Europeas de las informaciones amparadas por el secreto estadístico [2];	
19. Considerando que debería ponerse en marcha un programa plurianual en el contexto del marco de actuación en el ámbito de la salud pública, con el fin de poder establecer un sistema comunitario de vigilancia de la salud y los mecanismos adecuados para su evaluación;	
20. Considerando que, de acuerdo con el principio de subsidiariedad, las actuaciones en materias que no sean competencia exclusiva de la Comunidad, tales como la vigilancia de la salud, solamente pueden ser emprendidas por la Comunidad cuando por su alcance o sus efectos puedan realizarse mejor a nivel comunitario;	20. Considerando que, de acuerdo con el principio de subsidiariedad, las actuaciones en materias que no sean competencia exclusiva de la Comunidad, tales como la vigilancia de la salud, solamente pueden ser emprendidas por la Comunidad cuando por su alcance o sus efectos puedan realizarse mejor a nivel comunitario;

1 DO nº L 281 de 23.11.1995, p. 31.

2 DO nº L 151 de 15.6.1990, p. 1. Reglamento modificado por el Acta de adhesión de 1994.

21. Considerando que las políticas y programas formulados y aplicados a nivel comunitario, en particular los que se llevan a cabo en el marco de la acción en el ámbito de la salud pública, deberían ser compatibles con los objetivos y metas de la acción comunitaria en materia de vigilancia de la salud; que la realización de las acciones comunitarias en materia de vigilancia de la salud debería tener en cuenta las actividades de investigación pertinentes llevadas a cabo dentro del Programa marco de investigación y desarrollo tecnológico y debería coordinarse con dichas actividades; que los proyectos sobre aplicaciones telemáticas en el ámbito de la sanidad realizados en el marco comunitario de investigación y desarrollo tecnológico deben coordinarse con las acciones comunitarias en materia de vigilancia de la salud; que la realización de acciones dentro del programa marco comunitario en el ámbito de la información estadística, los proyectos comunitarios en el marco del intercambio telemático de datos entre administraciones (IDA) y los proyectos del G-7 en el ámbito de la salud deben coordinarse estrechamente con la ejecución de las acciones comunitarias en materia de vigilancia de la salud y que es necesario tener en cuenta la labor de las agencias europeas especializadas como el Observatorio europeo de la droga y las toxicomanías (OEDT) y la Agencia Europea del Medio Ambiente;	
22. Considerando que es conveniente intensificar la cooperación con las organizaciones internacionales competentes y los terceros países;	22. Considerando que es conveniente <u>fomentar</u> la cooperación en este ámbito con las organizaciones internacionales competentes y los <u>terceros países</u>;
23. Considerando que, desde un punto de vista operativo, es conveniente mantener y desarrollar más las inversiones realizadas en el pasado para el establecimiento de redes comunitarias y la cooperación con organizaciones internacionales competentes en la materia;	

24. Considerando que es importante que la Comisión garantice la aplicación del presente programa en estrecha colaboración con los Estados miembros;	
25. Considerando que el 20 de diciembre de 1994 se concluyó un acuerdo acerca de un "modus vivendi" [1] entre el Parlamento Europeo, el Consejo y la Comisión relativo a las medidas de ejecución de los actos adoptados según el procedimiento contemplado en el artículo 189 B del Tratado;	
26. Considerando que en el momento actual los datos no son suficientemente comparables y que debería evitarse una duplicación innecesaria de trabajos mediante el desarrollo de métodos, criterios y técnicas de conversión y comparación, mediante la creación de herramientas para la recogida de datos, tales como encuestas, cuestionarios, o sus partes, y mediante especificaciones del contenido de la información sanitaria que deberían compartirse utilizando, en particular, una red telemática;	26. Considerando que en el momento actual los datos no son suficientemente comparables y que deberían desarrollarse en común métodos, criterios y técnicas de conversión y comparación, herramientas para la recogida de datos progresivamente armonizadas, tales como encuestas, cuestionarios, o sus partes, y especificaciones del contenido de la información sanitaria que deberían compartirse utilizando, en particular, una red telemática;
27. Considerando que, a fin de aumentar el valor y el impacto del presente programa, conviene proceder a la evaluación continua de las acciones emprendidas, especialmente en lo relativo a su eficacia y a la consecución de los objetivos, tanto a nivel nacional como comunitario, así como proceder, en su caso, a las adaptaciones necesarias;	

[1] DO nº C 102 de 4.4.1996, p. 1.

28. Considerando que la presente Decisión establece, para toda la duración del presente programa, una dotación financiera que, con arreglo al punto 1 de la Declaración del Parlamento Europeo, del Consejo y de la Comisión, de 6 de marzo de 1995 [1], constituirá la referencia privilegiada para la autoridad presupuestaria en el marco del procedimiento presupuestario anual;	
29. Considerando que el presente programa debe tener una duración de cinco años para dejar a las acciones un tiempo de puesta en práctica suficientemente largo para permitirles alcanzar los objetivos fijados,	
DECIDEN:	
Artículo 1	
Establecimiento del programa	
1. Se adopta un programa de acción comunitario sobre vigilancia de la salud, en lo sucesivo denominado "el presente programa", para el período comprendido entre el 1 de enero de 1997 y el 31 de diciembre de 2001, en el marco de la acción en el ámbito de la salud pública.	1. Se adopta un programa de acción comunitario sobre vigilancia de la salud, en lo sucesivo denominado "el presente programa", para el período comprendido entre el 1 de enero de 1997 y el 31 de diciembre de 2001, en el marco de la acción en el ámbito de la salud pública.
2. El presente programa tiene por finalidad contribuir al establecimiento de un sistema comunitario de vigilancia de la salud que permita:	

[1] DO nº C 102 de 4.4.1996, p. 4.

a) medir la situación sanitaria y las tendencias y determinantes de salud en toda la Comunidad, b) facilitar la planificación, seguimiento y evaluación de los programas y acciones comunitarios, c) proporcionar a los Estados miembros la información sanitaria adecuada para establecer comparaciones y apoyar sus políticas sanitarias nacionales, fomentando la cooperación entre los Estados miembros y, de ser necesario, apoyando su acción, promoviendo la coordinación de sus políticas y programas en este ámbito y favoreciendo la cooperación con terceros países y con las organizaciones internacionales competentes. 3. Las acciones que se llevarán a cabo en el marco del presente programa y los objetivos específicos figuran en el anexo I bajo los siguientes epígrafes: A. Establecimiento de indicadores sanitarios de la Comunidad B. Creación de una red comunitaria de transmisión de datos sanitarios C. Análisis e informes. En el anexo II figura una lista no exhaustiva de ámbitos en los que se pueden crear indicadores sanitarios.	

Artículo 2 Ejecución 1. La Comisión, en estrecha cooperación con los Estados miembros, se encargará de la ejecución de las acciones que recoge el anexo I, de conformidad con el artículo 5. 2. La Comisión cooperará con las instituciones y organizaciones que actúan en el ámbito de la vigilancia sanitaria.	
Artículo 3 Presupuesto 1. La dotación financiera para la ejecución del presente programa durante el período a que se refiere el artículo 1 será de 13 millones de ecus. 2. La autoridad presupuestaria autorizará los créditos anuales dentro del límite de las perspectivas financieras.	1. La dotación financiera para la ejecución del presente programa durante el período a que se refiere el artículo 1 será de 13,8 millones de ecus.
Artículo 4 Coherencia y complementariedad La Comisión, en colaboración con los Estados miembros, cuidará de la coherencia y complementariedad entre las acciones que se lleven a cabo en el marco del presente programa y otros programas e iniciativas pertinentes de la Comunidad, tanto los que pertenecen al marco de la acción en el ámbito de la salud pública como, en especial, el programa marco en el ámbito de la información estadística, los proyectos relativos al intercambio telemático de datos entre administraciones, y el programa marco de investigación y desarrollo tecnológico, en particular sus aplicaciones telemáticas.	La Comisión cuidará de la coherencia y complementariedad entre las acciones que se lleven a cabo en el marco del presente programa y otros programas e iniciativas pertinentes de la Comunidad, incluyendo el programa marco en el ámbito de la información estadística, los proyectos relativos al intercambio telemático de datos entre administraciones, y el programa marco de investigación y desarrollo tecnológico, en particular sus aplicaciones telemáticas.

Artículo 5 Comité	
1. La Comisión estará asistida por un comité compuesto por dos miembros designados por cada Estado miembro y presidido por el representante de la Comisión.	1. La Comisión estará asistida por un comité de carácter consultivo, en lo sucesivo denominado "el Comité", compuesto por dos miembros designados por cada Estado miembro y presidido por el representante de la Comisión.
2. El representante de la Comisión someterá al Comité un proyecto de medidas, relativas a:	2. El representante de la Comisión someterá al Comité un proyecto de medidas, relativas, en particular, a:
a) el reglamento interno del Comité;	a) el reglamento interno del Comité;
b) un programa de trabajo anual en el que se indiquen las prioridades de acción;	b) un programa de trabajo anual en el que se fijen las prioridades de acción;
c) las disposiciones, criterios y procedimientos para la selección y financiación de proyectos en el marco del presente programa, incluidos aquellos que impliquen la cooperación con organizaciones internacionales competentes en el ámbito de la salud pública y la participación de los países a que se refiere el apartado 2 del artículo 6;	c) las disposiciones, criterios y procedimientos para la selección y financiación de proyectos en el marco del presente programa, incluidos aquellos que impliquen la cooperación con organizaciones internacionales competentes en el ámbito de la salud pública y la participación de los países a que se refiere el apartado 2 del artículo 6;
d) el procedimiento de evaluación;	d) el procedimiento de evaluación;
e) las modalidades de difusión y transmisión de resultados;	e) las disposiciones aplicables a la comunicación, a la conversión y a la armonización de los datos;
f) las modalidades de cooperación con las instituciones y organizaciones contempladas en el apartado 2 del artículo 2;	f) las disposiciones para la definición y selección de los indicadores;

g) las disposiciones aplicables a la transmisión de los datos y a su conversión, y a los demás métodos utilizados para que los datos sean comparables, con el fin de alcanzar el objetivo a que se refiere el apartado 2 del artículo 1;	g) las disposiciones relativas a las especificaciones del contenido necesarias para la creación y el funcionamiento de las redes;
h) las disposiciones para la definición y selección de los indicadores;	h) Suprimido
i) las disposiciones relativas a las especificaciones del contenido necesarias para la creación y el funcionamiento de las redes.	i) Suprimido
El Comité emitirá su dictamen sobre dicho proyecto en un plazo que el presidente podrá determinar en función de la urgencia de la cuestión de que se trate. El dictamen se emitirá según la mayoría prevista en el apartado 2 del artículo 148 del Tratado para adoptar aquellas decisiones que el Consejo deba tomar a propuesta de la Comisión. Con motivo de la votación en el Comité, los votos de los representantes de los Estados miembros se ponderarán de la manera definida en el artículo anteriormente citado. El presidente no tomará parte en la votación.	Suprimido
La Comisión adoptará medidas que serán inmediatamente aplicables. No obstante, cuando no sean conformes al dictamen emitido por el Comité, la Comisión comunicará inmediatamente dichas medidas al Consejo. En este caso: - la Comisión aplazará la aplicación de las medidas que haya decidido durante un período de dos meses a partir de la fecha de dicha comunicación; - el Consejo, por mayoría cualificada, podrá tomar una decisión diferente dentro del plazo previsto en el primer guión.	Suprimido

3. Además, la Comisión podrá consultar al Comité sobre cualquier otro asunto relativo a la ejecución del presente programa, incluidos los modos de coordinación con los demás programas e iniciativas contemplados en el artículo 4. El representante de la Comisión presentará al Comité un proyecto de las medidas que deban tomarse. El Comité emitirá su dictamen sobre dicho proyecto, en un plazo que el presidente podrá determinar en función de la urgencia de la cuestión de que se trate, por votación cuando sea necesario. El dictamen se incluirá en el acta; además, cada Estado miembro tendrá derecho a solicitar que su posición conste en la misma. La Comisión tendrá lo más en cuenta posible el dictamen emitido por el Comité e informará al Comité de la manera en que ha tenido en cuenta dicho dictamen.	3. Además, la Comisión podrá consultar al Comité sobre cualquier otro asunto relativo a la ejecución del presente programa.
4. El representante de la Comisión mantendrá al Comité regularmente informado: - de la asistencia financiera concedida en el marco del presente programa (cuantía, duración, desglose y beneficiarios); - de las propuestas de la Comisión o de las iniciativas comunitarias y de la aplicación de programas en el marco de otros ámbitos que tengan una relación directa con la realización de los objetivos del presente programa, con objeto de garantizar la coherencia y complementariedad contempladas en el artículo 4.	4. El representante de la Comisión mantendrá al Comité regularmente informado: - de la asistencia financiera concedida en el marco del presente programa (cuantía, duración, desglose y <u>receptores</u>); - de las propuestas de la Comisión o de las iniciativas comunitarias y de la aplicación de programas en el marco de otros ámbitos que <u>resulten de interés</u> para la realización de los objetivos del presente programa, con objeto de garantizar la coherencia y complementariedad contempladas en el artículo 4.

Artículo 6 Cooperación internacional 1. Durante la ejecución del presente programa, se fomentará y aplicará la cooperación con los terceros países y con las organizaciones internacionales competentes en el ámbito de la salud pública, en particular la Organización Mundial de la Salud, la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico y la Organización Internacional del Trabajo, de acuerdo con el procedimiento previsto en el artículo 5. 2. El presente programa estará abierto a la participación de los países asociados de Europa Central y Oriental (PAECO), de conformidad con las condiciones fijadas en los protocolos adicionales de los acuerdos de asociación en relación con la participación en programas comunitarios que se celebren con dichos países. El presente programa estará abierto a la participación de Chipre y Malta sobre la base de créditos adicionales de acuerdo con las mismas normas que se aplican a los países de la Asociación Europea de Libre Cambio (AELC), según los procedimientos que se acuerden con dichos países.	1. Durante la ejecución del presente programa, se fomentará y aplicará la cooperación con los terceros países y con las organizaciones internacionales competentes en el ámbito de la salud pública, en particular la Organización Mundial de la Salud, la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico y la Organización Internacional del Trabajo, de acuerdo con el procedimiento previsto en el artículo 5.

Artículo 7 Seguimiento y evaluación 1. La Comisión, teniendo en cuenta los balances elaborados por los Estados miembros y con la participación, en caso necesario, de expertos independientes, llevará a cabo la evaluación de las acciones emprendidas. 2. La Comisión presentará al Parlamento Europeo y al Consejo un informe provisional intermedio y un informe final al término del presente programa. En dichos informes integrará información sobre la financiación comunitaria en los diversos ámbitos de actuación y sobre la complementariedad con los otros programas e iniciativas a que se refiere el artículo 4, así como los resultados de la evaluación contemplada en el apartado 1. Remitirá asimismo dichos informes al Comité Económico y Social y al Comité de las Regiones.	
3. Basándose en la evaluación a que se refiere el apartado 1, la Comisión, si procede, podrá presentar propuestas pertinentes con miras a la prosecución del presente programa.	Suprimido
Hecho en Bruselas, el Por el Parlamento Europeo El Presidente Por el Consejo El Presidente	

Anexo I Acciones y objetivos específicos A. ESTABLECIMIENTO DE INDICADORES SANITARIOS DE LA COMUNIDAD Objetivo	
Establecer indicadores sanitarios comunitarios mediante un análisis crítico de los datos e indicadores sanitarios existentes, y desarrollar métodos adecuados para la recogida de datos sanitarios comparables con arreglo al objetivo establecido en el apartado 2 del artículo 1.	Establecer indicadores sanitarios comunitarios mediante un análisis crítico de los datos e indicadores sanitarios existentes, y desarrollar métodos adecuados para la recogida de datos sanitarios comparables y progresivamente armonizados con arreglo al objetivo establecido en el apartado 2 del artículo 1.
1. Llevar a cabo la definición, examen y análisis crítico de los indicadores y datos sanitarios existentes a nivel europeo y nacional, a partir de los datos validados por los Estados miembros, con el fin de determinar su pertinencia, calidad y cobertura en relación con el establecimiento de indicadores sanitarios de la Comunidad.	
2. Especificación de un conjunto de indicadores sanitarios comunitarios, que incluya un subconjunto de indicadores básicos para el seguimiento de acciones y programas comunitarios en el ámbito de la salud pública y un subconjunto de indicadores secundarios para el seguimiento de otros programas, políticas y acciones de la Comunidad y para proporcionar a los Estados miembros medidas comunes que permitan efectuar comparaciones. Una lista no exhaustiva de los ámbitos en los que podrían establecerse indicadores sanitarios figura en el anexo II.	2. Creación de un conjunto de indicadores sanitarios comunitarios, que incluya un subconjunto de indicadores básicos para el seguimiento de acciones y programas comunitarios en el ámbito de la salud pública y un subconjunto de indicadores secundarios para el seguimiento de otros programas, políticas y acciones de la Comunidad y para proporcionar a los Estados miembros medidas comunes que permitan efectuar comparaciones. Una lista no exhaustiva de los ámbitos en los que podrían establecerse indicadores sanitarios figura en el anexo II.

3. Desarrollo de la recogida sistemática de datos y de métodos para la obtención de datos sanitarios comparables con el fin de alcanzar el objetivo a que se refiere el apartado 2 del artículo 1, incluido el apoyo a la elaboración de diccionarios de datos y al establecimiento de métodos y normas adecuados de conversión.	3. Desarrollo de la recogida sistemática de datos comparables y/o progresivamente armonizados en los Estados miembros, incluido el apoyo a la elaboración de diccionarios de datos y al establecimiento de métodos y normas adecuados de conversión.
4. Contribución a la recogida de datos comparables, apoyando la elaboración de encuestas, incluidas las encuestas de ámbito comunitario que resulten útiles para la elaboración de las políticas comunitarias, o de módulos o de cuestionarios tipo aprobados de común acuerdo, utilizables para las encuestas existentes.	4. Contribución a la recogida de datos comparables, apoyando la elaboración de encuestas, incluidas las encuestas de ámbito comunitario en apoyo de políticas comunitarias, o módulos o formulaciones aprobadas para las preguntas de las encuestas existentes.
5. Fomento de la cooperación con las organizaciones internacionales competentes en el ámbito de los datos e indicadores sanitarios de la Comunidad, y de redes de intercambio de datos sanitarios que incluyan ámbitos específicos de la salud pública, con el fin de mejorar la comparabilidad de los datos.	5. Fomento de la cooperación con las organizaciones internacionales competentes en el ámbito de los datos e indicadores sanitarios europeos, y de redes de intercambio de datos sanitarios que incluyan ámbitos específicos de la salud pública, con el fin de mejorar la comparabilidad de los datos.
6. Estímulo y apoyo de la evaluación de la viabilidad y la rentabilidad de la realización de estadísticas normalizadas sobre los recursos sanitarios con el fin de incluirlas en un futuro sistema comunitario de vigilancia de la salud.	6 bis. (nuevo) Realización de estudios de viabilidad de la possibilidad para la creación de una estructura permanente (observatorio europeo) encargada del seguimiento y del análisis de los datos e indicadores de salud en el espacio comunitario.

B. DESARROLLO DE UNA RED COMUNITARIA DE TRANSMISIÓN DE DATOS SANITARIOS Objetivo Permitir el establecimiento de un sistema común eficaz y fiable de transferencia de datos e indicadores sanitarios utilizando el intercambio telemático de datos como medio principal. 7. Estimular y apoyar el desarrollo de una red común de transferencia de datos sanitarios, utilizando principalmente los intercambios telemáticos y un sistema de bases de datos distribuidas, en particular a través del establecimiento de especificaciones de los datos y de procedimientos relativos al acceso, interrogación, confidencialidad y seguridad de los diferentes tipos de información que se incluyan en el sistema.	
C. ANÁLISIS E INFORMES Objetivo Desarrollar los métodos e instrumentos necesarios para los análisis e informes, y apoyar la realización de análisis e informes sobre la situación sanitaria y las tendencias y determinantes de salud, así como el impacto de las políticas en la salud.	
8. Fomento y apoyo al desarrollo de una capacidad de análisis que aumente las posibilidades existentes y al desarrollo de estudios de viabilidad de posibles nuevas estructuras. Métodos e instrumentos comparativos y predictivos, la verificación de hipótesis y la experimentación de modelos y la evaluación de supuestos y resultados sanitarios.	8. Fomento y apoyo al desarrollo de una capacidad de análisis, mediante el aumento de las posibilidades existentes, y al desarrollo de estudios de viabilidad de posibles nuevas estructuras. Métodos e instrumentos comparativos y predictivos, la verificación de hipótesis y la experimentación de modelos y la evaluación de supuestos y resultados sanitarios.

9. Apoyo al análisis, a la preparación y a la difusión de informes que evalúen el impacto de las acciones y programas comunitarios en el ámbito de la salud pública.	9. Apoyo al análisis, a la preparación y a la difusión de informes que evalúen el impacto de las acciones y programas comunitarios en el ámbito de la salud pública.
10. Apoyo a la preparación, elaboración y difusión de informes y otro material informativo sobre la situación y tendencias sanitarias, determinantes de salud y el impacto en la salud de otras políticas.	10. Apoyo a la redacción, preparación, y elaboración de informes y otro material informativo sobre la situación y tendencias sanitarias, determinantes de salud y el impacto en la salud de otras políticas. 10 bis. (nuevo) Apoyo a la difusión de informes y material informativo a los Estados miembros, a las organizaciones internacionales, a los profesionales y organismos del sector de la salud y a la población.
ANEXO II Lista no exhaustiva de ámbitos en los que se pueden crear indicadores sanitarios	ANEXO II Lista no exhaustiva de ámbitos en los que se pueden crear indicadores sanitarios
A. Situación sanitaria 1. Esperanza de vida: - esperanza de vida a determinadas edades, - esperanza de vida en buena salud. 2. Mortalidad: - mortalidad general, - causas de mortalidad, - tasas de supervivencia en enfermedades específicas. 3. Morbilidad: - morbilidad de enfermedades específicas, - co-morbilidad.	A. Situación sanitaria 1. Esperanza de vida: - esperanza de vida a determinadas edades, - esperanza de vida en buena salud. 2. Mortalidad: - mortalidad general, - causas de mortalidad, - tasas de supervivencia en enfermedades específicas. 3. Morbilidad: - morbilidad de enfermedades específicas, - co-morbilidad.

4. Situación funcional y calidad de vida: - percepción del estado de salud, - discapacidad física, - actividad restringida, - situación/capacidad funcional, - pérdida de capacidad laboral por motivos de salud, 5. Características antropométricas	4. Situación funcional y calidad de vida: - percepción del estado de salud, - discapacidad física, - actividad restringida, - situación/capacidad funcional, - pérdida de capacidad laboral por motivos de salud, 5. Características antropométricas
B. Estilo de vida y hábitos de salud 1. Consumo de tabaco 2. Consumo de alcohol 3. Consumo de drogas ilegales 4. Actividad física 5. Dieta 6. Vida sexual 7. Varios	B. Estilo de vida y hábitos de salud 1. Consumo de tabaco 2. Consumo de alcohol 3. Consumo de drogas ilegales 4. Actividad física 5. Dieta 6. Comportamiento sexual 7. Varios

C. Condiciones de vida y de trabajo 1. Empleo/desempleo: - situación profesional. 2. Medio de trabajo: - accidentes, - exposición a carcinógenos y otras sustancias peligrosas, - enfermedades profesionales. 3. Condiciones de vivienda 4. Actividades domésticas y de ocio - accidentes domésticos, - ocio. 5. Transportes - accidentes de tráfico. 6. Medio ambiente exterior - contaminación del aire, - contaminación del agua, - otros tipos de contaminación, - radiación, - exposición a carcinógenos y otras sustancias peligrosas fuera del medio de trabajo.	C. Condiciones de vida y de trabajo 1. Empleo/desempleo: - situación profesional. 2. Medio de trabajo: - accidentes, - exposición a carcinógenos y otras sustancias peligrosas, - salud laboral. 3. Condiciones de vivienda 4. Actividades domésticas y de ocio - accidentes domésticos, - ocio. 5. Transportes - accidentes de tráfico. 6. Medio ambiente exterior - contaminación del aire, - contaminación del agua, - otros tipos de contaminación, - radiación, - exposición a carcinógenos y otras sustancias peligrosasfuera del medio de trabajo.

D.	Protección de la salud		D.	Protección de la salud	
	1.	Fuentes de financiación		1.	Fuentes de financiación
	2.	Infraestructura/personal: - utilización de recursos sanitarios, - personal sanitario.		2.	Infraestructura/personal: - utilización de recursos sanitarios, - personal sanitario.
	3.	Costes/gastos - asistencia hospitalaria, - asistencia ambulatoria, - productos farmacéuticos.		3.	Costes/gastos - asistencia hospitalaria, - asistencia ambulatoria, - productos farmacéuticos.
	4.	Consumo/utilización - asistencia hospitalaria, - asistencia ambulatoria, - productos farmacéuticos.		4.	Consumo/utilización - asistencia hospitalaria, - asistencia ambulatoria, - productos farmacéuticos.
	5.	Promoción de la salud y prevención de enfermedades		5.	Promoción de la salud y prevención de enfermedades
E.	Factores demográficos y sociales		E.	Factores demográficos y sociales	
	1.	Sexo		1.	Sexo
	2.	Edad		2.	Edad
	3.	Estado civil		3.	Estado civil
	4.	Región de residencia		4.	Región de residencia
	5.	Educación		5.	Educación
	6.	Ingresos		6.	Ingresos
	7.	Subgrupos de población		7.	Subgrupos de población
	8.	Situación referente al seguro de enfermedad		8.	Situación referente al seguro de enfermedad

F. Varios 1. Seguridad de los productos 2. Otros	F. Varios 1. Seguridad de los productos 2. Otros

ISSN 0257-9545

COM(96) 581 final

DOCUMENTOS

ES 05

N° de catálogo : CB-CO-96-580-ES-C

ISBN 92-78-11542-8

Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas

L-2985 Luxemburgo

35