

COMISION DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS

COM(93) 559 final

Bruselas, 24 de noviembre 1993

**COMUNICACIÓN DE LA COMISIÓN SOBRE EL MARCO
DE ACTUACIÓN EN EL ÁMBITO DE LA SALUD PÚBLICA**

**COMUNICACIÓN DE LA COMISIÓN SOBRE EL MARCO
DE ACTUACIÓN EN EL ÁMBITO DE LA SALUD PÚBLICA**

ÍNDICE

RESUMEN

PARTE A

Antecedentes de la política de salud pública

	Pág.
I. Introducción.....	3
a) Problemas actuales de salud en los Estados miembros de la Comunidad.....	3
b) Alcance de la política de salud pública.....	5
II. Estado sanitario y tendencias en los Estados miembros.....	6
a) Mortalidad.....	6
b) Morbilidad.....	7
III. Base de la actuación comunitaria.....	10
a) Subsidiariedad.....	10
b) Bases jurídicas.....	11
c) Consideración de la temática de la salud en el pasado por parte de las instituciones comunitarias.....	13

PARTE B

El planteamiento comunitario

IV.	Selección de actividades.....	17
a)	Posible ámbito de acción.....	17
b)	Los medios de la acción comunitaria.....	18
c)	Selección de áreas de actividad.....	19
i)	Criterios de selección.....	19
ii)	Amenazas más importantes para la salud, con excepción de las drogas.....	20
iii)	Toxicomanía.....	22
iv)	Enfermedades poco comunes.....	22
V.	Causas de las enfermedades.....	23
VI.	Carácter y extensión de la participación comunitaria.....	26
a)	Planteamiento general.....	26
b)	Mecanismos de consulta y participación.....	29
c)	Apoyo de las acciones de los Estados miembros y fomento de la coordinación.....	29
d)	Información, educación y promoción de la salud.....	30
e)	Investigación.....	31
f)	Formación de los profesionales de la salud.....	33
g)	Cooperación con organismos internacionales y terceros países.....	34
i)	Organismos internacionales.....	34
ii)	Terceros países.....	36
VII.	Acción futura en el ámbito de la salud pública.....	37
Anexo I	SÍNTESIS DE LAS POLÍTICAS DE PREVENCIÓN DE LOS ESTADOS MIEMBROS.....	39
Anexo II	POLÍTICAS E INSTRUMENTOS DE LA COMUNIDAD DIRECTAMENTE RELACIONADOS CON LA PROTECCIÓN DE LA SALUD.....	45
Anexo III	REQUISITOS DE PROTECCIÓN DE LA SALUD COMO PARTE INTEGRANTE DE OTRAS POLÍTICAS DE LA COMUNIDAD.....	52
Anexo IV	PRINCIPALES AMENAZAS PARA LA SALUD EN LA COMUNIDAD EUROPEA.....	55
Anexo V	DATOS ESTADÍSTICOS.....	61

RESUMEN

En la presente Comunicación se presenta la propuesta de la Comisión de impulsar el trabajo comunitario en el ámbito de la protección de la salud a fin de alcanzar el objetivo establecido en el Tratado de la Unión Europea de que "la Comunidad contribuya a la consecución de un alto nivel de protección de la salud" (Artículo 129). En ella se establece un marco de actuación comunitaria y se describe el papel de las instituciones comunitarias y de los Estados miembros. Se presenta una estrategia de acción, se identifican los medios de los que dispone la Comunidad para alcanzar sus objetivos y se establecen procedimientos de evaluación, revisión y consulta. Por último se seleccionan las áreas clave de actuación para los próximos cinco años.

La Comunicación se divide en dos partes. En la primera se presenta el contexto de la política de salud pública y en la segunda se describe el enfoque de la Comunidad Europea.

A. Contexto de la política de salud pública

En el capítulo primero se ofrece un resumen de los principales peligros y amenazas para la salud con los que se enfrentan los Estados miembros en la actualidad. Estos problemas están relacionados con:

- el envejecimiento de la población de la Comunidad
- el aumento de la movilidad de la población en la Comunidad y entre los Estados miembros
- los cambios en el medio ambiente y el entorno de trabajo
- las expectativas crecientes sobre lo que los servicios sanitarios pueden y deben ofrecer
- los problemas socioeconómicos generales de la Comunidad, especialmente la exclusión social.

Como consecuencia de estos problemas, los Estados miembros han visto aumentar la demanda de servicios sanitarios y es probable que ésta siga creciendo en el futuro.

Se explica, pues, cuál es el ámbito de la política sanitaria y se señala que abarca actividades dirigidas al entorno inmediato de la persona y al contexto más general en el que vive.

En el Anexo I de la Comunicación se resumen las políticas de prevención y promoción de la salud de los Estados miembros.

En el capítulo II se ofrece una descripción de las tendencias principales observadas en la situación sanitaria de los Estados miembros a partir de los datos disponibles sobre la mortalidad y la morbilidad. Estas cifras dejan ver que en las últimas décadas se ha asistido a una mejora sustancial del estado sanitario general con un aumento de la esperanza de vida y que el cáncer y las enfermedades cardiovasculares, así como los accidentes en el caso de los jóvenes, son las principales causas de mortandad en la Comunidad Europea. En el anexo V se ofrecen datos estadísticos más detallados.

En el capítulo III se expone la base de la acción comunitaria en el ámbito de la salud pública. Se describe la aplicación de los principios de

subsidiariedad, transparencia y proporcionalidad en este ámbito, y se hace hincapié en que las cuestiones de financiación y prestación de servicios de asistencia y tratamiento son competencia de cada Estado miembro.

Se explican en términos generales los fundamentos jurídicos de las actividades comunitarias en el ámbito de la salud (en los Anexos II y III se exponen las políticas, programas e instrumentos utilizados para ponerlos en práctica). Se explican, pues, detalladamente las disposiciones e importancia del artículo 129. Los principales elementos de este artículo son la especial atención prestada a la prevención de las enfermedades, sobre todo de las más graves y ampliamente difundidas, incluida la toxicomanía, la insistencia en que las exigencias en materia de protección de la salud deben constituir un componente de las demás políticas comunitarias y la obligación de que los Estados miembros, en colaboración con la Comisión, coordinen sus políticas y programas.

En este capítulo se resume, por último, el trabajo realizado por el Consejo Europeo, el Parlamento Europeo y el Comité Económico y Social para la construcción de la política de salud pública.

B. Enfoque de la Comunidad Europea

En el capítulo IV se explica el alcance de la posible acción comunitaria en el ámbito de la salud pública y los objetivos de dicha acción. A continuación se describen los medios para llevar a cabo la acción comunitaria en este terreno, incluidos el establecimiento de objetivos comunes y redes, el intercambio de información y personal, la mejora de los sistemas de información, el apoyo financiero a programas y proyectos, la elaboración de un informe comunitario anual sobre el estado sanitario y el apoyo a los esfuerzos para reducir los costes.

Se explican los principios de identificación de las enfermedades y amenazas para la salud que serán objeto de la acción comunitaria. La selección se basa en la consideración de las repercusiones de las enfermedades en el estado sanitario de la población comunitaria y en las posibilidades de realizar la acción preventiva de manera adecuada a nivel comunitario (en el Anexo IV se relacionan las enfermedades más importantes y su impacto).

Con arreglo a estos criterios, el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, el SIDA y las enfermedades transmisibles, las drogodependencias y las enfermedades menos comunes se consideran los objetivos de acción más apropiados.

En el capítulo V, sobre las causas de las enfermedades, se explica que para una prevención eficaz de la enfermedad es vital atacar las causas subyacentes mediante un conjunto de medidas. Se exponen los factores importantes implicados en la enfermedad, como el tabaquismo y el alcohol, junto con los datos sobre sus tendencias en la Comunidad.

En el capítulo VI, sobre el carácter y extensión de la participación comunitaria, se explican los amplios mecanismos que la Comisión pondrá en práctica para impulsar los objetivos de esta política. Dará prioridad a los proyectos de gran escala y amplio impacto y mantendrá una "vigilancia sanitaria" en todas las etapas de elaboración de los demás programas y políticas comunitarios.

Se describen en detalle los tipos de mecanismos generales que se utilizarán:

- Consulta y participación. Se crearán mecanismos apropiados para asesorar a la Comisión sobre la formulación y realización de las actividades.
- Fomento de la coordinación de programas y políticas. Se realizarán comparaciones y evaluaciones de políticas de prevención, así como análisis de rentabilidad, y se establecerán redes para controlar las enfermedades.
- Cooperación con organizaciones internacionales y terceros países. Se reforzará la cooperación existente con organismos internacionales pertinentes como la OMS encargándoles, por ejemplo, trabajos específicos, dirigiendo programas conjuntos o apoyando sus programas. Con respecto a los terceros países, se reforzarán los sistemas de asistencia existentes y se estudiará la posibilidad de establecer nuevas relaciones de cooperación con países concretos, sobre todo de Europa Central y Oriental.
- Información, educación y promoción de la salud. Se elaborará un programa coordinado de educación y promoción sanitarias que estudiará las causas de las enfermedades y las enfermedades específicas. Esto daría un impulso al trabajo ya realizado en algunas áreas como el SIDA y el cáncer.
- Investigación. Se adoptarán medidas para reforzar los vínculos con los programas de investigación de la Comunidad, tal como se definen en el 4º Programa marco de investigación y desarrollo, a fin de garantizar que se cubren las necesidades de investigación en el ámbito de la salud pública, establecer una estrategia de investigación en este ámbito y asegurarse de que los resultados se difunden adecuadamente.
- Formación de profesionales de la salud. Para aumentar la eficacia del papel de los profesionales de la salud en el ámbito de la salud pública, se evaluarán los cursos existentes, se promoverá la colaboración entre los nuevos y se fomentarán los intercambios de experiencias e información sobre la enseñanza y la formación.

En el capítulo VII, sobre la actuación futura de la Comunidad en el ámbito de la salud pública, se presentan, a partir de los argumentos de los capítulos anteriores, las áreas prioritarias de la actuación comunitaria en el ámbito de la salud pública. Las áreas propuestas abarcan actividades "horizontales" y actividades relacionadas específicamente con la enfermedad. Estas áreas son las siguientes:

- Promoción, educación, información y formación sanitarias
- Datos e indicadores sanitarios y control y vigilancia de las enfermedades
- El cáncer
- Las drogas
- El SIDA y otras enfermedades transmisibles
- Accidentes y lesiones
- Enfermedades relacionadas con la contaminación
- Otras amenazas para la salud (si las circunstancias lo requieren).

La presente Comunicación es sólo un paso hacia un esfuerzo constante de preparación de políticas, programas y acciones individuales concebidas para aplicar plenamente el artículo 129 y otros artículos del Tratado relacionados con la protección de la salud. A raíz de ella se elaborarán una serie de programas sobre cada uno de los temas mencionados anteriormente. La Comisión espera que ello fomente el debate y ayude a concentrar la atención en la prevención y la promoción de la salud, como ha sucedido con la asistencia y el tratamiento sanitarios en los Estados miembros, y cree relaciones de cooperación y redes duraderas con la común aspiración de alcanzar un alto nivel de protección de la salud en la Comunidad Europea.

PARTE A
ANTECEDENTES DE LA POLÍTICA DE SALUD PÚBLICA

I. INTRODUCCIÓN

1. En la presente Comunicación se exponen las propuestas de la Comisión para un marco de actuación en el campo de la salud pública a la luz de la ratificación del Tratado de la Unión Europea que introduce en el Tratado constitutivo de la Comunidad Europea los artículos 3(0) y 129 con disposiciones explícitas en materia de salud pública.

2. En esencia, la Comunicación tiene 4 objetivos: primero, exponer las problemáticas más importantes en materia de salud con que se enfrenta la Comunidad. Segundo, explicar cómo pueden fijarse las prioridades para una acción comunitaria. Tercero, describir los tipos de acción posible y el modo de insertarlas en la labor realizada hasta ahora por la Comunidad y los Estados miembros, así como en otros programas comunitarios. Por último, se propone una serie de programas de acción específicos.

3. Con el marco propuesto en la presente Comunicación se quiere proseguir la labor de las importantes contribuciones hechas por el Consejo, el Parlamento Europeo y el Comité Económico y Social en este ámbito, así como el trabajo de la Comisión. Para ello se tienen plenamente en cuenta todos los principios de acción comunitaria preconizados en el Tratado de la Unión Europea y en otros tratados.

a) Problemas actuales de salud en los Estados miembros de la Comunidad Europea

4. La amplia diversidad cultural, social y económica de la Comunidad Europea hace que los diferentes Estados miembros tengan que enfrentarse a distintos problemas de protección de la salud. Sin embargo, existen también varios problemas importantes comunes que inciden la salud y a los que la Comunidad debe dar una respuesta común. Entre ellos, se encuentran los siguientes:

- El envejecimiento de la población. El número de personas de 60 años o más está aumentando en la Comunidad y se prevé que pasará del 17,5% en 1980 al 24% en 2010. Este incremento hará que aumente gradual y desproporcionadamente el número de personas mayores usuarias de los servicios de salud y que una población activa relativamente más pequeña deba sufragar dichos servicios. De este modo, la necesidad de asistencia médica amenaza con superar la capacidad o la voluntad de la sociedad de ofrecer dichos servicios. Además, independientemente de que los países asignen a la asistencia sanitaria unos recursos financieros más o menos elevados, los estudios demuestran que la incidencia de la asistencia sanitaria en la tasa de mortalidad de la población es superada por el poder de los factores que afectan a la incidencia de enfermedades como los cánceres y las afecciones cardiovasculares, y que la reducción de la mortalidad de los ancianos viene acompañada de un incremento de las discapacidades no tratables que hoy son comunes en este grupo de edad. Los estudios también apuntan a que últimamente ha aumentado de manera más rápida el número medio de años vividos con alguna discapacidad que el número de años disfrutados con salud.

- El aumento de la movilidad de la población. La emigración a la Comunidad Europea, la entrada en vigor del mercado único y el aumento general de los viajes y del turismo están provocando una mezcla de poblaciones cada vez mayor. Entre las implicaciones para la salud de esta tendencia se cuentan la propensión de las enfermedades contagiosas a extenderse más rápidamente, la posibilidad del aumento del consumo de drogas y las dificultades eventuales que plantea la atención a las necesidades específicas de las comunidades migrantes.



- Las enfermedades debidas a los cambios medioambientales y a los entornos de trabajo. Los cambios en el medio ambiente como consecuencia de la evolución económica y tecnológica dan lugar a una serie de problemas de salud. Un ejemplo de problemas derivados de tales cambios es el mayor número de casos de trastornos respiratorios y ciertas formas de cáncer. Además, también pueden causar problemas físicos y psicosociales la introducción en el lugar de trabajo de nuevos métodos de trabajo, así como de maquinaria nueva y de ordenadores. También están aumentando de modo significativo los trastornos relacionados con el estrés y los problemas osteomusculares.

- Las expectativas crecientes en relación con la salud. Los factores mencionados anteriormente, que están provocando una mayor demanda de servicios sanitarios, van acompañados de un aumento de las expectativas personales con respecto a la oferta de éstos. El desarrollo constante de tecnologías eficaces de diagnóstico y tratamiento ha alimentado estas expectativas de una mayor y mejor asistencia y el deseo de todas las personas, especialmente de los grupos más desfavorecidos y las regiones más pobres, de poder acceder a ella. Los costes económicos de esta mayor atención se ven incrementados por el hecho de que muchos nuevos procedimientos utilizan medicamentos y equipos sofisticados y más costosos.

- Los problemas socioeconómicos, en particular la exclusión social. El lento crecimiento económico y las altas tasas de desempleo obligan a los Estados miembros a reducir drásticamente el gasto público. Ello limita los recursos destinados a los servicios sanitarios y a los gastos de asistencia social. Además, el desempleo, las desigualdades, la discriminación, la pobreza y la exclusión social pueden provocar por sí mismos problemas de salud.

5. Como consecuencia de estos problemas, los gastos de sanidad de los Estados miembros han aumentado rápidamente en las dos últimas décadas. Tal como se muestra en la Figura 1 (Anexo V), durante las décadas de 1970 y 1980 aumentó de modo significativo el gasto sanitario con relación al Producto Interior Bruto (PIB), lo cual refleja en parte la ralentización de la tasa de crecimiento económico. En la segunda parte de la década de 1980, no obstante, esta cifra se ha estabilizado en algunos Estados miembros, e incluso ha disminuido a medida que se reanimaba el crecimiento. No obstante, la contención de gastos sigue siendo un tema de gran preocupación en los años 1990, especialmente en el contexto de la actual recesión y de las limitaciones presupuestarias al crecimiento del gasto público. Pero esta limitación de los costes se ha conseguido solamente limitando la oferta, por ejemplo mediante el control de las recetas médicas y de la contratación de nuevos médicos y reduciendo la demanda al hacer pagar una parte de los medicamentos y de las pruebas.

6. Las presiones subyacentes que ello implica para los servicios no han desaparecido y es posible que aumenten a pesar de que existe poca correlación entre los principales indicadores de la salud y el gasto sanitario. Además, se ha advertido que un servicio de bajos costes tiene efectos desproporcionados en los pobres, los enfermos y los ancianos. Ello hace necesario ofrecer respuestas equilibradas a las presiones inevitables para ajustar los gastos sanitarios como las iniciativas para mejorar la salud pública (por ejemplo, el abandono del tabaco, la alimentación y el ejercicio, los controles de la contaminación del aire, etc.), una mejor estructuración y financiación de los sistemas de sanidad para reducir los costes, la supresión de los tratamientos ineficaces y la evaluación del equipo médico y de los medicamentos en términos de coste-beneficio.



7. Las dificultades que plantea la adopción de las decisiones apropiadas en el ámbito de la protección de la salud en condiciones económicas difíciles llevaron al Consejo a adoptar, entre otras cosas, la Resolución relativa a las opciones fundamentales de la política sanitaria, de 11 de noviembre de 1991 (DO nº C 304 de 23.11.1991). En esta Resolución, y también en el Tratado de la Unión Europea, se subraya que los Estados miembros aceptan la obligación de garantizar a sus ciudadanos un alto nivel de protección de la salud. Esta obligación ética y legal de proteger la salud de los ciudadanos se refuerza con ventajas económicas para grupos y sectores de actividad específicos (por ejemplo, asistencia perinatal) como resultado de la adopción de medidas de promoción de la salud y de medidas de prevención y de protección.

8. Con una acción eficaz pueden prevenirse las muertes prematuras entre la población activa, así como las minusvalías y las enfermedades crónicas con los efectos subsiguientes de absentismo e incapacidad laboral. Se puede mejorar la salud y controlar la demanda de servicios de tratamiento y asistencia sanitaria. En resumen, es posible maximizar la capacidad productiva de la Comunidad y, al mismo tiempo, reducir los gastos por enfermedad. Y lo que es más importante, la protección de la salud no sólo tiene ventajas económicas, sino que mejora también la calidad de vida, aportando beneficios inestimables para la persona y la sociedad en su conjunto.

b) Alcance de la política de sanidad pública

9. Frente a este trasfondo, el alcance de las actividades de salud pública pueden definirse por la consideración de los riesgos para la salud de los miembros de una comunidad y las medidas adoptadas para proteger a las personas de esa comunidad contra tales riesgos, y de este modo aumentar la probabilidad de que las personas lleven una vida plena y sana. Aparte de los riesgos para la salud relacionados con la constitución genética, física y mental, también plantean riesgos para la salud el modo de vida de cada uno y el entorno inmediato que le rodea, en particular el hogar y el trabajo, así como el entorno local: la combinación de condiciones sociales, económicas y culturales que configuran el contexto general de las vidas de las personas. Así pues, las medidas emprendidas para proteger la salud de las personas deben tener en cuenta estos dos tipos de "entornos".

10. Mientras las acciones y los programas de las autoridades públicas han dominado el desarrollo de estrategias de salud pública, en las últimas tres décadas el interés de la sanidad se ha centrado cada vez más en la responsabilidad de la persona respecto a su propia salud y en los cambios de conducta que puede realizar para prevenir la aparición de enfermedades. Estas consideraciones se han aplicado a la alimentación, al ejercicio físico, a la evitación de sustancias tóxicas y peligrosas, incluido el consumo de drogas, y a la prevención de accidentes.

11. El control internacional de enfermedades en forma de sistemas nacionales de cuarentena surgió en Europa y Próximo Oriente para detener la expansión de epidemias de un país a otro. Estos esfuerzos demostraron por primera vez la necesidad de una cooperación internacional en el ámbito de la protección de la salud. En 1907 se creó en París una organización internacional permanente de la salud encargada de recibir de las naciones integrantes la notificación de los casos de enfermedades infecciosas graves, de transmitir dicha información a los países miembros y de estudiar y preparar convenios sanitarios y normativas de cuarentena para el tráfico naval y ferroviario. En 1948 esta organización fue absorbida por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

12. La OMS realiza proyectos a corto y largo plazo para controlar o erradicar enfermedades a escala mundial y mantiene relaciones estrechas con otros organismos especializados de las Naciones Unidas que se ocupan también de problemas de salud, en especial el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Organización para la Agricultura y la Alimentación (FAO) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT).

13. Desde sus comienzos, la Comunidad ha considerado la salud y el bienestar como uno de sus objetivos principales. La preocupación por la salud está en la base de los objetivos económicos del Tratado CEE, de las disposiciones de seguridad del Tratado CECA y de las obligaciones de protección del Tratado EURATOM. Por esta razón, el Tratado de la Unión Europea considera la protección de la salud como un elemento fundamental para lograr una unión aún más estrecha de los pueblos de la Comunidad e insta a ésta y a los gobiernos de los Estados miembros a contribuir a la consecución de un alto nivel de protección de la salud.

II. ESTADO SANITARIO Y TENDENCIAS EN LOS ESTADOS MIEMBROS

a) Mortalidad

14. Las últimas décadas se han caracterizado por dos grandes tendencias en el estado sanitario de la población de la Comunidad Europea. En primer lugar, los indicadores de mortalidad muestran claramente una mejora importante y constante de la situación general del estado de salud. En todos los Estados miembros aumenta la esperanza de vida y disminuye la mortalidad infantil. Entre 1960 y 1989 la esperanza de vida de los hombres en los 12 Estados miembros aumentó de 67,3 a 72,8 años y la de las mujeres de 72,7 a 79,2 años. Además, mientras los Estados miembros mejor situados han continuado mejorando, los Estados peor situados han ido poniéndose a su altura. De este modo, ha disminuido la diferencia entre los Estados miembros, reduciéndose a la mitad entre 1970 y 1988. Todavía llama más la atención el hecho de que el Estado miembro con menor esperanza de vida en 1988 (74,3 años) supere al Estado con mayor esperanza de vida en 1970 (73,8 años).

15. También puede observarse una mejora, más espectacular todavía, en las cifras de mortalidad infantil de la Comunidad. Esta cifra es más de cuatro veces inferior a la de 1960 y ha pasado del 34,8 por 1000 registrado en ese año al 8,2 de 1989. Tal como ha sucedido con la esperanza de vida, las diferencias entre los mejores y los peores se han reducido y el peor Estado miembro en 1989 (12,18 por 1000) supera de nuevo al mejor de 1970 (12,75 por 1000).

16. La segunda tendencia está marcada por un cambio significativo en las causas de mortalidad. Las enfermedades infecciosas (excluido el SIDA) han disminuido considerablemente su importancia gracias a la mejora de la higiene y de las condiciones de vida, las medidas preventivas como los programas de vacunación, y el acceso a tratamientos eficaces. Estas enfermedades han sido sustituidas en gran medida por otras, especialmente el cáncer y las enfermedades cardiovasculares. Mientras que en 1960 apenas algo más de la mitad de las 2,9 millones de muertes registradas en la Comunidad tuvieron su causa en estas últimas enfermedades, en 1990 la proporción alcanzó los dos tercios. De los 3,3 millones de fallecimientos, 1,4 millones fueron debidos a enfermedades cardiovasculares y 0,8 millones al cáncer. Estas enfermedades no son sólo la causa principal del fallecimiento de las personas mayores de 65 años, sino también de las personas comprendidas entre los 35 y los 65 años, contribuyendo así de modo significativo a las cifras de fallecimiento prematuro, al igual que los accidentes para el grupo de edad de 5 a 34 años. No obstante, siguen cambiando las pautas de mortalidad. Así, por ejemplo, recientemente se está registrando un declive en la mortalidad por enfermedades

[REDACTED]

cardiovasculares y un aumento de las muertes causadas por enfermedades que antes eran poco comunes como, por ejemplo, la enfermedad de Alzheimer. Ello es un reflejo de los cambios demográficos, los avances terapéuticos y el lanzamiento de programas de prevención a gran escala.

b) Morbilidad

17. La tasa de mortalidad ofrece solamente una imagen incompleta del estado general de salud de una determinada población. Para tener una visión completa es necesario también conocer la morbilidad, es decir, el número de personas que padecen una determinada enfermedad u otra afección médica. Esta información no sólo muestra cuáles son las enfermedades más frecuentes entre la población, sino que deja ver también las exigencias a las que debe dar respuesta el sistema sanitario. Desgraciadamente, aunque los diversos Estados miembros disponen de algunos datos sobre la morbilidad, debido a las diferencias sustanciales de los métodos de recogida y de las definiciones, en la actualidad existen pocos datos comparables sobre la morbilidad referidos a la Comunidad en su conjunto.

18. Una excepción importante está constituida por los accidentes de tráfico, de los cuales se dispone de información sobre los fallecimientos y heridos en la Comunidad. Globalmente, estas cifras muestran un descenso de la tasa de mortandad en la Comunidad por accidentes de tráfico durante el periodo 1970-1990 y una reducción menor y más fragmentaria de la tasa de heridos. Estos accidentes afectan de modo predominante a los grupos de edad más jóvenes. A la luz de los debates sobre el Libro Blanco en el desarrollo de la política de transportes, la Comisión ha publicado una Comunicación sobre un programa de acción en materia de seguridad vial (COM(93) 246 de 9 de junio de 1993) y una propuesta de Decisión del Consejo para la creación de una base de datos sobre accidentes de carretera (COM(93) 246 de 9 de junio de 1993). También se dispone de alguna información sobre las enfermedades cardiovasculares gracias al estudio MONICA, en el que participan siete Estados miembros. Este estudio, dirigido por la OMS, recoge datos sobre la mortalidad y la morbilidad en este ámbito. Los datos indican que las enfermedades cardiovasculares son la causa principal de mortalidad en la Comunidad y una causa de morbilidad importante en la población de mediana y avanzada edad.

19. No existen datos comparativos generales para otras afecciones. Sin embargo, las estadísticas nacionales facilitan indicadores sobre la importancia relativa de las diversas enfermedades en términos de morbilidad. En el cuadro 1 se ofrecen las cifras correspondientes a las principales enfermedades en Dinamarca y Francia con arreglo al porcentaje del total de admisiones hospitalarias y de días de hospitalización. Dichas cifras muestran que, a pesar de algunas diferencias, las tendencias generales de estos dos países no son diferentes y que los mismos tipos de enfermedad son importantes en ambos.



Cuadro 1

Importancia relativa de las diferentes enfermedades, medida por las admisiones hospitalarias y los días de hospitalización +

	Francia 1985-1987		Dinamarca 1990	
	Admisiones	Días de hospitalización	Admisiones	Días de hospitalización
Lesiones	13.2	11.7	7.7	13.9
Trastornos del aparato digestivo	12.7	12.0	7.1	6.7
Enfermedades cardiovasculares	11.6	15.5	24.9	21.9
Cáncer	10.2	12.5	11.7	8.9 *
Afecciones respiratorias	6.9	5.8	10.4	8.8
Afecciones osteomusculares	6.3	7.0	14.8	15.5
Otras enf.	39.1	35.5	23.4	24.3

+ Datos indicativos, facilitados por los Ministerios de Sanidad, no comparables directamente debido a las diferencias de definición, clasificación y los periodos de referencia.

* Los datos daneses sobre el cáncer incluyen solamente los cánceres de pulmón y de mama.

20. Los datos disponibles confirman que las enfermedades cardiovasculares son el factor más importante de morbilidad y de mortalidad en la Comunidad, pero dejan ver que el cáncer es menos importante para la morbilidad que para la mortalidad y que hay varias enfermedades no mortales de importancia considerable para la morbilidad, en particular las enfermedades respiratorias y osteomusculares. En su conjunto, las cifras de mortalidad y la información existente sobre la morbilidad hacen posible establecer una lista de las enfermedades que dan lugar a una alta tasa de mortalidad y/o de morbilidad. En el cuadro 2 se indican las enfermedades que plantean problemas de salud especialmente importantes para la Comunidad en su conjunto:

Cuadro 2
ENFERMEDADES QUE DAN LUGAR A UNA ALTA TASA DE MORTALIDAD Y/O MORBILIDAD
Accidentes
Enfermedades cardiovasculares
Cáncer
Enfermedades mentales, incluido el suicidio
Afecciones osteomusculares
Enfermedades respiratorias, incluido el asma

21. Por otra parte, algunas enfermedades contagiosas, en un tiempo causa importante de mortalidad están registrando un nuevo auge. Esto es debido en particular a la aparición del SIDA y al resurgimiento de algunas enfermedades contagiosas importantes como la tuberculosis, que ya no se consideraba como un problema grave. Todas ellas pueden plantear problemas graves si no se hace nada por evitarlas. Por último, la lista debe incluir la adicción a las drogas, debido a los problemas considerables de salud y sociales con los que está relacionada y al número cada vez mayor de personas que las consumen.

22. Estas dolencias sumadas son responsables de la mayoría de los fallecimientos y de las enfermedades y dan lugar a la mayoría de las solicitudes de servicios sanitarios en los Estados miembros de la Comunidad. No obstante, debe subrayarse que las cifras antes citadas se refieren únicamente a las tendencias generales. Si bien de algún modo se están reduciendo las diferencias entre los Estados comunitarios mejor y peor situados, comparar las cifras nacionales puede dar lugar a una interpretación distorsionada en razón de las diferencias de tamaño de los Estados miembros. Además, las cifras nacionales en sí tienden a encubrir diferencias significativas entre las regiones dentro de cada Estado miembro.

23. Así por ejemplo, en el caso de la tasa de mortalidad por cáncer de pulmón y bronquios, en 1988 la cifra general comunitaria de mortalidad fue de 48,8 por 100 000. La tasa correspondiente al Reino Unido era la más elevada (70,5) y la más baja era la de Portugal (20,6). No obstante, dentro del Reino Unido esta tasa variaba enormemente, siendo de casi el doble en el norte de Inglaterra (92,4) que en Irlanda del Norte (49,2). La tasa nacional de Italia (51,1) era la más cercana a la media comunitaria, pero esto enmascara el hecho de que la tasa del norte de Italia era el triple que la del sur. También en el caso de otras enfermedades existen variaciones de importancia semejante dentro de los Estados miembros. Tales variaciones reflejan las diferencias culturales, sociales y económicas entre las regiones; y también el impacto significativo que los factores medioambientales como la contaminación del aire pueden tener para la salud.

24. De modo similar, los estudios han puesto de manifiesto variaciones significativas en las tasas de morbilidad y mortalidad entre diferentes grupos socioeconómicos dentro de los Estados miembros. En 1987, por ejemplo, en Inglaterra los colectivos de trabajadores no cualificados registraron una tasa de mortalidad perinatal e infantil que superará en más del 50% a las cifras registradas entre los grupos profesionales, y en Dinamarca la tasa de

mortalidad de los hombres desempleados y no cualificados alojados en condiciones poco satisfactorias superaba en un 6,2% al grupo mejor situado. Así pues, al analizar el estado sanitario general y sus tendencias en la Comunidad es importante tener plenamente en cuenta las variaciones no sólo entre sino también dentro de los Estados miembros, así como la tónica general y las tendencias en el conjunto de la Comunidad.

25. Por otro lado, no basta con considerar unas enfermedades concretas como objetivos posibles de la acción comunitaria; es preciso tener en cuenta también los factores clave asociados con su aparición y el contexto general económico y social que pesa en la protección de la salud, en las opciones políticas y en los esfuerzos ya realizados por los Estados miembros para dar respuesta a estos problemas de salud. En el Anexo I se ofrece una visión de conjunto de las políticas y las medidas adoptadas por los Estados miembros para prevenir la enfermedad y fomentar la salud en el contexto mencionado anteriormente.

III. BASE DE LA ACTUACIÓN COMUNITARIA

a) Subsidiariedad

26. El modo en que la Comunidad y los Estados miembros deben realizar estas actividades está determinado por el principio de subsidiariedad. Con arreglo al artículo 3 b) del Tratado constitutivo de la Comunidad Europea, la subsidiariedad implica que en los asuntos que no son de su competencia exclusiva, la Comunidad interviene cuando su acción, en razón de su escala o de sus efectos, puede realizarse mejor a nivel comunitario. Además, independientemente de si un asunto es de su competencia exclusiva o no, la acción comunitaria en la materia debe ser proporcional a los objetivos que se pretenden alcanzar.

27. Las siguientes consideraciones son de aplicación, en particular, en el ámbito de la salud pública:

- a. En su tarea de coordinación política, el papel de la Comunidad consiste en forjar relaciones constructivas a todos los niveles, ayudar a suplir las carencias detectadas, formular y mejorar las estrategias que permitan una aplicación eficaz de las políticas y medidas y garantizar que la transferencia y el flujo de conocimientos, experiencia y materiales favorezca a las partes implicadas.
- b. Con arreglo al principio de proporcionalidad, la Comunidad tiene intención de centrarse más en proyectos de cierta amplitud que en proyectos pequeños, y en proyectos que en su mayor parte impliquen a más de un Estado miembro, para así maximizar sus repercusiones y evitar la participación en problemas y preocupaciones de menor amplitud, lo que podría considerarse como una interferencia en temas de los que ya se han ocupado las autoridades de los Estados miembros o como una torpeza al recurrir a medios desproporcionados con respecto al objetivo perseguido.
- c. Las diferencias de alimentación, cultura, clima, uso de la tierra y de tipo y concentración de la actividad económica entre los Estados miembros son por lo general tan grandes que la comunidad no puede ofrecer soluciones detalladas, incluso en el caso de problemas idénticos o semejantes en varios Estados miembros, regiones o localidades. En materia de salud, es la persona o la familia la que debe adoptar las decisiones sobre las cuestiones que le afectan directamente. La sociedad debe crear, por su parte, a través del proceso democrático, un entorno que permita a la persona adoptar la decisión más adecuada y favorecer las decisiones colectivas apropiadas en aquellos casos en los que la persona no puede por sí sola determinar o conseguir el resultado deseado para su salud.

- d. Los Estados miembros en colaboración con los profesionales de la sanidad y las personas afectadas deben encargarse de la financiación y prestación de servicios de asistencia y tratamiento. No obstante, los Estados miembros pueden contar con la asistencia a la Comisión para mejorar su colaboración en materia sanitaria, por ejemplo, en relación con las opciones fundamentales de salud¹⁾, y ésta puede prestarles apoyo para la realización de acciones dirigidas a mejorar la calidad de la asistencia y del tratamiento sanitario.

b) Bases jurídicas

28. Antes del Tratado de la Unión Europea, no existía base jurídica específica o competencias comunitarias en el ámbito de la salud pública. Esto no quiere decir que los Tratados no establecieran medidas relacionadas directamente con la protección de la salud y el bienestar. Así, por ejemplo, la salud y la seguridad en el trabajo ocupó desde el principio un lugar importante en el Tratado CEE (artículos 117 y 118 y artículo 118A del Acta Única Europea) y en el Tratado CECA, y las disposiciones de protección de la salud de los trabajadores y la población en general incluidos en el Tratado EURATOM (artículos 30-39) pronto se convirtieron en la piedra angular de las medidas de regulación de los Estados miembros en este ámbito.

29. Otras disposiciones del Tratado CEE afectan también directa o indirectamente a la salud: el artículo 2 establece la obligación de la Comunidad de elevar el nivel de vida; el artículo 36 permite restricciones a la importación y tránsito de mercancías para proteger la salud y la vida de las personas; el artículo 43 trata de la política agraria que puede tener un impacto en la salud humana; el artículo 48 garantiza la libre circulación de las personas, con inclusión de los enfermos y los profesionales de la sanidad; los artículos 52 a 58 se refieren al derecho de establecimiento, y en el artículo 59 se garantiza la libre prestación de servicios, incluidos los servicios de sanidad. El artículo 100 A tiene gran incidencia en la salud, ya que en él se establece que todas las propuestas de directiva que tengan por objeto el establecimiento del mercado interior de productos (por ejemplo, productos hemoderivados), servicios, capitales y personas deberán basarse, en virtud de este artículo, en un nivel elevado de protección de la salud; los artículos 130 F a 130 Q se refieren a la investigación, con inclusión de la investigación médica. Por otra parte, la protección de la salud humana como objetivo último de las medidas de protección del medio ambiente se encuentra recogida en los artículos 130 R y 130 S del Tratado CEE, modificados por el Acta Única Europea. Por último, el artículo 155 sirve, entre otras cosas, para emitir recomendaciones también en asuntos relacionados con la protección de la salud, y a él se ha recurrido en el pasado para formular recomendaciones sobre una lista europea de enfermedades profesionales; el artículo 235 se ha utilizado para formular propuestas de decisiones y reglamentos sobre varios temas relacionados con la salud como la información al público en general y la formación de los miembros de las profesiones sanitarias en el marco del programa "Europa contra el cáncer", la creación de una Agencia de Salud y Seguridad en el Trabajo, y la creación del Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías (OEDT).

30. Las políticas, programas e instrumentos utilizados (véanse Anexos II y III) para aplicar estos artículos desempeñaron un papel determinante a la hora de transformar la situación sanitaria de la Comunidad y mejorar la calidad de vida de sus ciudadanos. El Tratado de la Unión Europea no sólo mantuvo estas disposiciones, sino que las reforzó. En el artículo 129 A sobre la protección de los consumidores se otorga a la Comunidad un mandato claro para proteger la salud y la seguridad de éstos. En el artículo 130 sobre el medio ambiente se insta a la Comunidad a contribuir a alcanzar el objetivo de proteger la salud

1) Véase el apartado 7, página 4.

de las personas. Además, con arreglo al artículo 126, la Comunidad debe contribuir a mejorar la calidad de la educación, que tiene una función importante en la protección y el fomento de la salud.

31. Sobre todo, con los artículos 3(0) y 129 se ha dedicado una disposición explícita a la salud pública. La Comunidad tiene la responsabilidad de contribuir a alcanzar un elevado nivel de protección teniendo debidamente en cuenta los principios sentados en el Consejo Europeo de Edimburgo (subsidiariedad, apertura, transparencia y proporcionalidad) y tiene poderes para desempeñar esta responsabilidad garantizando el respeto y el apoyo de las políticas y actividades de los Estados miembros, previniendo intrusiones e injerencias injustificadas y dejando libertad para el ajuste y la elección de los medios a la hora de ponerlos en práctica. De este modo, la experiencia adquirida hasta el momento en las acciones de salud pública realizadas por la Comunidad sirve tanto de guía como de base a partir de la cual proseguir la labor ya realizada. Sobre todo el programa "Europa Contra el Cáncer", lanzado en 1986 por el Consejo Europeo, ha dejado patente el valor de la identificación de objetivos y metas comunes, y ha preparado el camino para la adopción en el Consejo de otros programas e iniciativas en materia de SIDA, demanda de droga, alcoholismo, educación para la salud en las escuelas, y también ha puesto de manifiesto lo que puede lograrse mediante la colaboración, la cooperación y el recurso a los instrumentos de otras políticas comunitarias. Al poner en práctica los programas "Europa contra el cáncer" y "Europa contra el SIDA", la Comisión adoptó un método que precedía el principio de subsidiariedad y entrañaba un intento sistemático de generar un valor añadido comunitario al fomentar la cooperación entre los Estados miembros en el ámbito de los estudios y la investigación y la difusión a nivel comunitario de las prácticas nacionales más eficaces, en particular reuniendo a las partes responsables en los Estados miembros. Los logros de estos programas y la necesidad de proseguirlos fueron subrayados durante la reciente evaluación que el Consejo realizó de su eficacia.

32. Al poner en marcha una acción en virtud del artículo 129, la Comunidad debe perseguir la prevención de la enfermedad. La prevención en todas sus facetas se convierte así en el centro de la acción comunitaria: primaria, para garantizar una buena salud y minimizar la exposición a factores de riesgo que pueden provocar la aparición de enfermedades; secundaria, para evitar la aparición de enfermedades en las personas expuestas a dichos riesgos, por ejemplo, mediante la detección, la vacunación y la medicación preventiva y la profilaxis; o terciaria, para detener la progresión o la reaparición de la enfermedad. La prevención se distingue del tratamiento en que éste es una intervención para corregir defectos congénitos o para restaurar el estado de salud de una persona a un nivel previo (mejor). El tratamiento es, por tanto, al contrario que la prevención, un tema en el que han de cooperar los Estados miembros y no un ámbito en el que la Comisión puede adoptar iniciativas en nombre de la Comunidad.

33. La acción preventiva de la Comunidad debe tener por objeto necesariamente las plagas más graves. Las plagas o amenazas para la salud más graves pueden establecerse con respecto a una serie de factores objetivos (datos e indicadores sobre la salud) y subjetivos (percepción, cuestiones éticas, culturales y políticas). En el capítulo IV se estudian estos temas. Sin embargo, queremos resaltar aquí que el artículo 129 establece específicamente la necesidad de adoptar medidas de salud pública en el ámbito de las drogas.

34. El artículo 129 reconoce implícitamente la dicotomía entre la acción dirigida al individuo para conseguir que la persona sea capaz de mejorar su salud y su estilo de vida, así como de adoptar comportamientos seguros o de bajo riesgo, como la información y la educación sanitarias, y la acción destinada a la sociedad para investigar las causas y la transmisión de la enfermedad. Esta investigación puede ser fundamental y también comportamental, social y medioambiental, y podría afectar al entorno inmediato, local e incluso remoto, sobre el que la persona tiene poco o ningún control.

35. La disposición del artículo 129 por la que se establece que las exigencias en materia de protección de la salud deben ser una condición sine qua non de las demás políticas comunitarias tiene una importancia fundamental. La elaboración de futuras políticas y medidas con incidencia en la salud debe, desde el principio, tener presente de manera adecuada y ser coherente con la política de salud pública. Esto significa que otras políticas, a pesar de tener una base jurídica diferente, pueden contribuir a los objetivos de protección de la salud.

36. Un elemento central del papel de la Comisión en la aplicación del artículo 129 es la obligación de actuar de enlace con los Estados miembros para coordinar sus políticas y programas relativos a la prevención, incluida la prevención de las drogas, la investigación y el análisis de las causas y las formas de transmisión de las enfermedades, la información sanitaria y la educación para la salud. La Comisión, en estrecha colaboración con los Estados miembros, adoptará las iniciativas apropiadas para fomentar dicha coordinación, en particular en ámbitos en los que los Estados miembros han mostrado ya la necesidad de cooperar como en la vigilancia y control de enfermedades, los datos e indicadores sanitarios, la información y la educación sanitarias y la lucha contra las drogas, el cáncer y el SIDA.

c) Consideración de la temática de la salud en el pasado por parte de las instituciones comunitarias

i) Consejo Europeo

37. En 1986, los representantes de los Gobiernos de los Estados miembros, reunidos en el seno del Consejo, adoptaron una Resolución sobre un programa de acción de las Comunidades Europeas contra el cáncer (86/C184/05)¹ en el que se fijaban los objetivos de este programa y se enumeraban las acciones prioritarias que debían considerarse. También se acordó declarar 1989 como año de información sobre el cáncer. Además, también se exhortaba a los Estados miembros a poner a disposición su experiencia en el tratamiento y la rehabilitación de toxicómanos para colaborar en la información de profesores, padres y jóvenes sobre los riesgos relacionados con la drogodependencia y en la preparación de un informe y de recomendaciones sobre medidas que pueden tomarse a nivel comunitario. Esta sería preocupación por las drogas quedó reflejada en las declaraciones de las reuniones siguientes del Consejo Europeo, especialmente en Londres en 1986, en Dublín y Roma en 1990, en Luxemburgo y Maastricht en 1991, y en Lisboa en 1992. En la reunión de Londres celebrada en 1986 también se subrayó la importancia de coordinar las campañas nacionales contra el SIDA con el fin de despertar la conciencia e informar mejor a la población sobre esta enfermedad. Estas resoluciones y declaraciones del Consejo Europeo abrieron la vía de la acción comunitaria contra las plagas que representan el cáncer, las drogas y el SIDA.

ii) Consejo

38. El interés y los debates del Consejo y de los Ministros de Sanidad sobre los problemas de salud pública despertaron en 1977 y empezaron a aumentar a principios de los años 80. Los esfuerzos por establecer un programa en este ámbito a nivel comunitario cobraron mayor intensidad en 1982, cuando el Parlamento Europeo pidió que se explicara lo que se había hecho exactamente en el ámbito de la salud pública desde 1978, año en que el Consejo había adoptado el segundo programa de investigación y desarrollo en el sector médico y de investigación sanitaria. La Comunicación de la Comisión sobre la cooperación a nivel comunitario en el ámbito de los problemas relacionados con la salud dio comienzo en 1984 a las actividades en este campo.

¹ DO C 184 de 23.7.1986

39. En la reunión informal de los Ministros de Sanidad celebrada en noviembre de 1984 se debatió el aumento de los gastos sanitarios, la lucha contra la drogadicción y el tabaquismo y la educación sanitaria para los jóvenes. La siguiente reunión (formal) del consejo de sanidad se celebró en mayo de 1986. En ella se adoptaron resoluciones y decisiones sobre el programa de acción de lucha contra el cáncer, la creación de la tarjeta sanitaria europea de urgencia, las medidas para combatir el SIDA y el modo de reducir el consumo de tabaco y alcohol. Esta reunión y las siguientes que celebraron los Ministros de sanidad, en las que se debatieron diversos temas relacionados con la salud y se lanzaron una serie de iniciativas importantes, hicieron albergar la esperanza de poder establecer una política sanitaria a nivel comunitario.

40. La firma del Tratado de la Unión Europea el 7 de febrero de 1992 aumentó las expectativas sobre la posibilidad de mejorar la protección de la salud en una Comunidad en la que la cooperación y la coordinación de las políticas y los programas, que durante mucho tiempo había sido el sueño de unos pocos, podía convertirse en una realidad. Esto culminó en la segunda mitad de 1992 con el análisis en el Consejo de los Ministros de Sanidad de las cuestiones fundamentales sobre el desarrollo futuro de la acción comunitaria en el ámbito de la salud pública. Se debatió la necesidad de romper con el pasado y de buscar en el futuro una mayor continuidad, coherencia y mejor fijación de prioridades en la salud pública, así como establecer un marco apropiado integrado por los importantes programas comunitarios sobre el cáncer y el SIDA y por acciones en áreas específicas como las drogas y la educación sanitaria en las escuelas. En este tema, el Consejo contó con el apoyo de un documento de trabajo de la Comisión titulado "Salud Pública" en el que se analizaban y relacionaban los logros de los esfuerzos comunitarios hasta entonces y se reconocía la necesidad de un planteamiento coherente basado en la prevención, la promoción de la salud, su protección a través de otras políticas comunitarias, la coordinación entre los Estados miembros y la cooperación con terceros países y organizaciones internacionales.

41. El 27 de mayo de 1993 el Consejo y los Ministros de Sanidad, reunidos en el seno del Consejo, adoptaron una importante Resolución sobre la acción futura en el ámbito de la salud pública, que trata los principales aspectos del marco de la salud pública sobre los que la Comunidad trabajará en el futuro. En la Resolución se reafirmaba la necesidad de una cooperación estrecha y de considerar la importancia de las exigencias de la salud en otras políticas. También se establecían algunas orientaciones sobre los objetivos fundamentales de la acción, a saber, el aumento de la esperanza y calidad de vida, la necesidad de una planificación plurianual para garantizar la coherencia y la continuidad, los criterios de selección de las áreas de actividad con referencia a la viabilidad de la acción preventiva, la complementariedad con otras políticas que afectan a la salud, los métodos de cooperación y de consulta y, por último, las relaciones con terceros países y organizaciones internacionales. La Comisión ha estudiado detenidamente estas orientaciones y las ha tenido en cuenta en esta Comunicación.

iii) Parlamento Europeo

42. El Parlamento Europeo ha sido favorable a la política sanitaria de la comunidad desde principios de los años 80 y ha presentado varias Resoluciones en el ámbito de la salud, concretamente:

- la política sanitaria en la Comunidad Europea (DO C 128, 16.5.1983, p. 86)
- la Carta europea de los derechos de los pacientes de hospitales (DO C 46, 20.02.1984)
- el programa comunitario de investigación sobre el SIDA (DO C 46, 20.02.1984)
- los niños hospitalizados (DO C 148, 16.06.1986, p. 37)
- las parturientas (DO C 235, 12.09.1988, p. 183)

~~_____~~

43. Los miembros del Parlamento Europeo han mostrado siempre gran interés por las cuestiones de salud, como puede deducirse del gran número de preguntas parlamentarias planteadas sobre el tema. Algunas de sus comisiones, en particular la Comisión de Medio Ambiente, Salud Pública y Protección del Consumidor, la Comisión Especial sobre la Droga, así como la Comisión de Juventud, Cultura, Educación, Información y Deporte, han preparado varios informes sobre temas relacionados con la salud, entre ellos informes sobre el SIDA, la educación para la salud y el consumo de drogas, la bioética, el transplante de órganos, y la autosuficiencia de reservas de sangre.

44. A raíz del debate público de la Comisión de Medio Ambiente, Salud Pública y Protección del Consumidor celebrado el 3 de junio de 1993, se elaboró un informe sobre la política de salud pública después de Maastricht (1993 - PE205.804). El informe hace particular hincapié en el artículo 129, en el cual se hace referencia a la necesidad de coordinar las políticas y los programas de los Estados miembros y de integrar las exigencias en materia de salud en otras políticas, y proporciona una visión general completa de las problemáticas actuales en materia de salud, con inclusión de las necesidades demográficas y sanitarias, datos e indicadores sanitarios comparables/compatibles, costes de la asistencia sanitaria, así como política de investigación y salud. La comisión parlamentaria presentaba varias propuestas de acción comunitaria, exhortando a la Comisión a crear procedimientos de consulta a gran escala; establecer un servicio de investigación epidemiológica; recopilar, analizar y difundir datos sobre enfermedades de declaración obligatoria; fomentar sistemas de intercambio de profesionales de la salud; desarrollar el intercambio de información entre los sistemas nacionales de salud; informar sobre el estado sanitario de la Comunidad; investigar la viabilidad del fomento de un mayor uso de los productos farmacéuticos genéricos y coordinar el uso de todos los productos farmacéuticos; indicar los niveles mínimos de atención sanitaria; poner a punto y realizar actividades de promoción y educación para la salud, incluidas la vacunación y la detección precoz e intensificar sus actividades contra el cáncer y el SIDA, así como con respecto a los problemas de la tercera edad. El informe y una resolución pertinente darán un nuevo impulso a los esfuerzos en curso para dotar a la Comunidad de una dimensión de salud pública muy necesaria.

45. Hay que aludir también al importante trabajo realizado por el "Intergrupo sobre la salud" del Parlamento Europeo y al grupo STOA (evaluación de las opciones científicas y tecnológicas).

iv) Comité Económico y Social

46. Durante los últimos diez años, el Comité Económico y Social ha emitido periódicamente su dictamen sobre temas de salud como la medicina laboral, las sustancias y preparados peligrosos, el sistema comunitario de intercambio rápido de información sobre los riesgos derivados de la utilización de productos de consumo, los cánceres profesionales, el programa de acción en el sector de la toxicología a efectos de protección sanitaria, la prevención de la contaminación por amianto, el programa de acción para la prevención del cáncer y la transparencia de los precios de los productos médicos. Más recientemente, el Comité aprobó algunas iniciativas de la Comunidad como el Año Europeo de las personas de Edad Avanzada, el programa "Europa contra el cáncer" y el programa "Europa contra el SIDA", así como la creación del OEDT.

* * * * *

47. Con el trasfondo del deseo expresado por las instituciones comunitarias y por numerosos profesionales de la sanidad, asociaciones de médicos y de enfermos, grupos de interés y la población de la Comunidad en general, la Comisión, considerando cuidadosamente la oportunidad y la viabilidad de la acción, por una parte, y los medios disponibles, por otra, pretende establecer con la presente Comunicación un marco coherente y global para la acción comunitaria en el ámbito de la salud pública que dé expresión a las nuevas disposiciones de los Tratados.



PARTE B

EL PLANTEAMIENTO COMUNITARIO

IV. SELECCIÓN DE ACTIVIDADES

a) Posible ámbito de acción

48. El Consejo y los Estados miembros han establecido también una larga lista de ámbitos de la acción futura a nivel comunitario, que muestra el alcance y la diversidad de las expectativas y subraya la necesidad de establecer prioridades para adecuar los recursos a la demanda:

- la continuación de los programas comunitarios existentes sobre el cáncer y el SIDA
- enfermedades cardiovasculares
- enfermedades contagiosas
- enfermedades mentales
- enfermedades hereditarias
- asma y alergias
- migración y salud
- salud y medio ambiente
- prevención de los accidentes y DE la violencia
- prevención del consumo de drogas
- mejora de los datos y DE su comparabilidad
- alimentación
- tabaco
- alcohol
- intercambios de información sobre las políticas de los Estados miembros
- proyectos piloto de prevención y diagnóstico precoz
- establecimiento de centros de excelencia
- visitas de intercambio para el personal sanitario
- investigación sobre salud pública
- contención de los gastos
- opciones fundamentales de salud
- autosuficiencia de reservas de sangre
- toxicología
- salud y juventud
- utilización de productos farmacéuticos
- diálisis renal
- tarjeta sanitaria de urgencia

49. En el Capítulo II se citaban, tomando como base la información sobre las tasas de mortalidad y morbilidad, los grupos de enfermedades y afecciones que plantean o pueden plantear las amenazas más graves en la Comunidad. En el presente capítulo se abordan estas enfermedades por separado para determinar si se prestan para la acción comunitaria. Para seleccionar las enfermedades con este fin, hay que fijar unos objetivos amplios de acción comunitaria y unos criterios operativos basados en estos objetivos.

50. Los objetivos de la acción comunitaria son básicamente cuatro y están estrechamente relacionados entre sí:

- i) prevenir las muertes prematuras que afectan sobre todo a la población joven y trabajadora;
- ii) aumentar la esperanza de vida sin discapacidad ni enfermedad;
- iii) fomentar la calidad de vida mejorando el estado de salud en general y evitando las enfermedades crónicas y causantes de discapacidad;
- iv) fomentar el bienestar general de la población sobre todo reduciendo al máximo posible las consecuencias económicas y sociales de la mala salud.

51. Para alcanzar estos objetivos y conseguir que su acción tenga el máximo impacto posible, la Comunidad necesita identificar las enfermedades a las que ha de atenderse de manera prioritaria. Esta identificación parte del análisis de los datos que ayudan a establecer cuáles son los peligros más importantes para la salud, incluidos los datos sobre mortalidad, morbilidad, nocividad a falta de intervención, posibilidades de prevención, percepción por parte del público y costes sociales y económicos. Con arreglo a los criterios comunitarios de subsidiariedad y de aportación de valor añadido, pueden ser objeto de la acción comunitaria aquellas plagas para las que pueda demostrarse que la acción comunitaria es el modo más rentable, si no el único disponible o el más apropiado, de hacerles frente. Además, también pueden seleccionarse para la acción comunitaria otras enfermedades no consideradas como graves siempre que puedan demostrarse la ventaja de la participación comunitaria para luchar contra ellas.

52. La acción y las medidas de la Comunidad deben ser pertinentes, transparentes y explicadas de modo que puedan comprenderlas los ciudadanos de la Comunidad; no obstante, deberían dirigirse solamente a las instancias decisoras y a los profesionales que trabajan a una escala lo suficientemente amplia en varios Estados miembros. De otro modo, cuanto más visible sea la acción de la Comunidad, mayor será el riesgo de fragmentación del esfuerzo y de los recursos y menores las repercusiones asociadas con ella y el grado de satisfacción.

b) Los medios de la acción comunitaria

53. La acción comunitaria de lucha contra las enfermedades se centrará en particular en el fomento de la coordinación entre los Estados miembros, en el apoyo a sus acciones, favoreciendo en estrecho contacto con los Estados miembros la coordinación de sus políticas y programas, y en la mejor utilización de las políticas comunitarias cuando éstas estén relacionadas con la salud pública. Debería dedicarse una especial atención a las actividades siguientes: información sanitaria, promoción de la salud, educación para la salud, formación en materia de salud, cooperación con organismos internacionales y con terceros países, así como la investigación. La acción comunitaria puede adoptar, en particular, las formas siguientes:

1) Establecimiento de un marco general para las políticas y los programas de los Estados miembros (redes, acciones conjuntas, sistemas de intercambio de información). Es cierto que los Estados miembros cooperan ya en algunos ámbitos, pero ahora es posible reforzar esta cooperación. Para aumentar dicha cooperación sería posible, por ejemplo:

- * establecer objetivos comunes en ámbitos específicos o para nuevos riesgos o problemas de salud;
- * realizar programas de intercambio de experiencias y de profesionales de la sanidad y difundir las prácticas más eficaces;
- * normalizar y recopilar datos sanitarios comparables y compatibles y fomentar sistemas de seguimiento y vigilancia de la salud;
- * crear redes de información para evaluar los diversos tratamientos y las nuevas tecnologías en el ámbito de la salud, entre otras cosas mediante la difusión de los resultados de la investigación llevada a cabo en el contexto de programas marco comunitarios;
- * elaborar anualmente un informe sobre el desarrollo de la situación de la salud en la Comunidad basado en los informes de cada Estado miembro a fin de evaluar las actividades realizadas y adoptar decisiones para el futuro;

- * prestar ayuda financiera para programas y proyectos piloto.
- * apoyar los esfuerzos de los Estados miembros por reducir los costes sanitarios mediante la reducción de los obstáculos a la libre circulación de pacientes entre Estados miembros y mediante el desarrollo de los aspectos sanitarios del uso de productos médicos, respetando al mismo tiempo las competencias de los Estados miembros en este terreno.

2) Una mejor utilización de las políticas e instrumentos comunitarios relacionados con la salud pública. Para ello se prestará mayor atención a las repercusiones que para la protección de la salud y la prevención de enfermedades pueden tener las iniciativas comunitarias de ámbitos diferentes del sanitario.

c) Selección de áreas de actividad

(i) Criterios de selección

54. En función de esto, pueden aplicarse los siguientes criterios para identificar las enfermedades (o amenazas para la salud) objeto de una acción comunitaria:

1. Enfermedades que, de no intervenirse, causan o pueden causar un grado significativo de muerte prematura (años de vida perdidos) y/o arrojan índices de mortalidad general elevados;
2. Enfermedades que, de no intervenirse, causan o pueden causar un grado significativo de mala salud al conllevar un elevado índice de morbilidad, o que poseen un potencial para causar una morbilidad elevada y/o discapacidad graves (años perdidos de vida libre de discapacidad);
3. Enfermedades con consecuencias importantes para la calidad de vida e importantes repercusiones socioeconómicas como elevados costes de atención sanitaria y tratamiento o absentismo e incapacidad laboral considerables;
4. Enfermedades para las cuales existen medidas viables de prevención;
5. Enfermedades para las cuales la acción comunitaria puede producir un valor añadido, sobre todo mediante economías de escala.

55. Si bien la aplicación de los criterios 1 y 2 puede ser relativamente fácil, hay que señalar la importancia y las dificultades que entraña la aplicación del tercer criterio. Efectivamente, "calidad de vida" es un criterio muy subjetivo que se utiliza para describir grados de discapacidad, aflicción y dolor, o la capacidad para realizar actividades normales. Algunos estudios muestran que la gente considera algunos estados de salud como "destino peor que la muerte" y se ha tenido en cuenta este tipo de preocupaciones al evaluar la carga global de las enfermedades mediante la utilización de conceptos como el año de vida en términos cualitativos.

56. El procedimiento de selección consta de dos etapas diferentes. En primer lugar, mediante los cuatro primeros criterios, se identifican las enfermedades más importantes en la Comunidad; ésta no deberá ocuparse necesariamente de estas enfermedades. Sólo pueden establecerse en la segunda etapa de selección, donde se considera la importancia del valor añadido comunitario. Por último, se determina cuáles de las enfermedades seleccionadas en las dos etapas anteriores deben tener prioridad, intentando maximizar el valor añadido comunitario en términos de beneficio para la salud, ofreciendo la necesaria coherencia y continuación con otras actividades comunitarias emprendidas para combatir algunas enfermedades e intentando abarcar con una determinada acción el máximo número de enfermedades posible.

[REDACTED]

57. En la primera etapa del procedimiento se examinan y analizan los datos disponibles sobre una serie de enfermedades disponibles recogidas en la Clasificación Internacional de Enfermedades. El cuadro del Anexo IV contiene una relación de las enfermedades evaluadas con arreglo a estos criterios. El Anexo V contiene datos estadísticos utilizados para el análisis y el debate sobre las tendencias subsiguientes. Los apartados siguientes indican las enfermedades que, con arreglo a estos criterios, deberían merecer una acción comunitaria, y comentan las tendencias actuales. Se describen asimismo las acciones comunitarias en relación con la drogodependencia, que ya se declaran prioritarias en el artículo 129.

ii) Amenazas más importantes para la salud, con excepción de las drogas

Cáncer

58. El tipo de cáncer más importante relacionado con el modo de vida es el cáncer de las vías respiratorias y de pulmón. Los datos epidemiológicos muestran que este tipo de cáncer está relacionado sobre todo con el tabaquismo. En los últimos años se ha registrado un aumento de los cánceres relacionados con el tabaco y el alcohol (sobre todo de las vías respiratorias superiores, del tracto digestivo y de pulmón).

59. En la figura 2 del Anexo V se aprecia claramente la tendencia hacia una mayor frecuencia media comunitaria de los riesgos para la salud relacionados con el modo de vida y una igualación de la frecuencia entre hombres y mujeres (debido al aumento del tabaquismo femenino). Los avances más rápidos corresponden a Dinamarca y Países Bajos, pero la tendencia puede apreciarse en todos los países con excepción de España, donde se asiste, por el contrario, a un descenso de la frecuencia entre las mujeres. Por lo que respecta a otros tipos de cáncer, las tendencias no son tan claras y, en algunos casos, no siguen el mismo esquema. Esto es debido a dos factores: en primer lugar, los cambios de modo de vida y, en segundo lugar, la mejora de la capacidad de realizar diagnósticos precoces y, por consiguiente, de intervenir en el estadio inicial de la enfermedad. La mejora de la capacidad para realizar diagnósticos precoces (combinada con una mayor higiene sexual) explica en el caso de cáncer de útero la tendencia descendente. Sin embargo, en el caso de cáncer de mama, se observa la tendencia contraria, ya que su número está aumentando en casi todos los Estados miembros. Esta tendencia es difícil de explicar desde el momento en que el cáncer de mama no puede vincularse fácilmente a factores de riesgo relacionados con el modo de vida, aunque se sospecha que en él puede influir la alimentación. El aumento del número global de cánceres del aparato digestivo presenta características similares, aunque suele considerarse que existe una relación con la alimentación y el cambio de hábitos alimenticios. Este hecho y la relación entre el cáncer de mama y la alimentación están siendo investigados en un importante estudio sobre los hábitos alimenticios de siete Estados miembros realizado en el marco del programa "Europa contra el Cáncer".

Enfermedades cardiovasculares

60. La tasa de mortalidad por enfermedades cardiovasculares muestra en general una tendencia descendente, si bien en Grecia en España las cifras no son tan claras, debido quizás a causas relacionadas con cambios en la alimentación. Hasta ahora no se ha dado una explicación inequívoca a este desarrollo, pero parece existir cierta correlación entre la disminución de la frecuencia y el cambio de estilo de vida. En términos generales, la tasa de mortalidad ha descendido más en los países con una mayor reducción del número de fumadores, los mejores controles de la presión sanguínea, una disminución de los niveles de colesterol y el mayor aumento de la actividad física. Además, también ha influido en la reducción de la mortalidad la introducción de métodos más eficaces de tratamiento.

~~REPRODUCIR ESTE DOCUMENTO EN SU TOTALIDAD~~

Accidentes

61. Desde 1970 ha disminuido en la Comunidad la tasa global de mortalidad por accidentes de todo tipo (incluida la intoxicación). Por lo que respecta a los accidentes de tráfico, se ha registrado un descenso significativo de los índices de mortalidad y heridos en la mayoría de los Estados miembros. Así, por ejemplo, en Francia la tasa de mortalidad disminuyó en un tercio entre 1970 y 1990, en Italia en la mitad y en los Países Bajos en dos tercios. Por otro lado, en Portugal la cifra de heridos aumentó de forma notable después de 1985, y en España aumentaron durante este periodo tanto las cifras de fallecimientos como las de heridos, si bien todavía se mantienen en un nivel relativamente bajo. Hay que señalar que los accidentes de tráfico siguen siendo la causa principal de fallecimiento de jóvenes en la Comunidad, tal como se aprecia en el Cuadro 5 (Anexo V).

Suicidios

62. El número total de suicidios en la Comunidad muestra una tendencia ascendente en los últimos 20 años. Si se compara el primero y el último año de los que existen datos disponibles (1970 y 1989), se observa que Alemania es el único país con una disminución importante del número de suicidios. Los demás Estados miembros muestran una estabilización o un aumento. No existe una explicación clara para este avance, aunque es evidente que influyen los cambios sociales. Sin embargo, las diferencias de tradición política, cultural e histórica tienden a ser importantes, como demuestra el hecho de que el suicidio haya sido normalmente menos común en el sur de Europa que en algunos países del norte de Europa.

El SIDA y otras enfermedades contagiosas

63. Las enfermedades contagiosas han dejado de ser en gran medida una causa predominante de mortandad, aunque siguen provocando una morbilidad importante. Sin embargo, con la aparición del SIDA a principios de los años 80 este panorama ha cambiado en cierta medida. En la última década ha aumentado rápidamente el número de personas que padecen esta enfermedad en la Comunidad. En 1982 solamente se había diagnosticado la enfermedad a 86 personas, mientras que en 1990 este número había ascendido a poco menos de 14 000. Las cifras siguen aumentando, aunque se ha reducido la tasa de crecimiento. A el 30 de junio de 1992 existían más de 69 000 casos declarados y a 30 de junio de 1993 este número había aumentado hasta casi 89 000. Teniendo en cuenta los retrasos en la comunicación de casos, se considera que a finales de junio de 1993 el total acumulado superaba los 95 000. Aunque todos los Estados miembros se encuentran afectados, tres de ellos, Francia, España e Italia, registran el 71% de todos los casos de la Comunidad. En los Estados miembros del norte la mayoría de los casos de SIDA se dan entre hombres homosexuales y en los Estados del sur entre consumidores de droga por vía intravenosa. No obstante, la proporción de casos de SIDA entre heterosexuales está aumentando en toda la Comunidad. No existen cifras precisas sobre el número de personas de la Comunidad infectadas por el VIH, pero la OMS estima que rondan las 500 000.

64. El resurgimiento reciente de la tuberculosis, asociada a menudo con el SIDA, indica también que es necesario continuar la acción contra las enfermedades contagiosas.

Otras enfermedades importantes

65. Como se señala en el cuadro 1 antes mencionado, varias otras enfermedades, en especial las enfermedades mentales, los trastornos osteomusculares y las afecciones respiratorias producen una morbilidad substancial en la Comunidad. Es probable que el envejecimiento de la población haga aumentar la frecuencia de estos trastornos. Aunque no constituya una prioridad máxima, en el futuro la Comunidad deberá considerar la realización de acciones contra estas enfermedades.

(iii) Toxicomanía

66. La toxicomanía es la única enfermedad mencionada explícitamente en el artículo 129, lo que la convierte automáticamente en una prioridad de la acción comunitaria en el ámbito de la salud pública. La acción en materia de droga es ya objeto de coordinación a nivel comunitario; la extensión de esta compleja problemática, que entraña implicaciones graves como la exclusión social y el desempleo, unida a las dificultades encontradas por los Estados miembros para combatir sus importantes repercusiones para la sociedad, han dado lugar a una serie de iniciativas emprendidas a nivel comunitario en los últimos años. La amplia variedad de iniciativas adoptadas por el Consejo y el Parlamento Europeo pone de manifiesto la gran importancia que éstos conceden al problema y su convicción de que las acciones para abordarlo deben producirse a nivel comunitario, extremo que se ha visto reforzado por la mención explícita de las drogas en el artículo 129 como problema grave merecedor de prioridad en la acción comunitaria en materia de salud pública.

67. Entre las iniciativas importantes en materia de drogas figuran la Resolución del Consejo de octubre de 1986 y el plan europeo contra la droga elaborado por el Comité Europeo de Lucha contra las Drogas (CELAD) adoptado por el Consejo Europeo en diciembre de 1990 y prorrogado en el Consejo Europeo de diciembre de 1992. En estos documentos se propone la realización de una amplia gama de actividades. Además, en febrero de 1993 el Consejo adoptó un reglamento por el que se creaba el OEDT, encargado de la recopilación, el análisis, la comparación y evaluación de datos en el ámbito de las drogas, con especial hincapié en su programa de trabajo trienal sobre la demanda y la reducción de la demanda de drogas. La Comunidad podrá consolidar en el futuro sus logros en el ámbito de la prevención del consumo de drogas, continuar el trabajo ya iniciado y proponer un programa de acción prospectivo en el ámbito de la salud pública sobre las drogas y la drogodependencia.

(iv) Enfermedades poco comunes

68. Las enfermedades poco comunes tienen, por definición, un impacto menor sobre la sociedad y son causa de mortalidad y morbilidad relativamente pequeñas. No obstante, la experiencia enseña que, debido precisamente a su infrecuencia y la consiguiente falta de información disponible sobre el tema, pueden plantear problemas significativos en los diferentes países. La enfermedad del legionario, la enfermedad de Creutzfeldt-Jacob y los trastornos genéticos como la hemofilia, son ejemplos claros de ello. Así pues, las iniciativas comunitarias destinadas a estas enfermedades podrían resultar beneficiosas para complementar los esfuerzos de los Estados miembros y maximizar el intercambio de información y experiencia, de modo que todos los Estados miembros se encuentren asistidos para adoptar las medidas apropiadas cuando deban afrontar enfermedades con las que están poco familiarizados. Hay otras enfermedades que son poco frecuentes en algunos Estados miembros pero no en otros. Un ejemplo típico es la talasemia, que se encuentra muy extendida



en el sur de la Comunidad. Con respecto a estas enfermedades poco frecuentes, la Comunidad deberá cooperar, por lo tanto, de manera estrecha con los Estados miembros para preparar iniciativas que puedan dar lugar a economías de escala y fomentar la solidaridad entre los Estados miembros.

V. CAUSAS DE LAS ENFERMEDADES

69. Las medidas de la Comunidad deberían tener por objeto, por lo tanto, los grupos de enfermedades mencionados en el capítulo anterior. No obstante, para que la acción preventiva sea lo más eficaz posible no basta con dirigirla a enfermedades o grupos de enfermedades particulares; más importante todavía es apuntar a los factores causales que subyacen a estas enfermedades. Así pues, al estudiar los tipos de medidas más apropiadas y las prioridades que les corresponden, es preciso considerar los factores clave asociados a la etiología de dichas afecciones.

70. Claro está que, como indicarían las considerables variaciones en las tasas de morbilidad y mortalidad entre diferentes grupos socioeconómicos dentro de los Estados miembros, las condiciones socioeconómicas adversas (p.ej. alojamiento deficiente, escaso acceso a la atención sanitaria, desempleo de larga duración) constituyen una amenaza para la salud pública. Se ha señalado este vínculo en el programa sobre exclusión social lanzado recientemente (COM (93) 435), en el cual se intenta determinar, a través de proyectos seleccionados, el impacto que una serie de condiciones socioeconómicas tiene sobre la exclusión social, y fomentar la solidaridad. Combatir estas condiciones adversas, tema central de otras políticas comunitarias, constituye una de las mayores preocupaciones de la Comunidad en sus esfuerzos por prevenir los riesgos para determinados grupos y por elaborar una estrategia eficaz para la protección de la salud.

71. En el cuadro 3 se ofrecen, sin ánimo de exhaustividad, los factores principales asociados con las amenazas más importantes para la salud identificadas anteriormente.

Cuadro 3

FACTORES IMPLICADOS EN LA APARICIÓN DE LA ENFERMEDAD

ENFERMEDAD	FACTORES
Accidentes	Conducir en estado de embriaguez, comportamiento arriesgado, productos y servicios defectuosos o mal diseñados, problemas medioambientales
Cáncer	Tabaquismo, consumo abusivo de alcohol, alimentación, factores genéticos, exposición a radiaciones y a sustancias carcinógenas
Enfermedades cardiovasculares	Tabaquismo, consumo abusivo de alcohol, alimentación, factores genéticos, estrés, falta de ejercicio
Enfermedades contagiosas, incluido el SIDA	Mala higiene, agua insalubre, conducta sexual arriesgada, consumo de drogas, alimentación, sangre contaminada
Consumo de drogas	Problemas socioeconómicos, trastornos psicológicos, estrés
Enfermedades mentales, incluido el suicidio	Problemas socioeconómicos, factores genéticos, estrés
Afecciones osteomusculares	Entorno de trabajo inadecuado, estrés físico, alimentación, falta de ejercicio
Enfermedades respiratorias, incluido el asma	Problemas medioambientales, incluidos los agentes contaminantes, tabaquismo, factores genéticos

72. De este cuadro se deduce que, con excepción de la herencia genética, hay otros factores comunes específicos y más generales asociados con estas enfermedades. Entre los factores específicos, el tabaquismo y el alcohol están implicados directamente y la alimentación también influyen. De manera más general, los problemas medioambientales están implicados directamente o asociados en cierta medida con todos ellos. Algunos factores están asociados también con otras afecciones importantes; así, por ejemplo, los problemas alimenticios son un factor primordial en el caso de la diabetes, el raquitismo y la osteoporosis; el alcohol produce cirrosis y el tabaco aumenta en las mujeres embarazadas el riesgo de mortalidad infantil perinatal.

73. Con vistas a establecer una estrategia efectiva de prevención de enfermedades y protección de la salud, el hecho de que varios factores clave sean comunes a varias afecciones tiene repercusiones importantes. Esto significa, por ejemplo, que las medidas dirigidas a prevenir el tabaquismo tienen una incidencia importante en la tasa de morbilidad y mortalidad de una serie de afecciones diferentes, aumentando de este modo en gran medida su impacto.

74. Las medidas emprendidas para eliminar o reducir el impacto de factores causales particulares relacionados con varias enfermedades, por ejemplo mediante el recurso a acciones de información, educación y promoción sanitarias, abordando temas como la alimentación, el tabaco y el alcohol y destinados al público en general o a colectivos particulares como los niños o los ancianos, pueden desempeñar un papel fundamental en la estrategia global y contribuir a dirigir los recursos limitados de modo que rindan una eficacia máxima. Estas medidas "horizontales" forman parte integrante de la estrategia que se expone en el capítulo VII. Sin embargo, la atención a estos factores que intervienen en varias afecciones no debe hacer olvidar los rasgos específicos de cada enfermedad. Hablando en general, son muchas las enfermedades cuyas causas resulta difíciles de determinar con certeza absoluta. Los avances de la microbiología han ido permitiendo la identificación de los microorganismos causantes de la mayoría de las enfermedades infecciosas, pero es necesario esperar a poseer un mayor conocimiento del genoma humano para conocer los genes responsables de algunos trastornos clínicos. Por otro lado, en el futuro seguramente se irán adaptando los medios para luchar contra estas enfermedades a medida que se conozcan sus causas precisas.

75. Tal como sucede con la información sobre la frecuencia y los efectos de las enfermedades mismas en la Comunidad, es también desigual la información sobre los factores más importantes que las provocan. Sin embargo, en tres de los casos más importantes: la alimentación y el consumo de tabaco y alcohol, las cifras de la OMS ofrecen cierta información que permite dibujar un panorama de las tendencias existentes en la Comunidad.

76. En el caso de la alimentación, se conoce la proporción de grasas y proteínas de la dieta individual. En 1989 la cantidad de grasas como porcentaje del aporte energético total se situó entre el 34% de Portugal y el 47% de Bélgica, y el de proteínas, entre el 10% de Grecia y el 14% de Francia. Más significativa es, sin embargo, la tendencia que muestra que el porcentaje de proteínas en la alimentación no ha variado mucho desde 1970, mientras que el consumo de grasas ha aumentado considerablemente en varios países, especialmente en Francia, Italia, Portugal y España.

77. En el caso del tabaco, los datos reflejan el consumo total anual de cigarrillos per cápita en los Estados miembros. Existen divergencias importantes entre las tendencias observadas entre los países del norte y del sur. Entre 1976 y 1990 el consumo total disminuyó en 6 países del norte, entre el 13,4% en Dinamarca (de 1801 a 1560 unidades por año) y el 25,5% en los Países Bajos (de 2086 a 1555 unidades por año); por otra parte, ha habido un aumento importante en los países del sur, por ejemplo en España fue del 87,8% (de 1122 a 2109 unidades por año). Los datos de Eurostat sobre los gastos de tabaco en relación con los gastos domésticos totales confirman esta división entre el norte y el sur.

78. La tendencia en el consumo de alcohol es prácticamente idéntica a la del consumo de cigarrillos. Durante el periodo comprendido entre 1970 y 1988 el consumo de alcohol per cápita aumentó considerablemente en los países del norte; así, por ejemplo, en Dinamarca el aumento fue del 45,6% (de 6,8 a 9,9 litros per cápita de alcohol puro al año), en los Países Bajos fue del 46,4% (de 5,6 a 8,2) y en el Reino Unido del 43,4% (de 5,3 a 7,6). Al mismo tiempo, el consumo descendió en los países meridionales: un 36,5% en Italia (de 13,7 a 8,7) y un 21,6 en Francia (de 16,2 a 12,7).

~~CONFIDENTIAL~~

79. Hay que subrayar que estos datos han de interpretarse con mucha precaución, ya que las bases de referencia de los Estados miembros presentan variaciones importantes. Así por ejemplo, los datos de la OMS sobre el consumo de alcohol en relación con el aporte energético total energía muestran que en 1989 existían variaciones importantes entre los Estados miembros que iban desde el 3% de Grecia al 8% de Alemania. El principal valor de esta cifras es indicar las tendencias que, a su vez, pueden revelar problemas actuales y potenciales y poner de relieve las áreas de intervención.

VI. CARÁCTER Y EXTENSIÓN DE LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

a) Planteamiento general

80. El sector de la sanidad es un amplio ámbito de actividad organizada cuyo funcionamiento y efectos influyen directa y profundamente en uno de los bienes más estimados de la persona: su salud. Las tradiciones, las prácticas y la organización jurídica y administrativa de los servicios y sistemas de sanidad son tan variados que resulta absurdo pensar en la unificación o la armonización de las políticas y servicios de este ámbito.

81. El cometido de la Comunidad es apoyar los esfuerzos de los Estados miembros en el ámbito de la salud pública, asistirles en la formulación y aplicación de los objetivos y estrategias y contribuir a la continuidad de la prestación de protección sanitaria en la comunidad, fijándose como objetivo los mejores resultados alcanzados en un determinado ámbito en cualquier punto de la Comunidad.

82. Las necesidades de la Comunidad en materia de salud pública son amplias y ésta no puede aspirar a satisfacerlas todas. La Comunidad realizará más bien acciones que, con los recursos limitados disponibles, aporten el máximo valor añadido posible utilizando instrumentos y medidas consideradas como más eficaces. La Comisión velará por que se otorgue la máxima prioridad, suficientes medios y objetivos claros a las acciones de carácter político y estratégico, que tengan por objeto el mayor número posible de enfermedades seleccionadas. La Comisión concederá prioridad a los proyectos piloto de gran escala e incidencia en los que participe el mayor número posible de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales acreditadas en sus ámbitos respectivos. La Comisión velará también por que los instrumentos de otras políticas se utilicen o contribuyan a la protección de la salud y por que se supriman las repercusiones adversas de otras políticas manteniendo una "vigilancia sanitaria" en todas las etapas de elaboración de los instrumentos y programas pertinentes. Por último, la Comisión favorecerá la cooperación entre los Estados miembros cuando éstos así lo soliciten y recurrirá, en su caso, a la ayuda de organizaciones internacionales competentes en temas de salud.

83. En el cuadro 4 se ofrece una representación matricial de los tipos de acción que pueden emprenderse a nivel comunitario respecto a una serie de problemas sanitarios expresados como enfermedad, grupo de enfermedades relacionadas entre sí o como factor causal. Son de particular importancia las actividades destinadas a apoyar las acciones de los Estados miembros y el fomento de la coordinación de sus políticas y programas, la cooperación con los organismos internacionales y con terceros países, la información, educación y promoción de la salud, así como la formación y la investigación en este terreno, que más adelante se vuelven a tratar.

~~CONFIDENTIAL~~

CUADRO 4

POSIBILIDADES DE ACCIÓN COMUNITARIA

TIPO DE ACCIÓN	Datos e indicadores de salud	Vigilancia Control	Salud pública	Información grupos específicos	Educación y promoción de la salud	Formación de profesionales de la sanidad	Cooperación entre Estados miembros	Coordinación de políticas	Formulación y aplicación de estrategias	Uso de instrumentos de otras políticas	Apoyo financiero	Encuestas, estudios	Cooperación con organismos internacionales y terceros país	Otras acciones específicas de prevención
RIESGOS PARA LA SALUD Y ENFERMEDADES														
Consumo de tabaco	****	*	***	**	***	*	****	****	****	****	***	*	**	*
Consumo de drogas	****	***	**	***	****	****	****	****	****	****	****	***	****	***
Consumo de alcohol	****	*	***	**	***	**	***	**	**	****	***	***	**	*
Falta de ejercicio	**	*	**	**	**	*	*	*	*	*	**	**	**	*
Mala alimentación	****	*	***	***	***	**	***	**	**	****	***	****	**	*
Cáncer	****	**	***	****	****	***	***	***	****	****	****	****	****	****
Enfermedades del sist. circulatorio	****	**	***	****	****	***	***	**	***	***	**	***	***	***
Enfermedades del sis. respiratorio	***	***	**	***	**	***	****	****	****	****	***	***	***	**
Anomalías congénitas	***	**	**	***	**	**	***	*	*	*	**	**	**	**
Trastornos perinatales	***	**	**	***	**	**	**	**	*	*	**	**	***	*
Accidentes	****	***	****	***	****	***	***	***	***	****	**	****	**	*
Problemas osteomusculares	**	*	***	***	**	**	**	*	*	**	**	**	**	*
Problemas de la vista	**	*	**	**	**	**	**	*	*	**	**	**	**	*
Problemas de la audición	**	*	**	**	**	**	**	*	*	**	**	**	**	*

**** = ALTA *** = MEDIA ** = BAJA * = NINGUNA

CUADRO 4

POSIBILIDADES DE ACCIÓN COMUNITARIA

TIPO DE ACCIÓN	Datos e indicadores de salud	vigilancia control	Salud pública Publique	Información grupos específicos	Educación de profesionales de la sanidad	Formación de profesionales de la sanidad	Cooperación entre Estados miembros	Coordinación de políticas	Formulación y aplicación de estrategias	Uso de instrumentos de otras políticas	Apoyo financiero	Encuestas, estudios	Cooperación con organismos internacionales y terceros país	Otras acciones específicas de prevención
RIESGOS PARA LA SALUD Y ENFERMEDADES														
Trastornos mentales Suicidio	****	*	*	**	**	**	**	*	*	**	**	***	**	**
Trastornos nutricionales	**	*	*	**	**	**	**	*	*	**	**	***	**	*
SIDA	****	****	**	****	****	****	****	****	****	***	****	****	****	****
Otras enfermedades contagiosas	****	****	**	****	**	****	****	****	****	**	****	****	****	***
Enfermedades poco comunes	***	***	*	***	*	***	****	***	**	*	**	***	***	**
Enfermedades de origen alimenticio	***	***	**	**	**	***	***	***	**	***	**	***	**	**

**** = ALTA *** = MEDIA ** = BAJA * = NINGUNA

b) Mecanismos de consulta y participación

84. El artículo 129 del Tratado de la Unión Europea estipula la consulta del Comité Económico y Social y del Comité de las Regiones. Además, los instrumentos comunitarios de carácter vinculante prevén mecanismos de consulta y participación en relación con los programas y medidas adoptadas por la Comunidad en el ámbito de la salud pública. Aparte de estos mecanismos, la Comisión tiene intención de recurrir a un mayor número de expertos para garantizar que se disponga de la mejor maquinaria posible de consulta y participación en la orientación y retroalimentación sobre la actividad comunitaria en materia de protección de la salud, y de perfeccionar y consolidar la estructura existente de comités y grupos de trabajo.

85. La Comisión se encargará del establecimiento de los mecanismos apropiados de consulta y participación en el contexto de la configuración de este marco de actuación en materia de salud pública. Para ello se tendrán en cuenta los respectivos cometidos de los profesionales de la salud y de las organizaciones no gubernamentales.

c) Apoyo de las acciones de los Estados miembros y fomento de la coordinación

86. La Comisión quiere basar su coordinación con los Estados miembros en las acciones específicas que sólo ella puede poner en práctica, en particular haciendo que las autoridades nacionales competentes intercambien experiencias y puntos de vista y preparando acciones que puedan realizarse utilizando diversos instrumentos en sectores diferentes.

87. Con respecto a los ámbitos de actividad en los que la Comisión cree que vale la pena poner en marcha acciones de coordinación nuevas e innovadoras, hay que tener en cuenta las siguientes consideraciones:

(i) Aunque la comparación y evaluación de las políticas de prevención de enfermedades resultan difíciles, son esenciales para evitar un planteamiento descoordinado que puede tener un efecto negativo en las opciones y decisiones de las autoridades sanitarias. A tal efecto, la Comisión puede desempeñar un papel decisivo realizando análisis de coste-eficacia a gran escala basados sobre todo en modelos e instrumentos puestos a su disposición por la ciencia epidemiológica y formulando propuestas de medidas y programas dirigidos a intensificar la lucha contra las enfermedades.

(ii) La Comisión se esforzará por ayudar a los Estados miembros a mejorar sus niveles de promoción de la salud y de prevención de enfermedades. Algunos Estados miembros han alcanzado sin duda un nivel elevado de protección en algunos ámbitos y, dado que el objetivo es alcanzar niveles de protección equivalentes al nivel más elevado de la Comunidad, la Comisión debe facilitar la información necesaria para corregir las deficiencias, tomando como punto de referencia las políticas y programas de los Estados miembros más avanzados en este aspecto. Uno de los principales objetivos en este ámbito será la creación de redes interconectadas de centros competentes en el ámbito de la vigilancia y el control de las enfermedades mediante el uso apropiado de datos, criterios y métodos. Ya se están realizando esfuerzos para conseguir este objetivo en el caso de las enfermedades contagiosas y van a ponerse en marcha iniciativas apropiadas para otras enfermedades a partir de sistemas y acuerdos ya existentes, por ejemplo, para el cáncer.

(iii) La actitud con respecto a los requisitos y a la prestación de protección sanitaria a personas de terceros países varía mucho de un Estado miembro a otro. Es preciso coordinar las políticas en este ámbito y la Comisión tiene intención de poner en marcha las iniciativas apropiadas para ello. Para

conseguir estos objetivos es preciso el mayor grado posible de transparencia entre los Estados miembros, y la Comisión necesitará recibir asesoramiento apropiado y consultar ampliamente a fin de planificar eficazmente, comunicar sus mensajes y fomentar el diálogo sobre problemas relacionados con los migrantes y la salud.

d) Información, educación y promoción de la salud

88. Las actividades dirigidas al público en general y a subgrupos específicos pueden clasificarse como información sanitaria, educación para la salud y fomento de la salud. En los últimos años se ha visto que el significado concreto de cada uno de estos términos varía en función del contexto cultural y lingüístico de cada caso.

89. La información sanitaria incluye la comunicación, a menudo al público en general, pero también a grupos específicos, de información sobre temas relacionados con la salud. El contenido suele ser más general que personal, puesto que es poco probable que los destinatarios puedan determinarse de manera precisa. El medio de transmisión puede ser papel (folletos, etc.), medios impresos (anuncios y artículos), audiovisual (televisión y radio) o, con menor frecuencia, personal (por ejemplo, charlas y conferencias dadas por expertos en salud).

90. La educación sanitaria comprende la impartición de un cuerpo de conocimientos sobre la salud a un grupo destinatario previamente definido en el contexto de situaciones de aprendizaje. El proceso incluye la interacción con los destinatarios, así como sus reacciones, y no puede considerarse terminado hasta que el grupo destinatario ha demostrado un cambio en sus actitudes y su concienciación para incluir y sobrepasar el conocimiento de una serie de elementos de hecho. El punto crítico es que el educador debe impartir una serie de informaciones y conocimientos y recurrir a varios enfoques para asegurarse de haber logrado este objetivo. Hay que señalar que, si bien este proceso se asocia generalmente a la educación de niños en las escuelas, no se limita a este grupo. La responsabilidad en este ámbito depende de las estructuras administrativas de cada Estado miembro. Puede incumbir a los Ministerios de Sanidad y de Educación, y puede ser que otros Ministerios también tengan algo que decir en ello.

91. El fomento o la promoción de la salud se ha definido como información sanitaria aplicada. En otras palabras, así como la información sanitaria y la formación sanitarias intentan hacer llegar a un destinatario la información y las herramientas necesarias para un modo de vida sano, el fomento de la salud intentará modificar las actitudes, los comportamientos y los entornos para permitir llevar un modo de vida sano. Para ello puede recurrirse a la legislación, a incentivos económicos, a modificaciones varias del entorno del grupo destinatario con el fin de fomentar modos de vida sanos. Las medidas de promoción sanitaria y aquellas que llevan a la mejora de las condiciones socioeconómicas a largo plazo deben ir unidas, ya que el fomento de la salud es una tarea compleja imbricada con toda la situación social y política. No basta con actuar de forma unilateral sobre problemas relacionados con la salud ni con limitar los esfuerzos a los colectivos de elevado riesgo sino que es toda la comunidad en su conjunto la que debe participar en un esfuerzo común que imprima un sentido sostenido de colaboración y participación en todo el mundo y que a la larga conduzca a una mejora de las condiciones de vida en general.

92. El fomento de la salud y la educación sanitaria pueden considerarse como temas generales que se están produciendo en un ámbito amplio y diversificado (familia, escuela, trabajo, comunidad), que abarcan enfermedades o accidentes relacionados con muchos modos de vida (cáncer, SIDA, drogas, enfermedades

cardiovasculares, accidentes, etc.), y pretenden cambiar el comportamiento de riesgo (tabaco, alcohol, alimentación, consumo de drogas, falta de ejercicio físico, etc.). Las diferencias sociales y culturales entre e incluso dentro de los Estados miembros deben evaluarse de forma muy cuidadosa al llevar a cabo las actividades comunitarias de fomento de la salud y educación sanitaria, en especial por lo que se refiere a la alimentación y al consumo de drogas.

93. No obstante, los diferentes enfoques necesarios en una sociedad compleja y diversa como es la Comunidad Europea nunca deberían llevar a abordar la temática de forma dispersa. Al contrario, los diferentes enfoques deberían reforzarse entre sí con el fin de garantizar la máxima eficacia de todas las acciones de fomento de la salud y educación sanitaria. Esto puede lograrse vinculando los diversos enfoques en los diferentes niveles (europeo, nacional, regional y local). Una organización y una coordinación efectivas del fomento de la salud y de la educación sanitaria en todos los niveles, así como una planificación y evaluación detalladas de las acciones, dentro del contexto de un plan global, constituyen un requisito previo necesario para garantizar el máximo provecho de los esfuerzos vertidos en el fomento de la salud. Así pues, la Comisión está revisando los programas existentes para garantizar que las acciones de naturaleza análoga como el fomento de la salud y la educación sanitaria se agrupen para evitar la duplicación de esfuerzos y mejorar su eficacia.

94. La función de la Comisión para poner en práctica el fomento de la salud y la educación sanitaria será la siguiente:

- facilitar el intercambio de información y de modelos de buenas prácticas mediante la utilización de redes, preparación de documentos informativos, manuales y seminarios;
- prestar su apoyo mediante el lanzamiento de iniciativas adecuadas;
- iniciar, generar y coordinar, en función de las necesidades, actividades a nivel comunitario.

95. Los recursos y la experiencia disponibles en los países de la Comunidad se destinará de modo adecuado para aumentar la eficacia de las acciones de fomento de la salud y educación sanitaria.

e) Investigación

96. Aparte de los artículos 130 F a 130 Q sobre "investigación y desarrollo tecnológico", que cubren todas las actividades de investigación, el artículo 129 da a la Comunidad un mandato claro para investigar en el campo de las causas y la transmisión de enfermedades. Las acciones realizadas dentro del presente marco de salud pública deberían aprovechar al máximo provecho los resultados obtenidos en los programas-marco de investigación de la Comunidad.

97. La investigación en biomedicina y salud (BIOMED) en el contexto del actual programa comunitario de investigación y desarrollo tecnológico terminará en 1994 y cuenta con un presupuesto de más de 130 millones de ecus.

98. Actualmente la investigación abarca 4 áreas principales:

- coordinación de la investigación sobre prevención, salud y sistemas sanitarios,
- grandes problemas de salud y enfermedades con un impacto socioeconómico importante,
- análisis del genoma humano,
- ética médica.

99. Entre los problemas de salud importantes figura en lugar destacado el SIDA. Los otros problemas de salud graves contemplados en este programa son el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades mentales y neurológicas, así como el proceso de envejecimiento y los problemas relacionados con el envejecimiento. En todas estas áreas se están reforzando los vínculos con las actividades orientadas en función de las acciones.

100. En la actualidad se está debatiendo el 4º programa marco de investigación basado en una propuesta formal de la Comisión (COM(93) 276). El 6 de octubre de 1993 la Comisión publicó un documento de trabajo (COM (93)459) sobre el contenido científico y tecnológico de los programas específicos de aplicación del 4º programa marco. Este documento está siendo estudiado ahora por el Parlamento Europeo y el Consejo y en él se proponen los siguientes temas de investigación en el ámbito de la biomedicina y la salud para el periodo comprendido entre 1994 y 1998:

- SIDA, tuberculosis y otras enfermedades infecciosas
- cáncer
- investigación farmacéutica
- investigación de las ciencias neurológicas y del cerebro
- prevención, salud laboral, factores de riesgo e investigación en el ámbito de la salud pública
- epidemiología de enfermedades con un impacto socioeconómico importante
- enfermedades cardiovasculares
- análisis del genoma humano
- investigación de los servicios sanitarios
- tecnología e ingeniería biomédicas
- ética biomédica

101. Otro ámbito en el que se esperan avances importantes en la investigación comunitaria en los próximos años es el Programa Telemático de Atención Sanitaria (antes AIM). Las actividades del AIM, con un presupuesto de casi 100 millones de ecus para el periodo 1991-1994, deberán contribuir a mejorar la calidad y la relación coste-eficacia de los servicios sanitarios mediante el uso de la "telemática" es decir, la combinación de la informática con las telecomunicaciones.

102. Con el fin de garantizar que se realice un esfuerzo coordinado y que los programas de investigación comunitarios actuales y futuros abarquen de modo adecuado los temas del fomento de la salud y la prevención de enfermedades, deberían cumplirse las condiciones siguientes:

- la determinación basada en prioridades claras acordadas a nivel comunitario de aquellos aspectos de la salud pública que necesiten estímulo y promoción mediante investigación,
- coherencia entre las acciones de salud pública y las actividades de investigación,
- una estrategia clara que abarque los temas pertinentes para la salud pública,
- la creación progresiva de estructuras apropiadas, p. ej. redes,
- la debida difusión de los resultados de investigación y su efecto sobre las decisiones a nivel comunitario y de Estados miembros.

f) Formación de los profesionales de la salud

103. Los profesionales de la salud de diferentes ámbitos (práctica general, hospitales, escuelas, ocupación/empresas, ocio) desempeñan una función clave en la transmisión de los mensajes de educación e información sobre salud en la Comunidad. Esto ya ha quedado demostrado en el caso de la lucha contra el cáncer y el SIDA, para lo cual se desarrollaron actividades importantes en el contexto de los programas comunitarios pertinentes. La Comisión tiene intención de proseguir su trabajo en este ámbito con el fin de:

- (i) Aumentar la sensibilización de los profesionales de la salud sobre la función que pueden desempeñar y sobre el modo en que pueden contribuir a la prevención de enfermedades importantes.
- (ii) Aumentar su comprensión de los temas pertinentes para la prevención de enfermedades de dimensión multicultural, por ejemplo la importancia de la alimentación, la migración (relacionada, por ejemplo, con la talasemia y el VIH) y su conocimiento de otras afecciones que están aumentando su importancia, por ejemplo la tuberculosis.

104. A este fin, teniendo en cuenta tanto las directrices de la Comunidad sobre educación y formación que expuso la Comisión en mayo de 1993 (COM(93)183) y la experiencia adquirida a través de los programas de acción comunitarios como ERASMUS, FORCE y COMETT, la Comisión emprenderá, cuando sea pertinente en el marco de dichos programas de acción, las acciones siguientes:

- (i) Fomento del intercambio de información entre los Estados miembros sobre los cursos de formación y sistemas vigentes especialmente en relación con la tóxicodependencia, incluidos el alcohol y los medicamentos, la alimentación y las enfermedades de transmisión sexual.
- (ii) Coordinación y recomendaciones sobre programas de formación para profesionales de la salud, en estrecha colaboración con las autoridades competentes, instituciones de enseñanza y los comités y asociaciones afectados.
- (iii) Fomento del intercambio de experiencias sobre métodos didácticos y material didáctico relacionado con la prevención de plagas importantes para la salud y la evaluación de la eficacia de estos métodos y materiales de enseñanza.
- (iv) Inventario y evaluación de métodos existentes y aplicaciones prácticas sobre el modo de mejorar la sensibilidad y disponibilidad de información y materiales destinados a profesionales de la salud, en relación con la prevención de plagas importantes para la salud.
- (v) Información y promoción de la sensibilidad de médicos, enfermeras y asistentes sociales sobre trastornos específicos poco comunes en sus respectivos Estados miembros pero que, como consecuencia del aumento de las migraciones y de los viajes, van adquiriendo una importancia cada vez mayor en la Comunidad, tales como la tuberculosis en emigrantes, SIDA y enfermedades de transmisión sexual en turistas, así como la talasemia en personas de origen mediterráneo.

g) Cooperación con organismos internacionales y terceros países

105. Si bien la cooperación con terceros países y organismos internacionales se menciona específicamente en relación con la salud pública en el artículo 129, la cooperación en general ya tiene lugar en virtud del artículo 228 del Tratado CEE, en el que se prevé la conclusión de acuerdos entre la Comunidad y uno o más Estados u organismos internacionales. El Tratado también estipula que la Comisión debe mantener todo tipo de relaciones adecuadas con los órganos de las Naciones Unidas y sus organismos especializados, y mantener también relaciones apropiadas con todas las organizaciones internacionales (art. 229). En su artículo 230 el Tratado CEE también dispone que debe establecerse todo tipo de cooperación adecuada con el Consejo de Europa, y con arreglo al artículo 231 también debe establecerse una estrecha colaboración con la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE).

106. La Comisión ya viene manteniendo una larga colaboración con terceros países y con varios organismos internacionales en el ámbito de la salud pública. En el futuro habrá que aumentar esta colaboración para que todas las partes implicadas puedan obtener el máximo beneficio de ella. Para fomentar la cooperación de la Comunidad con los terceros países y los organismos internacionales en el campo de la salud pública es necesario conocer a fondo la cooperación actual y prevista de los Estados miembros con terceros países y organismos internacionales. Así se evitará la duplicación de esfuerzos y podrá prestarse apoyo a las acciones emprendidas por los Estados miembros.

(i) Organismos internacionales

107. La sanidad figura en la agenda de trabajo de un número relativamente elevado de organizaciones, tanto gubernamentales como no gubernamentales. Las organizaciones más importantes son: OMS, Consejo de Europa, Organización Internacional para las Migraciones (OIM), UNESCO, Organización Internacional de la Energía Atómica (OIEA), OCDE, OIT, FAO, Programa de las Naciones Unidas para la Lucha contra la Droga (UNDCP), Federación Internacional de las Sociedades de la Cruz Roja y la Media Luna Roja, así como el Consejo Internacional sobre los Problemas del Alcoholismo y de la Toxicomanía.

108. Se han concluido acuerdos con la mayoría de los organismos internacionales, y en un caso la Comunidad se ha convertido en miembro de pleno derecho de una organización internacional (FAO, 1991). Con excepción de la OMS, cuyas actividades comprenden todos los temas relacionados con la salud, los demás organismos internacionales sólo se ocupan de asuntos sanitarios concretos en la medida en que están relacionados con sus objetivos. No obstante, en el caso del Consejo de Europa, que mantiene relaciones con la Comunidad en muchas áreas, ha habido una expansión de sus funciones en el campo de la salud pública, especialmente desde que han entrado en la organización una serie de países de Europa Central y Oriental.

109. El objetivo del fomento de la cooperación es doble:

- reforzar las acciones de salud pública en el seno de la Comunidad así como las emprendidas fuera de la Comunidad pero con repercusiones en ella;
- lograr que la Comunidad adquiera un mayor peso internacional en el terreno de la salud pública.

OMS

110. La cooperación con la OMS tiene su origen en dos intercambios de cartas con la Comisión (1972 y 1982). Esta cooperación abarca a la organización en su conjunto y a sus oficinas regionales, en particular la oficina europea, así como el Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (CIIC). A nivel operativo, se han desarrollado intensas relaciones de trabajo entre la Comisión y la OMS en diferentes temas como la organización de actividades conjuntas en ámbitos específicos. Especial importancia tiene la experiencia técnica que la OMS ha puesto a disposición de los servicios de la Comisión para ayudarle a satisfacer las demandas específicas como, por ejemplo, la ayuda al desarrollo y la prestación de ayuda humanitaria de urgencia. En el terreno del cáncer, es ya muy extensa la cooperación con el CIIC. Se ha transmitido al Consejo un estudio sobre la colaboración actual entre la OMS y la Comisión de las Comunidades Europeas (COM(93) 224 final). La Comisión tiene intención de preparar más cartas de intercambio con la OMS con el fin de actualizar, mejorar y ampliar la cooperación en temas específicos.

Consejo de Europa

111. Con el Consejo de Europa, la cooperación tiene su origen en el Tratado CEE y se ha ampliado en virtud de un acuerdo de 1987. En el campo de la salud pública, la cooperación abarca temas como el Comité Europeo de Salud Pública, la sangre, el transplante de órganos, la educación sanitaria, temas relacionados con la juventud y la promoción de la salud, así como la salud y el deporte, en particular el dopaje. También participan activamente en los trabajos el Comité para la Salud en Europa y la Farmacopea Europea, especialmente en la acción contra las drogas, en la que colaboran de manera estrecha la Comisión y el Grupo Pompidou y que se ampliará en el futuro mediante el establecimiento del Observatorio Europeo de las Drogas y de las Toxicomanías (OEDT). Además, esta mayor colaboración con el Consejo de Europa en el campo de la salud, dirigida de forma apropiada, podría fomentar la cooperación con Europa Central y Oriental, contribuyendo así a cumplir los objetivos del apartado 3 del artículo 129.

112. La Comisión está llevando a cabo un examen de su cooperación con el Consejo de Europa en el ámbito de la salud pública y en su momento dará a conocer los resultados de este examen. Se está pensando en proponer la introducción, en los proyectos de convenio sobre salud del Consejo de Europa, de cláusulas que permitan a la Comunidad Europea convertirse en parte de estos convenios sin necesidad de negociación y ratificación de protocolos específicos.

Otros organismos internacionales

113. OIM: cooperación en curso sobre el tema de la migración y la salud.

UNESCO: se abarcan y seguirán desarrollando los temas del SIDA y la formación sobre las drogas.

OIT: se realizan actividades conjuntas sobre drogas y alcohol en el lugar de trabajo. Se están preparando iniciativas sobre el tabaquismo, la formación y promoción de la salud que incluyan también a las familias de los trabajadores.

FAO: se ha organizado con la FAO una conferencia conjunta sobre alimentación y salud; se prevén más actividades conjuntas para poner en práctica sus resultados.

UNDCP: se está aumentando la cooperación en el terreno de la reducción de la demanda de droga.

CRUZ ROJA: se ha proporcionado ayuda sanitaria humanitaria a través de la Federación Internacional de las sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja y se proseguirá en el futuro en temas como el suministro y la calidad de la sangre, la prevención del SIDA, etc.

OCDE: cooperación en curso en el campo de los aspectos sanitarios del medio ambiente (en particular la seguridad química) y se ampliará en el futuro en materia de estadística sanitaria.

AIEA: Cooperación estrecha en el ámbito de la radioprotección.

Naturaleza de la cooperación ampliada

114. La naturaleza de esta mayor cooperación con organismos internacionales y organismos no gubernamentales podría adoptar tres formas:

- En asuntos competencia comunitaria, la Comisión podría solicitar a los organismos internacionales la realización de tareas específicas para la Comisión en ámbitos en los que estas organizaciones cuentan con una experiencia comprobada (proyectos conjuntos).
- En ámbitos reservados a la cooperación entre Estados miembros, la Comisión puede recurrir a la ayuda de tales organismos, de acuerdo con los Estados miembros, para la realización de programas y acciones conjuntos que redunden en beneficio de todos los Estados miembros.
- En ámbitos en los cuales los organismos internacionales llevan a cabo sus programas o acciones propios y que no constituyan temas prioritarios para la Comisión o los Estados miembros, la Comisión podría prestar su asistencia cuando tales programas y acciones sean de interés para la Comunidad.

(ii) Cooperación con terceros países

115. La cooperación con terceros países tendrá en cuenta las relaciones presentes y futuras entre estos países y la Comunidad Europea. Algunos países han celebrado acuerdos formales con la Comunidad en los que se alude específicamente a la protección de la salud. Está previsto examinar con estos países la atención que ha de prestarse a las cuestiones de salud con arreglo a estos acuerdos.

116. Con arreglo a las conclusiones del Consejo Europeo de Copenhague (1993), los programas comunitarios deben abrirse a los países de Europa Central y Oriental con los que la Comunidad ha concluido acuerdos de asociación. Ello debería conducir a la creación de vínculos prácticos con estos países para complementar la asistencia ya prestada por la Comunidad. La posibilidad de abrir los programas de acción para que puedan participar en ellos se estudiará conjuntamente con estos países. Asimismo, la cooperación con países que han solicitado su ingreso en la Comunidad debería permitir la determinación de temas de interés común y su participación progresiva en algunas de las actividades en curso.

117. En el contexto de sus relaciones con los países en vías de desarrollo, la Comunidad participa en programas de cooperación en el ámbito de la salud pública. En ellos se presta especial atención al apoyo, mediante diversos instrumentos financieros, de las reformas de los sistemas sanitarios y de acciones encaminadas a satisfacer las necesidades básicas de las poblaciones afectadas, en particular de los grupos más vulnerables. La ayuda se extiende también a la lucha contra las enfermedades endémicas más importantes, especialmente las enfermedades de transmisión sexual y el SIDA. En el contexto de los programas de salud pública, la colaboración presente y futura se reforzará para compartir experiencias y adoptar estrategias coherentes sobre problemas sanitarios importantes para la Comunidad y los países en vías de desarrollo, como el SIDA y la drogodependencia.



VII. ACCIÓN FUTURA EN EL ÁMBITO DE LA SALUD PÚBLICA

118. La estrategia elegida para seleccionar las amenazas para la salud sobre las cuales deberían desarrollarse las acciones comunitarias aparte de lo emprendido en la actualidad y en el futuro en el terreno de la investigación, apunta a la prosecución por parte de la Comunidad de un conglomerado de acciones (i) de naturaleza general que contribuyan a la lucha contra muchas enfermedades, dirigidas a personas de diversos grupos de edad, categoría socioeconómica, sexo, etc., como los datos y el control sanitarios, la información, educación y promoción sanitarias, (ii) específicas para cada enfermedad y necesidad, dirigidas de forma muy precisa, para garantizar a un tiempo una continuación coherente de los programas actuales importantes de probado interés y que cuentan con la participación de las autoridades públicas, de muchos grupos de interés y de personas en toda la Comunidad, como mejor ejemplo del principio de subsidiariedad.

119. La categoría (i) responde directamente al reto de emprender acciones contra todas las plagas importantes para la salud anteriormente determinadas y donde la participación de la Comunidad prometa un máximo de beneficio para la salud, y quiere dar provecho tanto a los que preparan y toman las decisiones como a los ciudadanos de la Comunidad. La categoría (ii) ayudará a facilitar las aportaciones de los grupos de interés y expertos para emprender y organizar sus trabajos en la lucha contra enfermedades específicas.

120. El Anexo IV muestra, para cada problema sanitario y enfermedad identificados, el impacto cualitativo esperado de la participación de la Comunidad. Los programas comunitarios de naturaleza general, enumeradas, entre otros, en el cuadro 4, no sólo deberán rendir un valor añadido respecto a estas enfermedades y trastornos sanitarios sino también respecto a otras enfermedades y trastornos. Este es el caso, por ejemplo, de la información sanitaria sobre la alimentación y el tabaquismo en relación con el cáncer y las enfermedades cardiovasculares. Por último se llevarán a cabo acciones específicas en el contexto del programa destinados a trastornos y enfermedades particulares para complementar y reforzar las acciones previas y garantizar que no se desaproveche ninguna oportunidad al abordar las enfermedades seleccionadas de un modo completo y coherente. Para la presentación de los programas sobre enfermedades específicas y los programas de "acción general" se recurrirá a los instrumentos jurídicos previstos en el artículo 129, y los objetivos de dichos programas se fomentarán con medidas basadas en dicho artículo u otros artículos apropiados.

121. Por lo que se refiere a las plagas importantes para la salud, las consideraciones citadas llevan a la Comisión a concluir que en este momento una serie de ellas pueden abordarse de forma suficiente a través de los programas e instrumentos existentes y mediante acciones futuras de carácter general. Nos referimos a las enfermedades cardio- y cerebrovasculares, a las enfermedades mentales, los defectos congénitos, los problemas perinatales y los trastornos osteomusculares. La Comisión tiene intención de estar atenta a la situación de estas enfermedades con el fin de poder emprender acciones específicas en caso necesario. Por otra parte, en lo que respecta a los programas y medidas seleccionados, la Comisión quiere introducir mecanismos de evaluación más sistemáticos, que incluyan mediciones tanto independientes como de sus gestores. Las primeras comprenderán la estimación de la reducción de la presencia de factores de riesgo y la alteración de los comportamientos y actitudes de riesgo; las segundas permitirán concluir si se han alcanzado los objetivos fijados y qué modificaciones son necesarias, determinar las causas del éxito o fracaso, y definir vías por las cuales pueden alcanzarse los objetivos con el mínimo coste, así como los resultados máximos alcanzados con los recursos disponibles.

122. Ahora pueden determinarse las áreas de actividad seleccionadas para la acción prioritaria de la Comunidad en el futuro. Estas áreas podrán ser objeto de propuestas de la Comisión para programas multianuales globales con objetivos claros y respetarán los principios ya expuestos en el presente documento, incluida la subsidiariedad. Estos programas se presentarían a lo largo de un periodo de 3 años y, sobre la base de la experiencia adquirida, su duración se fijaría en 5 años. Los programas se referirían a los temas siguientes:

- Fomento, educación, información y formación sanitarias
- Datos e indicadores sanitarios, seguimiento y vigilancia de enfermedades
- Cáncer
- Drogas
- SIDA y otras enfermedades contagiosas
- Accidentes y lesiones intencionados y fortuitos
- Enfermedades relacionadas con la contaminación
- Enfermedades poco comunes

A la luz de la experiencia y de la evolución de la incidencia de enfermedades en la Comunidad, la Comisión podrían proponer programas sobre otros problemas sanitarios.

ANEXO I

SÍNTESIS DE LAS POLÍTICAS DE PREVENCIÓN DE LOS ESTADOS MIEMBROS

1. BÉLGICA

(Comunidad francesa)

Las áreas prioritarias actuales son: SIDA, drogas, personas de edad avanzada, inmigrantes y grupos vulnerables. Las acciones de prevención comprenden la educación para la salud, los servicios sanitarios en las escuelas, acciones contra la droga, el SIDA y los problemas de salud mental. Por otro lado, se proseguirán los programas en curso desde hace mucho tiempo sobre vacunación, higiene y lesiones deportivas.

(Comunidad flamenca)

Se ha elaborado una estrategia global de prevención y promoción de la salud cuyos elementos claves son los siguientes:

- establecimiento de las prioridades a medio plazo;
- coordinación de las iniciativas locales y regionales que se ajusten al contexto nacional y comunitario general;
- integración de los enfoques sectoriales en un marco general de promoción de la salud; por ejemplo, la salud en la escuela, la salud mental, la prevención de la droga y temas relacionados con la infancia y la familia.
- aplicación de disposiciones legales (p.ej. notificación rápida de enfermedades, vacunaciones);
- puesta a disposición de recursos adecuados para la acción específica de prevención, sobre todo en el ámbito del SIDA, el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, la mortalidad perinatal, los accidentes, las enfermedades contagiosas y la salud mental;
- acción de las autoridades con la ayuda de otros socios como el "Instituto Flamenco de Promoción de la Salud", que desde 1991 es un foro importante para todas las organizaciones relacionadas con la promoción y la educación sanitarias;
- se han establecido también otros mecanismos de coordinación en ámbitos específicos como el SIDA, la prevención del tabaquismo, el alcohol y las drogas, el cáncer, etc;
- trabajo de supervisión, vigilancia y control de la calidad en el ámbito de la salud pública, con inclusión de la recogida de datos y el análisis de las tendencias.

2. DINAMARCA

Aparte de una serie de servicios preventivos realizados por el Sistema Sanitario establecido, la política de prevención danesa se basa en el documento "Programa de promoción de la salud del Gobierno de Dinamarca". Este programa, publicado en 1989, concedió prioridad a programas sobre el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, los accidentes, los problemas psicológicos y los trastornos osteomusculares. Además de estas prioridades, Dinamarca posee programas específicos sobre la droga y el SIDA, así como el asma y las enfermedades alérgicas.

El Ministerio de Sanidad es el coordinador de todas las acciones emprendidas en este ámbito por los organismos gubernamentales, y centra sus esfuerzos en la integración de consideraciones de prevención en otras políticas llevadas a cabo en Dinamarca. A este fin, se han creado una serie de organismos de coordinación, todas ellas presididas por el Ministerio de Sanidad.

Por lo que respecta a la financiación, ésta procede de los ingresos fiscales.

3. ALEMANIA

La responsabilidad de los asuntos sanitarios incumbe en su casi totalidad a los Estados federados y, aparte de los programas federales sobre el cáncer, el SIDA y las drogas, todas las demás acciones de prevención sanitaria, al igual que todas las demás actividades relacionadas con la salud, son realizadas de manera descentralizada por los Estados federados. Con el fin de apoyar estas actividades el gobierno federal lanzó en 1993 su programa de investigación en temas de la salud denominado "Investigación Sanitaria hasta el año 2000". Este programa aborda temas como los modos de vida, la alimentación y el medio ambiente, así como la asistencia a grupos de riesgo especial, a saber, niños, jóvenes, mujeres y personas de edad avanzada.

Se han creado una serie de organismos asesores federales que se ocupan de la salud y la prevención, el más importante de los cuales es el Bundesgesundheitsrat (Consejo federal de higiene pública). Este consejo de profesionales proporciona asesoramiento sobre acciones concertadas y al Consejo Federal de Investigación Sanitaria sobre investigación. Existen otros grupos asesores y de expertos para enfermedades específicas.

Las actividades de prevención se financian con los ingresos fiscales a nivel federal, de Estado federado y de municipio, las cotizaciones al seguro de enfermedad, así como con contribuciones de empresas y de varias otras fuentes.

4. GRECIA

En Grecia la política de prevención sigue las orientaciones expresadas por la OMS en el documento "Salud para todos en el año 2000", haciendo especial hincapié en el establecimiento de prioridades y en la participación y la cooperación por parte de entidades públicas y privadas. Entre las áreas prioritarias existentes cabe mencionar el cáncer, el sida, las enfermedades cardiovasculares, el suministro de sangre y derivados, las enfermedades hereditarias de tipo sanguíneo, los accidentes, la drogadicción, las enfermedades mentales y las enfermedades infecciosas.

La actuación en el ámbito del cáncer, llevada a cabo con colaboración comunitaria, está centrada en la nutrición, el tabaquismo y los programas de detección, así como en la creación de un registro nacional del cáncer. La lucha contra el sida se realiza principalmente a través de programas especiales de información, investigación y asistencia social. Se está insistiendo especialmente en el fomento de las donaciones de sangre de carácter voluntario y en la realización de controles obligatorios para la detección de hepatitis B y C y del VIH en la sangre donada, así como en la prevención de la talasemia y la hemofilia. Se está aumentando la atención prestada a la recogida y utilización con fines preventivos de datos sobre los accidentes acaecidos en la carretera, el hogar y durante el tiempo libre. También se han lanzado programas de educación sanitaria, poniendo en práctica en concreto el concepto de la escuela de promoción sanitaria. La actuación contra las enfermedades infecciosas incluye actividades como la vacunación sistemática y la declaración obligatoria, así como medidas específicas del tipo de las adoptadas en relación con la tuberculosis y la malaria. Los

ancianos son beneficiarios de una serie de actuaciones de información y educación sanitaria, así como de medidas concebidas para ofrecer una asistencia domiciliaria. Por último, está aumentando la importancia de la formación de los profesionales sanitarios en áreas como la prevención y los problemas de los migrantes.

El Ministerio de Sanidad y Seguridad Social es quien establece la política en este ámbito, con el asesoramiento del Consejo Sanitario Central, en el que están representados expertos de las distintas profesiones del sector. Asimismo, existen institutos y organismos semigubernamentales responsables de la aplicación de medidas y programas contra enfermedades y riesgos sanitarios específicos.

La financiación de los programas de acción e investigación procede en su mayor parte del presupuesto del Ministerio de Sanidad, si bien también existen contribuciones procedentes de la fiscalidad del tabaco y de campañas de donación nacionales.

5. ESPAÑA

Los objetivos sanitarios generales se clasifican en tres categorías: fomento de modos de vida sanos, prevención de riesgos para la salud de origen medioambiental y mejoras en el sistema de atención sanitaria.

Por lo que respecta al fomento de modos de vida sanos, las medidas de higiene pública se dirigen a la reducción del consumo de tabaco y a sus efectos dañinos para la salud, al fomento del ejercicio físico, a la reducción de los efectos nocivos del alcohol, a la reducción del consumo de drogas y de la dependencia de sustancias dañinas, así como al desarrollo de dietas apropiadas para las necesidades individuales. Las medidas de prevención de riesgos ambientales se orientan a la reducción de riesgos biológicos, físicos y químicos, así como a la prevención de riesgos y accidentes laborales. Por último, la mejora del sistema de atención sanitaria comprende la ampliación de la asistencia sanitaria pública, el desarrollo de la atención primaria, la atención especial, la atención maternal e infantil, el progreso de la higiene oral, la atención a la salud mental y los sistemas de rehabilitación y atención geriátrica. Los programas de prevención de enfermedades específicas comprenden programas sobre enfermedades cardiovasculares, cáncer, SIDA, accidentes y zoonosis. Además de estos programas, se están llevando a cabo dos programas horizontales sobre fomento de la salud y educación sanitaria.

La responsabilidad de la ejecución de las políticas de prevención reside en todos los niveles administrativos: nacional, regional y local, y existe una serie de organismos asesores para la formulación y puesta en práctica de las diferentes políticas. Las disposiciones legales regulan ámbitos como las vacunaciones, las enfermedades de declaración obligatoria, las higiene alimentaria, la protección atmosférica, la protección contra los agentes físicos y la protección contra riesgos laborales. Existe, además, un conjunto completo de instrumentos jurídicos sobre el tabaco: prohibición publicitaria, advertencias sobre la salud, contenido de nicotina y alquitrán, prohibiciones de venta a niños y limitaciones o prohibiciones de consumo.

6. FRANCIA

La política nacional de prevención incluye tres elementos: i) la acción relacionada con todas las cuestiones que afectan a la salud, ii) la prevención médica (vacunación, detección y profilaxis), iii) la acción en favor de grupos destinatarios específicos (niños en edad escolar, personas mayores, mujeres embarazadas, minusválidos y jóvenes con dificultades de adaptación)

En 1991 el Ministerio de Sanidad creó un Comité superior de salud pública para asesorar sobre las cuestiones y la política de salud pública. En la actualidad este Comité está reformando la política de salud pública a partir de la estrategia de la OMS "Salud para todos". Además de este Comité, otros organismos consultivos específicos y las autoridades locales realizan actividades de promoción de la salud.

Las obligaciones legales abarcan los siguientes ámbitos: vacunaciones, exámenes médicos, antes de contraer matrimonio y durante el embarazo, y exámenes postnatales para la madre y el niño, consumo de drogas, publicidad del tabaco y del alcohol, y declaración de enfermedades contagiosas.

Los programas de prevención sobre enfermedades específicas y amenazas para la salud afectan al SIDA, a las drogas y su consumo, al tabaco y el alcohol, al uso de productos farmacéuticos, a las enfermedades de transmisión sexual, a la prevención de cáncer mediante su detección y a los problemas dentales. Los programas generales de prevención van dirigidos a las personas mayores, las mujeres, los jóvenes, los minusválidos y persiguen también la integración de aspectos de salud en el entorno urbano y en las escuelas.

Las actividades de prevención se financian con los impuestos y el seguro de enfermedad.

7. IRLANDA

Los objetivos de la política nacional de prevención comprenden: prevención de enfermedades infecciosas, detección precoz de defectos de salud en niños, el logro de mejoras significativas en el nivel de la salud dental, así como la reducción de la incidencia de enfermedades atribuibles al tabaco, al consumo excesivo de alcohol y a otros factores relacionados con el modo de vida.

En 1988 el Gobierno irlandés adoptó una política de fomento de la salud y creó nuevas estructuras de fomento de la salud entre las cuales figura un Subcomité de gabinete para el fomento de la salud gracias al cual se dispone de un mecanismo eficaz que permite tomar decisiones de política pública con repercusiones para la salud teniendo en cuenta la perspectiva sanitaria. Las acciones de prevención en Irlanda comprenden programas de inmunización, notificación, diagnóstico y servicios de hospital para enfermedades infecciosas, control y vigilancia de la tuberculosis, detección precoz del cáncer cervical, maternidad, atención neonatal y salud infantil, atención odontológica, SIDA, consumo de drogas y tabaquismo.

A finales de 1993 el Ministerio de Sanidad propondrá un plan nacional de sanidad que, en particular, comprenderá un plan estratégico para el fomento de la salud, establecerá un balance detallado de la situación actual de la sanidad en Irlanda y fijará objetivos nacionales generales y de mejora específica, junto con un plan para alcanzarlos.

8. ITALIA

En Italia las actividades de prevención se centran principalmente en cuatro temas. Medio ambiente y salud, trastornos relacionados con el modo de vida, protección de la salud en el trabajo y protección de enfermedades infecciosas.

Por lo que respecta al medio ambiente y la salud, las actividades son realizadas en medida creciente por el Centro Europeo de Medio Ambiente y de Salud, creado por mutuo acuerdo entre la Oficina Regional Europea de la OMS y el Gobierno italiano. En cuanto a las enfermedades relacionadas con el modo de vida, la política italiana se centra en la alimentación, el tabaquismo, las



drogas y el SIDA. Respecto a la protección de la salud en el trabajo, la Ley Básica (nº 46 de 5 de marzo de 1990) regula la seguridad e higiene en instalaciones técnicas, equipos, sustancias y edificios, complementada por decretos que incorporan a la legislación nacional directivas comunitarias basadas en el art. 118 A del Tratado CEE. En el terreno de la prevención de enfermedades infecciosas, Italia ha implantado en los dos últimos años un nuevo sistema para la prevención y declaración de estas enfermedades. El nuevo sistema permite una identificación más precisa y más rápida, un rápido flujo de información de y hacia el Ministerio de Sanidad de manera que, en su caso, pueda actuarse de forma inmediata e intercambiarse información con los organismos internacionales de salud.

La responsabilidad de las actividades de prevención incumbe a una serie de instituciones, en particular el Ministerio de Sanidad, el Servicio Nacional de Salud, las autoridades locales de sanidad y los servicios de drogodependencias.

9. LUXEMBURGO

Desde la década de 1970 la acción preventiva forma parte integrante de la política sanitaria general de Luxemburgo. Esto quedó reflejado en 1980 con la reorganización del Departamento de Sanidad, en el que se crearon divisiones especiales dedicadas a la prevención. Los programas más importantes son los relacionados con la droga, el tabaco, el alcohol, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer. Se ha puesto en marcha, además, un programa especial para fomentar la alimentación sana y un modo de vida sano.

Las actividades de prevención son coordinadas por el Ministerio de Sanidad, junto con otros Ministerios que también participan en el esfuerzo global. Desde junio de 1992 las actividades de prevención son objeto de la Ley modificada sobre el seguro sanitario y el sector de la salud. Aparte de las disposiciones contenidas en esta ley, Luxemburgo no ha elaborado todavía un programa específico y detallado en materia de prevención.

10. PAÍSES BAJOS

La política de protección de los Países Bajos está fundada en una serie de programas. La prevención de enfermedades se realiza en forma de programas nacionales de vacunación, programas de detección sistemática, programas de detección sistemática del cáncer de cuello de útero y de mama, así como servicios de asesoramiento para madres y la primera infancia. Actualmente se está implantando la formación sistemática sobre prevención para médicos generalistas. La acción en materia de promoción de la salud abarca un amplio abanico de actividades como campañas nacionales de educación para la salud, conferencias de educación sanitaria en escuelas y centros de trabajo, educación sobre salud mental dirigida especialmente a grupos de riesgo como ancianos, parejas divorciadas, niños, etc. La educación para la salud también aborda el alcohol, el tabaco y las drogas. Se realizan acciones intersectoriales en el entorno de trabajo, especialmente para la seguridad e higiene en el trabajo, etc.

Las actividades preventivas son realizadas por instituciones especializadas nacionales, servicios municipales de salud pública, servicios regionales de salud mental, servicios regionales de drogodependencia y profesionales de la asistencia sanitaria primaria.

La prevención de enfermedades se financia con los sistemas de seguro de enfermedad.



11. PORTUGAL

El objetivo a medio plazo de la estrategia portuguesa de prevención consiste en mejorar el nivel de la sanidad mediante campañas contra el cáncer, la droga, el SIDA y la prevención del infarto y de las enfermedades cardiovasculares, la prevención de accidentes en general, la prevención del suicidio, y mediante la mejora de la asistencia a los ancianos, niños y jóvenes. Además, la estrategia global pretende mejorar las condiciones y el funcionamiento del sistema de asistencia sanitaria aumentando el número de camas para los enfermos crónicos, mejorando las instalaciones de sustitución para la asistencia sanitaria y mediante medidas para racionalizar los recursos humanos existentes y fomentar una mejor distribución del personal médico. El Ministerio de Sanidad está realizando programas específicos sobre la diabetes mellitus y la hipertensión, la vacunación, la asistencia sanitaria perinatal y juvenil, la asistencia a la maternidad, la salud dental, la salud en las escuelas, la educación para la salud, un proyecto nacional contra el cáncer, la prevención de la droga y el SIDA.

En Portugal la política de prevención es coordinada por el Ministerio de Sanidad y está regulada en la Ley de servicios sanitarios nacionales de Portugal. El Ministerio de Sanidad recibe asesoramiento del Consejo Nacional de la Salud, constituido por representantes de todos los sectores relacionados con la protección de la salud. El Consejo Nacional de la Salud formula recomendaciones sobre la estrategia sanitaria global y para esta labor cuenta con la asistencia de gran número de órganos consultivos.

12. REINO UNIDO

La política de prevención del Reino Unido consta de cuatro vertientes:

- programas de detección precoz e inmunización, entre los cuales figura la detección precoz del cáncer de pecho y de cuello de útero, así como la inmunización de todos los niños contra la difteria, el tétanos, la tos ferina, la poliomielitis, el sarampión, las paperas, la rubeola, el BCG y el Hib.

- Iniciativas específicas de salud como la iniciativa "Salud de la Nación" en Inglaterra, lanzada en julio de 1992, en la que se fijan 5 prioridades nacionales y 27 objetivos. Las áreas prioritarias se refieren a las enfermedades coronarias cardíacas y el infarto, los cánceres, las enfermedades mentales, los accidentes y el VIH/SIDA, y la salud sexual (incluida la planificación familiar). La puesta en práctica de esta iniciativa deberá basarse en el compromiso de todas las instancias gubernamentales para crear alianzas de salud a nivel nacional y local, actuando a través de estructuras apropiadas, y en un mejor seguimiento del estado de salud y una mejor evaluación de los impactos.

- Fomento de la salud y educación sanitaria. En Inglaterra, dentro de la estrategia Salud de la Nación, se fijaron las actividades prioritarias de la Autoridad de Educación Sanitaria, a nivel tanto nacional como local, en el campo del fomento de la salud y como elemento explícito en los contratos de los médicos generalistas así como para una amplia labor de fomento de la salud en todo el sector sanitario. Otras acciones preventivas abordan de forma específica el tabaco, el alcohol, el consumo de drogas, la alimentación, la planificación familiar y la salud dental.

- las acciones de salud medioambiental y pública comprenden acciones sobre la seguridad de los medicamentos, los productos de consumo y el medio ambiente, el fomento de la higiene alimentaria a nivel nacional y local, así como el control y la vigilancia de las enfermedades contagiosas.

ANEXO II

POLÍTICAS E INSTRUMENTOS DE LA COMUNIDAD DIRECTAMENTE RELACIONADOS CON LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

1. RESUMEN DE ACTIVIDADES

Salud y medio ambiente

La estrecha relación entre los aspectos medioambientales de la salud pública y la necesidad de intervención gubernamental quedó ya bien establecida en toda Europa a finales del siglo pasado, momento en que ya se había iniciado la actividad internacional. Los esfuerzos de la Comunidad Europea por "conservar, proteger y mejorar la calidad del medio ambiente" y así "contribuir a la protección de la salud de las personas" son una continuación de esta actividad internacional que ha ganado influencia y eficacia gracias a los poderes legislativos de la Comunidad y a los fondos de la Comunidad que permitieron ponerlos en práctica. La última manifestación detallada de las actividades de la Comunidad en medio ambiente queda reflejada en el documento "Hacia un desarrollo sostenible", un programa comunitario de política y actuación en materia de medio ambiente y desarrollo sostenible (COM(92) 23 final, Vol. II) adoptado por el Consejo el 1 de febrero de 1993. Este programa contiene otras propuestas para mejorar la calidad del agua, del aire y del suelo, para controlar las sustancias peligrosas y las actividades industriales, el control de las radiaciones y de la contaminación, así como la gestión de residuos.

Salud y seguridad en el trabajo

La adopción del Acta Única Europea (1986) y la inclusión del artículo 118 A dieron un gran impulso a los esfuerzos comunitarios para mejorar la salud y seguridad de los trabajadores y reducir los riesgos derivados de productos carcinógenos y otras sustancias peligrosas y accidentes en el trabajo. La actividad comunitaria en este ámbito tiene su origen en la preocupación por mejorar las condiciones de trabajo reflejada en el Tratado constitutivo de la Comunidad del Carbón y del Acero (abril de 1951), reforzada por las disposiciones en materia de política social (Título III) del Tratado CEE y las medidas de protección sanitaria del Tratado "Euratom". A partir de 1977 se adoptaron medidas importantes, especialmente en 1980, si bien se dio un paso significativo en el compromiso de la Comunidad en 1989 con la adopción de la Directiva marco (89/391/CEE) sobre la mejora de la seguridad y la salud de los trabajadores en el trabajo. Esta directiva marco dio lugar a gran número de medidas comunitarias, de manera que la Comunidad quedó establecida como la fuerza impulsora en asuntos relacionados con la seguridad y la salud. Algunas de estas medidas están estrechamente relacionadas con las medidas comunitarias en materia de higiene pública en el campo de la toxicología y de los centros antiveneno⁽¹⁾.

(1) Resolución del Consejo y de los Ministros de Sanidad de los Estados miembros sobre la mejora y el tratamiento de las intoxicaciones agudas en el ser humano (90/C 329) de 3 de diciembre de 1992.

Una alimentación sana para una población sana

La necesidad de que los productos alimenticios sean seguros, libres de contaminación y sanos dio lugar a controles fitosanitarios y veterinarios, y a requisitos para la composición de los alimentos, el uso de conservantes, aditivos, etc., así como a obligaciones sobre la información en las etiquetas. Estos temas vienen siendo objeto de una serie de medidas para el mercado interior de la Comunidad desde 1962. Desde mediados de la década de 1980 ha ido creciendo el interés por el valor nutritivo de los alimentos y aditivos para el fomento de la salud. Una preocupación actual de la salud pública consiste en evitar alimentos que tengan alguna relación con enfermedades importantes como el cáncer y los trastornos cardiovasculares y en ayudar a las personas a hacer elecciones sanas a la hora de comer mediante una educación para la salud y una información clara en las etiquetas sobre los componentes de los productos alimenticios. Con este fin, la Comisión ha instituido un estudio nutricional de gran envergadura en el contexto del programa "Europa contra el cáncer"(2).

Protección de los consumidores

La población también debe protegerse contra otros productos y contra los efectos potencialmente perjudiciales de algunos servicios. Los productos no abarcan únicamente productos farmacéuticos(3) y médicos(4) sino también toda una serie de artículos potencialmente peligrosos disponibles en el mercado. Entre las medidas comunitarias sobre el mercado interior destinadas a lograr un alto nivel de protección sanitaria en estos asuntos cabe destacar las directivas de "nuevo enfoque" que hacen referencia a los productos sanitarios, los equipos de protección personal, la maquinaria y los juguetes(5), así como directivas y medidas relativas a la información a los consumidores y el seguimiento de accidentes(6).

Investigación y tecnología de la información

En la base de los avances en la política de salud pública se encuentran los resultados de la investigación de las causas y la transmisión de enfermedades y los modos de prevenirlas, incluida la utilización de las modernas tecnologías de la información. Desde su comienzo en 1978, los sucesivos programas comunitarios de investigación médica y sanitaria contienen un elemento importante relacionado con la prevención de enfermedades. El actual programa BIOMED contiene disposiciones similares. Los programas comunitarios de tecnología de la información y telemática y los proyectos piloto, a menudo realizados en cooperación con la OMS y el Consejo de Europa, incluyen elementos relacionados con el seguimiento de las enfermedades congénitas, la utilización de la informática en la medicina (AIM), sistemas de atención médica (estadística, detección precoz, seguridad de los alimentos y farmacovigilancia), y epidemiología.

Seguridad Social

La coordinación de los sistemas de seguridad social garantiza el acceso a la asistencia sanitaria en determinadas circunstancias en todos los países de la Comunidad por medio del formulario E 111 del Reglamento 1408/71/CEE.

(2) European Prospective Investigation of Cancer, Nutrition and Health (EPIC) 1998/9-1998

(3) Directivas del Consejo 65/65, 75/318 y legislación subsiguiente.

(4) Directiva del Consejo 90/385/CEE de 20.6.1990 (DO nº L 189 de 20.7.1990) y Directiva del Consejo 93/42/CEE de 14.6.1993 (DO nº L 169 de 12.7.1993).

(5) Directiva del Consejo 88/378 de 3.5.88 (DO nº L 187 de 16.7.88)

(6) Directiva del Consejo 92/59

En la Recomendación del Consejo 92/442/CEE sobre la convergencia de los objetivos y las políticas de protección social se reconoce el derecho a poder disfrutar de los sistemas de protección sanitaria con independencia de los recursos personales. El acceso a los sistemas de protección sanitaria con independencia de los recursos personales puede garantizar mediante un sistema de seguro de enfermedad, que está abierto a todas las personas, independientemente de su nivel de ingresos o de su perfil individual de riesgo, o mediante la prestación gratuita de asistencia y prevención sanitaria en un servicio de salud pública.

La profesión médica

La profesión médica y el personal de los organismos gubernamentales y no gubernamentales encargados de la prestación de servicios de salud desempeñan una función importante en la impartición de consejos e información de fomento de la salud pública y la prevención de enfermedades. Las medidas comunitarias sobre el reconocimiento mutuo de titulaciones profesionales entre los Estados miembros y para la cooperación del desarrollo y la formación en la educación superior y las instituciones de formación constituyen una contribución importante en este contexto. Los elementos de los programas comunitarios para combatir el cáncer y el SIDA están pensados para fomentar una mejor formación del personal sanitario que trabaja en la lucha contra estas enfermedades.

Prevención de enfermedades y fomento de la salud

Las actividades comunitarias en materia de salud pública desde mediados de la década de 1980 empezaron por el control y la protección contra los riesgos para la salud procedentes del medio ambiente y el lugar de trabajo y continuaron con el fomento y la coordinación de medidas para combatir enfermedades importantes y fomentar la salud de una manera positiva.

El programa comunitario de lucha contra el cáncer (1987-1989) fue el primer programa importante de prevención de la enfermedad. El programa "Europa contra el Cáncer" se centraba en acciones en ámbitos particulares como el consumo de tabaco y alcohol, los hábitos alimenticios, la exposición a sustancias carcinógenas y al sol. Fomentaba los programas apropiados de detección precoz y un Decálogo Europeo contra el Cáncer destinado al público en general. Utilizando disposiciones de mercado interior, la Comunidad adoptó medidas legislativas sobre el tabaco para mejorar y controlar el etiquetado de productos del tabaco y el contenido de alquitrán en los cigarrillos. Se adoptó una recomendación sobre el uso del tabaco en lugares públicos, y actualmente se está estudiando una propuesta de directiva para prohibir la publicidad de productos del tabaco. Se adoptó otro programa para luchar contra el cáncer con el fin de proseguir la actividad de 1990 a 1994, el cual, mediada ya su puesta en práctica, está demostrando su valor y eficacia, su poder para la fijación de calendarios, así como su impacto, a través de sus participantes en todos los niveles, para aumentar la sensibilización.

Pronto fueron siguiendo otros programas importantes de salud pública, a medida que las presiones políticas y los avances en materia de sanidad pedían una acción comunitaria. El programa "Europa contra el SIDA" (1991-1993) cuenta con diez grandes áreas de actuación. Al igual que en el caso del cáncer, algunas acciones estaban dirigidas a aumentar la sensibilización del público, mejorar la educación sanitaria y la cooperación con el programa de investigación de la Comunidad. También se introdujeron algunos elementos nuevos con el fin de adecuarse a la naturaleza particular de la enfermedad, entre los cuales figura el apoyo social y el asesoramiento, la estimación de los costes que supone afrontar la seropositividad y los esfuerzos para combatir la discriminación contra las personas seropositivas. A raíz de la evaluación por parte del Consejo de las acciones realizadas en el contexto del programa, y en vista de

~~CONFIDENTIAL~~

la entrada en vigor del Tratado de la Unión Europea, el Consejo y los Ministros de Sanidad han querido prolongar el programa hasta finales de 1994.

El Plan Europeo de lucha contra el consumo de drogas contiene un elemento particular en relación con las acciones de salud pública para reducir la demanda de drogas. Forman parte del plan los intercambios de información, el aumento de la sensibilización del público en general y la asistencia en proyectos pilotos sobre la prevención. La Semana Europea de Prevención de la Droga constituye un medio importante para fomentar la cooperación y aumentar la sensibilización.

Para que los ciudadanos puedan conocer y responder a directrices como las que establece el Código Europeo contra el Cáncer, se requiere un programa de acción continua en el campo de la promoción de la salud y educación sanitaria y la distribución de la información pertinente. El programa de la OMS "Salud para todos en el año 2000" destaca este enfoque, y las iniciativas comunitarias en materia de educación para la salud, instituidas por los Ministros de Educación y de Sanidad, se preocupan de este aspecto. En el contexto de los programas comunitarios para luchar contra el cáncer y el SIDA así como el consumo de drogas también se han lanzado campañas para persuadir a la población a cambiar sus comportamientos.

Otros aspectos

Las actividades comunitarias en materia de salud pública evidentemente también abordan otros aspectos. Un ejemplo de ello son las acciones para fomentar el logro de la autosuficiencia en sangre o plasma humanos mediante donaciones de carácter voluntario y no remunerado y para introducir mejoras en la producción de productos derivados de la sangre obtenida mediante dichas donaciones. También se ha actuado en el campo de la toxicología para mejorar la protección de la salud, en la mejora de la prevención y el tratamiento de las intoxicaciones agudas en el hombre, en la creación de una Tarjeta Sanitaria de Urgencia Europea y en una serie de otros ámbitos, no sólo en la esfera de la salud pública, sino también como parte de otras políticas de la Comunidad.

2. RELACIÓN DE INSTRUMENTOS COMUNITARIOS CON UNA REPERCUSIÓN DIRECTA SOBRE LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

* Tratado CEE:

(1951-1957): reconocimiento implícito de los conceptos de salud pública mediante la referencia a la "mejora acelerada del nivel de vida" - muchos artículos con una repercusión indirecta en la protección de la salud.

* Tratado Euratom:

(1957): estipula:

- niveles básicos de seguridad que deben fijarse dentro de la Comunidad para la protección de la salud de los trabajadores y el público en general contra los riesgos derivados de las radiaciones ionizantes (cap. III)
- inspecciones de salvaguarda y formación de inspectores (cap. VII)
- conclusión de acuerdos o convenios con organismos internacionales, terceros países (cap. X).

* La adopción del Acta Única:

(1986): se establece una base jurídica específica de salud, seguridad, protección medioambiental y protección de los consumidores: artículo 100 A.3; artículo 118 A (protección de la salud y de la seguridad de los trabajadores); medio ambiente (artículos 130 R, 130 S, 130 T).

~~CONFIDENTIAL~~

* Salud y seguridad en el trabajo:

(1977-78): adopción de la primera Directiva del Consejo sobre indicaciones de seguridad y de la Directiva sobre el cloruro de vinilo monómero (con arreglo al artículo 100 del Tratado CEE).

1980: Directiva del Consejo sobre la protección de los trabajadores contra los agentes químicos, físicos y biológicos (artículo 100).

1989: Adopción de la Directiva marco 89/391/CEE relativa a los principales aspectos de salud y seguridad en el trabajo (artículo 118 A), y doce directivas más sobre aspectos específicos de la seguridad e higiene en el trabajo.

* Medio ambiente:

Tratado CEE: artículos 100 R, 100 S, 100 T.

1) Sustancias peligrosas, riesgos industriales, biotecnología, por ejemplo:

1967: Directiva 67/548/CEE del Consejo relativa a la clasificación, el envasado y el etiquetado de productos peligrosos.

1976: Directiva del Consejo sobre las restricciones para la comercialización y utilización de determinadas sustancias y preparados peligrosos.

1982: Directiva del Consejo sobre los principales riesgos de accidente en determinadas actividades industriales

1993: Directiva del Consejo sobre los principios para la evaluación de los riesgos que las sustancias pueden plantear al hombre y al medio ambiente.

2) Aire, por ejemplo:

1970: Directiva del Consejo sobre la contaminación del aire por las emisiones de vehículos a motor.

1984: Directiva del Consejo sobre el valor límite del plomo en el aire.

1985: Directiva del Consejo sobre los niveles de calidad del aire para el bióxido de nitrógeno.

3) Directivas sobre residuos (1975), tratamiento de aguas residuales (1991), prevención de residuos contaminantes del aire procedentes de plantas de incineración de residuos.

4) Ruido (vehículos a motor, aeronaves, obras de construcción, electrodomésticos, etc)

5) Agua (calidad del agua potable, aguas para bañarse).

*** Protección de los consumidores**

Alimentos

Desde 1962 se han adoptado directivas relativas a los aditivos de uso alimentario destinados al consumo humano (en virtud del artículo 100 del Tratado CEE). En 1969 se creó un Comité Permanente de Productos Alimenticios. El Comité Científico de Alimentación Humana, que fija una lista de aditivos y las condiciones para su uso, fue creado en 1974.

1985: Directiva del Consejo sobre determinadas sustancias de efecto hormonal.

1989: Directiva del Consejo sobre el control oficial de los productos alimenticios y Directiva del Consejo sobre la aproximación de las legislaciones de los Estados miembros sobre los productos alimenticios destinados a una alimentación especial (con arreglo al artículo 100 A.3 del Tratado CEE).

1990: Directiva del Consejo sobre los alimentos ultracongelados destinados a la alimentación humana.
Directiva del Consejo relativa al etiquetado sobre propiedades nutritivas de los productos alimenticios.
Directiva del Consejo sobre las materias plásticas destinadas a entrar en contacto con productos alimenticios.

Otras:

1989: Decisión del Consejo sobre un sistema comunitario para el intercambio rápido de información sobre los riesgos derivados del uso de productos de consumo (artículo 235).

1988: Directiva del Consejo sobre la seguridad de los juguetes.

1991: Directiva del Consejo sobre el control y la adquisición de armas.

1992: Directiva del Consejo sobre la seguridad general de los productos.

*** Productos farmacéuticos**

En 1965 el Consejo adoptó la primera directiva sobre la aproximación de las legislaciones relacionadas con las especialidades farmacéuticas, en virtud del artículo 100 del Tratado CEE.

1975: Creación de un comité farmacéutico: el Comité de especialidades farmacéuticas; Directiva del Consejo sobre normas y protocolo en materia de pruebas de especialidades farmacéuticas.

1987: Directiva del Consejo por la que se aproximan las medidas nacionales relativas a la comercialización de medicamentos de alta tecnología, y directiva del Consejo relativa a las pruebas para la comercialización de las especialidades farmacéuticas.

1989: Directivas del Consejo 89/343/CEE relativa a las vacunas, 89/343/CEE relativa a radiofármacos y 89/381/CEE relativa a medicamentos derivados de la sangre, así como 89/105/CEE relativa a la transparencia de las medidas que regulan la fijación de precios y el reembolso de los medicamentos para uso humano (artículo 100 A).

- 1991: Directivas de la Comisión relativas a las prácticas correctas de fabricación de medicamentos (91/356/CEE) y a los requisitos en materia de pruebas de medicamentos (91/507/CEE).
- 1992: Directivas del Consejo sobre la distribución al por mayor, la clasificación legal con fines de suministro, el etiquetado y la publicidad de medicamentos para uso humano (artículo 100 A).
- 1993: Reglamento CEE nº 2309/93 del Consejo (Artículo 235 del Tratado CEE) y Directivas del Consejo 93/39/CEE y 93/40/CEE (Artículo 100 A), por las que se crea una Agencia Europea para la Evaluación de Medicamentos y se establecen nuevos procedimientos comunitarios para la autorización de medicamentos para uso humano y veterinario.

* Libre circulación de las personas

- 1964: Directiva 64/221/CEE del Consejo sobre la coordinación de las medidas especiales para los extranjeros en materia de desplazamiento y de residencia, justificada por razones de orden público, seguridad y salud pública (apartado 2 del artículo 56 del Tratado CEE).

* Actividades médicas y paramédicas

- 1975: - creación de un Comité de Altos Funcionarios de Salud Pública.
- Directiva sobre el reconocimiento mutuo de los títulos de medicina (artículos 49, 57 y 66 del Tratado CEE).
- Directiva sobre la coordinación de las disposiciones relativas a las actividades de los médicos (artículos 49, 57, 66 y 235 del Tratado CEE).

Seguidos de:

- Directiva del Consejo sobre el reconocimiento mutuo de los títulos de enfermero (1977), de los dentistas (1978), de comadronas (1980), farmacéuticos (1985) y de los médicos generalistas (1986).

* Productos sanitarios

El Consejo ha aprobado varias directivas sobre la protección de la salud y la seguridad de las personas en relación con la comercialización de productos sanitarios:

- Directiva 84/539/CEE sobre aparatos eléctricos utilizados en medicina humana y veterinaria;
- Directiva 90/385/CEE sobre productos sanitarios implantables activos;
- Directiva 93/42/CEE sobre productos sanitarios.

ANEXO III

**REQUISITOS DE PROTECCIÓN DE LA SALUD COMO PARTE INTEGRANTE DE OTRAS
POLÍTICAS DE LA COMUNIDAD**

* Cooperación en el campo de la legislación y de los asuntos internos:

Control de personas en las fronteras exteriores, inmigración, drogas y el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías.

* Derechos de los ciudadanos:

Adhesión al Convenio Europeo de Derechos Humanos.
Protección de los datos personales.

* Asuntos exteriores:

- Programas PHARE y TACIS; drogas ONU.
- Relaciones con organismos internacionales: Consejo de Europa, OMS, FAO, OCDE, OIM, UNESCO, UNDCP, OIEA, NU.
- Aceptación de la Farmacopea Europea.
- Cooperación con terceros países: AELC, PECO, países mediterráneos, América Latina, América del Norte, etc.
- Negociación con la ASEAN sobre la fabricación ilícita de drogas y sustancias psicotrópicas.
Seguimiento del tráfico intracomunitario e internacional de drogas y sustancias psicotrópicas.

* Mercado interior:

Calidad, seguridad e higiene de los productos alimenticios, sistema de advertencia, etiquetado, aditivos, agentes colorantes, contaminantes, interacción entre dieta y salud, envasado.
Equipos médicos; normalización, por ejemplo diagnóstico in vitro; productos farmacéuticos; productos cosméticos; drogas y precursores.
Sustancias y preparados peligrosos, clasificación y etiquetado; fertilizantes, biocidas.
Regulación de las cualificaciones del personal (sanitario).

* Competencia:

Precio de las especialidades farmacéuticas; sistemas de seguridad social.

* Asuntos sociales:

Mujer y salud, protección social, minusválidos, ancianos, migrantes, pobreza, protección de la salud de los trabajadores, Fondo Social Europeo.

* Educación y formación:

ERASMUS, actividades dirigidas a jóvenes y profesionales de la salud.

* Agricultura:

Calidad y salud de las plantas, animales y especies de cultivos especializados (frutas y hortalizas, vino, alcohol, tabaco, etc.); higiene relacionada con el pescado, el marisco, la leche, los productos lácteos. Fomento del consumo de aceite de oliva, productos lácteos, frutas y hortalizas.

Controles veterinarios y fitosanitarios dentro y fuera de la Comunidad.

* Pesca:

Calidad de los productos de la pesca y la acuicultura;

Promoción del consumo de productos de la pesca y la acuicultura;

Promoción de las condiciones sanitarias de producción, consumo y comercialización de productos de la pesca y la acuicultura.

* Transporte:

Seguridad de los transportes; prevención de accidentes, especialmente accidentes de carretera asociados al alcohol, base de datos sobre accidentes.

* Desarrollo:

Acciones de cooperación sobre la reforma de los sistemas sanitarios y programas y proyectos de apoyo a la mejora de la salud.

Campaña contra el SIDA.

Programa de I + D en el ámbito de la ciencia y la tecnología para el desarrollo, el subprograma de medicina, salud y alimentación en zonas tropicales y subtropicales.

* Cultura, comunicación e información:

La Europa de los ciudadanos: actividades dirigidas a jóvenes, por ejemplo sobre drogas y el SIDA; deporte.

* Medio ambiente:

Seguridad nuclear y protección de la salud (EURATOM); protección contra otros agentes físicos: ruido, ondas electromagnéticas de baja frecuencia.

Control de sustancias y productos químicos peligrosos; riesgos asociados a la biotecnología y los organismos modificados genéticamente.

Control de emisiones de instalaciones industriales; gestión de residuos.

Calidad del aire, suelo, agua, agua potable.

Protección civil.

* Investigación:

Oficina Comunitaria de Referencia.

Seguridad nuclear; y efectos biológicos y sanitarios de las radiaciones; evaluación de riesgos de las radiaciones naturales y médicas.

Biotechnología: ciencias neurológicas.

BIOMED 1: análisis del genoma humano; ética biomédica; investigación sobre los servicios y las tecnologías sanitarias y las enfermedades asociadas al modo de vida: SIDA, cáncer, drogas, envejecimiento, control de calidad.

Cuarto programa comunitario de investigación y desarrollo tecnológico: investigación preventiva y epidemiológica sobre enfermedades de gran impacto

socioeconómico y sobre enfermedades genéticas. Investigación sobre temas sanitarios, evaluación de las necesidades, y asuntos de educación e información sobre salud. Investigaciones europeas sobre el cerebro.

* Programa de telecomunicaciones y telemática:

El programa telemático de asistencia sanitaria (AIM) mejoró la garantía de calidad y la eficacia de las medidas terapéuticas y sociales y de los servicios de atención primaria, la gestión de los recursos, el diagnóstico por imágenes, los registros sanitarios, la rehabilitación, las tarjetas de datos del paciente, etc. gracias a los resultados de varios proyectos específicos, una acción concertada y medidas de acompañamiento: RACE, ESPRIT, IMPACT, TIDE.

El programa telemático de administración (ENS), el proyecto CARE: acceso rápido y eficaz a las estadísticas sanitarias, farmacovigilancia, etc.

Protección jurídica de datos (Recomendaciones del Consejo de Europa)

* Tributación indirecta:

Bebidas destiladas y fermentadas, tabaco procesado.

* Turismo:

* Protección de los consumidores:

Seguridad general de los productos y servicios y responsabilidad; proyecto EHLASS; sistema para el intercambio rápido de información; información y educación de los consumidores.

* ECHO:

Ayuda humanitaria de urgencia para países no comunitarios.

* Estadísticas sociales y sanitarias

ANNEXO IV

PRINCIPALES AMENZAS PARA LA SALUD EN LA COMUNIDAD EUROPEA

Enfermedad/ Problema de salud	Incidencia o tasa estándar de mortalidad	Costes de atención sanitaria (y otros costes, p.ej. : absentismo)	Posibilidades prácticas de prevención	Valor añadido comunitario (oportunidades de intervención)	"Principales amenazas" (problemas más importantes de salud)	Acción comunitaria previa en materia de salud pública
CÁNCER	337	***	***	****	****	****
Cáncer de colon	29					
Cáncer de pulmón	42					
Cáncer de estómago	62					
Cáncer de mama	33					
Cáncer de próstata	19					
ENFER. DEL SIST. CIRCULATORIO	338	****	***	**** -	****	**
Hipertensión	16					
Infarto de miocardio agudo	90					
Cerebro-vasculares	90					
Enfermedades vasculares	137					
ENFERM. DEL SISTEMA RESPIRATORIO		***	***	***	***	**
Bronquitis, enfisema, asma	17					
ANOMALÍAS CONGÉNITAS	5	***	****	***	*	**
Afecciones perinatales	5	***	****	***	*	**
ACIDENTES (incluido el envenenamiento)	51	****	****	****	****	**
Acidentes de vehículos a motor	15					
Consumo de alcohol y drogas		***	****	****	****	***
Problemas osteo-musculares		****	***	***	***	**

**** = ALTO *** = MEDIO ** = BAJO * = NINGUNO

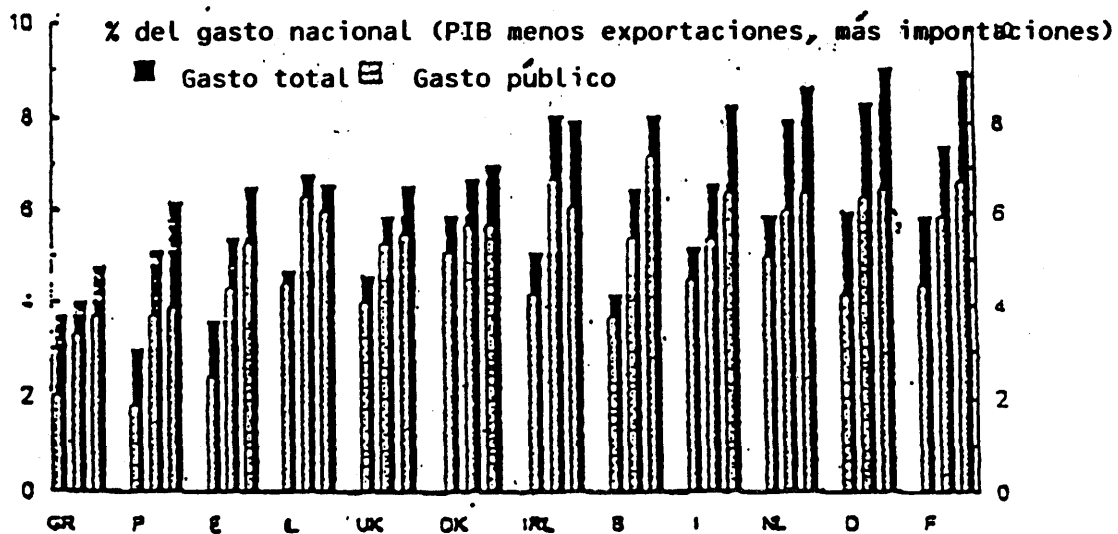
Enfermedad/ Problema de salud	Incidencia o tasa estándar de mortalidad	Costes de atención sanitaria (y otros costes, p.ej. : absentismo)	Posibilidades prácticas de prevención	Valor añadido comunitario (oportunidades de intervención)	"Principales amenazas" (problemas más importantes de salud)	Acción comunitaria previa en materia de salud pública
Problemas de visión		**	**	*	*	*
Problemas de audición		*	**	*	*	*
Trastornos mentales suicidios	13	****	**	*	***	*
Trastornos relacionados con la alimentación, incluida la diabetes, la caries dental		***	***	***	**	***
SIDA Y OTRAS ENFERM. CONTAGIOSAS p.ej. : enfermedades de transmisión sexual y tuberculosis	2,41 (incidencia)	*** ***	**** ****	**** ****	*** ***	*** ***
ENFERM. INFECC. INFANTILES, p. ej. : Sarampión Rubeola Otras enfermedades infantiles	51 (incidencia) 26 (incidencia)	**	****	****	*	*
ENFERMEDADES POCO FRECUENTES, Talasemia, anemia drepanocítica, raquitismo		*	***	***	**	*
ENFERMEDADES TRANSMITIDAS A TRAVÉS DE ALIMENTOS p. ej. salmonelosis		**	****	****	***	*

**** = ALTO *** = MEDIO ** = BAJO * = NINGUNO

ANNEXO V

DATOS ESTADÍSTICOS

Gasto público y gasto total en cuidados sanitarios en relación con los gastos nacionales en la Comunidad (1970, 1980 y 1991)



Datos de gasto publico GR, L y P 1990

Grafico 1

Distribución temporal de las causas de muerte EUR 12

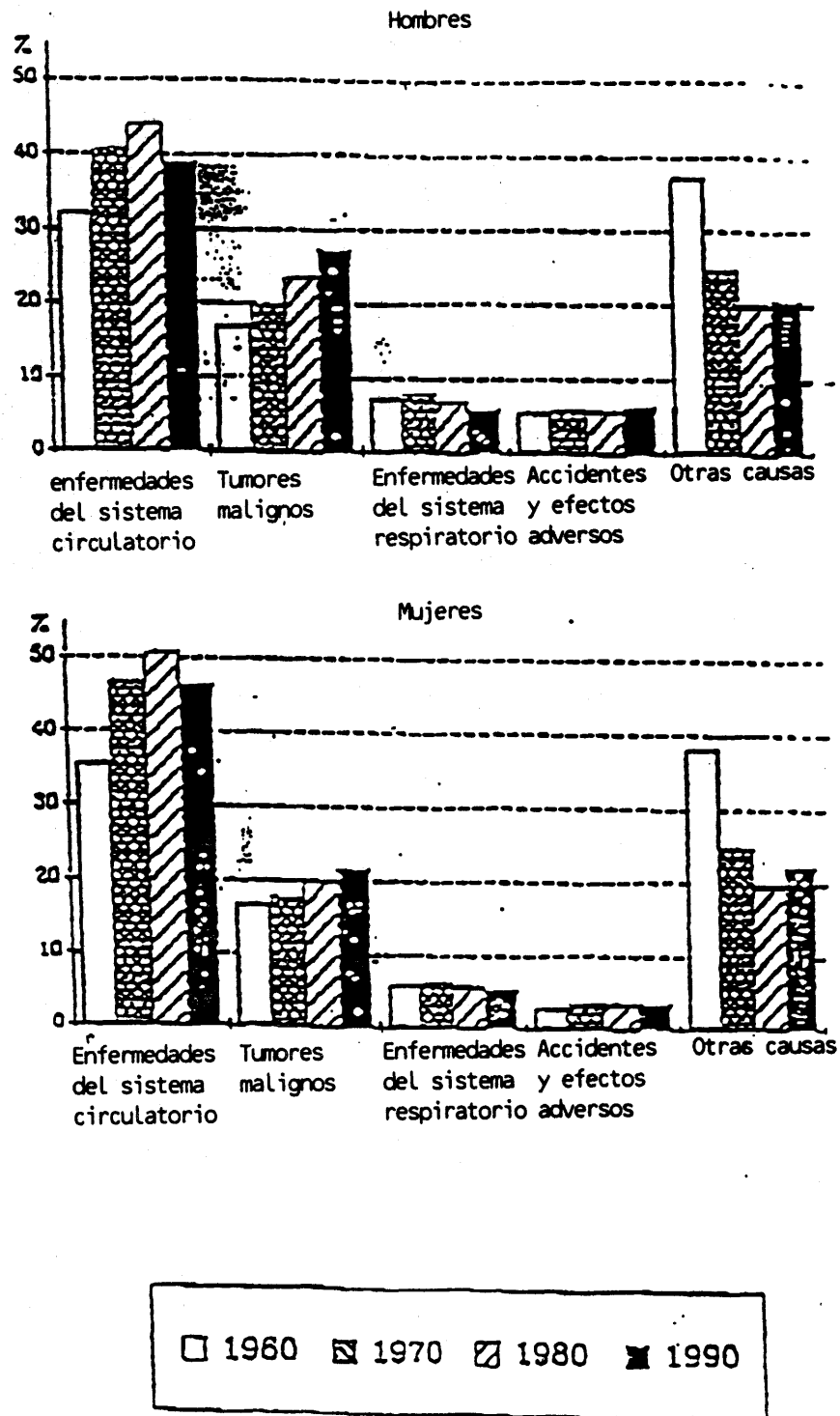
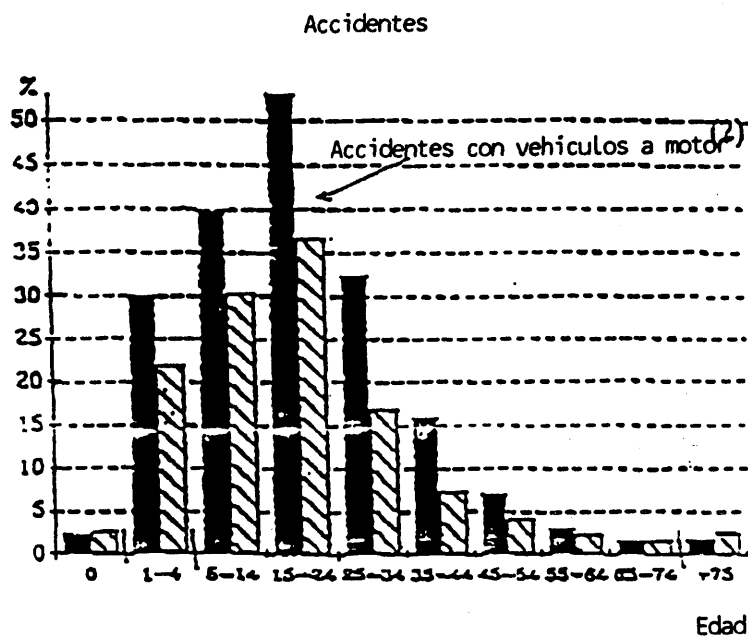
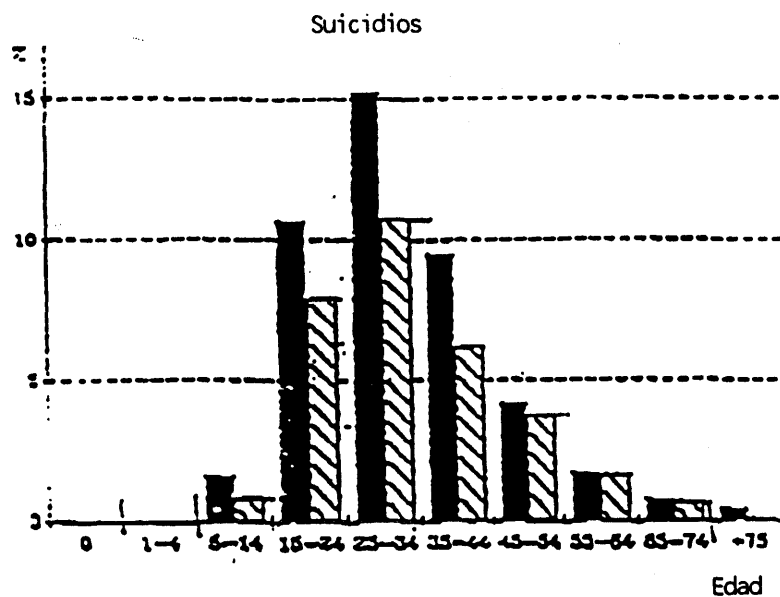


FIGURA 2

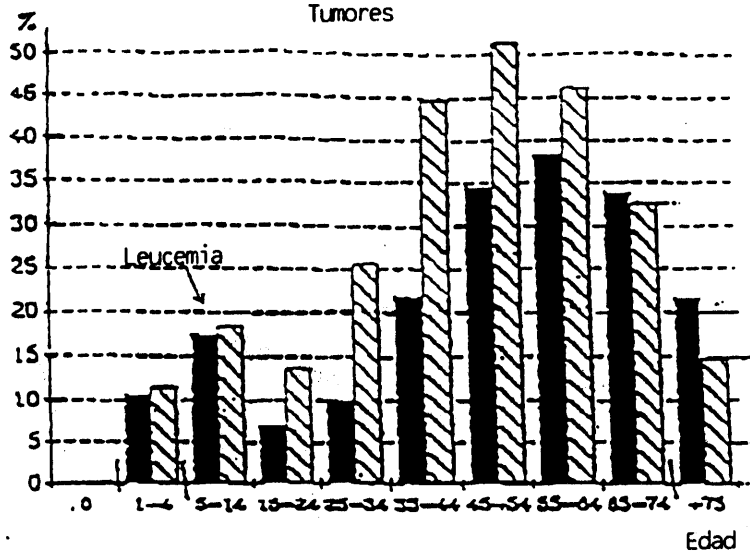
Causas de mortalidad por grupo de edad - EUR 12 - 1989

(1)

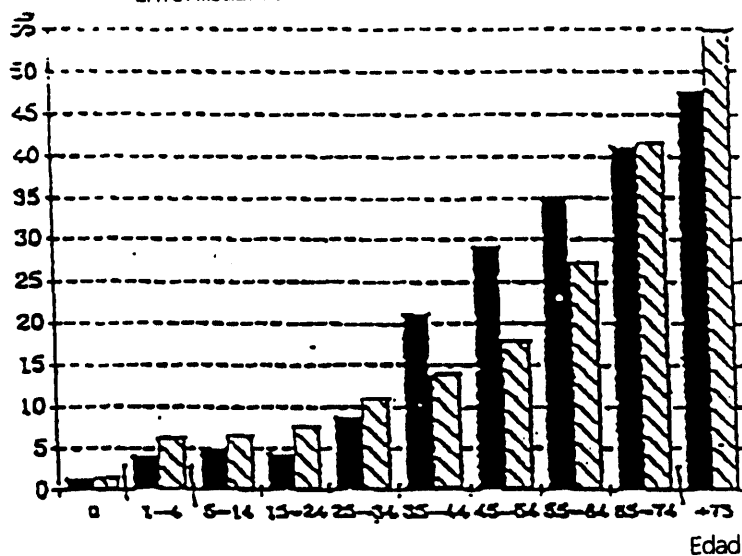


≡ HOMBRES

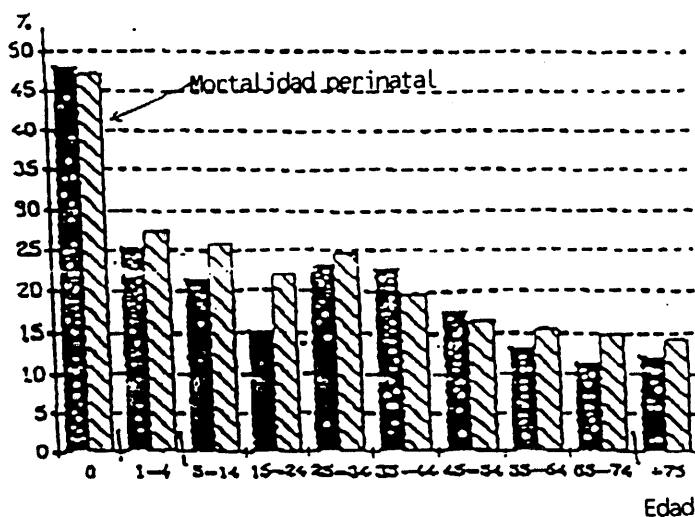
▨ MUJERES



Enfermedades del sistema circulatorio



Otras causas (3)



- (1) Bélgica 1986; España 1987; Italia 1988.
- (2) En este grupo de edad casi todos los accidentes son de tráfico
- (3) Enfermedades infecciosas y parasitarias, enfermedades del aparato digestivo, del aparato génito-urinario, del sistema nervioso, sanguíneas, cutáneas, etc.

CUADRO 5

CAUSAS PRINCIPALES DE MORTANDAD POR EDAD Y SEXO

EN LA COMUNIDAD EUROPEA

Edad	Hombres	Mujeres
Menos de 1 año	Hipoxia, asfixia durante el parto y otras afecciones respiratorias	Hipoxia, asfixia durante el parto y otras afecciones respiratorias
1 - 4 años	Accidentes de vehículo a motor	Anomalías congénitas del corazón y del sistema circulatorio
5 - 9 años	Accidentes de vehículo a motor	Accidentes de vehículo a motor
10 - 14 años	Accidentes de vehículo a motor	Accidentes de vehículo a motor
20 - 24 años	Accidentes de vehículo a motor	Accidentes de vehículo a motor
28 - 29 años	Accidentes de vehículo a motor	Accidentes de vehículo a motor
30 - 34 años	Accidentes de vehículo a motor	Suicidio
35 - 39 años	Suicidio	Cáncer de mama
40 - 44 años	Infarto de miocardio agudo	Cáncer de mama
45 - 49 años	Infarto de miocardio agudo	Cáncer de mama
50 - 54 años	Infarto de miocardio agudo	Cáncer de mama
55 - 59 años	Infarto de miocardio agudo	Cáncer de mama
60 - 64 años	Infarto de miocardio agudo	Cáncer de mama
65 - 69 años	Infarto de miocardio agudo	Infarto de miocardio agudo
70 - 74 años	Infarto de miocardio agudo	Infarto de miocardio agudo
74 - 79 años	Infarto de miocardio agudo	Infarto de miocardio agudo
80 - 84 años	Infarto de miocardio agudo	Enferm. cerebrovascular aguda
más de 85 años	Enfermedades de circulación pulmonar y otras cardiopatías	Enfermedades de circulación pulmonar y otras cardiopatías

Fuente: Organización Mundial de la Salud

COM(93) 559 final

DOCUMENTOS

ES

05

Nº de catálogo : CB-CO-93-600-ES-C

ISBN 92-77-61139-1

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